



ARTIGO ORIGINAL

**CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE TROMBOLÍTICO EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO NUM
HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DO SUL CATARINENSE NO PERÍODO
DE 2012 A 2014****CONTRAINDICATIONS TO THE USE OF THROMBOLYTIC AGENTS IN
PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN A HOSPITAL OF HIGH COMPLEXITY
IN SOUTHERN SANTA CATARINA FROM 2012 TO 2014**

Eduardo Rovaris Sartoretto¹
Gabriel Santos da Silva²
Alaor Ernst Schein³
Kristian Madeira⁴

RESUMO

Este estudo visa analisar as contraindicações mais prevalentes ao uso de trombolítico nos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi). Foram analisados 743 prontuários, sendo que os indevidamente preenchidos foram excluídos (64%), restando 255 pacientes viáveis para o estudo internados em um hospital de alta complexidade em Criciúma, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, através de dados coletados em prontuários eletrônicos. Os dados foram analisados através do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences* versão 22.0, utilizando-se os testes de Kolmogorov-Smirnov, razão vero semelhança, teste de H Kruskal-Wallis como também Fisher e QuiQuadrado. A média e desvio padrão de idade foi $67,6 \pm 12,8$, com predomínio do sexo masculino (59,6%). A principal comorbidade encontrada foi hipertensão arterial sistêmica (78,8%), seguida por dislipidemia (29,8%), *diabetes mellitus* (29,4%), cardiopatia (22,7%). A contraindicação mais frequente para o uso de trombolítico foi Delta T acima de 4,5 horas (43,9%), seguida por pressão sistólica maior do que 185 mmHg e/ou diastólica maior do que 110 mmHg (12,9%). Dado relevante da amostra foi que 24,7% dos pacientes não apresentavam contraindicação documentada ao uso de trombolítico. Dos 743 pacientes, apenas 2 (0,3%) foram submetidos à terapia trombolítica ao longo dos três anos. Levando em conta esses dados, se faz necessário implantação de protocolos para a instituição do tratamento, conscientização da população quanto ao reconhecimento dos sintomas de AVCi, assim como melhor preenchimento dos prontuários por parte dos profissionais de saúde.

Descritores: Acidente vascular cerebral. Contraindicações. Trombolítico.

¹Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. E-mail: dudu_sartoretto@hotmail.com.

²Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. E-mail: gabriel_santos_silva@hotmail.com.

³Professor do curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Mestre em Clínica Médica - Pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: alaorschein@gmail.com.

⁴Professor de Bioestatística do departamento de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Doutorando em Ciências da Saúde pelo PPGCS/UNESC. E-mail: kristian@unescc.net.



ABSTRACT

This study aimed to analyze the most prevalent contraindications to the use of thrombolytic agents in patients with ischemic stroke (AIS). A total of 743 medical records were analyzed, and those that were unduly filled were excluded (64%), remaining 255 patients suitable hospitalized in a highly complex hospital in Criciúma, from January 2012 to December 2014, through data collected in electronic medical records. The material was analyzed using the IBM Statistical Package for the Social Sciences Summer 22.0, using the Kolmogorov-Smirnov tests, the likelihood ratio test, the Kruskal-Wallis H test as well as Fisher and Qui-Square. The average and standard deviation of age was 67.6 ± 12.8 , with the predominance of males (59.6%). The main comorbidity found was systemic arterial hypertension, followed by dyslipidemia, diabetes mellitus, heart disease. The most frequent contraindication was Delta T over 4.5 hours (43.9%), followed by SBP > 185mmHg and / or DBP > 110mmHg (12.9%). A relevant fact from the sample was that 24.7% of the patients did not present a documented contraindication to thrombolytic use. Only 2 (0.3%) out of 743 patients were submitted to thrombolytic therapy over the three years. Taking into account these data, it is necessary to implement protocols for institution of the treatment and to require a better completion of medical records by health professionals. Also, population awareness regarding the recognition of all stroke symptoms is essential.

Keywords: Stroke. Contraindications. Thrombolytic.

