



# Stroke.pt<sup>®</sup>

REVISTA INFORMATIVA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
QUADRIMESTRAL / DEZEMBRO 2017 / ANO 3 / € 0,01



## JSPAVC:

**GRUPO DE JOVENS DA SPAVC**  
empenhado em dinamizar a  
abordagem e estudo do AVC

## FICHA TÉCNICA

## PROPRIEDADE:



Sociedade Portuguesa do  
Acidente Vascular Cerebral

Rua de Cervantes 388-398  
4050-186 Porto  
Tel.: 226 168 681/2  
Fax.: 226 168 683  
secretariado@spavc.org

www.spavc.org

www.facebook.com/soc.por.avc

spavc\_pt

SPAVC - Sociedade Portuguesa do AVC

© SPAVC, 2017. Todos os direitos reservados.

Os profissionais de saúde que colaboraram nesta edição da SPAVC não auferiram qualquer honorário por este motivo.

## EDIÇÃO:



Raio-X, Produção de Conteúdos

Rua Hermínia Silva, n.8, loja A  
2650-520 Ramada  
geral@raiox.pt

www.raiox.pt

www.facebook.com/raiox.pt

## / Coordenação:

Patrícia Rebelo [patriciarebelo@raiox.pt]

## / Redação:

Cátia Jorge [catiajorge@raiox.pt]

## / Publicidade:

Luís Biscaia [luisbiscaia@raiox.pt]

## / Fotografia e Vídeo:

Ricardo Gaudêncio [ricardogaudencio@raiox.pt]

## / Design:

Sofia Rebelo [sofiarebelo@raiox.pt]

## / Colaborações:

Margarida Queirós, Tiago Gonçalves

## / Impressão:

Senses Design

## APOIOS:



## Depósito Legal:

Publicação isenta de registo ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

## FEVEREIRO

**01-03 / 12.º Congresso Português do AVC**

Porto, Portugal / +info: <http://www.spavc.org/pt/actividades/12-congresso>

**01-02 / XII Congresso de Neuropediatria**

Lisboa, Portugal / +info: <http://www.neuropediatria.pt/index.php/pt/2016-06-14-15-26-49/agenda-2/evento-spnp/xii-congresso-sociedade-portuguesa-neuropediatria>

**22-25 / 12.º Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global**

Algarve, Portugal / +info: <https://www.sphta.org.pt/12congresso/>

## MARÇO

**09-10 / 30.º Encontro Nacional de Epileptologia 2018**

Coimbra, Portugal / +info: <http://www.epilepsia.pt/lpce/encontro-nacional-de-epileptologia-2>

**15-18 / Avances in Alzheimer's and Parkinson's therapies**

Torino, Itália / +info: <http://aat-adpd.kenes.com/2018>

**31 / Dia Nacional do Doente com AVC**

Todo o país / +info: <http://www.spavc.org/pt/actividades/dia-nacional-do-doente-com-avc-2008>

## ABRIL

**06-07 / Lisbon Stroke Summit 2018**

Lisboa, Portugal

## MAIO

**16-18 / ESOC 2018 – 4<sup>th</sup> European Stroke Organisation Conference**

Gotemburgo, Suécia / + info: [http://www.eso-conference.com/2018#.WjKkq99L\\_IU](http://www.eso-conference.com/2018#.WjKkq99L_IU)

## JUNHO

**26-27 / Curso de Atualização em Doença Vascular Cerebral 2018**

Porto, Portugal

## OUTUBRO

**17-20 / 11<sup>th</sup> World Stroke Congress**

Montreal, Canadá / + info: [http://www.worldstrokecongress.org/2018/Pages/default.aspx#.WjKkm99L\\_IV](http://www.worldstrokecongress.org/2018/Pages/default.aspx#.WjKkm99L_IV)

Consulte os eventos da SPAVC e fique a par de toda a informação na secção "Eventos" da página de Facebook da Sociedade. [www.facebook.com/soc.por.avc](http://www.facebook.com/soc.por.avc)



**“A publicação da 11.ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças, que se espera para breve, será oportunidade para reforçar o problema da adoção de uma nomenclatura clarificadora no que diz respeito ao acidente vascular cerebral.”**

■ Prof. José Castro Lopes  
Presidente da SPAVC

## COMBATE AO AVC CADA VEZ MAIS INTERVENIENTE

No próximo dia 2 de fevereiro tomam posse os novos Corpos Sociais da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral - SPAVC - no decorrer da respetiva Assembleia Geral, eleitos a 28 de outubro de 2017 conforme disposição estatutária.

Tendo-se operado alterações na composição da Mesa da Assembleia Geral e do Conselho Fiscal, a Direção é constituída pelos mesmos Elementos, iniciando assim um terceiro mandato. Não irei referir as razões que estiveram na base desta tomada de atitude, devidamente expostas no Plano de Ação que acompanhou a candidatura eleitoral. Importa sim, como Presidente da Direção, dar conta de pontos relevantes que se apresentam para um cada vez mais interveniente combate ao AVC em Portugal, como:

- Congresso Português do AVC, a sua principal organização científica de periodicidade anual, mantendo o seu modelo instituído desde a sua primeira realização e traduzido em “que todos aprendam com tudo”, o que significa a ausência de atividades paralelas na sua formatação. Sendo o Grande Fórum da doença vascular cerebral em que o AVC se insere deverá fornecer aos interessados na sua frequência os mais recentes progressos nos aspetos de prevenção e tratamento, numa abordagem pluridisciplinar com saliência para a Neurologia, onde terão lugar, a título individual, os mais conceituados

especialistas nacionais e internacionais, tendo estes vindo a marcar presença em número crescente.

- A progressiva internacionalização da SPAVC através de ações conjuntas com a ESO e WSO será preocupação a ampliar.
- A nível nacional, a colaboração com Especialistas entendidos como úteis às várias atividades da SPAVC será mantida como até aqui vimos fazendo, não sendo intenção a elaboração de “protocolos de colaboração institucional”, exceção feita para situações muito particulares.
- Dinamização das comemorações do Dia Nacional do Doente com AVC de carácter pluricêntrico e voltadas essencialmente para aspetos de formação a nível Populacional.
- As comemorações do Dia Mundial do AVC serão centralizadas em um local privilegiado, podendo e devendo tender para a adoção do modelo/tema anualmente sugerido pela WSO.
- A publicação da 11.ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças, que se espera para breve, será oportunidade para reforçar o problema da adoção de uma nomenclatura clarificadora no que diz respeito ao acidente vascular cerebral. Havendo significativos progressos, graças à intervenção da SPAVC, falta ainda que desapareça uma certa tendência perturbadora dum entendimento claro, sobretudo entre a População Geral, de que o órgão alvo da doença vascular cerebral é o cérebro.
- Aqui se insere uma necessária

intervenção da Comunicação Social, ainda insuficiente. Um manual digital para jornalistas elaborado por esta Sociedade Científica, necessita reforço da sua divulgação que será certamente feito.

- Para os aspetos referidos e muitos mais que a evolução científica dos conhecimentos na área que nos preocupa e afins, contamos com a colaboração dos nossos “JSPAVC” cuja recente criação deu já mostras do muito que da sua ação vai a SPAVC crescer. Um bem-vindos é aqui devido a estes seis jovens.
- O contrato de prestação de serviço recentemente celebrado com a Raio-X (produção e exibição de conteúdos) e RXConsulting (consultoria de comunicação) após um período experimental será uma mais valia para a demonstração pública do muito que vimos fazendo e nos propomos fazer.
- A colaboração com a Indústria Farmacêutica será privilegiada sempre dentro do maior respeito pelas regras da Deontologia e Ética profissionais, como vem sendo norma e é devido. Experiência não falta aos Elementos que me acompanham na Direção, bem como visão do futuro como se pode inferir do exposto resumidamente do que poderão e deverão ser os três anos, previstos estatutariamente. Gratidão e amizade aqui lhes deixo expressas.

*Prof. José Castro Lopes*



**Dr.ª Mariana Dias**  
Interna de Neurologia do Hospital de Santa Maria



**Dr. João Sargento Freitas**  
Neurologista do CHUC



**Dr. João Pedro Marto**  
Interno de Neurologia do Hospital Egas Moniz



**Dr.ª Liliana Pereira**  
Neurologista do Hospital Garcia de Orta



**Dr. João Pinho**  
Neurologista do Hospital de Braga



**Dr. Ricardo Reis**  
Interno de Neurologia do CHSJ

*Em entrevista à Stroke.pt, os seis elementos J-SPAVC contam como surgiu o seu interesse na área da doença vascular cerebral, refletindo sobre o panorama atual desta matéria no nosso país e avançando em que medida este grupo de jovens poderá dinamizar a abordagem e o estudo do AVC, primeira causa de mortalidade e incapacidade em Portugal. Os "J's" fazem ainda o balanço da atividade do grupo ao longo dos últimos meses, revelando projetos futuros a concretizar.*

**Stroke.pt:** Porquê a escolha da Neurologia como especialidade?

**Mariana Dias:** Ao longo dos anos percebi que o meu desafio pessoal em Medicina é perceber os doentes através da clínica e desde cedo me cativaram as áreas em que os aspetos fundamentais eram a observação dos pormenores, a integração dos conhecimentos, a dedução dos problemas e a lógica das conclusões. Por outro lado, sempre apreciei o desafio de tentar descodificar temas que ainda estão parcialmente desconhecidos. Por estas razões, rapidamente concluí que a especialidade que melhor conseguia conjugar estas características e satisfazer a minha procura de conhecimento era a Neurologia.

**João Sargento Freitas:** Pelo fascínio de poder estudar e modelar o órgão mais complexo, mas mais lógico e inteligível do ser humano.

