

POP DE BOLSO: CÓDIGO AVC & CÓDIGO IAM

MEDICAÇÃO DE REPERFUSÃO (TROMBÓLISE)

- **Agentes:** Alteplase (rtPA) ou Tenecteplase (TNK).
- **Ação:** Degrada as pontes de fibrina do trombo, restaurando o fluxo arterial.
- **Janelas de Ouro:**
 - AVC Isquêmico: Até 4h30m do início inequívoco dos sintomas.
 - IAM com Supra: Tempo Porta-Agulha < 30 min (se estratégia padrão-ouro indisponível).

FLUXO INTEGRADO: CÓDIGO IAM

1. Triagem e Reconhecimento Imediato (Porta):

- **Meta de tempo:** < 5 minutos da chegada hospitalar.
- **Ação:** Pacientes com dor ou desconforto torácico típico recebem classificação Vermelha/Laranja.

2. Eletrocardiograma (ECG):

- **Meta de tempo:** < 10 minutos da chegada para realização e laudo.

3. Conduta Conforme ECG no IAM com Supra de ST (IAMC/SST):

- **PADRÃO-OURO:** Intervenção Coronária Percutânea (ICP) Primária (Cateterismo)
 - **Indicador:** Tempo total de transferência+ abertura de balão deve ser < 120 minutos.
 - **Ação:** Acionar regulação de urgência imediatamente para transferência direta à Hemodinâmica de referência.
- **ESTRATÉGIA ALTERNATIVA:** Fibrinólise (Trombolítico Venoso)
 - **Indicador:** Utilizada quando o tempo estimado para o cateterismo primário for 120 minutos.
 - **Ação:** Iniciar a infusão do trombolítico químico na própria UPA ou Pronto-Socorro (Porta-Agulha < 30 min).

FLUXO INTEGRADO: CÓDIGO AVC

1. Triagem e Reconhecimento Imediato (Porta):

- **Meta de tempo:** < 10 minutos da chegada hospitalar (classificação de alta prioridade).

2. Avaliação Médica Inicial e Neuroimagem:

- **Porta-Médico:** < 15 minutos (exame clínico + NIHSS + glicemia capilar).
- **Porta-Tomografia:** < 20 minutos. TC de crânio sem contraste e, no AVC isquêmico com potencial indicação de trombectomia, **angio-TC de vasos cervicais e intracranianos**, preferencialmente na mesma ida ao tomógrafo.

3. Conduta Pós-Imagem:

- Déficit incapacitante, até 4h30 e elegível: **administrar trombolítico IV imediatamente.**
- OGV potencialmente elegível para trombectomia (até 24h): acionar imediatamente **Regulação, Teleneurologia e centro pactuado.** A avaliação para trombectomia não deve retardar a trombólise IV.

CHECKLIST ATUALIZADO DE METAS (CRONÔMETRO)

Indicador de Tempo Hospitalar	Meta Recomendada
Porta > Realização e Laudo de ECG (IAM)	< 10 min
Porta > Triagem de Risco (AVC)	< 10 min
Porta > Realização de Tomografia (AVC)	< 20 min
Porta > Início de Trombolítico IAM (Porta-Agulha)	< 30 min
TRATAMENTO OURO: Porta > Cateterismo Primário (ICP IAM)	< 120 min
Porta > Início de Trombolítico AVC (Porta-Agulha)	< 45-60 min

CUIDADOS PÓS-EVENTO & CONTINUIDADE

- **Leito monitorado/UTI:** estabilização hemodinâmica, controle glicêmico e pressórico e início oportuno da prevenção secundária.
- **Segurança da via oral no AVC:** realizar triagem de disfagia antes da liberação de dieta, líquidos ou medicamentos por via oral.
- **Reabilitação precoce:** avaliação multiprofissional e encaminhamento à rede de reabilitação/CER conforme necessidade e estabilidade clínica.

TRIAGEM, RECONHECIMENTO E ABERTURA DO PROTOCOLO IAM

1. Triagem, Classificação de Risco e Reconhecimento Imediato — Porta

- **Meta: início da triagem em até 5 minutos da chegada à unidade.**

Na **Classificação de Risco**, o profissional deverá realizar avaliação direcionada para suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA/IAM), registrando obrigatoriamente:

- **Presença de dor ou desconforto torácico;**
- **Característica da dor:** localização, intensidade, irradiação, início, duração e fatores associados;
- **Escala de dor**, com registro da intensidade referida pelo paciente;
- **Data e horário de início dos sintomas** ou, quando desconhecido, o último momento em que o paciente estava assintomático;
- sinais e sintomas associados, como dispneia, sudorese, náuseas, vômitos, síncope ou mal-estar;
- sinais vitais e demais parâmetros definidos no protocolo institucional.

Diante de sinais ou sintomas compatíveis com IAM/SCA, o sistema deverá permitir a abertura imediata do Protocolo IAM, independentemente do fluxograma inicial utilizado na classificação de risco, sempre que este apresentar critérios ou sinais de alerta relacionados à linha de cuidado do IAM.

