

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

A MONITORIZAÇÃO NA DETEÇÃO PRECOCE DE LESÃO SECUNDÁRIA APÓS AVC ISQUÉMICO: RELATO DE CASO

MONITORING IN THE EARLY DETECTION OF SECONDARY LESION AFTER ISCHEMIC STROKE: CASE REPORT

SEGUIMIENTO EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA LESIÓN SECUNDARIA TRAS ICTUS ISQUÉMICO: REPORTE DE UN CASO

Teresa Urbano Martins¹, Maria João Trigo², Isabel Maria Bico³, Susana Mendonça³.

¹Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Unidade de Cuidados Intermédios,
Santiago do Cacém, Portugal,

²Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão, Portugal,

³Departamento de Enfermagem Universidade de Évora, Évora, Portugal.

Recebido/Received: 02-11-2023 Aceite/Accepted: 24-11-2023 Publicado/Published: 29-11-2023

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(4\).650.135-149](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(4).650.135-149)

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

RESUMO

Objetivo: Analisar o caso clínico de um doente com acidente vascular cerebral face à literatura disponível, tendo em conta a elaboração de uma proposta de um processo de cuidados de enfermagem, com enfoque na Hipertensão, Paresia e Afasia Sensorial.

Método: Estudo de caso referente a um doente de 74 anos com défices motores e confusão com 16h de evolução, antecedentes pessoais de hipertensão. Para avaliação inicial e colheita de dados foi utilizado o modelo teórico das Atividades de Vida Diária de Nancy Roper & Tierney e taxonomia CIPE para realização do processo de cuidados de enfermagem. As bases de dados eletrónicas foram selecionadas através do Portal do Catálogo Bibliográfico da Universidade de Évora, da Biblioteca de Conhecimento Online (B-On) da EBSCO e bases de dados PubMed, SCieLO, Scopus e Google Académico. A pesquisa foi desenvolvida de forma a identificar um padrão na prestação de cuidados ao utente nesta situação clínica, com vista a elaborar um processo de cuidados.

Resultados/Discussão: A partir da avaliação inicial identificaram-se 14 diagnósticos de enfermagem, dos quais se destacaram como principais: Hipertensão, Paresia presente e Afasia Sensorial. Um dos focos principais da prevenção de AVC mantém-se na identificação da mais provável etiologia do mesmo e desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado.

Conclusão: A mensuração dos défices pós-AVC e a implementação de um plano de atividades permite registar o nível de dependência do utente, para que seja fácil a identificação de alterações a esta dependência, que caso seja aumentada, poderá significar a ocorrência de uma lesão secundária.

Palavras-chave: AVC Isquémico; AVC Hemorrágico; Cuidados de Enfermagem; Monitorização.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical case of a patient with stroke in the light of the available literature, taking into account the elaboration of a proposal for a nursing care plan, focusing on Hypertension, Paresis and Sensory Aphasia.

Method: Case study of a 74-year-old patient with motor deficits and confusion with 16 hours of evolution, personal history of hypertension. For initial evaluation and data collection, the theoretical model of Activities of Living by Nancy Roper & Tierney and ICNP taxonomy were used to carry out the nursing care plan. The electronic databases were selected through the Bibliographic Catalogue Portal of the University of Évora, the EBSCO Online Knowledge Library (B-On) and databases PubMed, SCieLO, Scopus and Google Scholar. The research was developed in order to identify a pattern in the provision of care to the patient in this

clinical situation, in order to elaborate a care plan.

Results/Discussion: From the initial evaluation, 14 nursing diagnoses were identified, of which the main ones were: Hypertension, Paresis and Sensory Aphasia. One of the main focuses of stroke prevention remains the identification of the most likely etiology of stroke and the development of a personalized care plan.

Conclusion: The measurement of post-stroke deficits and the implementation of an activity plan allows the level of dependence of the user to be recorded, so that it is easy to identify changes to this level of dependence, which, if increased, may mean the occurrence of a secondary injury.

Keywords: Ischemic Stroke; Hemorrhagic Stroke; Monitoring; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el caso clínico de un paciente con accidente cerebrovascular a la luz de la literatura disponible, teniendo en cuenta la elaboración de una propuesta para un plan de atención de enfermería, centrándose en la hipertensión, la paresia y la afasia sensorial.

