

Autores: Ana Clara Almeida Sena da Silva¹, Ana Carolina Figueiredo Siqueira¹, João Pedro Figueiredo de Almeida¹, Júlia Maria da Silva Cahino Pereira¹, Ana Victoria Oliveira Sousa¹, Ludmila Fagundes Santana¹, Davi Teixeira de Souza¹, Vitória Souza de Oliveira¹, Henrique Gouveia Borba e Souza².

¹Universidade Tiradentes (UNIT); ² Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ(Brasil)

MANEJO INICIAL DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico é uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo, demandando reconhecimento e tratamento imediatos no departamento de emergência. O intervalo entre o início dos sintomas e a instituição de terapias de reperfusão, como trombólise sistêmica e trombectomia mecânica, é determinante para o prognóstico funcional do paciente. Nesse contexto, a adoção de protocolos estruturados para triagem, diagnóstico rápido e decisão terapêutica é fundamental para reduzir sequelas e mortalidade. **Objetivo:** Descrever os principais elementos do manejo inicial do AVE isquêmico no departamento de emergência, com ênfase na triagem precoce, na avaliação neurológica padronizada, na realização ágil de exames de imagem e na indicação de terapias de reperfusão. **Metodologia:** Realizou-se revisão narrativa da literatura nas bases PubMed e SciELO. Foram utilizados os descritores em português e inglês “acidente vascular encefálico”, “stroke”, “ischemic stroke”, “emergency department” e “reperfusion therapy”, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR. Incluíram-se diretrizes, revisões sistemáticas, metanálises e estudos observacionais publicados entre 2015 e 2024, em português, inglês ou espanhol, que abordassem a abordagem inicial do AVE isquêmico em serviços de urgência e emergência. Excluíram-se estudos restritos ao contexto de reabilitação, pediatria ou que não descrevessem a fase aguda de atendimento hospitalar. **Resultados:** As evidências indicam que a triagem pré-hospitalar e na porta de entrada da emergência, por meio de escalas simples de reconhecimento de AVE (como FAST ou Cincinnati), associadas ao registro preciso do horário de início dos sintomas, reduz atrasos no diagnóstico (Powers et al., 2019). A avaliação neurológica estruturada, utilizando a escala NIHSS, permite quantificar a gravidade do déficit e subsidiar as decisões terapêuticas subsequentes. Para viabilizar essas decisões, a realização imediata da tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste torna-se essencial, visto que o exame é o único meio de excluir hemorragia intracraniana e confirmar a suspeita de evento isquêmico; por isso, deve ser obtida, idealmente, nos primeiros minutos após a chegada do paciente (Powers et al., 2019; Martins et al., 2019). A partir da confirmação diagnóstica pela imagem, os pacientes identificados como elegíveis podem iniciar a trombólise intravenosa com alteplase, desde que dentro da janela terapêutica e sem contraindicações, o que eleva significativamente a probabilidade de recuperação funcional (Emberson et al., 2014). Ademais, nos casos de maior complexidade com oclusões de grandes vasos, a investigação por imagem direciona a indicação de trombectomia mecânica, que demonstra benefícios adicionais mesmo em janelas ampliadas, desde que integrada a fluxos bem definidos entre emergência e neurointervenção (Powers et al., 2019). No cenário brasileiro, estudos destacam que a eficácia dessas terapias depende da implementação de protocolos de 'código AVC', que estipulam metas rígidas de tempo porta–tomografia e porta–agulha, garantindo que o treinamento da equipe multiprofissional reduza atrasos e otimize o prognóstico final (Martins et al., 2019; Silva et al., 2020). **Conclusões:** O manejo inicial do AVE isquêmico na emergência deve ser sistematizado e centrado na identificação rápida de sintomas, avaliação neurológica padronizada e realização ágil de exames de imagem, visando à indicação segura e tempestiva de terapias de reperfusão. A adoção de protocolos assistenciais (“código AVC”) e a capacitação contínua das equipes de emergência constituem estratégias fundamentais para reduzir atrasos e melhorar desfechos funcionais. A integração entre serviços pré-hospitalares, pronto atendimento, neurologia e unidades de internação neurológica é indispensável para garantir uma linha de cuidado efetiva ao paciente com AVE isquêmico agudo.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico. Emergência neurológica. Trombolíticos.

Área temática: Emergências neurológicas.

Referências:

Emberson J, Lees KR, Lyden P, et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet*. 2014;384(9958):1929-1935. PubMed.

Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 2019;50(12):e344-e418. PubMed.

Martins SCO, Freitas GR, Pontes-Neto OM, et al. Diretrizes brasileiras para o manejo do acidente vascular cerebral isquêmico agudo. *Arq Neuropsiquiatr*. 2019;77(11):806-847. SciELO.

Silva GS, Nogueira RG, Lima FO, et al. Organização de sistemas de atenção ao AVC no Brasil: desafios e perspectivas. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2020;18(2):83-90. SciELO.