Após a abertura do protocolo:

- priorizar o paciente na classificação de risco, conforme critérios institucionais;
- solicitar **ECG de 12 derivações imediatamente;**
- garantir **realização e disponibilização do ECG em até 10 minutos da chegada;**
- assegurar **avaliação médica em até 10 minutos, com registro do horário da avaliação;**
- registrar no sistema os horários de **chegada, classificação de risco, abertura do protocolo, realização do ECG, disponibilização/laudo do ECG e avaliação médica**, permitindo o monitoramento dos tempos críticos da linha do IAM.

2. Eletrocardiograma (ECG)

- **Meta: ECG realizado e disponibilizado para avaliação médica em até 10 minutos da chegada.**

O ECG deverá ser realizado prioritariamente nos pacientes com suspeita de SCA/IAM. O resultado deverá estar imediatamente disponível para avaliação médica e definição da estratégia de reperfusão.

3. Conduta no IAM com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMC/SST)

- ESTRATÉGIA PREFERENCIAL — Intervenção Coronária Percutânea (ICP) Primária

- **Padrão-ouro:** transferência para serviço de referência com Hemodinâmica para realização de ICP primária
- **Meta:** tempo total, incluindo transferência e realização da ICP com abertura da artéria, **preferencialmente ≤ 120 minutos**, conforme protocolo e organização da rede.
- **Ação:** acionar imediatamente a Regulação de Urgência, com comunicação prévia ao serviço de referência e encaminhamento direto para a Hemodinâmica, evitando atrasos e etapas desnecessárias.

- ESTRATÉGIA ALTERNATIVA — Fibrinólise

Quando não for possível realizar a ICP primária dentro do tempo recomendado, deverá ser avaliada a indicação de fibrinólise, desde que não existam contraindicações.

- **Meta:** tempo porta-agulha ≤ 30 minutos.
- **Ação:** iniciar a fibrinólise na própria UPA ou Pronto-Socorro, quando houver estrutura, medicamento, equipe capacitada e protocolo institucional estabelecido.
- Após a fibrinólise, o paciente deverá ser encaminhado para serviço de referência, conforme estratégia farmacoinvasiva e fluxo definido pela Rede IAM.

FLUXO RESUMIDO

Chegada → Triagem/Classificação de Risco ≤ 5 min → Identificação de sinais/sintomas de SCA → Registro da dor + início dos sintomas → Abertura do Protocolo IAM → ECG ≤ 10 min → Avaliação médica ≤ 10 min → ECG compatível com IAMC/SST → Regulação imediata → ICP primária ≤ 120 min OU fibrinólise com porta-agulha ≤ 30 min.

Ponto importante para a especificação do sistema: não restringiria a abertura do Protocolo IAM exclusivamente ao fluxograma “Dor Torácica”. Como você já apontou anteriormente, **outros fluxogramas da Classificação de Risco podem apresentar sinais sensíveis ao IAM;** portanto, esses critérios devem ser **parametrizados no sistema como gatilhos da Linha de Cuidado do IAM**, permitindo a abertura automática ou assistida do protocolo.

FLUXO INTEGRADO – CÓDIGO AVC

1. Triagem, Classificação de Risco e Reconhecimento Imediato

- Na primeira avaliação, realizar obrigatoriamente:
 - Aplicação do **BEFAST** para identificação de sinais e sintomas sugestivos de AVC;
 - Registro da **data e horário de início dos sintomas** ou do **último momento em que o paciente foi visto bem (Last Known Well)**;
 - **Glicemia capilar imediata**;
 - Verificação e registro dos **sinais vitais**;
 - Identificação de alterações neurológicas e demais sinais/sintomas associados.

BEFAST positivo ou sinais/sintomas compatíveis → abertura imediata do Código AVC, com classificação de alta prioridade e encaminhamento para avaliação médica imediata.

2. Avaliação Médica e Medidas Iniciais - em paralelo

Meta: avaliação médica imediata.

- Aplicar a **Escala NIHSS** e caracterizar se o déficit é incapacitante;
- Avaliar glicemia, sinais vitais e contraindicações à terapia de reperfusão;
- Para trombólise IV, garantir **PA < 185/110 mmHg** antes do tratamento;
- Instalar monitorização contínua, conforme indicação clínica;
- Realizar punção de 2 acessos venosos periféricos, sem retardar a neuroimagem ou a reperfusão;
- Coletar exames conforme protocolo, sem aguardar resultados desnecessários à decisão imediata;
- Acionar **Teleneurologia** simultaneamente às demais etapas.

3. Neuroimagem - Tempo Crítico

Meta: TC de crânio o mais rapidamente possível (porta-tomografia < 20 minutos).