**João Pedro Marto:** No meu caso a escolha da especialidade de Neurologia acabou por ser natural. Desde o 2.º ano do curso de Medicina que desenvolvi particular interesse pela anatomia e funcionamento do Sistema Nervoso Central. A importância da história clínica e da semiologia neurológica, tal como o desafio da correlação anatomo-clínica tornam esta especialidade particularmente interessante. Por fim, o potencial de investigação nas diversas áreas da Neurologia também contribuiu para esta escolha.

**Liliana Pereira:** É uma história comprida que começa com a escolha do agrupamento científico-natural no ensino secundário. Fascinavam-me já na altura as ciências da vida e os processos biológicos envolvidos na reprodução e crescimento celular, na geração e renovação de energia, e a complexa interação entre o determinismo genético e o meio ambiente envolvente na construção do fenótipo individual. O querer aprofundar o conhecimento do ser humano em particular surgiu de forma natural, com a curiosidade de descobrir os mistérios da consciência, razão e emoção, que nos distinguem dos demais seres vivos.

**João Pinho:** Sobretudo pelo desafio de tentar conhecer o sistema orgânico que faz de nós humanos e que nos leva a fazer as perguntas fundamentais da nossa existência, com referências incontornáveis como António Damásio, Oliver Sacks, Patricia Churchland e Daniel Dennet. Por outro lado, no contexto clínico, continua a fascinar-me o facto da Neurologia exigir um raciocínio diagnóstico alicerçado na semiologia clínica e que se estrutura diretamente a partir da relação estabelecida com o doente.

**"A importância da história clínica e da semiologia neurológica, tal como o desafio da correlação anatomo-clínica tornam esta especialidade particularmente interessante. Por fim, o potencial de investigação nas diversas áreas da Neurologia também contribuiu para esta escolha."**

*Dr. João Pedro Marto*

**Ricardo Reis:** Na realidade teve duas componentes importantes: a primeira foi a integração, praticamente desde o 1.º ano de faculdade, numa equipa de investigação em neurociências. A segunda foi a paixão pela lógica, por vezes quase matemática, com que abordamos o doente através do exame neurológico e a forma como usamos os nossos achados para resolver o "puzzle" que o doente nos apresenta.

**Stroke.pt:** E porquê o interesse particular no estudo e tratamento do AVC?

**Mariana Dias:** Considero que é um tema fascinante, entre outros motivos, por ser uma das áreas da Neurologia em que o conhecimento está em crescimento exponencial, permitindo um tratamento cada vez melhor dos doentes, e por ser uma área que requer "energia" e rapidez na tomada de decisão.

**João Sargento Freitas:** Inequivocadamente pela capacidade de alterar dramaticamente a história natural da doença. É uma patologia onde podemos chegar mesmo a curar, o que não é muito comum na Medicina.

**João Pedro Marto:** É uma área de enorme relevo pelo impacto que o AVC tem na nossa população. Dentro das diferentes áreas de interesse da doença vascular cerebral destaco o AVC no adulto jovem, diretamente interligado com o AVC de causa genética, leucoencefalopatia vascular etiologia indeterminada e AVC criptogénico. Do ponto de vista terapêutico os recentes desenvolvimentos da terapêutica

endovascular, onde o neurologista desempenha papel central na seleção de doentes e cuidados pós-procedimento, tornam o tratamento do AVC desafiante.

**Liliana Pereira:** As circunstâncias singulares de cada concurso de ingresso nas especialidades médicas levaram a que numa primeira instância tenha escolhido outro ramo das Neurociências, a Neurorradiologia, como minha opção. No entanto, não concebia o meu futuro passado nos bastidores da clínica, sem o contacto regular com o doente nem um papel interventivo na formulação de hipóteses diagnósticas e decisões terapêuticas. O AVC era a primeira causa não traumática de pedidos de exames imagiológicos cerebrais e familiarizei-me com as suas diversas apresentações. Nessa altura a realização de exames de angio-TC dos vasos cervicais e intracranianos constituía o maior desafio e apercebi-me da prevalência e consequências da doença aterosclerótica e da variedade de outras patologias que podem afetar as artérias extra e intracranianas, despertando o desejo de conhecer melhor a doença vascular cerebral para nela poder atuar atempadamente.

**João Pinho:** A minha formação em Neurologia durante o internato coincidiu com o desenvolvimento e generalização das Unidades de AVC em Portugal e com a implementação sustentada de tratamentos de trombólise e trombectomia na fase hiperaguda do AVC isquémico. A área do estudo do AVC foi, nos anos mais recentes, uma das áreas da Neurologia na qual mais avanços se conheceram com impacto direto significativo na prática clínica diária. Ao contrário da visão antiga e desatualizada sobre o papel maioritariamente diagnóstico da Neurologia, esta mudança de paradigma no AVC finalmente permite-nos tratar com eficácia os doentes e oferecer-lhes a possibilidade de viverem uma vida longa sem incapacidade.

**Ricardo Reis:** Dentro das grandes doenças neurológicas, o AVC afigura-se como a mais frequente (e atrevo-me a dizer das mais tratáveis) e, assim, é aquela em que, como neurologista, poderei ter mais impacto a nível populacional. Por outro lado, tenho

**“Dentro das grandes doenças neurológicas, o AVC afigura-se como a mais frequente (e atrevo-me a dizer das mais tratáveis) e, assim, é aquela em que, como neurologista, poderei ter mais impacto a nível populacional.”**

*Dr. Ricardo Reis*

um interesse especial pela organização de cuidados de saúde e otimização de procedimentos, áreas às quais o AVC está intimamente ligado.

**Stroke.pt:** Do seu ponto de vista, o que poderia ser melhorado na abordagem ao AVC no nosso país?

**Mariana Dias:** Na área sul do país (a área onde trabalho) penso que poderia ser melhorado o sistema de partilha de imagens e o transporte dos doentes entre os centros hospitalares, com o objetivo de melhorar o tratamento de fase aguda do AVC.

**João Sargento Freitas:** Acredito sinceramente que não deveremos ser negativistas relativamente à abordagem do AVC no nosso país. Conseguimos indicadores bastante favoráveis relativos aos cuidados agudos e de seguimento após doença cerebrovascular. Seria contudo uma falácia perigosa dizermos que tudo está bem. As estatísticas indicam que temos ainda bastante para melhorar na prevenção primária (para evitar que ocorra um primeiro evento); a fase aguda, apesar dos avanços recentes muito significativos, pode ainda ser muito melhorada, particularmente o acesso a terapêuticas endovasculares para áreas mais distantes dos grandes centros clínicos; para a fase de prevenção secundária chamaria a atenção para a melhoria da articulação entre hospitais e cuidados de saúde primários, além do acesso universal à reabilitação efetiva.

**João Pedro Marto:** No que respeita ao tratamento de fase aguda, julgo existir um número satisfatório de centros preparados para tratar com qualidade os doentes de AVC. Contudo, persistem importantes limitações no transporte de doentes (pré-hospitalar e transferências inter-hospitalares), o que tem impacto no acesso a terapêuticas de fase aguda e à eficácia das mesmas. Em relação à reabilitação continuam a existir poucas instituições no sistema nacional de saúde com capacidade para receber doentes com AVC em fase pós-aguda e que garantam programas de reabilitação eficientes.

**Liliana Pereira:** Muito mais se poderia fazer pelos doentes com AVC, mas se estes não procurarem os cuidados médicos atempadamente perde-se muito do benefício que os avanços científicos têm proporcionado a esta área. Refiro-me obviamente à inovação dos tratamentos de fase aguda, que através da obtenção da recanalização do vaso permitem reduzir os défices sequelares e melhorar o prognóstico; mas também aos cuidados de saúde de prevenção primária, antes de acontecer qualquer sintoma neurológico deficitário. O investimento em Medicina Preventiva é muito baixo, e a doença vascular cerebral, em que o peso dos fatores de risco modificáveis é muito grande e estes são muito prevalentes, seria um caso ótimo para aplicar os recursos e poder facilmente avaliar a existência de resultados.

**“Existe muito trabalho árduo necessário na prevenção primária, nomeadamente com políticas de larga escala promotoras da educação para a saúde, relacionadas sobretudo com o estilo de vida.”**

*Dr. João Pinho*

**João Pinho:** Existe muito trabalho árduo necessário na prevenção primária, nomeadamente com políticas de larga escala promotoras da educação para a saúde, relacionadas sobretudo com o estilo de vida. Outro ponto que considero especialmente importante melhorar na abordagem do AVC em Portugal é o incremento do número de camas de Unidade de AVC no Serviço Nacional de Saúde. Neste momento apenas uma minoria dos doentes com AVC agudo tem a possibilidade de aceder a estes cuidados, que sabemos estarem associados à melhoria do prognóstico.

**Ricardo Reis:** É uma questão complexa e que implica esforços em múltiplas áreas. Penso que necessitamos de intervenções a vários níveis: sensibilização da população (a começar pelo ensino básico); aumentar acessibilidade e rapidez nos meios de emergência; aumentar a disponibilidade geográfica (presencialmente ou por telemedicina) de profissionais diferenciados na área do AVC para permitir tratar o maior número de doentes o mais cedo possível e, finalmente, uma aposta sincera (e corajosa) da tutela em atribuir meios logísticos, técnicos e humanos exclusivamente dedicados ao tratamento do AVC na fase aguda.

**Stroke.pt:** Qual a importância da criação deste grupo J SPAVC?

**Mariana Dias:** Acho que em todas as organizações a inclusão de elementos mais jovens permite o desenvolvimento de ideias e projetos inovadores, que podem contribuir para o seu crescimento.

