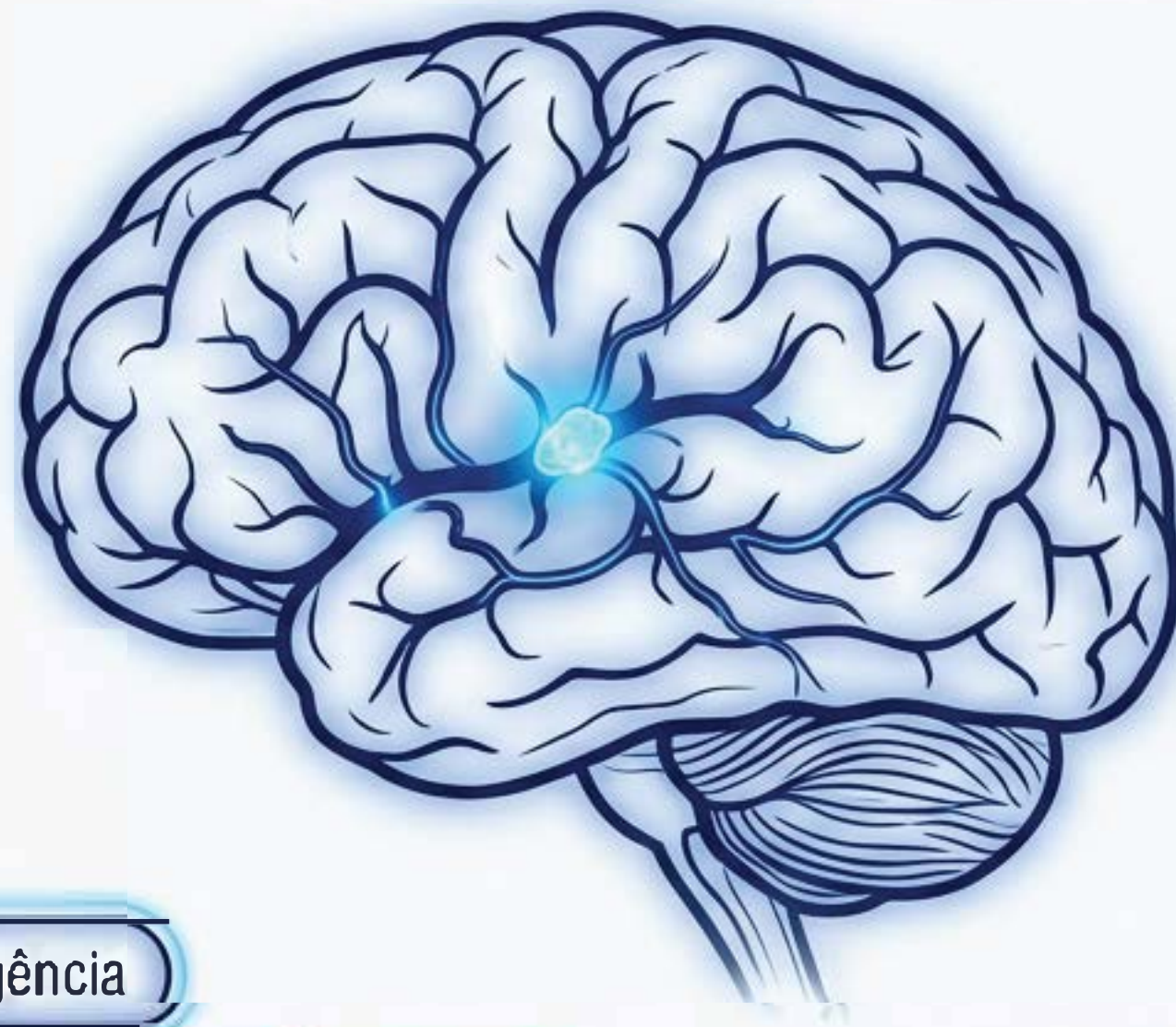




SAÚDE
ITARIRI

DECISÕES CRÍTICAS NO AVC

Simulação para a Sala Vermelha



Público: Equipe Multiprofissional de Urgência

Baseado em: Diretrizes AHA/ASA 2026 & Protocolo Municipal

[00:00:00]

REGRAS DE ENGAJAMENTO



1,9 MILHÃO

Neurônios perdidos a cada minuto de atraso ("Tempo é Cérebro").

TEMPO DECORRIDO:

00:15:30

Regra 1 (Avaliação)

O NIHSS é o padrão-ouro.
Varia de 0 a 42 pontos.
Cada detalhe importa.