- **TC de crânio sem contraste imediata** para diferenciar AVC isquêmico e hemorrágico;
- No AVC isquêmico com potencial indicação de trombectomia, realizar **angio-TC de vasos cervicais e intracranianos**, preferencialmente na mesma ida ao tomógrafo;
- A neuroimagem e a avaliação para trombectomia **não devem retardar a trombólise IV** quando indicada.

4. Decisão Terapêutica

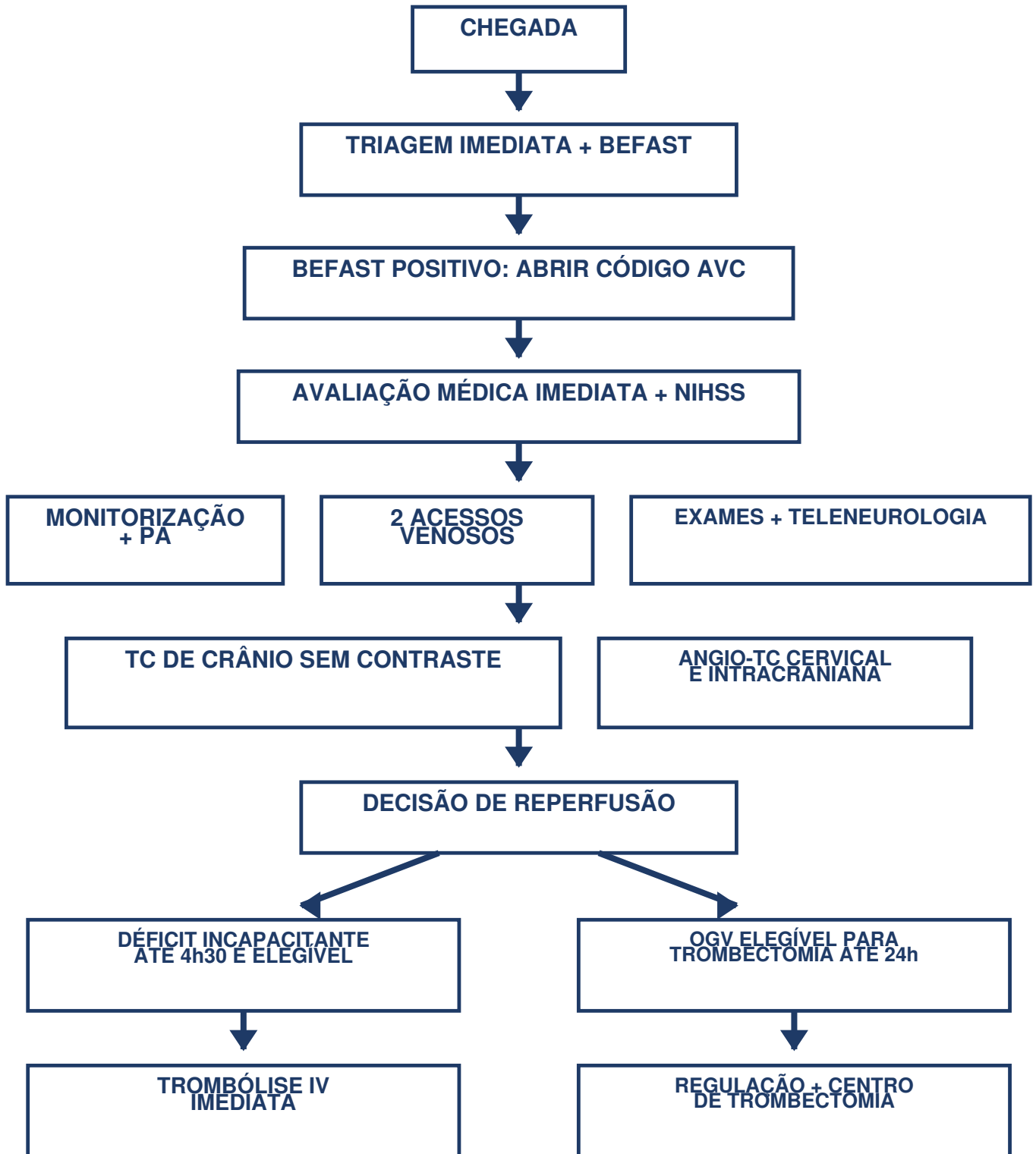
AVC ISQUÊMICO

- Déficit incapacitante, até 4h30 e elegível: **administrar trombolítico IV imediatamente**;
- OGV potencialmente elegível para trombectomia (até 24h): acionar imediatamente e em paralelo **Regulação, Teleneurologia e centro de referência**;
- Após trombólise, manter **PA < 180/105 mmHg nas primeiras 24 horas**.

AVC HEMORRÁGICO

- Suspender o fluxo de reperfusão isquêmica e acionar protocolo específico, com suporte especializado e definição da necessidade de transferência.

FLUXO RESUMIDO - CÓDIGO AVC



A avaliação para trombectomia não deve retardar a trombólise IV quando indicada.