

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA -  
MODALIDADE A DISTÂNCIA**

**ANA MÁRCIA DA SILVEIRA SCHMITZ**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO AVC  
ISQUÊMICO AGUDO: APÓS USO DE TROMBÓLISE**

**Florianópolis  
2014**

**ANA MÁRCIA DA SILVEIRA SCHMITZ**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO AVC  
ISQUÊMICO AGUDO: APÓS USO DE TROMBÓLISE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Eleine Maestri**

**Florianópolis  
2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO AVC ISQUÊMICO AGUDO: APÓS USO DE TROMBÓLISE, de autoria da aluna ANA MÁRCIA DA SILVEIRA SCHMITZ foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Eleine Maestri**

Orientadora

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	7
<b>3. MÉTODO</b> .....	9
<b>3.1 Diagnóstico Da Realidade</b> .....	9
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE</b> .....	10
<b>4.1 A Trombólise Endovenosa</b> .....	10
<b>4.2 Critérios para Uso de rtPA</b> .....	14
<b>4.3 Protocolo de Cuidados Principais para Regime de Tratamento do AVCI Agudo com rtPA Endovenoso.</b> .....	15
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	17
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	18

## 1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é muito prevalente, sendo a 2ª causa de morte no mundo e a 3ª em países industrializados (1ª coração e 2ª câncer). A elevada incidência de sequelas após o AVC determina importante impacto social e econômico. O AVC isquêmico (AVCI) é o mais prevalente (84% dos casos), sendo os principais fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes mellitus (DM), a dislipidemia, a fibrilação atrial, a obesidade, o tabagismo, os fatores genéticos, as mulheres fumantes em idade superior ou igual a 35 anos em uso de anticoncepcional, os quais estão associados à etiologia e as características definidoras para aquisição dessa enfermidade. Esses fatores contribuem para provocar alterações neurológicas, desenvolvendo déficit neurológico.

Estudos epidemiológicos demonstram que no Brasil, dependendo da região, o AVC pode ser a primeira ou segunda causa de morte (CURIONI, et al., 2009). Em 2010, foram registrados 99.732 óbitos por AVC no país e no Estado do Ceará foram computadas 4.373 mortes (DATASUS, 2011). Em 2011 foram realizadas 172.298 internações por AVC (CEARÁ, 2012). A letalidade chega a alcançar 20,9% na fase aguda da doença, com menos de 30% dos pacientes considerados “independentes” na alta hospitalar da rede pública de saúde do Estado (CARVALHO et al., 2011).

Atualmente, a expressão “Ataque cerebral” é a nova forma para descrever a apresentação aguda do AVC, que enfatiza a necessidade de urgente ação terapêutica, a fim de evitar défices neurológicos e óbito (ALBERTS, et al., HASSAN; ROHATGI, 2009). O AVC é considerado como o maior responsável pela perda da funcionalidade motora e cognitiva em adultos, incapacitando-os para exercer uma profissão, permanecendo como um problema de saúde coletiva relevante, acarretando gastos exorbitantes em reabilitação neurológica, além de influenciar significativamente na qualidade de vida do paciente e suas famílias (MAKIYAMA et al., 2004; O SULLIVAN; SCHMITZ, 2010).

O AVCI é a maior causa de incapacidades físicas e cognitivas em nosso meio. O uso de terapia trombolítica com rt-PA na fase aguda eleva significativamente a chance de uma recuperação completa. Grandes avanços terapêuticos marcaram a década passada e terminaram com o niilismo no tratamento do AVCI. Assim como nas síndromes coronarianas agudas, o AVCI deve ser tratado com rapidez. O manejo adequado dos

parâmetros fisiológicos em Unidades de atendimento agudo reduz tempo de hospitalização, morbidade e complicações após um evento agudo. Entretanto o único tratamento capaz de modificar a história natural da doença, aumentando significativamente a chance de recuperação completa é a terapia trombolítica com rt-PA. Apesar dos inequívocos benefícios da trombólise, muitos neurologistas clínicos têm receio do uso desta terapêutica pelo risco de sangramento cerebral.

Tendo em vista o aumento de internamentos hospitalares por AVCI, indagou-se o interesse em demonstrar os cuidados clínicos desenvolvidos pela equipe de enfermagem, objetivando uma reabilitação a curto prazo e proporcionar uma assistência qualificada, com vistas a qualidade de vida e a reabilitação, e assim criar um protocolo de cuidados de enfermagem prestados aos pacientes com AVCI em tratamento trombolítico.