**João Sargento Freitas:** Sou parcial para responder a esta pergunta, mas creio que o principal mérito foi de trazer uma maneira diferente de pensar e abordar a doença cerebrovascular à SPAVC, sendo sinal da vitalidade e pluralismo desta sociedade. Aliás, não posso deixar de referir uma grande palavra de apreço e admiração pela Direção da SPAVC, especialmente

**“Acho que em todas as organizações a inclusão de elementos mais jovens permite o desenvolvimento de ideias e projetos inovadores, que podem contribuir para o seu crescimento.”**

*Dr.ª Mariana Dias*

na pessoa do Sr. Prof. Castro Lopes, pelo espírito visionário e inovador deste projeto, bem como pelo apoio que todos os membros da Direção nos têm dado para a execução dos trabalhos em curso!

**João Pedro Marto:** Este grupo foi criado com o intuito de gerar novas sinergias que possam contribuir para o desenvolvimento de novos projetos de investigação nacionais, tal como para promover novas estratégias de formação sobre AVC para profissionais de saúde e para a população em geral.

**Liliana Pereira:** O grupo J pretende dinamizar iniciativas e desenvolver novos projetos dentro da SPAVC, nomeadamente nas áreas de formação, investigação e intervenção na comunidade.

**João Pinho:** Sob a orientação do Professor Castro Lopes e da Direção da SPAVC, pretende-se renovar a discussão sobre assuntos de formação em AVC, dinamizar investigação multicêntrica sobre AVC, mostrar a perspetiva de internos e jovens especialistas dedicados a esta área, colaborar nos eventos de divulgação e campanhas de prevenção do AVC, entre outros. A SPAVC percebe a importância da inovação, das novas tecnologias na comunicação e investigação e da inclusão de jovens membros na sociedade, e este grupo pretende ajudar a SPAVC a cumprir os seus objetivos.

**Stroke.pt:** Até agora, que balanço faz da atividade do grupo?

**Mariana Dias:** Considero que o balanço é positivo uma vez que já foram concretizados alguns dos projetos idealizados pela J SPAVC, nomeadamente a caracterização do acesso ao tratamento endovascular em Portugal (estudo EVT-PT).

**João Sargento Freitas:** Humildemente farei um balanço positivo, tendo a noção que estamos a cumprir os objetivos inicialmente propostos. Pessoalmente estou mais

envolvido no projeto EVT-PT (caracterização do acesso nacional a terapêuticas endovasculares para AVC isquémico agudo), onde posso dizer que conseguimos já resultados importantes para relançar a discussão da abordagem aguda ao AVC isquémico. Um dos seus principais métodos foi efetivamente termos conseguido finalmente concretizar um estudo nacional, o que infelizmente não tem acontecido frequentemente.

**João Pedro Marto:** Estes primeiros meses de atividade são marcados por um estudo nacional de acesso a tratamento endovascular, que esperamos que possa trazer resultados práticos no tratamento dos nossos doentes. A identificação de assimetrias nacionais será o primeiro passo para desenvolver estratégias que promovam uma cobertura satisfatória em todo o País.

**Liliana Pereira:** Muito positivo! As intervenções na 15.ª Reunião da SPAVC, das áreas formativa e de investigação, foram muito bem recebidas e participadas, tendo demonstrado que há interesse por estas áreas e que com motivação e dedicação se pode fazer mais e melhor na área do AVC em Portugal.

**João Pinho:** Estou muito contente com o trabalho que tem sido realizado, especificamente no que diz respeito à investigação científica, como do ponto de vista das intervenções na Reunião da SPAVC, e ainda no que se refere a ações de intervenção para a promoção de saúde e prevenção do AVC junto da população.

**Ricardo Reis:** Faço um balanço extremamente positivo. Todos os elementos estão envolvidos em atividades de sensibilização da população e de organização de cuidados na fase aguda do AVC. Aliás, foi através deste grupo que se realizou o primeiro estudo de âmbito nacional relativo à penetração geográfica da tromboectomia (um tratamento extremamente eficaz em AVC com oclusão de grande vaso), provavelmente um dos raros estudos de âmbito realmente nacional nesta área.

**“As intervenções na 15.ª Reunião da SPAVC, das áreas formativa e de investigação, foram muito bem recebidas e participadas, tendo demonstrado que há interesse por estas áreas e que com motivação e dedicação se pode fazer mais e melhor na área do AVC em Portugal.”**

*Dr.ª Liliana Pereira*

**“No futuro imediato, o nosso objetivo é terminar o projeto que temos em mãos (EVT-PT), acreditando que o consigamos fazer no primeiro semestre de 2018.”**

*Dr. João Sargento Freitas*

**Stroke.pt:** E para o futuro, o que podemos esperar?

**Mariana Dias:** Para o futuro, acho que se pode esperar que a J SPAVC continue a contribuir com iniciativas dinâmicas na investigação e na educação sobre o AVC.

**João Sargento Freitas:** No futuro imediato, o nosso objetivo é terminar o projeto que temos em mãos (EVT-PT), acreditando que o consigamos fazer no primeiro semestre de 2018. O futuro a médio-longo prazo passará por uma discussão com a direção da SPAVC, mas atendendo ao sucesso destes primeiros passos prevejo que este dinamismo e envolvimento se mantenham para trabalhos futuros.

**João Pedro Marto:** A expectativa é que o nosso grupo se mantenha ativo na promoção de novos estudos nacionais. A aposta na formação também é um prioridade. Temos como objetivo desenvolver novas ferramentas de formação para os profissionais de saúde ligados ao tratamento de doentes com AVC, tal como promover projetos de educação dirigidos para a população.

**Liliana Pereira:** Na área de formação a elaboração de critérios que definam os requisitos considerados indispensáveis para um estágio em Unidade de AVC, um estágio obrigatório no plano curricular do internato de formação específica em Neurologia, para que se possa tornar mais homogênea a formação em Doença Vascular Cerebral; e a reestruturação do curso de AVC habitualmente lecionado no Congresso do AVC para poder abranger mais temas e ser ministrado de forma contínua ao longo do ano, não só presencialmente mas também com suporte de uma plataforma *online*.

**Ricardo Reis:** Penso que podemos esperar mais colaborações na caracterização da realidade nacional dos cuidados em AVC, de múltiplas ações de sensibilização e divulgação do AVC e da Via Verde do AVC junto da população e, finalmente, muito dinamismo para reforçar a integração da SPAVC na era digital.



### ■ Dr. Ângelo Carneiro

Neurorradiologista do Centro Hospitalar do Porto

*Numa conferência subordinada ao tema "Seleção de doentes para tromboectomia para além das seis horas ou sem hora de instalação conhecida", realizada durante a 8.ª Reunião Nacional das Unidades de AVC, a 27 de outubro, o Dr. Ângelo Carneiro, do Centro Hospitalar do Porto, explicou as questões que rodeiam este importante procedimento nos casos de AVC.*

"É hoje um dado adquirido que a tromboectomia melhora significativamente o prognóstico dos doentes com enfarte cerebral por oclusão de grande vaso da circulação anterior."

Deixando desde o primeiro momento claro que a tromboectomia é um procedimento fundamental no tratamento de casos de AVC, o Dr. Ângelo Carneiro, neurorradiologista do Centro Hospitalar do Porto (CHP), elucidou que há doentes em que o enfarte cerebral pro-

## SELEÇÃO DE DOENTES PARA TROMBOECTOMIA PARA ALÉM DE SEIS HORAS

gride mais rapidamente e a janela de intervenção terapêutica é mais curta, ao passo que por outro lado existem doentes em que o enfarte evolui muito mais devagar, e potencialmente são estes o alvo da tromboectomia depois das seis horas.

"O conceito de progressão lenta ou rápida é muito interessante até porque está provado estar intimamente ligado ao resultado final, pois nos doentes em que a evolução do enfarte é mais rápida, o prognóstico é pior", esclareceu o especialista, acrescentando que há vários fatores que podem influenciar esta velocidade de progressão, entre os quais o estado da circulação colateral. "Provavelmente, os doentes em que o enfarte progride mais rapidamente são aqueles que têm piores colaterais e são ainda mais dependentes do fator tempo. Já os progressores lentos serão possivelmente os que têm boas colaterais", deduziu o Dr. Ângelo Carneiro.

### / O contributo dos estudos

Os três ensaios clínicos randomizados que investigaram a tromboectomia para além das seis horas já foram interrompidos. O DAWN foi o que possibilitou mais dados. Este estudo incluiu doentes sem limite superior de idade, com bom estado funcional à partida e que apresentassem dissociação clínica-imagiológica, isto é, uma pequena área de enfarte estabelecido (avaliada por TAC

de perfusão ou RM) e défices neurológicos importantes. "O estudo foi parado precocemente por recomendação do comité de segurança e a análise interina mostrou que havia um benefício clínico marcado da tromboectomia entre as 6 e as 12 horas, mas também entre as 12 e as 24h, o que é uma mensagem importante deste ensaio, que mostra que mesmo nos doentes em que a velocidade de progressão do enfarte é mais lenta, o tempo continua a ser importante e quanto mais tempo passar pior o prognóstico", destacou o especialista, que em seguida se centrou nas "questões do mundo real": "Podemos selecionar doentes para tromboectomia sem ressonância? Sim, claro! Podemos usar estudos de perfusão mas é assim tão importante usar o software RAPID? Sim, claro! É obrigatório o estudo de perfusão? Não. É sim obrigatório a TAC simples e o Angio-TAC. O TAC com perfusão não parece trazer valor acrescido, pois o seu valor preditivo é igualado pela TAC simples", terminou, não sem antes deixar algumas mensagens finais:

"A tromboectomia tem lugar depois das seis horas. Depois, tempo é cérebro mas as colaterais têm também um papel importante nesta equação e a seleção dos doentes deve ter por base um estudo da fisiologia individual. Sabemos, sobretudo, que a tromboectomia é hoje o procedimento *standard*, e que quanto mais tempo decorrido, maiores as perdas cerebrais, mesmo para os doentes em que o enfarte progride mais lentamente".