Método: Estudio de caso de un paciente de 74 años con déficits motores y confusión con 16 horas de evolución, antecedentes personales de hipertensión. Para la evaluación inicial y la recopilación de datos, se utilizaron el modelo teórico de Actividades de Vida de Nancy Roper & Tierney y la taxonomía de la CIPE para llevar a cabo el plan de atención de enfermería. Las bases de datos electrónicas fueron seleccionadas a través del Portal del Catálogo Bibliográfico de la Universidad de Évora, la Biblioteca en Línea de Conocimientos de EBSCO (B-On) y las bases de datos PubMed, SciELO, Scopus y Google Scholar. La investigación se desarrolló con el fin de identificar un patrón en la prestación de atención al paciente en esta situación clínica, con el objetivo de elaborar un plan de atención.

Resultados/Discusión: A partir de la evaluación inicial, se identificaron 14 diagnósticos de enfermería, de los cuales los principales fueron: hipertensión, paresia y afasia sensorial. Uno de los principales enfoques para la prevención del accidente cerebrovascular sigue siendo la identificación de la etiología más probable del accidente cerebrovascular y el desarrollo de un plan de atención personalizado.

Conclusión: La medición de los déficits post-accidente cerebrovascular y la implementación de un plan de actividad permiten registrar el nivel de dependencia del usuario, de modo que sea fácil identificar cambios en este nivel de dependencia, que, si aumentan, pueden significar la ocurrencia de una lesión secundaria.

Descriptores: Accidente Cerebrovascular Isquémico; Accidente Cerebrovascular Hemorrágico; Atención de Enfermería; Monitoreo.

INTRODUÇÃO

A escolha do tema deste estudo de caso recai sobre a abordagem dos cuidados de enfermagem na deteção precoce de lesão secundária após acidente vascular cerebral (AVC), visto ser uma das maiores causas de dependência e incapacidade das pessoas a nível mundial⁽¹⁾. O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que as principais doenças crónicas estão relacionadas com o sistema cardiovascular, cancro, diabetes e doenças respiratórias, repercutindo-se assim na qualidade de vida da pessoa/família/pessoa significativa, para além do impacto socio-económico, bem como na sobrecarga dos sistemas de saúde⁽¹⁾. O AVC é uma manifestação neurológica de uma lesão cerebral, sendo uma das maiores causas de morte e internamento no mundo. Em Portugal, a incidência de AVC é uma das mais altas da Europa, sendo a principal causa de morte no país, cerca de 11 mil mortes por ano⁽²⁾. Nas últimas décadas houve um aumento exponencial da esperança média de vida da população mundial e conseqüentemente um aumento da morbilidade, sendo as doenças cerebrovasculares como o AVC, uma das patologias com maior prevalência⁽³⁾. É classificado de acordo com a sua etiologia em isquémico e hemorrágico, sendo o primeiro o mais comum com 87% dos casos. Os sintomas atribuídos a este tipo de AVC estão relacionados com o fornecimento inadequado de sangue e oxigénio às células cerebrais na sequência de uma interrupção no fluxo sanguíneo por obstrução de uma artéria⁽⁴⁾. O AVC hemorrágico ocorre por rutura de um vaso sanguíneo cerebral causando extravasamento de sangue no espaço intracerebral ou no subaracnóideo.

Este tipo de doença é cada vez mais alvo de monitorização por parte dos enfermeiros sendo que uma deteção precoce permite um atendimento adequado minimizando lesões secundárias. Assim, considerando o fator tempo determinante, o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas “dificuldade em falar”, “boca ao lado” e “falta de força de um membro”, deve ser o mais atempado possível, através da ativação da Via Verde de AVC (VVAVC), sendo no meio extra-hospitalar por uma chamada 112 para o INEM ou intra-hospitalar pelos circuitos definidos. Segundo dados do INEM, no ano de 2022 foram atendidas 6876 chamadas por suspeita de AVC e encaminhadas para VVAVC nos hospitais⁽⁵⁾.

As *guidelines* da *American Stroke Association* e seguindo a norma da Direção Geral de Saúde, os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de AVC devem ser o mais precoce possível de acordo com uma abordagem ABCDE, colheita de informação da hora exata do início dos sintomas, circunstâncias e um exame neurológico com a avaliação da *National Institutes Health Stroke Scale* (NIHSS), seguindo 3 posteriormente um exame imagiológico – Tomografia Axial Computorizada (TAC) e/ou Angio TAC cerebral⁽⁶⁾.