INTRODUÇÃO

Considerado um dos maiores responsáveis pela taxa de morbimortalidade, o acidente vascular cerebral (AVC) é responsável por cerca de 10% de todas as mortes no mundo ⁽¹⁾. Entre as causas, destacam-se o envelhecimento global da população e a maior prevalência de doenças crônicas ⁽²⁾. Sabe-se que a prevalência do AVC é maior em homens ⁽³⁾.

Dentre os subtipos - isquêmico e hemorrágico - o acidente vascular cerebral isquêmico é responsável por cerca de 80% dos casos ⁽⁴⁾. Existem diversos fatores de risco relacionados à gênese AVCi, sendo eles divididos em modificáveis e não modificáveis, onde o primeiro grupo é representado por: hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes mellitus* (DM), tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, fibrilação atrial e estenose de artéria carótida. Representando o segundo grupo encontram-se as alterações fenotípicas e hereditárias específicas ^(5,6).

O quadro clínico comumente visto na apresentação da doença dá-se por aparecimento súbito de déficit neurológico focal, associado aos fatores de risco, observando para cada território vascular cerebral acometido, um tipo de apresentação clínica sugestiva, nem sempre facilmente distinguíveis ⁽⁷⁾. Frente à suspeita de AVC pelo quadro clínico aliado aos fatores de risco, é imprescindível a solicitação imediata de uma tomografia computadorizada (TC) de crânio, a qual apresenta alta sensibilidade para detecção de hemorragia intracraniana. A hemorragia intracraniana deve ser excluída para elucidação diagnóstica de AVCi e consequente instituição de terapia objetivando a reperfusão nos pacientes que tiverem elegibilidade ⁽⁸⁻⁹⁾.



A terapia trombolítica é um dos principais pilares no manejo do paciente com AVCi⁽¹⁰⁾. A indicação deste tratamento leva em consideração o tempo desde o início dos sintomas, sendo seu benefício inversamente proporcional a esse intervalo de tempo⁽¹¹⁾. O tempo dado como limite entre o início dos sintomas e instituição da terapia trombolítica não deve ultrapassar 4,5 horas, sendo esse intervalo conhecido como delta T e um dos principais fatores para elegibilidade da terapia. Os pacientes que estão dentro da janela terapêutica e não apresentam nenhuma contraindicação devem receber o trombolítico imediatamente⁽¹²⁾.

Dados estatísticos informam que dezesseis por cento dos pacientes com indicação formal não recebem terapia trombolítica, destacando-se entre os principais motivos: triagem ineficaz, transporte entre setores do hospital ineficiente, retardamento na realização da TC, demora no atendimento médico, falhas ao reconhecer a doença⁽¹³⁾, observando-se na literatura uma baixa incidência do uso dessa terapia globalmente^(14, 15).

As contraindicações ao uso do trombolítico dividem-se em absolutas e relativas. Entre as absolutas tem-se: hemorragia intracraniana aguda e/ou história de hemorragia intracraniana, hipertensão severa descontrolada, traumatismo cranioencefálico (TCE) grave ou AVCi nos últimos 3 meses, trombocitopenia e/ou coagulopatia, uso atual de heparina de baixo peso molecular, uso de inibidores direto da trombina e/ou inibidores de fator Xa, hipo ou hiperglicemia severa. São contraindicações relativas: idade acima de 75 anos, sintomas que regridem rápida e espontaneamente, AVCi severo com coma, cirurgia de grande porte recente, punção de artéria em local não compressível nos últimos 7 dias, hemorragia do trato gastrointestinal e/ou genitourinário nos últimos 21 dias, convulsão deflagrando o AVCi, infarto agudo do miocárdio (IAM) nos últimos 3 meses, lesões estruturais do sistema nervoso central (SNC), demência⁽¹⁶⁾.

Devido à alta morbimortalidade do AVCi e à baixa prevalência de realização de terapia trombolítica nos pacientes acometidos por essa enfermidade, o objetivo desse estudo foi analisar as contraindicações mais prevalentes ao uso do trombolítico em pacientes que sofreram AVCi no sul de Santa Catarina atendidos entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo com coleta de dados dos prontuários eletrônicos de pacientes internados com AVCi agudo no período de 01/01/2012 a 31/12/2014 em um hospital de alta complexidade em Criciúma-SC. O projeto foi aprovado pelos comitês de ética e pesquisa do hospital (62663216.9.3001.5364) e da UNESC (62663216.9.000.0119).