Avaliação		N	IS	TO	TA
1	Atende a o padrão-ouro.				
2	Varia de 0 a 61 pontos.				
3	Cada detalhe importa.	✓			
4	Neurofarmacologia somata.	✓	✓		
5	Desordem cuneal.	✓			
6	Neurofarmacologia somata.	✓	✓		

Regra 2 (Decisão)

Vocês receberão dados parciais.
O relógio não para.



Regra 3 (Comunicação)

Prioridade na segurança e comunicação estruturada (SBAR) para regulação.



[01:15:00]

PACIENTE

Homem, 62 anos.

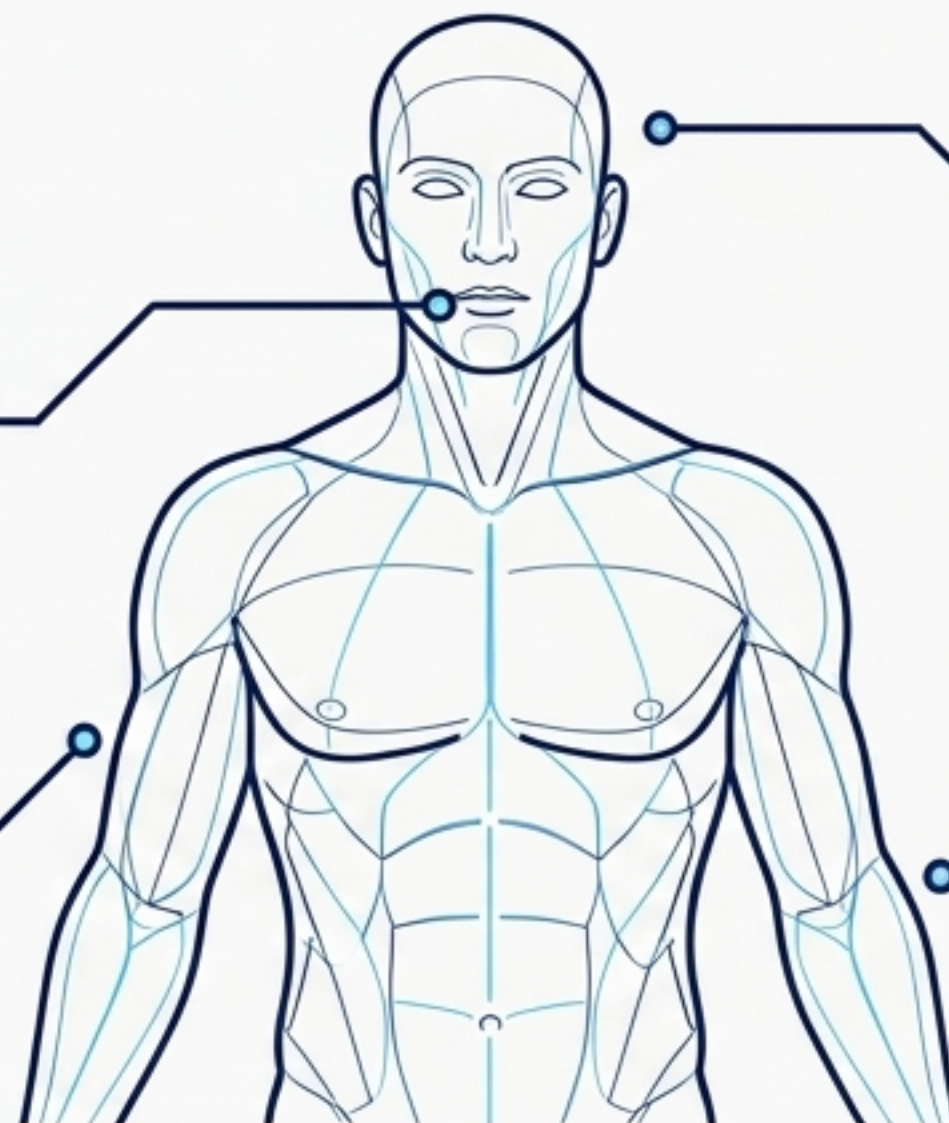


SINTOMA

Afasia súbita isolada.

SINAIS VITAIS

PA 150/90 mmHg.



IMAGEM

TC de Crânio sem hemorragia.

GLICEMIA

145 mg/dL capilar.



Aviso: Não utilizar controle glicêmico intensivo de 80–130 mg/dL.