O AVC isquémico é considerado uma emergência médica, que não sendo tratada atempadamente trará graves sequelas físicas. Assim, a fase aguda do tratamento consiste em: a trombólise venosa, realizada até às 4:30h do início dos sintomas, em que é administrado um fármaco trombolítico com o objetivo de lise do trombo e posterior reperfusão; e na trombectomia endovascular em doentes com oclusão das grandes artérias cerebrais por cateterismo, poderá ser realizado até 6 horas do início do evento. Este procedimento permite minimizar lesões cerebrais, melhorar taxas de reperfusão e reduzir o risco de hemorragia intracraniana⁽⁷⁾. Uma das complicações mais comuns no AVC isquémico pós trombólise é a transformação do AVC em hemorrágico, daí a importância de uma monitorização e vigilância da pessoa por equipas de enfermagem treinadas.

“Tempo continua a ser cérebro, é fundamental que seja mantido o progresso científico e a organização dos cuidados numa doença tão prevalente e potencialmente grave como o AVC”⁽⁸⁾.

Face ao exposto, este artigo tem por objetivo elaborar uma proposta de plano de cuidados no âmbito da deteção precoce de lesão secundária através da monitorização rigorosa da pessoa com diagnóstico de AVC isquémico, com enfoque nos diagnósticos de Paresia presente, Afasia sensorial e Hipertensão arterial, com vista proporcionar uma melhor qualidade de vida.

MÉTODOS

Este estudo de caso segue as diretrizes da *CAse REport (CARE)*⁽⁹⁾. Este estudo foi elaborado em contexto de ensino clínico, toda a informação recolhida foi através de entrevista à pessoa, observação, exame físico e consulta de dados clínicos no programa informático do hospital. A pessoa foi informada do objetivo deste estudo, garantindo o anonimato, privacidade, confidencialidade e obtido o consentimento livre e esclarecido, respeitando os princípios éticos e de confidencialidade baseados na Declaração de Helsínquia e na convenção de Oviedo.

O Fluxograma da Figura 1^ª é apresentado segundo o diagrama de fluxo CARE, seguindo o modelo elaborado pela *Equator Network* (2019). Trata-se de um estudo de caso referente a um doente do sexo masculino, 74 anos, caucasiano, casado, reformado, com antecedentes pessoais de hipertensão.

Para a apreciação inicial utilizou-se o referencial teórico das Atividades de Vida Diárias de Roper, Logan e Tierney, e após a análise criteriosa da informação recolhida, formulou-se diagnósticos de enfermagem com recurso à taxonomia com o planeamento das respetivas

intervenções e avaliação inicial dos resultados e indicadores segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), segundo a mais recente edição, de 2019.

O acesso às bases de dados eletrónicas selecionadas foi realizado através do Portal do Catálogo Bibliográfico da Universidade de Évora e por sua vez da Biblioteca de Conhecimento Online (B-On) da EBSCO, nas bases de dados PubMed, SCieLO, Scopus e Google Académico, utilizando descritores DeCS e o operador booleano “E”, aquando da utilização dos descritores “AVC isquémico” “AVC hemorrágico”, “Monitorização” e “Cuidados de enfermagem”.

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes: estudos do tipo relato de experiência, estudo de caso e artigos originais, veiculados em revistas nacionais e internacionais; que tenham utilizado abordagens qualitativas, quantitativas e quanti-qualitativa; publicados entre janeiro de 2019 e julho de 2023, nos idiomas português, inglês; disponíveis online e com texto na íntegra. Foi realizada uma triagem por meio da leitura crítica dos estudos selecionados, os quais responderam ao tema de fundamentação deste relato de caso.

RESULTADOS

Após uma recolha de dados é apresentado no Quadro 1^ª uma avaliação do doente segundo as Atividades de Vida Diárias (AVD) de Roper, Logan e Tierney e identificam-se as três AVD mais comprometidas – Respiração e Circulação, Mobilidade e Comunicação, para foco das principais necessidades de intervenção. Foram formulados três diagnósticos de enfermagem principais: Paresia presente em grau moderado no lado direito, Afasia Sensorial Presente e Hipertensão. O Quadro 1^ª irá desenvolver as AVD em que foram registadas alterações significativas face ao estado anterior do utente.