■ Dr.ª Teresa Pinho e Melo e Dr. Luís Meira

Neurologista do Hospital de Santa Maria e Presidente do INEM / Moderadores da sessão

## AVC AGUDO EXIGE TRABALHO DE EQUIPA

*Um dos temas em debate na 8.ª Reunião Nacional de Unidades de AVC, decorrida no dia 27 de outubro, em Lisboa, foi o "AVC agudo: melhorar a circulação", numa mesa moderada pelo Dr. Luís Meira, presidente do INEM, e pela neurologista Dr.ª Teresa Pinho e Melo, que em breves palavras sublinhou a importância da colaboração com o INEM nos casos de AVC, referindo que "embora haja uma separação física, é necessário haver proximidade no trabalho que é feito".*

Os especialistas parecem estar de acordo: o AVC agudo exige uma resposta rápida sob pena de danos irreparáveis para o doente. Por isso, agir rapidamente perante os primeiros sintomas é crucial e isso mesmo frisou a Dr.ª Ana Aires, interna de Neurologia do Centro Hospitalar São João (CHSJ),

que se centrou no tema "Notificação e transporte pré-hospitalar".

"Logo no período pré-hospitalar podemos instalar uma série de medidas que vão encurtar o tempo de chegada ao hospital", afirmou, citando em seguida as orientações americanas, que dizem que tem de ser aumentado o número



■ Dr.ª Ana Aires

Interna de Neurologia do Centro Hospitalar São João

**"Já focando-se nas orientações da ESO, a médica lembrou que é preciso educar, disponibilizar de imediato as equipas de emergência, notificar o hospital, transportar o doente rapidamente a um centro especializado e constituir equipas de pré-hospitalar com experiência."**

de doentes tratados e é necessário investir na formação de equipas médicas e equipas de emergência.

**"A maior parte dos doentes fazem a chamada para o 112 entre a meia hora e os 45 minutos, "um tempo importante desde que são conhecidos os sintomas", e que a maioria dos doentes chega ao hospital entre os 60 e os 75 minutos, "o que mostra que há campo para melhorar na atuação pré-hospitalar."**

"É preciso educar a população para os 3F's: dificuldade em falar, falta de força num membro, face ou boca ao lado, além de permitir um acesso rápido ao sistema através do 112", afirmou a Dr.ª Ana Aires, acrescentando que "é necessária também a integração de todos os elementos do sistema de saúde através de protocolos que devem ser elaborados pelos próprios médicos". Já focando-se nas orientações da ESO, a médica lembrou que é preciso educar, disponibilizar de imediato as equipas de emergência, notificar o hospital, transportar o doente rapidamente a um centro especializado e constituir equipas de pré-hospitalar com experiência. Em relação à realidade portuguesa "os dados do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares mostram que, em 2016, houve um número ligeiramente inferior de AVC. Ainda assim, os dados do INEM mostram que em 2017 houve a ativação de 2557 vias verdes de AVC, o que é uma pequena fatia relativamente ao total das Vias Verdes", realçou a médica, que revelou que a maior parte dos doentes fazem a chamada para o 112 entre a meia hora e os 45 minutos, "um tempo importante desde que são conhecidos os sintomas", e que a maioria dos doentes chega ao hospital entre os 60 e os 75 minutos, "o que mostra que há campo para melhorar na atuação pré-hospitalar", concluiu.

Com o tema "Circulação de imagem e dados", o Dr. Gustavo Santo começou por relembrar que os dados recentes da



### ■ Dr. Gustavo Santo

Neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS mostram que as doenças cerebrovasculares continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, embora seja possível observar uma curva consistente de redução da taxa de mortalidade. “É uma redução a que se assiste desde 2012, mas que ainda assim revela ser alta face à realidade europeia. O AVC isquémico é de facto um problema de saúde pública que merece uma abordagem global”, frisou o especialista, que continuou apelidando o ano de 2015 como histórico. “É a chegada da Via Verde do AVC, procurando democratizar o acesso aos cuidados de saúde e mitigar a distância a que muitos doentes se encontram dos centros de referência, incentivando também a racionalidade do sistema e privilegiando a

transferência de doentes que requerem tratamentos mais diferenciados.” O Dr. Gustavo Santo mencionou ainda o advento da telemedicina, que passou a permitir a visualização do doentes e de exames, sendo uma ferramenta muito útil no processo de decisão partilhada.

A última intervenção coube ao Dr. João Pinho, neurologista do Hospital de Braga, que procurou mostrar como agilizar a transferência para os centros e regresso às Unidades de AVC.

“A mudança de paradigma no tratamento do AVC, com o uso de tromboectomia, tem de exigir dos cuidados de saúde uma adaptação a diversos níveis: recursos humanos, competências, fármacos, meios de diagnóstico, meios de comunicação e até do processo logístico. É uma mudança que leva à necessidade de adaptação dos processos no SNS”, começou por esclarecer o especialista, que assumiu que continuarão a existir doentes que vão necessitar de ser transferidos para centros de referência, embora os dados mostrem que estes têm pior prognóstico dos que são admitidos diretamente nesses centros e aí realizam tromboectomia.

“A principal razão para isto é obviamente o tempo decorrido entre os primeiros sintomas e os cuidados clínicos”, explicou o Dr. João Pinho, acrescentando que “a transferência implica várias etapas, todas elas consumidoras de tempo.”

“Há muito mais passos do que apenas a viagem, todos eles consomem tempo precioso e todos podem ser melhorados de forma a tornar todo o processo mais ágil”, concluiu.

**“A mudança de paradigma no tratamento do AVC, com o uso de tromboectomia, tem de exigir dos cuidados de saúde uma adaptação a diversos níveis: recursos humanos, competências, fármacos, meios de diagnóstico, meios de comunicação e até do processo logístico.”**



### ■ Dr. João Pinho

Neurologista do Hospital de Braga

## //// ATIVIDADES SPAVC ////

“Qual é a sua motivação para prevenir o AVC?” foi o mote da Campanha da *World Stroke Organization* para assinalar o Dia Mundial do AVC, assinalado a 29 de outubro, à qual a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral se associou. Recordando que o AVC é a doença vascular cerebral mais suscetível de ser prevenida e que, na maior parte dos casos (90%), está relacionada com fatores de risco modificá-

veis, a SPAVC divulgou um cartaz de sensibilização junto dos profissionais de saúde e dos meios de comunicação social, bem como nos seus canais digitais. Esta campanha integra materiais informativos e com dicas práticas para a prevenção do AVC dirigidos a população, aos quais pode aceder através do *QRcode* contido no cartaz.

## AVC E FIBRILHAÇÃO AURICULAR: COMO PREVENIR E TRATAR



■ Dr.ª Ana Paiva Nunes e Dr. Vítor Fagundes

Internista do Centro Hospitalar de Lisboa Central e Internista do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

*Num simpósio patrocinado pela Boehringer Ingelheim, a 8.ª Reunião Nacional de Unidades de AVC abriu portas à discussão do tema AVC e Fibrilhação Auricular (FA), numa comunicação do Dr. Vítor Fagundes, do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS), que sublinhou a importância dos NOAC neste contexto. A sessão foi moderada pela Dr.ª Ana Paiva Nunes, internista do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC).*

O Dr. Vítor Fagundes começou por mostrar os dados relativos a prevalência da FA, lembrando que a doença atinge 20,9 milhões de homens e 12,6 milhões de mulheres, com maior incidência em países desenvolvidos. “É uma entidade subdiagnosticada e intimamente ligada ao risco de AVC, cujo aumento da prevalência está relacionado com o aumento do número de diagnósticos, mesmo em doentes assintomáticos”, esclareceu o especialista, adiantando que quanto à morbilidade e mortalidade, a FA está relacionada com o aumento em duas vezes de todas as causas de morte nas mulheres e 1,5 nos homens. Neste contexto, destacou ainda que a mortalidade relacionada com o AVC pode ser praticamente eliminada com recurso à anticoagulação. Relativamente à prevalência de FA em Portugal, o internista lembrou os dados do estudo SAFIRA, que revelou uma prevalência global de 9% e em

que 35,9% dos doentes desconheciam ter a doença. No que toca à terapêutica, 56,3% não estavam anticoagulados, e entre os que estavam, 65,7% faziam AVK e 34,3% NOAC.

Focando-se nas *guidelines*, nomeadamente a versão de 2016 da ESC, o internista frisou que a grande novidade é a opção dos NOAC como primeira linha terapêutica em detrimento dos AVK, em doentes com FA não valvular. No entanto, sublinhou, “não nos podemos esquecer que o objetivo do tratamento não é só a anticoagulação e a prevenção de AVC. Num doente com FA é muito importante o controlo da frequência e de ritmo, assim como o controlo das doenças concomitantes, estilo de vida e outros fatores de risco. No conjunto, o objetivo é melhorar a qualidade de vida e aumentar a esperança de vida, sendo que a anticoagulação tem benefício nos dois campos.”