Os prontuários foram incluídos a partir do código de procedimento do Sistema Único de Saúde (SUS) número 303040149 - Tratamento do AVCi ou AVC hemorrágico. Foram tabulados 1.122 prontuários. Excluíram-se os prontuários de pacientes que tiveram AVC de origem hemorrágica, os que possuíam apenas ataques isquêmicos transitórios, os erroneamente internados com o código, e os registros repetidos, restando 743 prontuários de pacientes acometidos por AVCi agudo.

Os prontuários foram avaliados, com exclusão dos que não foram minimamente preenchidos com os dados necessários para realização do estudo, tais como informação sobre o tempo de evolução, informação sobre a presença de comorbidades e descrição dos procedimentos realizados com o paciente (486 prontuários – 64,4%).

Excluíram-se também os prontuários cujos pacientes fizeram uso da terapia trombolítica (2 – 0,3%). Dessa forma restaram 255 prontuários adequados para inclusão no estudo. Acessaram-se os históricos médicos a partir do número de atendimento da internação do paciente.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência absoluta e relativa.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$. A distribuição dos dados quanto à normalidade foi avaliada por meio da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

Como apresentado na **Tabela 1**, dos 255 pacientes acometidos por AVCi participantes do estudo, 59,6% eram do sexo masculino. A média de idade encontrada foi de 67,5 anos, com desvio-padrão de 12,8 anos.

Dentre as comorbidades, as mais prevalentes foram: hipertensão arterial sistêmica (78,8%), dislipidemia (29,8%), *diabetes mellitus* (29,4%) e cardiopatias (22,7%).

Quanto aos medicamentos de uso crônico, destacaram-se: anti-hipertensivos (66,7%), antiplaquetários (28,2%), estatinas (26,7%), hipoglicemiantes orais (24,3%), insulina (6,7%), anticoagulantes orais (6,3%) e inibidores diretos da trombina (0,8%).

Analisando a presença e prevalência das contraindicações ao uso de trombolíticos nesses 255 pacientes, observou-se: Delta T acima de 4,5h (43,9%), pressão arterial sistólica (PAS) acima de 185 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior que 110 mmHg (12,9%), TCE ou AVCi nos últimos 3 meses (6,3%), sangramento interno ativo (3,1%), neoplasia intra craniana, malformação arteriovenosa ou aneurisma (2,4%), cirurgia de grande porte ou trauma grave nos últimos 14 dias (2,4%), TC demonstrando infarto multilobar (1,2%) e outras estatisticamente menos significativas. Foi



observado que 63 pacientes (24,7%) não apresentaram contraindicações registradas em prontuário ao uso de trombolíticos.

Dentre os 112 pacientes que tinham o Delta T como contraindicação, foi observado que 24 (21,4%) chegaram ao hospital ainda dentro desse intervalo, porém a soma com o tempo decorrido até a interpretação da tomografia ultrapassou o prazo de 4,5 horas.

DISCUSSÃO

Nesse estudo foi encontrada maior prevalência de AVCi em indivíduos do sexo masculino, com média de idade 67 anos. Tais dados são semelhantes ao encontrados na literatura^(17,18,19).

Em relação às comorbidades, destacaram-se hipertensão arterial, dislipidemia e *diabetes mellitus*, sendo esse resultado muito semelhante ao encontrado na literatura brasileira e internacional^(18,20,21).

Conforme esperado, de acordo com a prevalência das comorbidades, as medicações mais comumente em uso identificadas foram: anti-hipertensivos, antiplaquetários, estatinas, hipoglicemiantes orais, insulina, anticoagulantes orais e inibidores diretos da trombina.