Podemos aferir que a elaboração de um plano de cuidados é uma das etapas mais importantes do processo de enfermagem, visto que é nesta altura que o enfermeiro define prioridades e planeia ações/intervenções de acordo com um diagnóstico elaborado, com o objetivo de atingir resultados finais positivos. A tomada de decisão envolve a seleção e implementação das intervenções de enfermagem específicas, que podem ser realizadas por meio da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O enfermeiro identifica as intervenções e as ações de enfermagem que permitirão ao doente alcançar os resultados desejados (Quadro 2^ª).

DISCUSSÃO

Pessoas com um AVC agudo estão em risco de recorrência de AVC tanto a curto prazo (especialmente na primeira semana) como a longo prazo, sendo que um estilo de vida saudável, uma alimentação equilibrada, exercício físico, controlo de peso, redução e cessação de hábitos alcoólicos e tabágicos, reduzem o risco não só de um AVC inicial mas também do risco de AVC recorrente⁽¹⁰⁾. O Sr. JB apresentava, antes do sucedido, uma alimentação pouco cuidada, com comida condimentada com muito sal e ingeria álcool socialmente.

A transformação hemorrágica é um risco conhecido do decorrer natural de um acidente vascular cerebral isquémico. Esta complicação pode levar a um declínio dos resultados funcionais, a curto e longo prazo, em pacientes tanto tratados com terapia de reperfusão ou não⁽¹¹⁾. Esta complicação não foi verificada no caso clínico em estudo.

O diagnóstico de Hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de um AVC, sendo que a adoção de medidas preventivas possibilita a diminuição do número de óbitos associados às doenças cardiovasculares, bem como do número de episódios de internamento, que se constitui como uma complicação⁽¹²⁾. Valores muito elevados de tensão arterial na admissão ao serviço de urgência podem ser consequência de uma apresentação clínica neurologicamente severa, que significa uma reação adrenérgica, independente de idade ou outras condições médicas concomitantes⁽¹¹⁾. As recomendações atuais para o tratamento de hipertensão visa obter valores de tensão arterial abaixo de 140/90 mmHg para quem já tenha antecedentes de AVC⁽¹³⁾. O Sr. JB manteve-se normotenso, com valores abaixo das recomendações atuais, com uma média de tensão sistólica de 132 mmHg e tensão diastólica de 79 mmHg.

Clinicamente, o AVC isquémico é diagnosticado após confirmação imagiológica com TAC ou RM. No entanto, a sua identificação deverá ser realizada o mais precocemente exclusivamente através da sintomatologia, através da avaliação do utente. À entrada, o Sr. JB realizou ECG, que revelou bradicardia sinusal, TC-CE, que revelou hipodensidade cortico-subcortical à esquerda, traduzindo provável lesão isquémica aguda no território da artéria cerebral posterior esquerda, angio-TC, com estenose dos bulbos carotídeos bilateralmente por placas ateromatosas irregulares e RM, realizada para esclarecimento de lesões, revelando múltiplas lesões com restrição à difusão no hemisfério esquerdo.

Neste caso clínico, quando o objetivo é avaliar os achados clínicos de forma a identificar uma alteração sugestiva de uma lesão secundária, os diagnósticos identificados como tendo maior relevância foram a Paresia presente, a Afasia de Compreensão e a Hipertensão. Através da monitorização e registo cuidado, foi possível identificar problemas *à posteriori*, entre

os quais a hipertensão persistente, para o qual não era previamente medicado. O controlo tensional foi realizado através da medicação, da monitorização do *status* cardíaco, vigilância contínua e avaliação da capacidade de gestão de *stress* e dos comportamentos de alimentação.

Dos fatores de risco mais relevantes para a lesão secundária, destacam-se a idade e gravidade neurológica. Para a mensuração deste último fator, foram utilizadas as escalas de NIHSS, avaliada inicialmente com 5 pontos, a escala Canadiana que assume a orientação do doente, avaliada com consideração dos défices de compreensão e que revela simetria facial e dos membros, a avaliação da Escala de Coma de Glasgow, classificada como 14 pontos e a avaliação pupilar, em que foram verificadas pupilas isocóricas e isoreativas. Habitualmente, a gravidade dos sintomas de um AVC são um indicador para a extensão da lesão cerebral, pelo que a correlação é antecipada⁽¹¹⁾.