### / A possibilidade de reversão do anticoagulante

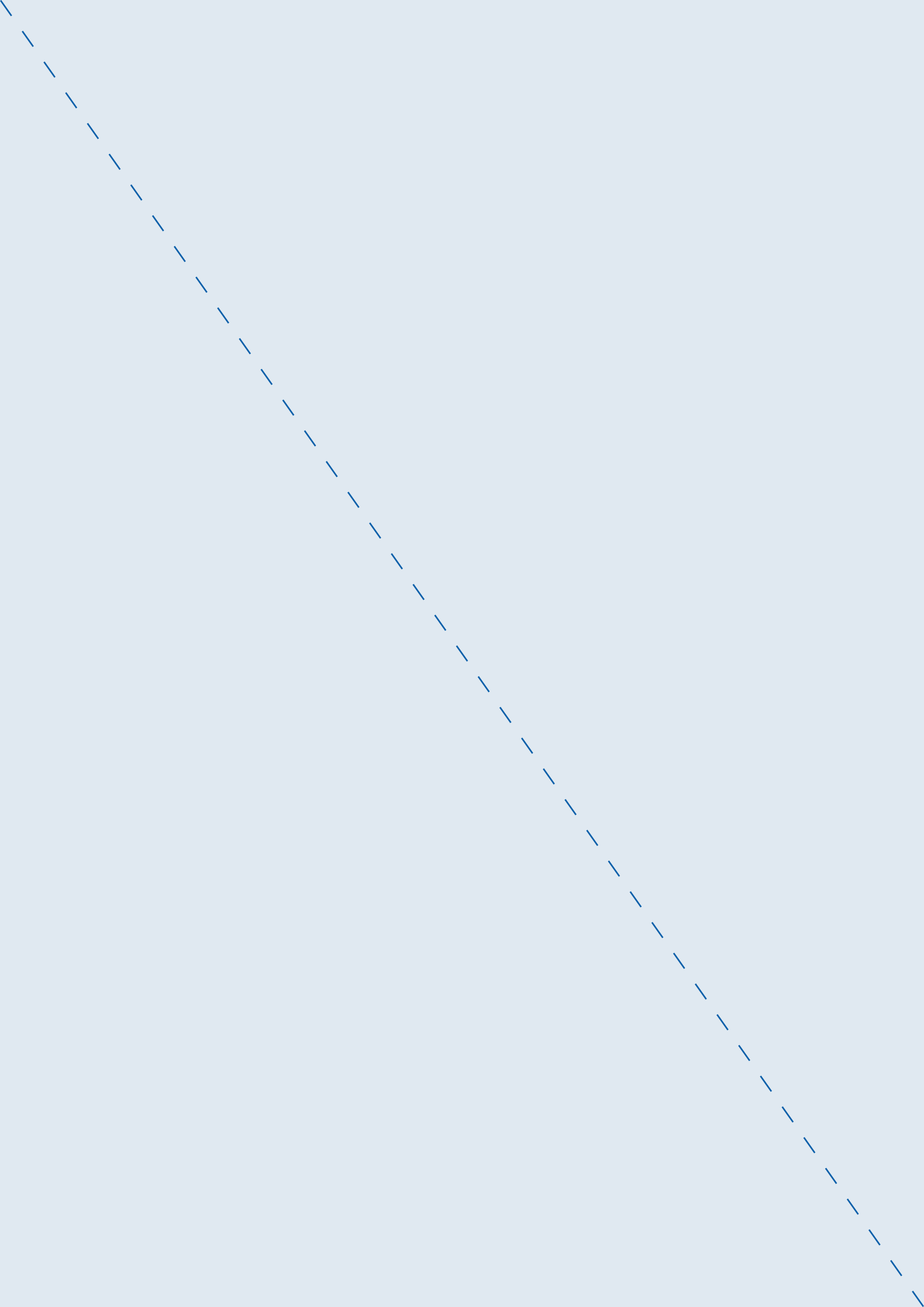
Seguidamente o médico do CHTS abordou a possibilidade de utilização de reversão dos NOAC, com destaque para o idarucizumab, o agente que mostrou reversão imediata e completa da atividade anticoagulante do dabigatran. “Tem um efeito imediato e sustentado ao longo de 24 horas, o que permitiu

uma alteração na abordagem face às eventuais complicações do tratamento anticoagulante, dependendo se estamos perante uma hemorragia *minor*, moderada a severa ou grave”, explicou. Sobre a possibilidade de reversão, o especialista referiu ainda um estudo realizado na Alemanha com idarucizumab em 19 doentes com AVC isquémico e 12 doentes com AVC hemorrágico, onde houve um benefício da trombólise endovenosa sem evidência de complicações hemorrágicas com uma melhoria do NIH em cinco pontos.

### / Ideias a reter:

- A morbilidade e mortalidade associada ao AVC em doentes com FA pode ser praticamente eliminada com anticoagulação;
- Os NOAC têm mudado o paradigma da anticoagulação em doentes com FA mas ainda está longe de preencher as necessidades médicas;
- Os NOAC são a primeira linha face aos AVK na prevenção de doentes com FA não valvular;
- No tratamento do AVC isquémico e hemorrágico as recomendações na fase aguda estão relacionadas com a atividade farmacodinâmica dos fármacos;
- No AVC isquémico, a existência de um agente de reversão permite a realização de trombólise endovenosa em doentes previamente medicados com NOAC, nomeadamente dabigatran;

**“A grande novidade é a opção dos NOAC como primeira linha terapêutica em detrimento dos AVK, em doentes com FA não valvular.”**





■ Prof.ª Elsa Azevedo, Dr. Henrique Martins, Dr. Juan Arenillas e Prof. Vítor Tedim Cruz

Neurologista do Hospital de São João; Presidente do Conselho de Administração da SPMS; Neurologista do Hospital de Valladolid; Neurologista do Hospital Pedro Hispano.

**“A precisão do diagnóstico de alta é fundamental para o encadeamento de cuidados subsequentes e fases de transição, sabendo que ainda persiste uma marcada heterogeneidade de classificação diagnóstica de um AVC entre países.”**

## A IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE DAS UAVC

*A certificação de processos, o registo de dados e a implementação de indicadores de qualidade foram os temas centrais de uma das sessões da 8.ª Reunião Nacional de Unidades de AVC.*

Membro do comité ESO Stroke, que foi criado para estabelecer os critérios de certificação dos vários centros e unidades de AVC, o Dr. Juan Arenillas, neurologista do *Comprehensive Stroke Center* no Hospital de Valladolid, abordou o tema da certificação europeia e começou por esclarecer que a probabilidade de morrer de AVC é alta, embora varie de região para região, sendo atualmente um tema que está na agenda política.

“Nesse sentido foram estabelecidas algumas recomendações que promovem a diferenciação entre uma unidade de AVC e um centro de AVC, cujo objetivo passa por igualar o tipo de cuidados que os doentes que sofreram um AVC podem usufruir. Falamos de um conjunto de medidas sistematizadas, compreensíveis e monitorizáveis por forma a alcançar melhores resultados”, explicou o especialista, acrescentando que os principais componentes de um centro especializado passam por uma dedicação total ao tratamento de AVC, com abordagem multidisciplinar e uma

oferta global perante as várias ramificações desta doença.

“Deve ser uma unidade dedicada, adstrita a uma área geográfica circunscrita, onde os doentes com AVC são recebidos por uma equipa multidisciplinar.” Quanto às vantagens da certificação, o especialista espanhol enumerou a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o *benchmark* para a prestação de cuidados em AVC, a avaliação objetiva da excelência clínica, a criação de equipas dedicadas e experientes e a melhoria da confiança na população pelos índices de qualidade e segurança.

### / A importância do registo da alta

Na segunda apresentação da sessão, o Prof. Vítor Tedim Cruz, neurologista do Hospital Pedro Hispano e investigador do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) centrou-se na qualidade e registo do diagnóstico da alta.

“A precisão do diagnóstico de alta é fundamental para o encadeamento de cuidados subsequentes e fases de transição, sabendo que ainda persiste uma marcada heterogeneidade de classificação diagnóstica de um AVC entre países, centros de um mesmo

país, médicos de um mesmo centro e até mesmo entre doentes de um mesmo médico”, começou por afirmar o médico, que adiantou que o processo de diagnóstico tem muitas semelhanças com uma classificação.

“O processo diagnóstico tem as seguintes etapas: decidir se é ou não um AVC, tipologia do AVC e subclassificação do AVC, de acordo com a sua dimensão e localização, etiologia e inventário de défices funcionais. É classificar bem um AVC tem evidentes vantagens clínicas, padronizando as metodologias de discussão diagnóstica, fundamentando as intervenções em fase aguda e prevenção secundária, melhorando o prognóstico funcional e reduzindo o risco de recidiva, assim como formação de uma equipa e ecossistema de cuidados de excelência.” Por outro lado, o neurologista salientou que permite também identificar candidatos para ensaios, classificar os centros, auditar resultados e otimizar a relação custo-efetividade.

Na última palestra da sessão, a Prof.ª Catarina Fonseca, neurologista do Hospital de Santa Maria e investigadora do Instituto de Medicina Molecular (IMM) focou a relevância dos marcadores de qualidade, explicando que a organização e prestação de cuidados de saúde contribuem para a mortalidade, morbilidade e recorrência da doença.

Assim, continuou, “o primeiro passo para melhoria de qualidade passa pelo estabelecimento de padrões claros baseados na evidência de cuidados. É daí que nascem os indicadores de qualidade, que são medidas de qualidade dos cuidados de saúde, padronizadas, baseadas na evidência, facilmente adquiridas a partir de dados administrativos e que medem os resultados clínicos e o desempenho”.

Tal abordagem, de acordo com a especialista, procura a melhoria dos cuidados baseados na evidência e, consequentemente, melhorar resultados, padronizar os cuidados prestados em todos os hospitais e pôr em prática uma política de prestação de contas. “Os indicadores usualmente usados para qualificar unidades de AVC podem ser indicadores de resultado ou de processo, sendo que atualmente se consi-

dera que se devem usar essencialmente marcadores de processo e não tanto de resultado, pois não dependem apenas da qualidade da prestação de cuidados e podem enviesar resultados.” Deixando claro que o processo de controlo de qualidade é contínuo, a Prof.ª Catarina Fonseca terminou afirmando que “a implementação destes indicadores de qualidade é inevitável, varia conforme a situação e o que se pretende avaliar, e é necessário simplificar e investigar para definir quais os indicadores ligados a melhores resultados e quais devem ser implementados”.