Assim como em praticamente todas as referências pesquisadas, a principal contraindicação ao uso de trombolítico foi Delta T acima de 4,5 horas^(18, 20, 22, 23). Dentre os 112 pacientes que apresentaram essa contraindicação, 78,6% perderam o intervalo de tempo permitido para instituição da terapia devido ao atraso na procura do serviço de emergência, o que pode ser explicado pela má conscientização da população quanto ao reconhecimento precoce dos sintomas do AVC, e consequente chegada ao hospital fora da janela terapêutica. Fato que foi evidenciado em um estudo que demonstrou que a realização de campanhas através de meios de comunicação, assim como em hospitais, aumentou significativamente o número de pacientes que procuraram atendimento nas primeiras horas de início dos sintomas⁽²⁴⁾. Os outros 21,4% que perderam o Delta T chegaram ao hospital dentre as primeiras 4,5h desde o início dos sintomas, porém devido ao atraso na interpretação da TC de crânio acabaram ultrapassando a janela terapêutica, fato esse também encontrado na literatura, onde 36% dos pacientes ultrapassaram o tempo limite devido ao mesmo motivo intra-hospitalar⁽²⁰⁾. Tal fato pode ser explicado pela falta de protocolos dentro de alguns hospitais para manejo dos pacientes acometidos por AVCi.

A segunda contraindicação mais prevalente foi hipertensão severa e mal controlada, acometendo 12,9% dos pacientes, bastante semelhante ao encontrado na literatura (13,5%)⁽²⁵⁾. Esse evento pode ser reflexo do controle inadequado da hipertensão arterial sistêmica por parte da população, fato evidenciado em um estudo feito em Maringá, onde foram avaliadas 23 unidades de



atenção básica contendo um total de 392 pacientes hipertensos, sendo que 45% deles apresentavam controle inadequado da pressão arterial⁽²⁶⁾.

Entretanto, os dados que chamam mais a atenção são o fato de que 24,7% dos pacientes não apresentavam contraindicação ao uso de trombolítico documentada no prontuário, não sendo encontrados dados semelhantes na literatura, e apenas dois pacientes, entre 743 casos de AVCi, foram submetidos a terapia trombolítica no período de três anos, valor esse extremamente inferior ao descrito na literatura, onde dentre os pacientes com diagnóstico de AVCi, cerca de 11 a 13% receberam a terapia, enquanto em nosso estudo apenas 0,27% foram submetidos a tal^(18,20). É sabido que para instituição da terapia trombolítica, os pacientes preferencialmente tem que estar em unidades de terapia intensiva ou em centros especializados, onde eles possam receber os cuidados e a constante monitorização dos sinais vitais e estado neurológico. Porém apenas esse fato não é suficiente para explicar tamanha discrepância entre os pacientes que não tinham contraindicações documentadas e a ínfima quantidade de pacientes que foram submetidos a terapia trombolítica em nosso estudo. Fato esse que nos faz levantar uma questão: Qual seria o motivo para a não utilização da terapia trombolítica? Seria pela ausência de protocolos? Por questões administrativas? Ou insegurança pelo próprio médico? Haja vista que o exame que autoriza a instituição da terapia trombolítica, não é um exame diagnóstico, e sim um exame realizado para excluir uma contraindicação ao uso da mesma.

Outro fato que chamou atenção foi a exclusão de praticamente 2/3 dos prontuários por falta de preenchimento adequado, onde não havia informações mínimas para realização do estudo, como o tempo de evolução desde o início dos sintomas, comorbidades dos pacientes, assim como as condutas realizadas desde a chegada do paciente ao serviço de emergência, medicamentos em uso. O mau preenchimento dos prontuários também é encontrado na literatura, porém em um percentual muito inferior, onde 7,78% dos prontuários não continham informações importantes e relevantes sobre os pacientes, enquanto em nosso estudo 66% dos prontuários não continham tais informações⁽²⁰⁾.

Como limitação, evidenciamos grande dificuldade em obter os dados na significativa maioria dos prontuários eletrônicos, devido à falta de informações necessárias para realização do estudo, haja vista que 488 dos 743 prontuários analisados foram excluídos.