Assim, este estudo possui como **objetivo geral** construir um protocolo de atendimento de Enfermagem ao paciente com AVCI com história de sintomas até 4h e meia rigorosamente selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão para realização do tratamento trombolítico. Os **objetivos específicos** são: descrever os principais cuidados de enfermagem prestados aos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico em terapia trombolítica e melhorar a prática dos profissionais de enfermagem, promovendo implementações benéficas para a manutenção da saúde dos pacientes com AVCI.

Espera-se que este protocolo também possa melhorar a prática dos profissionais de enfermagem, promovendo implementações benéficas para a manutenção da saúde, visando à assistência e à recuperação da clientela. Assim a enfermagem ao verificar os sinais e sintomas de AVC, como afasia, disartria, cefaléia, tontura, alteração do nível de consciência, plegia e paresia, segue delineada pelo diagnóstico e pelas implementações de enfermagem que buscam a preservação e a recuperação de funções vitais afetadas.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O AVC é classificado como hemorrágico ou isquêmico, sendo este último o mais frequente, representando em torno de 85% dos casos dos AVC. A aterosclerose das pequenas e grandes artérias cerebrais é responsável pela maioria dos AVC. Cerca de 20% dos AVC decorre de êmbolos cardiogênicos, mais comumente associados à fibrilação atrial (DONNAN et al, 2008).

Didaticamente pode ser apresentado conforme relatam Braga; Alvarenga; Neto (2003), da maneira adiante.

### **Acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI)**

- Ataque isquêmico transitório (AIT) - exibe quadro agudo com perda de função de uma região encefálica ou retiniana, regredindo em menos de 24 horas, atribuindo a suprimento sanguíneo inadequado em território carotídeo ou vertebrobasilar.

- Déficit neurológico isquêmico reversível – ocorre quando a reversão do quadro neurológico dá em tempo superior a 24 horas e inferior a três semanas.

- AVC em progressão – este ocorre quando o déficit focal piora ou melhora, em um determinado período. Por isso, nestes casos, se torna necessária uma reavaliação periódica do paciente em 30 a 60 minutos.

- Infarto cerebral ou AVC completo ocorre quando o déficit neurológico persistir por mais de três semanas.

### **Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH)**

Hemorragia intracerebral: corresponde à presença de lesão intraparenquimatosa, (hematoma), levando a sinais e sintomas neurológicos secundários.

Hemorragia subaracnóidea: neste caso, não se observam sinais de sofrimento cerebral intraparenquimatoso; somente se houver complicações posteriores.

De acordo com Tuna; Pereira (2008) o AVCI pode ser causado por ateroembolismo; aterosclerose de grandes artérias; microateroma e lipo-hialinose de pequenas artérias; doença cardioembólica; doença arterial não ateromatosa e doença sanguínea (diátese trombótica). Já o AVC hemorrágico tem como causas: hemorragia intraparenquimatosa hipertensiva; angiopatia amiloide; diátese hemorrágica adquirida ou hereditária; malformação arteriovenosa/cavernoma; transformação hemorrágica de enfarte cerebral; arterite; drogas (anfetaminas, cocaína, entre outras); hemorragia de tumor cerebral e coagulopatias.

O fluxo sanguíneo cerebral representa de 15 a 20% do débito cardíaco total, e este permanece constante em função de um mecanismo de autorregulação, que tende a desaparecer quando a pressão arterial média estiver abaixo de 60mmHg ou acima de 150 mmHg. O fluxo abaixo de 20 a 25 ml/100/min já determina isquemia com prejuízo funcional. A reversibilidade destas alterações está relacionada ao tempo de duração desta queda do fluxo sanguíneo. Os valores do fluxo cerebral entre 12 e 22 ml/100g/min são de enorme importância, haja vista que o tecido neuronal irrigado nesse intervalo constitui a preciosa “penumbra cerebral isquêmica”, viável de reversão (GAGLIARDI et al, 2001).

A cascata isquêmica inicia-se em segundos a minutos após a queda de perfusão e rapidamente cria uma área central de infarto irreversível, circundada pela penumbra isquêmica. O fluxo em níveis inferiores a 10 ml/100g/min causa alterações no transporte da membrana celular e morte celular (O’SULLIVAN e SCHMITZ, 2010).