Nas últimas palavras desta sessão, o Dr. Henrique Martins, presidente do Conselho de Administração da SPMS deixou algumas palavras sobre sistemas de informação e AVC, mostrando o trabalho que está atualmente a ser feito no Ministério da Saúde.



■ Prof.ª Catarina Fonseca  
Neurologista do Hospital de Santa Maria

## ATIVIDADES SPAVC

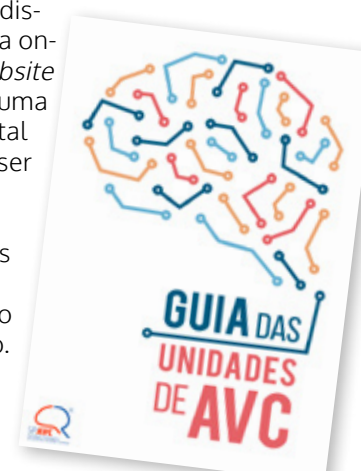
## CORRIDA E CAMINHADA VITAL SENSIBILIZA PARA IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DO AVC



Foi no dia 29 de outubro que, na cidade de Braga, que se juntaram cerca de 2000 pessoas para participar na 4.ª edição da “Corrida e Caminhada Vital Contra o AVC”, a atividade eleita pela SPAVC para assinalar o Dia Mundial do AVC em 2017. Como explica o Dr. João Pinho, neurologista no Hospital de Braga e membro da comissão organizadora da ação, “a corrida é apenas uma oportunidade para chamar a atenção à população que este é o momento de nos lembrarmos da prevenção do AVC”. A par da atividade física, decorreu também uma sessão de rastreios aos fatores de risco de AVC. A Dr.ª Carla Ferreira, neurologista do mesmo hospital, refere que o número de pessoas a participar nesta corrida tem aumentado de ano para ano: “é uma manhã bem passada e por uma causa nobre mas, acima de tudo, uma manhã em que se aprende o que se pode fazer para prevenir um AVC”.

## GUIA DAS UNIDADES DE AVC LANÇADO EM OUTUBRO

A SPAVC lançou, no final de outubro, o Guia das Unidades de AVC 2017: um projeto editorial dirigido a profissionais de saúde, no âmbito da 8.ª Reunião Nacional das Unidades de AVC. Uma edição semelhante tinha sido publicada no ano de 2011, e a SPAVC lançou uma edição atualizada, tentando dar conta do panorama atual das Unidades de AVC a nível nacional. A publicação foi distribuída na 8.ª Reunião Nacional das UAVC e foi disponibilizada online, no *website* da SPAVC, uma versão digital que está a ser atualizada com vários acrescentos a fim de completar o documento.





■ Prof. Miguel Viana Baptista, Prof.ª Catarina Fonseca e Dr. João Pinho

Neurologista do Hospital Egas Moniz; Neurologista do Hospital de Santa Maria;  
Neurologista do Hospital de Braga

## AVC E DOENÇAS RARAS

*A 15.ª Reunião da SPAVC, decorrida no dia 28 de outubro, em Lisboa, acolheu uma sessão sobre AVC e doenças raras, combinando nos seus temas a embolia cardiogénica, a doença dos grandes vasos e a doença dos pequenos vasos.*

Com o tema “Embolia cardiogénica”, a Prof.ª Catarina Fonseca, neurologista no Hospital de Santa Maria, começou a sua apresentação ao afirmar que as causas raras de AVC cardioembólico dividem-se em quatro grandes grupos: alterações valvulares, hipocinésias do miocárdio, massas intracardíacas e infeções do miocárdio, abordando em seguida as pistas que devem ser tidas em conta quando observados estes doentes. “O primeiro passo quando recebemos o doente é fazer a história da doença atual que leva o doente à urgência, no caso o AVC. E nalguns casos pode já haver sinais de uma causa rara de AVC: sinais e sintomas de envolvimento de diferentes territórios, que apontam em geral para uma causa cardioembólica, mas se o indivíduo diz que teve múltiplos episódios, que por vezes ocorrem ao longo de semanas e que depois deixam algumas limitações, isso pode sugerir uma fonte embólica.”

De acordo com a especialista, a apresentação pode ocorrer também com alteração do estado de consciência, encefalopatias, e quanto a sintomas externos, o doente pode apresentar dor pré-cordial, dispneia ou síncope, fadiga, platipneia e mau estar geral.

“Mas na maior parte dos casos é completamente insuspeita”, sublinhou, adiantando que no exame objetivo pode ser observada febre, embolização de outros tecidos, manchas na pele e auscultação de sopro cardíaco, mas, mais uma vez, “o exame objetivo pode ser completamente insuspeito”. Quanto à TAC e RM, a médica clarificou que nas doenças raras são usuais as múltiplas pequenas lesões, em diferentes territórios e em diferentes tempos.

Quanto aos achados do ECG, referiu que “pode demonstrar a atividade fisiológica cardíaca e dar pistas sobre a doença subjacente, como elevações ST iniciais que se transformam em ondas T negativas, pode haver bloqueios de ramo e sinais de hipertrofia ventricular. Mas na maioria dos casos o ECG pode também ser completamente normal”, afirmou.

Em conclusão, a investigadora do IMM afirmou que “geralmente o diagnóstico é insuspeito, mas podem existir sintomas de disfunção sistémica já relacionados com algum grau de IC, o padrão de embolismo pode existir em imagem cerebral, e muitas vezes os achados encontram-se no ecocardiograma transesofágico sem outras pistas diagnósticas”.

## / Diagnóstico da oclusão de grandes vasos

Dividindo a sua comunicação em três ambientes – urgência, internamento e consulta -, o Dr. João Pinho, neurologista do Hospital de Braga, lembrou que se deve, desde o primeiro momento, investigar em que circunstância ocorreu a instalação do défice, além de ser também necessário perceber se há queixas acompanhantes ou que ocorreram em dias prévios, estando especialmente atentos a queixas de cervicalgias, cefaleias e dor torácica. Além destas, o neurologista explicou a importância de procurar ocorrências oftálmicas recentes, traumatismo craniano, assim como outros traumatismos ou acidentes e o uso de medicação e de drogas.

Já em contexto de urgência, o especialista alertou que se deve ter em atenção se o doente está hipotenso e deve realizar-se o despiste da disseção aórtica. “Quanto ao internamento”, prosseguiu, “é importante na anamnese explorar se existem outras manifestações sistémicas, como emagrecimento, cefaleias persistentes, febrícula, que imediatamente nos remetem para uma vasculite de grandes vasos. Outros aspetos que nos põem na pista de uma artrite temporal seria a claudicação da mandíbula associado a polimialgias, e devemos também procurar por HTA de início precoce, contactos sexuais de risco e antecedentes de neoplasia”. A terminar, em ambiente de consulta, o especialista frisou que se tratam de doentes que vão ser reavaliados e que por isso o seguimento imagiológico é importante.

## / A doença dos pequenos vasos

Coube ao Prof. Miguel Viana Baptista, diretor do Serviço de Neurologia do Hospital Egas Moniz, abordar o tema da “Doença de pequenos vasos”, mas começou por lembrar que “os doentes em que se deve pensar que há uma doença rara são sobretudo doentes jovens, que a história familiar é um dado que não pode ser descartado, assim como o exame neurológico e outros exames gerais”. Já quanto aos doentes com patologia de pequenos vasos, o especialista afirmou que são maioritariamente diagnosticados na consulta.

“A doença de pequenos vasos tem sobretudo no seu fenótipo os enfartes lacunares e alteração da substância branca. Existem outras manifestações que devem ser pensadas, as microhemorragias, e o importante a

reter é que a doença caminha habitualmente sem que seja detetada.” O especialista referiu ainda que é evidente a ligação da hipertensão com a doença dos pequenos vasos, “pois ela e a idade são os principais fatores de

risco”. Ainda assim, ressaltou, “existem doentes que não são hipertensos e têm doença dos pequenos vasos, pelo que possivelmente existe uma suscetibilidade genética que predispõe para que isso aconteça”, concluiu.

## NOTÍCIAS

### AVC EM DEBATE NO CONGRESSO DE NEUROLOGIA



Dr. Miguel Rodrigues e Profs. José Castro Lopes, Patrícia Canhão, José Manuel Calheiros e José Ferro

O esforço da *World Stroke Organisation* para minimizar o peso global do AVC, a importância do reconhecimento do AVC como doença cerebral pela OMS e a relação entre a poluição e o AVC foram os três temas abordados pelo Prof. José Ferro, pelo Dr. Miguel Rodrigues e pelo Prof. José Manuel Calheiros numa sessão que teve lugar no Congresso de Neurologia, no passado dia 17 de novembro. A sessão foi moderada pelos Profs. José Castro Lopes e Patrícia Canhão, presidente e vice-presidente da SPAVC, respetivamente.

A nível global, o AVC continua a ser uma das principais causas de morte, contudo, nas áreas mais desfavorecidas do mundo, a doença representa um peso ainda mais significativo. De acordo com o Prof. José Ferro, “nesses países, existem ainda várias causas de AVC que já não existem nos países desenvolvidos”. Por outro lado, acrescentou o neurologista do Hospital de Santa Maria, a proporção de AVC atribuível a fatores de risco preveníveis como a diabetes ou a hipertensão são ainda mais elevadas nestes países em desenvolvimento.