Pode-se concluir que esses novos achados chamam atenção ao fato da necessidade da conscientização da população para reconhecimento precoce dos sintomas do AVC, a fim de propiciar o tratamento no tempo adequado, assim como a implantação de protocolos para uso de terapia trombolítica, tendo em vista o ínfimo número de pacientes que foram submetidos à tal e também o fato de que 21,4% dos pacientes perderam o Delta T por questões intra-hospitalares, situação essa evidenciada em um estudo onde tal implantação gerou melhora dos desfechos⁽²⁷⁾. Também mostrou-se



imprescindível a orientação dos profissionais para melhor e mais completo preenchimento dos prontuários médicos.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira-Filho Jamary, Martins Sheila Cristina Ouriques, Pontes-Neto Octávio Marques, Longo Alexandre, Evaristo Eli Faria, Carvalho João José Freitas de et al . Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part I. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 2012 Aug [cited 2017 Oct 23] ; 70(8): 621-629.
2. National Institute on Aging [Internet]. Bethesda: The Association; 2007 [updated Mar 24, 2014].
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2016.
4. English JD, Smith WS, Johnston SC. Cerebrovascular Diseases. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18th ed. New York, Y: McGraw-Hill; 2012. p. 3270-3299.
5. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. The Lancet, ago. 2016, v. 388, n. 10046, p.761-775
6. Howard VJ. Reasons underlying racial differences in stroke incidence and mortality. Stroke 2013; 44:S126.
7. Aminoff MJ, Kerchner GA. Nervous System Disorders. In: McPhee SJ, Papadakis MA, editors. *Current Medical Diagnosis and Treatment*. 52th ed. New York, Y: McGraw-Hill; 2013. p. 979-983.
8. Caplan LR. Imaging and laboratory diagnosis. In: Caplan's Stroke: A Clinical Approach, 4th, Saunders, Philadelphia 2009. p.87.
9. Martins SCO, Freitas GRd, Pontes-Neto OM, Pieri A, Moro CHC, Jesus PAPd, et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2012;70:885-93.
10. Leciñana MA, Egido JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Masjuan J, et al. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. *Neurología*, [s.l.], mar. 2014, v. 29, n. 2, p.102-122.
11. Jacquin GJ, van Adel BA. Treatment of acute ischemic stroke: from fibrinolysis to neurointervention. J Thromb Haemost 2015; 13 (Suppl. 1): S290–S6.
12. Moulin S, Leys D. Management of acute cerebral ischaemia. *La Presse Médicale*, [s.l.], nov. 2016, p.1-5.
13. The European Stroke Organisation ESOWC. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. Cerebrovascular Diseases. 2008;25(5):457-507.



14. Nasr DM, Brinjikji W, Cloft HJ, Rabinstein AA. Utilization of intravenous thrombolysis is increasing in the United States. *Int J Stroke*. 2013;8:681–8.
15. National Stroke Foundation. National Stroke Audit – Acute Services Clinical Audit Report. Melbourne, Australia: National Stroke Foundation, 2011.
16. Fugate JE, Rabinstein AA. Absolute and Relative Contraindications to IV rt-PA for Acute Ischemic Stroke. *The Neurohospitalist*, [s.l.], 7 abr. 2015, v. 5, n. 3, p.110-121.
17. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, [s.l.], 25 jan. 2017, v. 135, n. 10, p.146-603.
18. Moro A, Berlotti MM, Albino PHC, Bresciani AP, Oliveira MV, Martin GL. Perfil dos pacientes acometidos com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico hospitalizados no Hospital Governador Celso Ramos. *Arq. Catarin. Med.* 2013 jan-mar; 42(1): 63-67.
19. Tong X, Wang C, Liao X, Pan Y, Yan H, Cao Y, et al. Smoking–Thrombolysis Relationship Depends on Ischemic Stroke Subtype. *Stroke*, [s.l.], 24 maio 2016, v. 47, n. 7, p.1811-1816.
20. Fonseca LHO, Rosa MLC, Silva AC, Maciel RM, Volschan A, Mesquita ET. Análise das barreiras à utilização de trombolíticos em casos de acidente vascular cerebral isquêmico em um hospital privado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, dez.2013, v. 29, n. 12, p. 2487-2496.
21. Zafar A, Al-Khamis FA, Al-Bakr AI, Alsulaiman AA, Msmar AH. Risk factors and subtypes of acute ischemic stroke. A study at King Fahd Hospital of the University. *Neurosciences*, [s.l.], 1 Jul. 2016, p.246-251.
22. Sayed MJE, Zahran TE, Tamim H. “Acute Stroke Care and Thrombolytic Therapy Use in a Tertiary Care Center in Lebanon,” *Emergency Medicine International*, vol. 2014, Article ID 438737, p. 1-6.
23. Tsivgoulis G, Kargiotis O, Alexandrov AV. Intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke: a bridge between two centuries. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, [s.l.], 9 Jul. 2017, v. 17, n. 8, p.819-837.
24. Tai YJ, Yan B. Minimising time to treatment: targeted strategies to minimise time to thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Internal Medicine Journal*, [s.l.], Nov. 2013, v. 43, n. 11, p.1176-1182.
25. Ayromlou H, Soleimanpour H, Farhoudi M, et al. What are the Most Important Barriers for Thrombolytic Therapy in Ischemic Stroke Patients? *International Journal Of Stroke*, [s.l.], 20 maio 2013, v. 8, n. 4, p.7-7.
26. Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, [s.l.], 2016, v. 20, n. 1, p.114-120.
27. Ferraz RRN, Ramão GB. Implantação do protocolo de trombólise em AVCI (acidente vascular cerebral isquêmico para redução dos custos e do tempo de internação em um hospital público da zona norte paulistana. *Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade*, São Paulo, 22 nov. 2016 p.1-9.