Durante o internamento é expectável a melhoria dos défices apresentados no momento da admissão, que pode ser verificado neste caso pela melhoria dos défices motores, com a transição de uma hemiparesia inicial à direita para apenas paresia de predomínio braquial à direita, mas não na melhoria dos défices a nível da compreensão.

O objetivo da monitorização com eletrocardiograma pós-AVC é a identificação de fibrilhação auricular⁽¹³⁾. Pessoas sem deteção prévia de fibrilhação auricular têm um alto risco de AVC recorrente, associado a um grande nível de incapacidade. As *guidelines* atuais recomendam monitorização cardíaca a longo prazo em doentes de alto risco, mas sem especificar o início apropriado para iniciar esta monitorização. Assim, a monitorização de ECG sem pausas será a forma mais aplicável e eficaz de aumentar a escala de deteção de fibrilhação auricular após um AVC isquémico⁽¹⁴⁾. O utente manteve-se monitorizado na duração completa do seu internamento, na qual não foi detetada fibrilhação auricular.

O enfermeiro responsável por um doente deste cariz tem de ter conhecimentos na área de doente crítico para estar desperto a todos os sinais e sintomas de possíveis complicações. Através da elaboração do plano de cuidados podemos constatar a importância da mensuração dos resultados, antes e após as intervenções de enfermagem, pois permite avaliar a evolução da condição de saúde com o decorrer do internamento.

Um dos focos principais da prevenção de AVC mantém-se na identificação da mais provável etiologia do mesmo e desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Os estudos demonstraram que o AVC isquêmico é um dos eventos que, mesmo sendo possível reverter todos os défices por ele provocados, na maior parte das vezes pode vir acompanhada de várias complicações se os cuidados e a vigilância não forem adequados.

O tratamento está relacionado com a etiologia da doença, no entanto o fármaco de eleição usado para trombólise é o Alteplase, que tem uma eficácia elevada na restauração da circulação e diminuição das consequências pós evento mas implica o cumprimento de um conjunto de critérios de inclusão restritivos, levando a outros métodos de tratamento.

A realização de um plano de cuidados de enfermagem no caso de um doente crítico com esta patologia é essencial, pois visa identificar rapidamente todos os problemas existentes e possíveis e tentar corrigi-los para evitar complicações. A mensuração dos défices pós-AVC e a implementação de um plano de atividades permite registar o nível de dependência do utente, para que seja fácil a identificação de alterações a esta dependência, que caso seja aumentada, poderá significar a ocorrência de uma lesão secundária. Concluiu-se que a hipertensão, a paresia presente e a afasia de compreensão foram os diagnósticos de enfermagem que favoreceram a identificação das prioridades do plano de cuidados, com base nas principais necessidades do doente e ajudou na escolha de resultados e intervenções.

A Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve em Portimão, unidade em que foi desenvolvido este contexto clínico, não está estruturalmente desenhada para uma vigilância apertada de uma pessoa em fase aguda após AVC isquêmico, não tendo médico neurologista escalado a si para uma mais correta avaliação dos défices do utente face às monitorizações e avaliações realizadas. No entanto, sendo uma unidade muito diferenciada no que toca ao tipo de casos clínicos que alberga, mesmo que a equipa não esteja exclusivamente treinada para este tipo de cuidados, desenvolve dentro das suas capacidades, planos de cuidados rigorosos no que toca à avaliação, monitorização e recuperação de utentes nesta situação, contando com uma equipa de terapia da fala e fisioterapia especializadas na mesma.

Este estudo é limitado no tempo e nos resultados, pois o acompanhamento do utente cingiu-se a uma semana de internamento não podendo acompanhar a evolução da efetividade dos cuidados de enfermagem. Sendo um estudo de caso isolado não podemos generalizar a outros ambientes clínicos.

No entanto, os resultados obtidos possibilitaram compreender as características específicas do doente com manifestações clínicas de AVC, bem como os principais resultados e intervenções, permitindo que os enfermeiros ampliem as suas possibilidades de atuação.