### **3 MÉTODO**

Trata-se de uma tecnologia de cuidado para a criação de um protocolo para melhoria de cuidados de enfermagem para os pacientes com AVCi em tratamento trombolítico.

#### **3.1 Diagnóstico Da Realidade**

O Hospital fundado há 48 anos é referência Estadual e na grande Florianópolis em várias especialidades e hoje atende basicamente os pacientes do SUS (95%) segundo serviço de estatística do hospital. Trabalha com a taxa de ocupação, sempre acima da recomendada pela OMS (Organização Mundial de saúde). Esta instituição encontra-se bem preparada para o atendimento de vítimas de traumas com Traumatismo Crânio Encefálico e Politraumatismo, na sua fase aguda, ou seja, para intervir cirurgicamente e na abordagem intensiva – Tratamento em Unidade de Terapia Intensiva – UTI e para dar seguimento no tratamento a Unidade Semi-Intensiva, a qual conta com o número de 10 leitos, sendo um reservado para tratamento com trombolíticos em pacientes com AVCi agudo.

A Unidade de Terapia Semi-intensiva tem como principal objetivo prestar cuidados médicos e de enfermagem diferenciados para pacientes instáveis e potencialmente instáveis internados nas unidades que não necessitam de assistência ventilatória invasiva e cuidados intensivos, pacientes em pós-operatório de cirurgias de médio e grande porte sempre que o médico anestesista ache conveniente sua admissão na UTSI e pacientes provenientes da UTI, Emergência, Centro cirúrgico e Enfermarias tendo estes prioridade de admissão, como pacientes com AVCi que farão tratamento com trombólise e os que necessitam de isolamento respiratório para Síndrome da Doença Respiratória Aguda (SDRAG). A Admissão do paciente na Unidade Semi-intensiva ocorre quando há necessidade de ocupar um leito por 24 horas ou mais.

A admissão do paciente para tratamento de Trombólise na Unidade de terapia semi-intensiva ocorre após a confirmação do diagnóstico médico de AVCi e apto para iniciar o protocolo de terapia trombolítica, podendo ocupar o leito por 24 horas ou mais.

## **4 RESULTADO E ANÁLISE**

A trombólise, como o próprio nome já define, diz respeito a lise de um trombo. Como o AVC Isquêmico decorre da obstrução de um vaso arterial cerebral, seja por um êmbolo proveniente de um sítio proximal, seja por um trombo formado in situ, a idéia fundamental desta terapia é a desobstrução desta artéria antes que haja um grau de lesão tecidual irreversível.

Considerando-se que o fluxo sanguíneo cerebral (FSC) normal é no mínimo de 55ml/100g/min, o tecido neuronal começa a apresentar variados graus de disfunção quando esse valor se reduz. Vários estudos animais, corroborados atualmente por estudos de neuroimagem funcional, sugerem que a síntese proteica celular normal começa a diminuir com valores de FSC próximos ao normal (40 a 50 ml/100g/min), seguindo de glicólise anaeróbica (35ml/100g/min), perda de transmissão sináptica (20ml/100g/min) e, finalmente, despolarização anóxica das membranas celulares com cessação de atividade elétrica (15 a 17 ml/100g/min). Valores de FSC regional abaixo de 12 ml/100g/min resultando em necrose e morte celular, enquanto déficits transitórios ocorrem quando o FSC se mantém acima de 22ml/100g/min. Os valores de FSC entre 12 e 22ml/100g/min são de extrema importância na trombólise, já que o tecido neuronal irrigado através do FSC nesse intervalo constitui a preciosa penumbra isquêmica. A penumbra isquêmica representa uma área de tecido neuronal comprometido disfuncional, mas com grande capacidade de recuperação, desde que o FSC seja restaurado rapidamente. Atualmente, a terapêutica mais eficaz na restauração do FSC normal é a trombólise.

### **4.1 A Trombólise Endovenosa**

O restabelecimento do FSC em uma artéria obstruída é fundamental para o salvamento do tecido neuronal em risco. Logo após a obstrução do vaso, mecanismos fibrinolíticos endógenos entram em ação, culminando com a ativação do plasminogênio em plasmina que, de uma forma geral, quebra a malha de fibrina, dissolvendo o trombo. Os

ativadores fisiológicos do plasminogênio são encontrados no soro em quantidades muito baixas, em concentração 100.000 vezes menor que a concentração do plasminogênio, e incluem o ativador do plasminogênio tissular e o ativador uroquinase do plasminogênio. Entretanto, esse mecanismo fibrinolítico endógeno não é tão eficaz. Recanalização espontânea ocorre em uma minoria de pacientes com AVCi, e as drogas trombolíticas passam a ser grande aliados para a restauração do fluxo sanguíneo.