Para inverter esta realidade e minimizar o impacto do AVC, “a *World Stroke Organization* desenvolveu a iniciativa *Global Stroke Guidelines and Action Plan*, que envolve várias áreas de intervenção, desde a implementação de cuidados de

saúde pré-hospitalares, à otimização dos cuidados na fase aguda do AVC e para os doentes internados, passando pela prevenção, pela reabilitação e pela reintegração dos doentes na comunidade. “Para cada um destes pontos, estão definidos três níveis de capacidade dos serviços de saúde: os serviços avançados, próximos daqueles de que dispomos nos países desenvolvidos; os serviços essenciais e os serviços mínimos”.

### / “Agora o AVC está de volta onde pertence”

Não é recente a discussão relativa à classificação do AVC. “Em 1855 começaram a ser feitas as primeiras classificações das doenças, num congresso em Paris, e, mais tarde, nos EUA, faz-se outra classificação mais próxima da atual que, em 1900 deu origem à ICD-1 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)”, recordou o Dr. Miguel Rodrigues. Segundo o neurologista do Hospital de Garcia de Orta, desde essa altura que o AVC era classificado como uma doença do sistema nervoso. Contudo, “em 1965, o AVC foi classificado como uma doença da circulação e assim se manteve na ICD-8 e na ICD-9.

Já na ICD-10, o AVC foi classificado como uma doença da circulação, mas cujas consequências foram incluídas no capítulo das doenças do sistema nervoso. Após uma revisão desta versão do ICD, determinou-se que o AVC seria inserido no capítulo das doenças neurológicas, num subcapítulo dedicado às doenças vasculares cerebrais. Porém, descreveu o Dr. Miguel Rodrigues, em 2016, uma *Joint Task Force* decidiu que, afinal, o AVC deveria voltar para as doenças da circulação”. Esta medida gerou “uma certa revolta na comunidade ligada ao tratamento do AVC”, dando origem a uma coligação de várias entidades que se debateram pela classificação do AVC como doença neurológica. “Finalmente, a 31 março de 2017, a OMS comunica que volta a colocar o AVC dentro das doenças do sistema nervoso, na ICD-11. Agora sim, o AVC está de volta onde pertence”.

### / Poluição também provoca AVC

O Prof. José Manuel Calheiros, professor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, fez uma revisão das mais recentes evidências e indicações sobre a exposição à poluição atmosférica e o AVC, afirmando que os mecanismos que estão na origem desta relação envolvem “uma componente muscular, uma componente ligada ao sistema nervoso autónomo e uma componente relacionada com a antiagregação plaquetária”. De acordo com um estudo da OMS que incluiu mais de 45 000 participantes, “o aumento de 10 microgramas de partículas poluentes mais finas por cada metro cúbico resulta num aumento de cerca de 13% da probabilidade de ocorrência de um AVC”. O estudo revelou ainda que, nestes países, 6,6% da totalidade dos AVC podem ser atribuídos à poluição ambiental. Por tudo isto, “podemos concluir que, apesar das indicações para reduzir a poluição, estamos muito longe do que é desejável”.

## QUAIS AS FERRAMENTAS QUE UM “STROKOLOGISTA” DEVE TER NO SEU SMARTPHONE

As novas tecnologias e novas aplicações para os smartphones foram o assunto principal desta sessão. Para falar de “algumas aplicações que são interessantes para o dia-a-dia de um médico que trata o AVC e que estão disponíveis nos nossos “telefones cognitivos”, como explicou o Dr. Miguel Rodrigues, moderador da sessão, foram convidados o Dr. João Pedro Marto e a Dr.ª Lílíana Pereira, elementos da J-SPAVC. Aqui ficam as sugestões de ambos:

■ Dr. João Pedro Marto, Serviço de Neurologia do Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

### / Stroke Guidelines

Uma “aplicação completa” que inclui informações sobre:

- Seleção de doentes para tratamento de fase aguda;
- Abordagem de restante terapêutica médica de fase aguda;
- Abordagem de doente na Unidade AVC;
- Prevenção secundária; Etiologia de AVC;
- Ilustrações sobre anatomia da vascularização cerebral e vários territórios vasculares.

### / Whatsapp

- Troca de mensagens instantâneas ;
- Permite a troca de informação clínica em tempo real, entre os vários profissionais da equipa de urgência/da Unidade de AVC, com rápida discussão multidisciplinar de indicação para tratamento de fase aguda;
- Permite notificação de doentes tratados e comunicação de resultados;
- Permite a partilha de imagens.

### / Fast-ED

Ainda não está disponível em Portugal: foi desenvolvida com o intuito de selecionar doentes candidatos para terapêutica endovascular no pré-hospitalar. Tem três funcionalidades importantes:

- Permite calcular a probabilidade de oclusão de grande vaso;
- Usa informação de sistema GPS com distância e tempo de transporte para diferentes hospitais na região que disponibilizam tratamento de fase aguda;
- Usa algoritmo para selecionar o hospital de destino com base na probabilidade de oclusão de grande vaso e no tempo de transporte estimado.

### / RVSL - Medical Reversal Guide for Anticoagulants

- Disponibiliza informação sobre os vários fármacos que revertem ação anticoagulante ou antiplaquetária;
- Inclui informação sobre como reverter ação antitrombótica de cada fármaco em particular;
- Disponibiliza algoritmos de decisão terapêutica.

### / NIH Stroke Scale from StatCoder

- Permite avaliar a administração passo-a-passo da NIH *Stroke Scale* através de uma pontuação automática;
- Inclui imagens clínicas completas e instruções para administração.

### / Stroke pocketcards

Uma “aplicação completa” com informações sobre a abordagem de doentes de AVC em diferentes fases:

- Permite busca de tema por tópico;
- Permite realização de notas.

### / NIH Score & stroke tools

Indicada para o tratamento de doentes na fase aguda do AVC:

- Inclui uma *checklist* de critérios de inclusão ou exclusão para o tratamento;
- Inclui uma *checklist* para cálculo de NIHSS;
- Inclui um relógio que vai registando tempos de interesse, por exemplo, o tempo decorrido desde admissão hospitalar.



■ Dr.ª Liliana Pereira, Serviço de Neurologia do Hospital Garcia de Orta.

### / HeRS - Hemorrhage Risk Stratification Calculator

É uma calculadora de risco estratificado de hemorragia onde é analisado o volume do hematoma calculado a partir de uma imagem de TAC, da *clearance* de creatinina e da idade. Então, esta aplicação permite saber o risco de transformação hemorrágica.

### / Neuro Toolkit

Esta aplicação não é generalista, só neurológica, mas foi pensada por um neurologista vascular. Tem algumas funcionalidades originais como por exemplo uma calculadora ASCO.

### / AnticoagEvaluator

É uma aplicação do Colégio Americano de Cardiologia que avalia a anticoagulação. É mais complexa e pede mais detalhes, também com o mesmo fim da HeRS - *Hemorrhage Risk Stratification Calculator*: perceber se o doente pode ser anticoagulado. Calcula também a probabilidade de um AVC e o risco de complicações hemorrágicas.

### / Calculate by QxMD

Esta é uma aplicação “conhecida por todos” e é bastante genérica, mas tem pontos importantes para o doente vascular: cálculo de risco, e algumas indicações teóricas sobre, por exemplo, a interpretação da ressonância magnética no AVC hemorrágico.

### / ESO Guidelines

É a *app* de comunicação oficial da ESO, com as *guidelines* mais recentes.

### / Fit Brains Trainer

É uma aplicação para treinar o cérebro e tem a vantagem de estar em português.

### / Captain Lazy Eye

Permite fazer exercícios oftalmológicos. Foi desenhada por um oftalmologista para crianças com ambliopia, mas também “permite treino dos músculos extra-oculares, reconhecimento de objetos escondidos e treino da coordenação mão-olho, úteis nos doentes com AVC”. O objetivo é que o doente se mantenha ativo.

### / Let Me Talk

Permite aos doentes com sequelas ao nível da fala, não só provenientes do AVC, expressarem-se. É constituída por um sistema de cartões que se podem selecionar e que depois são traduzidos em sons.

### / World Stroke Academy

É uma aplicação que requer um registo e onde se pode ver, por exemplo, 46 das grandes apresentações feitas no ESOC para além de outros módulos de *e-learning*.

### / Stroke Trials

É uma aplicação agregadora de publicações e artigos. Escolhendo um deles, é possível ver um resumo, e depois seguir pelo *link* disponibilizado para o artigo na *internet*.

### / Riscómetro de AVC

Está disponível em Português e através de um numero de perguntas curtas permite avaliar, dos 20 aos 99 anos, qual o risco de AVC. A versão *pro* incorpora mais informação e palestras sobre o AVC.

### / AVC Brasil

Tem os três principais sintomas de AVC, algumas dicas de prevenção e envia mensagens periódicas com essas mesmas dicas aos doentes.

### / Medisafe Pill Reminder

Ajuda à toma da medicação com alarmes de lembrança.

### / SPAVC

Uma aplicação onde se pode encontrar várias informações sobre a Sociedade Portuguesa do AVC: dicas de prevenção, calendário de sessões, artigos escritos pelos membros da SPAVC e notícias.