REFERÊNCIAS

1. Sá MJ. AVC – Primeira causa de morte em Portugal. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde – Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. 2009;6:12-19.
2. INE – Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte 2017. 2019. Disponível em: <https://ine.pt>
3. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP et al. Heart disease and stroke statistics – 2020 update: A report from American Heart Association. Circulation. 2020 mar;141(9):139-596. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>.
4. Arleu LOA, Rosário CF, Carari MCC, Mello LF, Careta MCP, Silva AZDS, et al. Paciente com suspeita de AVC isquêmico submetido à tromboectomia mecânica imediata em meio ao cenário pandêmico por Covid-19: relato de caso. In jaissa Klauss, editor. Os profissionais de saúde durante a pandemia de Covid 19. Vol.1. Editora Científica Digital; 2022. P.131-138.
5. Sistema Nacional de Saúde (SNS). Dia Nacional do Doente com AVC/INEM encaminhou 19 doentes por dia em 2022 através da Via Verde de AVC. 21/3/2023. Disponível em: <https://www.inem.pt/2023/03/31/dia-nacional-do-doente-com-avc-inem-encaminhou-19-doentes-por-dia-em-2022-atraves-da-via-verde-do-avc/>
6. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2018 mar;49(3):46-110. Disponível em: <http://doi:10.1161/STR.0000000000000211>.
7. Arleu LOA, Rosário CF, Carari MCC, Mello LF, Careta MCP, Silva AZDS, et al. Paciente com suspeita de AVC isquêmico submetido à tromboectomia mecânica imediata em meio ao cenário pandêmico por Covid-19: relato de caso. In jaissa Klauss, editor. Os profissionais de saúde durante a pandemia de Covid 19. Vol.1. Editora Científica Digital; 2022. P.131-138.
8. Sousa DA. 2022: Novos desafios, esperança renovada. Revista informativa da Sociedade de AVC. 2021 dez; 7(18):4.
9. Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. E., ... Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. Journal of clinical epidemiology, 89, 218-235.
10. Gladstone, D. J., Lindsay, M. P., Douketis, J., Smith, E. E., Dowlathshahi, D., Wein, T., ... & Canadian Stroke Consortium. (2022). Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke update 2020. Canadian Journal of Neurological Sciences, 49(3),315-337.
11. Andrade, J. B. C., Mohr, J. P., Lima, F. O., Barros, L. C. M., Nepomuceno, C. R., Portela, L. B., & Silva, G. S. (2020). Predictors of hemorrhagic transformation after acute ischemic stroke based on the experts' opinion. Arquivos de neuro-psiquiatria, 78(7),390-396. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282x20200008>

12. Cristiano, M., & Pereira, M. (2022). Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral Isquémico Submetida a Trombólise. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7(3),461-480.

13. Gladstone, D. J., Lindsay, M. P., Douketis, J., Smith, E. E., Dowlathshahi, D., Wein, T., ... & Canadian Stroke Consortium. (2022). Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke update 2020. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 49(3),315-337.

14. Burger, A. L., Roesler, C., Ebner, J., Sommer, P., Mutzenbach, S., Winkler, W. B., ... & Greisenegger, S. (2023). Gapless Electrocardiogram-Monitoring in stroke at high risk of atrial fibrillation. *European Journal of Neurology*

Autores

Teresa Urbano Martins

<https://orcid.org/0009-0001-3336-4236>

Maria João Trigo

<https://orcid.org/0009-0005-8811-1614>

Isabel Maria Bico

<https://orcid.org/0000-0002-3868-2233>

Susana Mendonça

<https://orcid.org/0000-0003-2971-945X>

Autor Correspondente/Corresponding Author

Teresa Urbano Martins – Rua do Oeste, N.º 6 Boa Vista de Vale Matanças, Santiago do Cacém, Portugal.
teresaurbanomartins@gmail.com

Contributos dos autores/Authors' contributions

TM: Coordenação do estudo, desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

MT: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

IB: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

SM: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2023.
Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.
Nenhuma reutilização comercial.
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2023.
Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