O tratamento com trombolíticos são apenas para o AVC isquêmico agudo, pois os trombolíticos servem para “dissolverem o coágulo sanguíneo que está bloqueando o fluxo de sangue para o cérebro”.

Passando o período máximo da administração do tratamento, que são quatro horas e meia rigorosamente após o início dos sintomas do AVCi, selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão, não é recomendado o uso do trombolítico pois os retardos tornam o paciente ineleável para a terapia trombolítica porque a revascularização do tecido necrótico (que se desenvolve depois de 4 horas) aumenta o risco de edema e hemorragias cerebral.

O trombolítico mais efetivo se chama alteplase, porém é importante lembrar que alteplase, embora efetiva, não reduz a mortalidade de forma direta; no entanto, atua eficazmente na funcionalidade dos pacientes pela redução de seqüelas.

Para uso trombolítico há algumas contra indicações incluídas em risco de hemorragias, e deverá ser excluído do tratamento o paciente que tiver pelo menos uma das contra indicações seguintes “distúrbios hemorrágicos no momento ou nos últimos seis meses; pacientes recebendo anticoagulantes orais; história de lesões no sistema nervoso central; histórico ou suspeita de hemorragia intracraniana e subaracnóidea; hipertensão arterial grave não controlada; cirurgia de grande porte ou traumatismo grave nos últimos 10 dias; reanimação cardiopulmonar grave prolongada (2 minutos); parto dentro dos últimos 10 dias; punção recente de vasos não compressíveis (jugular ou subclávia); hepatopatias graves; endocardite bacteriana; pericardite; pancreatite aguda; doença ulcerativa gastrointestinal nos últimos três meses; malformações artério/venosas; neoplasia com alto risco de sangramento; hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula; acidente vascular cerebral grave demonstrado clinicamente (p.ex. NIHSS > 25) e/ou por técnicas de imagem apropriadas, pois apresentam risco de hemorragia intracraniana e morte; crise convulsiva no início do AVCi; histórico de acidente vascular cerebral prévio ou traumatismo craniano grave nos últimos três meses; combinação de acidente vascular cerebral anterior e diabetes mellitus; contagem de plaquetas menor que 100.000/mm; pressão sistólica maior 185 mmhg e pressão

diastólica maior que 110 mmhg ou necessidade de terapêutica agressiva para redução da pressão arterial a esses limites; glicose sanguínea menor que 50 ou maior que 400 mg/dl; pacientes com idade menor que 18 anos e maior que 80 anos”.

Ao ser instituído na unidade de saúde especializada ao AVC, o paciente deve receber alguns cuidados como “monitorar o paciente” (PA não invasiva, monitoração cardíaca contínua, oximetria, temperatura axilar); glicemia capilar à admissão, monitoração de 4/4h no caso de glicemia normal à admissão, monitorar de 1/1 hora se glicemia alterada à admissão; puncionar 02 acessos venosos calibrosos; eletrocardiograma em 8 derivações; coletar hemograma, glicemia, atividade de protombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, uréia; solicitar TC crânio sem contraste; aplicar escala do National Institutes of Health (NIHSS): neurologista clínico ou enfermeiro; manejo dos parâmetros fisiológicos no AVC isquêmico”.

A escala de NIHSS é um instrumento de uso sistemático, o qual possibilita uma avaliação do déficit neurológico relacionado com o AVC. A mesma foi construída para medição do estado neurológico inicial nos ensaios clínicos da fase aguda do AVC. Com a evolução da necessidade na valorização do caráter agudo do AVC busca-se assim, a definição do tratamento adequado ao prognóstico do doente.