TABELAS

Tabela 1: Características gerais da amostra pesquisada: 255 pacientes acometidos por AVCi num hospital de alta complexidade em Criciúma-SC de 2012 a 2014.

| Variáveis | Média ± Desvio Padrão ou n (%) n = 255 |
|--|---|
| Idade (anos) | 67,55 ± 12,80 |
| Sexo | |
| Masculino | 152 (59,6) |
| Feminino | 103 (40,4) |
| Comorbidades | |
| Hipertensão Arterial | 201 (78,8) |
| Dislipidemia | 76 (29,8) |
| Diabetes | 75 (29,4) |
| Tabagismo | 70 (27,5) |
| Cardiopatía | 58 (22,7) |
| Medicamentos | |
| Anti-hipertensivos | 170 (66,7) |
| Antiplaquetários | 72 (28,2) |
| Estatina | 68 (26,7) |
| Hipoglicemiante oral | 62 (24,3) |
| Insulina | 17 (6,7) |
| Anticoagulante oral | 16 (6,3) |
| Inibidor direto da trombina | 2 (0,8) |
| Contraindicação para uso de trombolítico | |
| Delta T > 4,5h | 112 (43,9) |
| PAS > 185mmHg e/ou PAD > 110mmHg | 33 (12,9) |
| TCE ou AVCi nos últimos 3 meses | 16 (6,3) |
| Sangramento interno ativo | 8 (3,1) |
| Neoplasia intracraniana, MAV ou Aneurisma | 6 (2,4) |
| Cirurgia de grande porte ou trauma grave nos últimos 14 dias | 6 (2,4) |
| TC demonstrando infarto multilobar | 3 (1,2) |
| História de hemorragia intracraniana prévia | 2 (0,8) |
| IAM < 3 meses | 2 (0,8) |
| Plaquetas < 100mil | 1 (0,4) |
| | continua |
| Contraindicação para uso de trombolítico | |
| Uso atual de IDT ou inibidor Xa | 1 (0,4) |
| Gestação | 1 (0,4) |
| Hemorragia recente do TGI ou TGU < 21 dias | 1 (0,4) |
| Nenhuma | 63 (24,7) |

Motivo Delta T>4,5h (112 pacientes)



Atraso na procura hospitalar

88 (78,6)

Atraso na interpretação da TC de crânio

24 (21,4)

Fonte: Dados da pesquisa.

Delta T – intervalo de tempo; PAD – Pressão arterial diastólica; PAS – Pressão arterial sistólica; TCE – Traumatismo cranioencefálico; AVCi – Acidente vascular encefálico isquêmico; MAV – Malformação arteriovenosa; TC – Tomografia Computadorizada; IAM – Infarto agudo miocárdio; IDT – Inibidor direto da trombina; TGI – Trato gastrointestinal; TGU – Trato genitourinário.