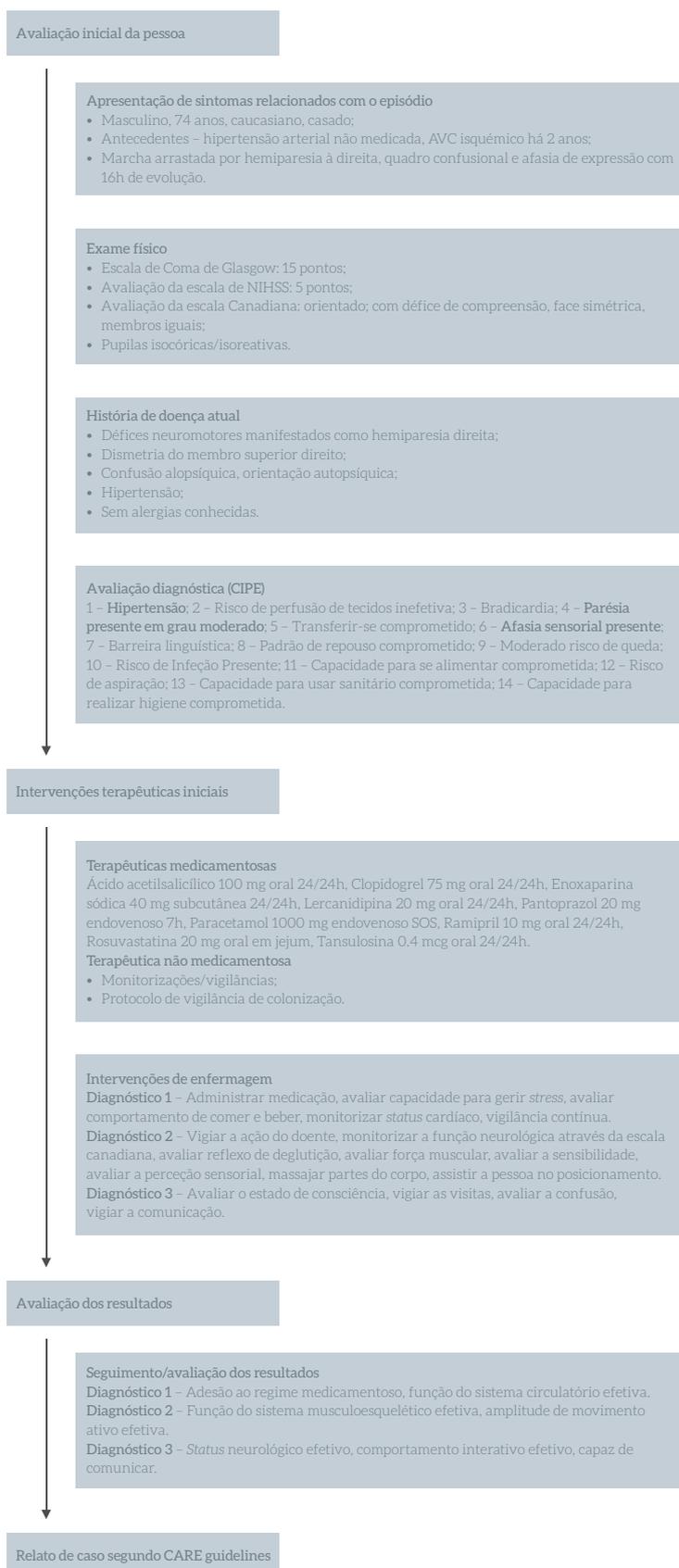


Figura 1 – Fluxograma de apresentação do caso clínico segundo as Atividades de Vida Diárias.⁵

Quadro 1 – Avaliação segundo o modelo de Atividades de Vida Diárias de Roper, Logan e Tierney.^{→κ}