AVALIAÇÃO NIHSS

Item 1a (Nível de Consciência) = 0 (escala de 0–3).
NIHSS Total = 2 (Leve).

O déficit é incapacitante para a profissão do paciente, mas o NIHSS é baixo. **Qual a prioridade?**

[0 1:20:00]



O QUE VOCÊ FARIA AGORA?

[A]

Observar clinicamente na sala amarela. NIHSS 2 é considerado 'AVC leve' e não possui indicação formal de trombólise endovenosa.

[B]

Iniciar Trombólise com Tenecteplase (TNK) 0,25 mg/kg. O déficit é incapacitante apesar do NIHSS baixo.

[C]

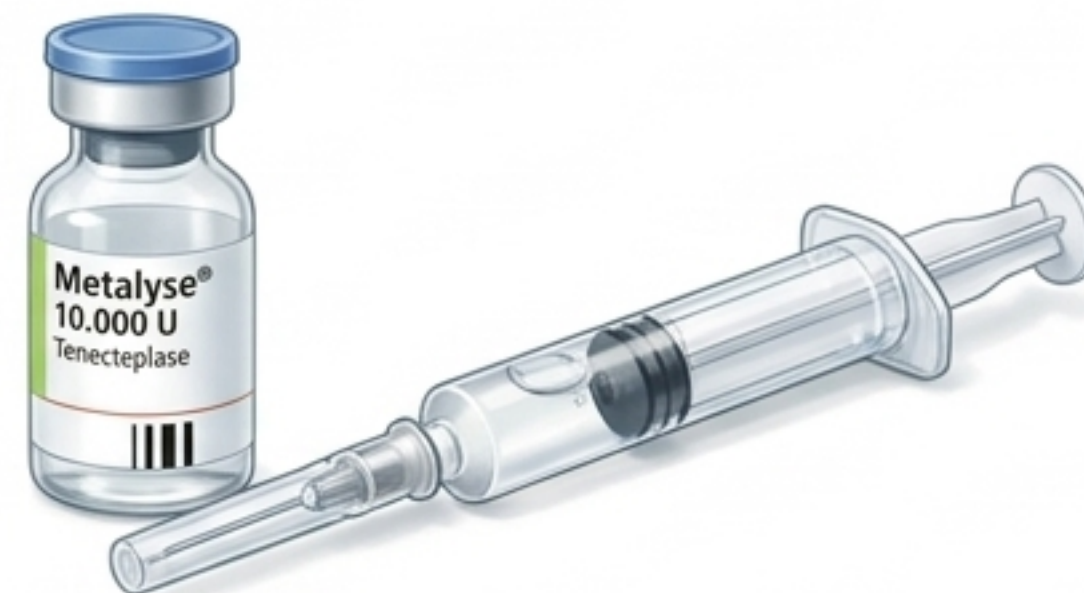
Iniciar Trombólise com Tenecteplase (TNK) 0,4 mg/kg para garantir reperusão rápida do território da linguagem.

Conduta AHA/ASA 2026

[01:25:00]

[A]
Observar clinicamente na sala amarela. NIHSS 2 é considerado '**AVC leve**' e não possui indicação formal de trombólise endovenosa.

[B]
Iniciar Trombólise com Tenecteplase (TNK) 0,25 mg/kg. O déficit é incapacitante apesar do NIHSS baixo.



[C]
Iniciar Trombólise com Tenecteplase (TNK) 0,4 mg/kg para garantir perfusão rápida do território da linguagem.

O Acerto:
Déficit incapacitante (afasia) com NIHSS baixo exige trombólise. Dose obrigatória de TNK: **0,25 mg/kg** (máximo 25 mg).

O Erro:
Retardar a conduta (**A**) condena o paciente à afasia permanente. A dose de 0,4 mg/kg (**C**) no AVC aumenta drasticamente o risco hemorrágico é contraindicada.

SBAR & Transporte

S: AVCi com afasia (75 min). **B:** TC normal, NIHSS 2. **A:** Déficit incapacitante, indicação de IVT.

R: Solicitado leito em Unidade de AVC.

Checklist: Acesso venoso x2, bomba de infusão, monitorização contínua.

[03:00:00]

Patient Profile

Mulher, 55 anos.

Sintoma:
Formigamento isolado
no braço direito
(alteração sensitiva pura).

Avaliação:
Movimentação
normal, fala normal.

Imagem:
TC sem hemorragia.

NIHSS Total:
1

Janela de 4,5h. Déficit não incapacitante.
Qual é a balança de risco/benefício?

O QUE VOCÊ FARIA AGORA?