**Quadro 1 - Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIH)**

1.a. Nível de consciência.	0 = alerta; 1 = desperta com estímulo verbal; 2 = desperta somente com estímulo dolorosos; 3 = respostas reflexas ou ausência de resposta aos estímulos dolorosos;
1.b. Orientação (realizar pergunta sobre a idade e o mês que se encontra).	0 = ambas corretas; 1 = uma questão correta; 2 = ambas incorretas;
1.c. Comandos (pedir que abra e fecha os olhos, apertar e soltar a mão).	0 = ambas corretas; 1 = uma tarefa correta; 2 = ambas incorretas;
2. Motricidade ocular (voluntário ou olhos de boneca).	0 = normal; 1 = paresia do olhar conjugado; 2 = desvio conjugado do olhar;
3. Campos visuais (estímulo visual, ameaça visual).	0 = normal; 1 = hemianopsia parcial, quadrantanopsia, extinção; 2 = hemianopsia completa; 3 = cegueira cortical;

4. Paresia facial (pedir o doente para cerrar os dentes, fechar os olhos com vigor).	0 = normal; 1 = paresia mínima (aspecto normal em repouso, sorriso assimétrico); 2 = paresia/segmento inferior da face; 3 = paresia/segmentos superior e inferior da face;
5. Motor membro superior (força muscular).	0 = sem queda; 1 = queda, mas não atinge o leito; 2 = força contra gravidade, mas não sustenta; 3 = sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta; 4 = sem movimentos;
6. Motor membro inferior (força muscular).	0 = sem queda; 1 = queda, mas não atinge o leito; 2 = força contra gravidade, mas não sustenta; 3 = sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta; 4 = sem movimento;
7. Ataxia apendicular.	0 = sem ataxia (ou afasia, hemiplégico); 1 = ataxia presente em um membro ; 2 = ataxia presente em dois membros;
8. Sensibilidade dolorosa (use alfinete para testar na face, tronco e membros, ver assimetria).	0 = normal; 1 = déficit unilateral, mas reconhece o estímulo (ou afásico, confuso); 2 = paciente não reconhece o estímulo ou coma;
9. Linguagem (descrever figuras, nomear objetos).	0 = normal; 1 = afasia leve-moderada (compreensível); 2 = afasia severa (quase sem troca de informações); 3 = mudo, afasia global, coma;
10. Disartria (lendo palavras).	0 = normal; 1 = leve e moderada; 2 = severa ininteligível ou mudo ; 9 = intubado / não estável;
11. Extinção / negligência (use estímulo visual ou sensorial duplo)	0 = normal; 1 = negligência ou extinção em uma modalidade sensorial; 2 = negligência em mais de uma modalidade sensorial;

## 4.2 Critérios para Uso de rtPA

São critérios de inclusão para o uso de rtPA:

- AVC isquêmico em qualquer território encefálico;
- Possibilidade de se iniciar a infusão do rtPA dentro de 4,5 horas do início dos sintomas.

Para isso, o horário do início dos sintomas deve ser precisamente estabelecido. Caso os sintomas forem observados ao acordar, deve-se considerar o último horário no qual o paciente foi observado normal;

- Tomografia computadorizada (TC) do crânio ou ressonância magnética (RM) sem evidência de hemorragia;
- Idade superior a 18 anos.

São critérios de exclusão para o uso de rtPA :

- Uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (TP) com RNI > 1,7. Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPA elevado;
- AVC isquêmico ou traumatismo cranioencefálico grave nos últimos 3 meses;
- História pregressa de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
- TC de crânio com hipodensidade precoce > 1/3 do território da ACM;
- PA sistólica  $\geq$  185mmHg ou PA diastólica  $\geq$  110mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo) refratária ao tratamento anti-hipertensivo;
- Melhoria rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- Déficits neurológicos leves (sem repercussão funcional significativa);
- Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nos últimos 14 dias;
- Punção lombar nos últimos 7 dias;
- Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal nos últimos 21 dias ou história de varizes esofágicas;
- Punção arterial em local não compressível na última semana;
- Coagulopatia com TP prolongado (RNI > 1,7), TTPA elevado ou plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup>
- Glicemia < 50mg/dl com reversão dos sintomas após a correção;

- Evidência de endocardite ou êmbolo séptico, gravidez;
- Infarto do miocárdio recente (3 meses) – contraindicação relativa;
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnoide ou dissecação aguda de aorta