AVD	Observação/avaliação	Foco de enfermagem
Respiração e circulação	Hemodinamicamente, com traçado disrítmico, com tendência para a bradicardia quando em repouso na ordem dos 35-50 bpm mas normocardico quando desperto. Tendencialmente hipertenso com valores de tensão sistólica na ordem dos 170-180 mmHg e diastólica na ordem dos 90-100 mmHg. Realizada introdução de terapêutica anti hipertensora que surtiu efeito. Eupneico em ar ambiente, sem recurso a aporte adicional de O2 por apresentar saturações adequadas (de 97 a 100%). Apresenta uma respiração tendencialmente bradipneica, torácica, simétrica, regular e profunda.	Processo do sistema regulador
Mobilidade	Apresenta hemiparesia de predomínio braquial com hipotonia da mão, neglect à direita e dismetria do membro superior direito. Na escala de NIHSS, os défices neurológicos foram avaliados ao meu primeiro contacto com 5 pontos. Na escala Canadiana, a avaliação foi realizada assumindo a orientação do utente e os défices motores tendo em conta a simetria da face, braço e membro inferior.	Paresia Capacidade para transferir-se
Comunicação	Apresenta quadro confusional e afasia de expressão e compreensão. A dificuldade de compreensão pode estar influenciada pela barreira linguística, visto que o doente apenas falava alemão. Não refere queixas álgicas.	Cogição comprometida Barreira à comunicação
Sono	Calmo, consciente e alerta, não sendo possível avaliar a sua orientação com precisão devido à barreira linguística. Quando avaliado pela Escala de Coma de Glasgow, obtém o valor médio de 14 pontos. Tem um padrão de sono de 6h medianas, não tendo que recorrer a terapêutica para iniciar ou manter o sono.	Padrão de repouso
Manutenção do Ambiente Seguro	Os parâmetros relativos a um ambiente seguro são mantidos, barras de apoio da cama estavam elevadas, para a prevenção de quedas. Para além do referido, todos os cuidados necessários à prevenção da infeção são colocados em prática, como a lavagem e/ou desinfeção das mãos antes e após o contacto e a utilização EPI (equipamento de proteção individual). Tem um cateter venoso periférico no membro superior esquerdo obturado. Quando aplicada a Escala de Morse para Avaliação e Prevenção do Risco de Queda, foi obtido um valor de 30 pontos, o que significa ter um moderado risco de queda. Quando aplicada a Escala de Braden para Avaliação e Prevenção de Úlceras de Pressão, foi obtido um valor de 18 pontos, que significa um baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.	Queda Infeção
Alimentação	A alimentação no internamento cumpre uma dieta geral sem sal e é moderadamente dependente no alimentar-se devido às alterações na mobilidade, sem disfagia, avaliada pela terapia da fala. Quando realizada a escala de GUSS foi obtido o resultado de 20 pontos, não revelando disfagia. A quantidade de líquidos ingerida é gerida por si.	Capacidade para se alimentar Aspiração
Eliminação	Eliminações na arrastadeira e urinol, que requisitava. Mantém o seu padrão normal de eliminação vesical, tendo micções diárias com cor <i>sui generis</i> e quantidade moderada. Tem dejeções diárias, habitualmente em quantidade moderada, de cor acastanhada e moldadas.	Capacidade para usar sanitário

Quadro 1 – Avaliação segundo o modelo de Atividades de Vida Diárias de Roper, Logan e Tierney.^{←↵}

AVD	Observação/avaliação	Foco de enfermagem
Higiene pessoal e vestuário	Os cuidados de higiene são realizados no leito, devido à sua total dependência nesta AVD pela perda de mobilidade. No entanto, auto posicionava-se no leito. Possui mucosas descoradas, mas hidratadas.	Capacidade para realizar higiene
Controlo da temperatura corporal	Apirético, sendo que a sua temperatura corporal é avaliada uma vez por turno.	-
Trabalho e lazer	Não é conhecida a ocupação do utente antes do AVC, bem como as atividades de lazer, sabendo-se só que estaria em Portugal como férias de lazer em família, com a esposa.	-
Expressão da sexualidade	É casado e a mulher visita-o diariamente no período de internamento.	-
Morte	Não é conhecida alguma morte de familiares ou amigos próximos recentemente.	-

Quadro 2 - Plano de cuidados segundo a taxonomia da CIPE.⁶

Foco	Diagnóstico	Intervenção	Resultados
Processo do sistema circulatório	Hipertensão	Administrar medicação	Adesão ao regime medicamentoso. Função do sistema circulatório efetiva.
		Avaliar capacidade para gerir <i>stress</i>	
		Avaliar comportamento de comer ou beber	
		Monitorizar <i>status</i> cardíaco	
		Vigilância contínua	
Capacidade para mobilizar-se	Paresia presente em grau moderado ao lado direito	Vigiar a ação do doente	Função do sistema musculoesquelético efetiva. Amplitude de movimento ativo efetiva.
		Monitorizar a função neurológica através da Escala Canadiana	
		Avaliar reflexo de deglutição	
		Avaliar a força muscular	
		Avaliar a sensibilidade	
		Avaliar a perceção sensorial	
		Massajar partes do corpo	
		Assistir a pessoa no posicionamento	
Cognição comprometida	Afasia sensorial de compreensão	Avaliar o estado de consciência	<i>Status</i> neurológico efetivo.
		Vigiar as visitas	Comportamento interativo efetivo.
		Avaliar a confusão	Capaz de comunicar.
		Vigiar a comunicação	