[03:05:00]

[A] Trombólise imediata (Alteplase ou TNK). A paciente está na janela de 4,5h e a TC excluiu sangramento. Tempo é cérebro.

[B] Dupla Antiagregação Plaquetária (DAPT) precoce + internação. Investigar a etiologia na enfermaria.

[C] Alta hospitalar imediata com AAS isolado e encaminhamento ambulatorial para a neurologia.

[03:05:00]

[B] Dupla Antiagregação Plaquetária (DAPT) precoce + internação.
Investigar a etiologia na enfermaria.

Risco de Sangramento (IVT)

Benefício Comprovado (DAPT)



Resolução Clínica

Conduta AHA/ASA 2026:

Para déficits não incapacitantes na janela de 4,5h, a Dupla Antiagregação (DAPT) é não-inferior e preferível. A janela de tempo não é uma regra automática para IVT.

O Erro:

Trombolisar (A) expõe a paciente a risco de sangramento sem benefício clínico comprovado. Alta médica (C) ignora o alto risco de progressão precoce.



SBAR & Transporte

S: AVCi minor, alteração sensitiva (3h). **B:** TC normal.

A: Déficit não incapacitante, indicada DAPT. **R:** Solicitada vaga em enfermaria para etiologia.

Checklist: Transporte padrão, risco de broncoaspiração baixo, monitorização de SSVV.



Patient Profile

Homem, 70 anos.

Sintoma: Encontrado pela esposa com hemiparesia direita e disartria.

NIHSS: 12.

Alerta Vermelho

Limitação Estrutural: Hospital SEM Ressonância Magnética (RM) e SEM Tomografia com Perfusão (CTP).

Como definir a janela de tratamento? O que fazemos sem imagem avançada na unidade?

O QUE VOCÊ FARIA AGORA?

[03:05:00]



[A] Considerar o início às 08:00 (hora da descoberta). Como está “dentro de 4,5h”, iniciar trombólise imediatamente.

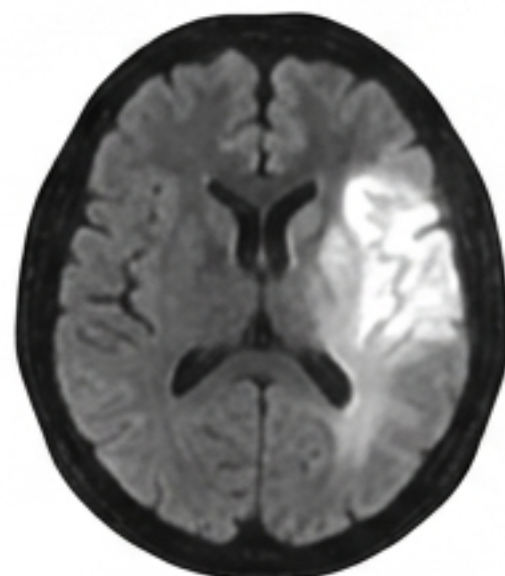
[B] Calcular o ponto médio do sono (aprox. 03:00) e basear a decisão no tratamento clínico padrão, pois está fora de janela.

[C] Acionar regulação “vaga zero” urgente para transferência a um centro com imagem avançada (DWI-FLAIR / Perfusão).

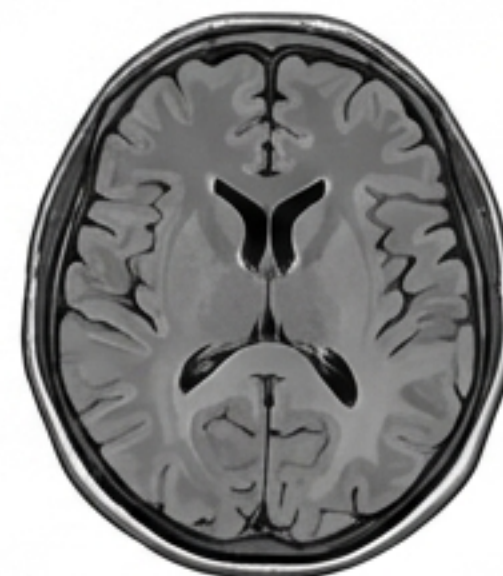
[C] Acionar regulação "vaga zero" urgente para transferência a um centro com imagem avançada (DWI-FLAIR / Perusão).

[03:05:15]

Mismatch



DWI - Core



FLAIR - Tecido Salvável

Conduta AHA/ASA 2026: O tempo real ("Last known well") foi há 10 horas. Trombólise estendida exige seleção por imagem avançada (Mismatch). Sem esse recurso local, a transferência imediata visando resgate é mandatória.