### **4.3 Protocolo de Cuidados Principais para Regime de Tratamento do AVCI Agudo com rtPA Endovenoso.**

1. Transferir o paciente para a sala de urgência, unidade de tratamento intensivo, unidade de AVC agudo ou unidade vascular.
2. Iniciar a infusão de rtPA EV 0,9mg/kg administrando 10% em bolus em 1 minuto e o restante em 1 hora. Não exceder a dose máxima de 90mg.
3. Não administrar heparina, antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral nas primeiras 24 horas do uso do trombolítico.
4. Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.
5. Não passar sonda nasoentérica nas primeiras 24 horas.
6. Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas.
7. Não passar sonda vesical. Se for imprescindível o uso de sonda vesical, esperar até, pelo menos, 30 minutos do término da infusão do rtPA.
8. Manter hidratação com soro fisiológico. Só usar soro glicosado se houver hipoglicemia (neste caso, usar soro isotônico: SG 5% + NaCL 20% 40ml).
9. Controle neurológico rigoroso: verificar escore de AVC do NIH a cada 15 minutos durante a infusão, a cada 30 minutos nas próximas 6 horas e, após, a cada hora até completar 24 horas.
10. Monitorize a pressão arterial a cada 15min nas duas primeiras horas e depois a cada 30 minutos até 24 a 36 horas do início do tratamento, mantendo a pressão arterial  $\leq$  180/105mmHg.
11. Se houver qualquer suspeita de hemorragia intracraniana, suspender o rtPA e solicitar TC de crânio com urgência, hemograma, TP, KTTTP, plaquetas e ibrinogênio.
12. Após as 24 horas do tratamento trombolítico, o tratamento do AVC segue as mesmas orientações do paciente que não recebeu trombólise, isto é, antiagregante plaquetário ou anticoagulação.

13. Iniciar profilaxia para TVP (heparina de baixo peso ou enoxaparina) 24 horas pós-trombólise.



## 5 CONCLUSÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, o tempo é fundamental no atendimento adequado ao paciente com AVC, e ainda constitui um desafio para os profissionais de enfermagem devido à extensão e a profundidade de conhecimentos. O cuidado integrado e a agilidade de um tratamento especializado em AVC requerem capacitação de equipes especializadas, para evitar sequelas irreversíveis ou mesmo óbito.

A trombólise comprovou ser eficaz em melhorar o nível de gravidade neurológica e reduzir incapacidades funcionais de pacientes com AVC isquêmico agudo. A assistência integral precoce dada pela equipe multidisciplinar no tratamento clínico e de reabilitação contribui para um prognóstico funcional favorável desses pacientes.

Monitorar o paciente com alterações neurológicas é um grande desafio para toda a equipe, mas é por meio desse processo que se obtêm dados confiáveis e necessários, para aplicar intervenções seguras indispensáveis para sua recuperação, sem correr o risco de agravar o quadro geral.

Os enfermeiros, como elementos constituintes da equipe de saúde, devem estar presentes e ativos em todas as etapas do cuidado com pacientes acometidos por AVCI, desde o planejamento, a execução e a avaliação, colaborando para a melhoria na qualidade de vida dessa população.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTS, M. J. et al. Recommendations for comprehensive. Centers course a consensus statement from the brain. Attack coalition. Stroke, Dallas, v. 36, n. 7, p. 1597-1616. 2005.
- BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 664, de 12 de abril de 2012, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 72, p. 33, 13 abr 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha\\_do\\_cuidado\\_avc\\_rede\\_urg\\_emer.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha_do_cuidado_avc_rede_urg_emer.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2012.
- CARVALHO, J. J. F de. et al. Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil. A Hospital-Based Multicenter Prospective Study. Stroke. Fortaleza, v. 42, n. 12, p. 3341-3346. 2011. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/42/12/3341.short>. Acesso em: 08 out 2012
- CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Núcleo de Informação e Análise da Saúde da SESA. Epidemiologia do AVC no Ceará. 2011. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br/index.Pop>> Acesso em: 06 jul. 2012.
- CURIONI, C. et al. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 25, n. 1, p. 9-15, 2009.
- DONNAN, G. A. et al. Stroke. Lancet, Londres, n. 371, p. 1612-23. 2008. Disponível em<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/s>> Acesso em: 07 ago. 2011.
- FRIEDRICH, M.A.G.; MANNETTI, E.R.; MARTINS, S.O. Implementação da Terapia Trombolítica no Hospital São Lucas da PUCRS, Revista Neurociências. v. 12, n.2, 2004.
- GAGLIARDI, R. J. et al. Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Arq. Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 972-980, 2001.
- LIMA, M.M.N.; SANTOS, M.L.O.S.; GUEDES, M.V.C. Cuidados clínicos de enfermagem para pacientes com acidente vascular cerebral em uso de trombolíticos. Revista de Enfermagem UFPE : Recife, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Primeiro  
Consenso Brasileiro para Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmicos Agudo.  
Arq. Neuropsiquiatria, p. 675-680, 2002.