O Erro: Assumir a hora da descoberta (A) é um erro grave com risco altíssimo de sangramento em tecido já infartado.

SBAR & Transporte

S: Wake-up stroke, hemiparesia. **B:** Última vez visto bem às 22h, TC sem hemorragia. **A:** Fora de janela padrão, possível tecido salvável. **R:** Transferência 'vaga zero' para centro abrangente.
☒ **Checklist:** Médico na ambulância, vias aéreas garantidas, controle estrito de PA.

[08:00:00]

Homem, 45 anos.

Sintomas: Vertigem intensa, diplopia, disartria, ataxia severa (incapaz de andar).



⚠ Triagem Pré-hospitalar:
Escala FAST Negativa
(Face, Braço e Fala normais).

NIHSS: 4.

O FAST falhou. O NIHSS subestima a gravidade. Qual é a ameaça oculta aqui?



[08:05:00]

O QUE VOCÊ FARIA AGORA?

[A] Medicação para vertigem periférica (labirintite) e manter em observação. O FAST é normal e o NIHSS é apenas 4.

[B] Suspeitar imediatamente de oclusão basilar. Solicitar Angio-TC e regular para Trombectomia Mecânica (EVT).

[C] Reduzir agressivamente a PA sistólica para < 120 mmHg para proteger contra possível hemorragia de tronco encefálico.

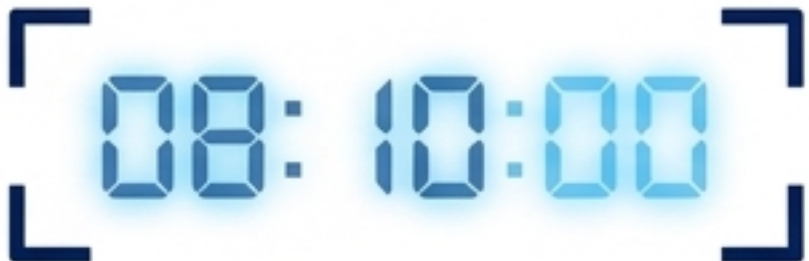
After endovascular thrombectomy

2a

B-NR

9. In patients who undergo EVT, it is reasonable to maintain BP at a level $\leq$ 180/105 mm Hg during and for 24 hours after the procedure.¹⁴⁻¹⁷

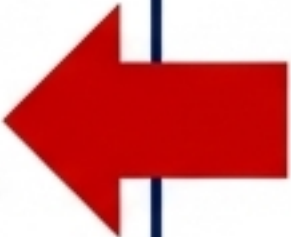
[B] Suspeitar imediatamente de oclusão basilar. Solicitar Angio-TC e regular para Trombectomia Mecânica (EVT).



✓ Acerto	⊗ Erro & Alerta
Oclusão basilar é frequentemente letal se não tratada. FAST e NIHSS subestimam AVC de circulação posterior. Transferência para Trombectomia Mecânica é indicada em pacientes selecionados até 24h.	Alta/Observação (A) resulta em locked-in syndrome ou morte. ALERTA DE SEGURANÇA: Não reduzir rotineiramente a PAS < 140 mmHg após EVT ou IVT (piora a perfusão da penumbra).

ALERTA DE SEGURANÇA: PRESSÃO ARTERIAL!

Referência: Diretrizes para AVC 2018-2024, itens 9 e 10 (mantenha PA >140mmHg após recanalização bem-sucedida nas primeiras 72h).



SBAR & Transporte

S: Suspeita de AVC posterior (oclusão basilar), 8h. **B:** Ataxia severa, diplopia.
A: Necessidade de avaliação urgente para EVT. **R:** Acionamento de neurointervenção.
Checklist: Suporte ventilatório de prontidão (risco bulbar), acompanhamento médico.

ESTAÇÃO PRÁTICA: O DESAFIO DE 15 MINUTOS

A equipe agora assumirá um cenário físico em tempo real com o manequim simulador. O relógio está correndo.

00:00:00



- ☐ 1. Avaliação primária (ABC) + Glicemia capilar (em < 5 min).
- ☐ 2. Cálculo rápido e preciso do NIHSS (0-42).
- ☐ 3. Tomografia sem contraste e decisão terapêutica (em < 20 min).
- ☐ 4. Comunicação SBAR impecável com o médico regulador.



Tempo é Cérebro. Salvem a penumbra.