## PORTUGAL NA “LINHA DA FRENTE” NO ACESSO A TRATAMENTOS ENDOVASCULARES PARA AVC ISQUÉMICO AGUDO



■ **Dr. João Sargento Freitas**

Neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

*O programa científico da 15.ª Reunião da SPAVC incluiu uma sessão proferida pelo Dr. João Sargento Freitas, neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e membro da J-SPAVC, para revelar os “Resultados Preliminares do projeto EVT-PT”, trabalho desenvolvido conjuntamente pelo Dr. João Sargento Freitas, pela Dr.ª Mariana Dias e pelo Dr. Ricardo Reis, com o apoio de muitos outros profissionais de saúde e serviços hospitalares.*

A investigação dedicou-se à “caracterização do acesso ao tratamento intra-

vascular no nosso país” e demonstrou que Portugal está na “linha da frente” no que toca ao acesso a este tipo de tratamentos, esclareceu o Dr. João Sargento Freitas. O projeto EVT-PT contou com o patrocínio científico da SPAVC em parceria com a CINTESIS-FMUP, tendo abrangido Portugal continental: “a implementação deste tratamento não é fácil, nem em Portugal, nem na Europa, nem no mundo, e isto obrigamos a estudar como é que está a ser essa adaptação e é daí que nasce este grupo de trabalho”, afirmou o palestrante. A investigação que começou em maio deste ano “abrangeu todos os doentes submetidos a trombectomia por AVC isquémico agudo desde junho de 2015 até junho de 2017”.

Em Portugal – considerando os censos de 2011 – a taxa de trombectomia é de 7,1 por 100 mil habitantes, “uma taxa nacional superior à da relatada nos EUA e noutros países europeus”, que nos “deve dar alguma satisfação, mas simultaneamente estimular pois ainda há muita margem para melhorar”, reiterou o Dr. João Sargento Freitas. Os doentes incluídos na análise apresentada durante a 15.ª Reunião da SPAVC somaram um total de 1594 trombectomias, no intervalo entre junho de 2015 e 2017, sendo que “foram contactadas todas as equipas de AVC e unidades de intervenção de Portugal continental”, sublinhou, esclarecendo que estes resultados “não são definitivos”, porém “são resultados que

terão um impacto muito significativo”. “Avaliar a equidade nacional no acesso aos tratamentos endovasculares para AVC isquémico agudo” foi o principal objetivo do estudo, procurando-se também “identificar as áreas geográficas com acesso limitado aos tratamentos endovasculares”. Esta pesquisa permitiu ao grupo perceber que há grandes assimetrias entre o Litoral Norte e Centro com elevadas taxas de trombectomia em oposição ao Interior e Sul de Portugal, com menor acesso a estes tratamentos – com variações entre 1,0 e 16,1 por 100 mil habitantes por ano – sobretudo no que se refere aos doentes idosos. Os dados apresentados correspondem a “taxas padronizadas por distrito e por classe etária” e permitiram perceber que “as assimetrias vão diminuindo nos grupos muito jovens”. O Dr. João Sargento Freitas garantiu que “um dos dados mais animadores é relativo ao grupo das pessoas muito jovens (entre os 20 e os 49 anos), onde as disparidades geográficas se atenuam bastante”.

O neurologista explicou ainda que “foi muito incentivador perceber que não são só os outros países que conseguem realizar estudos nacionais significativos” e, com o apoio da SPAVC e do CINTESIS – FMUP garantiu que há objetivos para o futuro desta investigação: “vamos conseguir padronizar estas taxas também para a incidência local do AVC isquémico”, além de “perceber o impacto da distância geográfica aos centros de trombectomia”.

### NOTÍCIAS

Dr. Vasco da Gama Ribeiro, Prof. Vítor Tedim Cruz, Drs. Ana Paiva Nunes e Manuel Queiroz Ribeiro



Nos dias 16, 17 e 18 de novembro decorreu, no Centro de Conferências de Tróia, a 8ª Reunião Anual da APIC (Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular). Nesta reunião houve uma sessão moderada pelo Prof. Vítor Tedim Cruz, neurologista e secretário da direção da SPAVC, e pelo Dr. Vasco da Gama Ribeiro, cardiologista. A sessão moderada pelos dois teve como tema principal “Razão e emoção na relação coração - cérebro”. A palestra foi dividida em dois subtemas: “O tratamento do AVC para

todos os portugueses”, que contou com a intervenção dos Drs. Rui Campante Teles e Isabel Fragata e “O AVC no jovem com *foramen ovale* patente”, que foi apresentado pelos Drs. Fernando Pita, Lídia de Sousa e Filipa Ferreira. No final, a discussão contou com intervenções dos Drs. Renato Fernando, Manuel Queiroz Ribeiro e Ana Paiva Nunes.



■ Dr. Alexandre Amaral e Silva, Dr.ª Lúcia de Sousa, Prof.ª Patrícia Canhão e Dr. Rafael Freitas

Neurologista do Hospital de Vila Franca de Xira; Cardiologista do Centro Hospitalar de Lisboa Central; Neurologista do Hospital de Santa Maria; Internista do Hospital Dr. Nélio Mendonça

**“O FOP é mais prevalente em doentes com AVC isquémico criptogénico e deve ser considerado, mais do que como uma causa, como uma janela de oportunidade para o AVC. O mecanismo principal de AVC associado ao FOP é a embolia paradoxal, mas há outros mecanismos potenciais menos explorados que podem justificar esta associação.”**

## FOP E APÊNDICE AURICULAR: O QUE FAZER?

*Numa sessão eminentemente prática incluída nesta 15.ª Reunião da SPAVC, o Dr. Alexandre Amaral e Silva e a Dr.ª Lúcia de Sousa, procuraram esclarecer qual a melhor estratégia na abordagem da relação entre AVC (isquémico e hemorrágico) e FOP ou apêndice auricular esquerdo.*

Na primeira parte da sessão, o Dr. Alexandre Amaral e Silva, neurologista do Hospital de Vila Franca de Xira, começou por lembrar a incidência relativa dos diferentes subtipos de AVC, salientando a importância do cardioembolismo enquanto mecanismo *major* de AVC. “Quando falamos de fontes cardioembólicas, a FA não valvular é o fator mais representativo, sendo um determinante *major* de AVC e associando-se a AVC de elevada gravidade e prognóstico habitualmente desfavorável, com uma taxa de recorrência elevada, sobretudo se os doentes não estiverem adequadamente hipocoagulados”, explicou o especialista, que considerou que os NOAC trouxeram um novo paradigma no tratamento da FA, particularmente pelo seu perfil de segurança muito favorável, associando-se a uma importante redução do risco hemorrágico, nomeadamente a nível intracraniano. “Portanto”, salientou, “a nossa principal preocupação nestes doentes é escolher a estratégia terapêutica mais adequada, reforçando o papel da hipocoagulação, maximizando o seu benefício e limitando os riscos. A adequada estratificação do

risco é fundamental pois sabe-se que uma percentagem significativa dos doentes, sobretudo os mais frágeis, ainda acabam por ter alta hospitalar sem estarem devidamente hipocoagulados, acima de tudo, pelo receio de complicações hemorrágicas”. No contexto da FA, o neurologista sugeriu ainda que as principais situações problema prendem-se com os doentes com contraindicação para hipocoagulação oral, os que têm um elevado risco hemorrágico, e aqueles com má adesão à terapêutica, particularmente os que sofrem eventos de repetição, situações em que devem ser ponderadas estratégias terapêuticas alternativas ao uso de hipocoagulantes, como é o caso do encerramento percutâneo do apêndice auricular.

“No entanto”, relevou, “a relação entre apêndice auricular e AVC não se esgota na FA, na medida em que há cada vez mais evidência de que a disfunção ou cardiopatia auricular representará um fator de risco para AVC independente da FA. Há cada vez mais doentes com biomarcadores e sinais eletro e ecocardiográficos traduzindo disfunção auricular que se associam a um risco

aumentado de AVC, podendo justificar uma mudança da nossa estratégia terapêutica habitual”.

Já relativamente à relação do FOP com AVC, o médico salientou que “o FOP é mais prevalente em doentes com AVC isquémico criptogénico e deve ser considerado, mais do que como uma causa, como uma janela de oportunidade para o AVC. O mecanismo principal de AVC associado ao FOP é a embolia paradoxal, mas há outros mecanismos potenciais menos explorados que podem justificar esta associação. Muito se tem discutido a indicação para encerramento percutâneo do FOP. Quais serão doentes em que esta opção se justifica?”, questionou, adiantando que “é preciso olhar aos detalhes e à seleção criteriosa dos doentes, considerando várias dimensões, desde o próprio diagnóstico de AVC e a definição do estudo complementar a efetuar para poder considerar o AVC como criptogénico, até à relação deste com o FOP e a definição do risco de recorrência”. Os melhores e mais adequados doentes para encerramento percutâneo do FOP serão aqueles em que conseguirmos definir com maior probabilidade uma relação causal deste com o AVC, particularmente se associada a um maior risco de recorrência”. O neurologista concluiu afirmando que, “em qualquer caso, a decisão de encerrar ou não o FOP deve ser tomada em estreita

colaboração entre o especialista em AVC e o cardiologista numa lógica de verdadeira “Brain-Heart team” em que os doentes, com as suas opiniões, expectativas e receios, têm também um papel ativo e participante na decisão.

## / Soluções, benefícios e complicações

Na segunda parte da sessão, a Dr.ª Lúcia Sousa, cardiologista do CHLC, começou por salientar que o FOP é muito prevalente na população geral e que alguém que tenha tido um AVC tem uma

grande probabilidade de ter um FOP. “O problema reside em discutir o que é associação (“coincidência”) e o que é causalidade”, comentou a especialista, que acrescentou que o FOP é plausível como causa de AVC e há uma evidência importante da vantagem do encerramento percutâneo.

“O que temos a partir de 2016, com os estudos RESPECT, CLOSE e REDUCE, é uma vantagem da oclusão percutânea do FOP em relação à terapêutica farmacológica, e que fez mudar a seleção dos doentes. Além disso, também melhoraram os dispositivos e a técnica. Portanto”, frisou, “o benefício da oclusão do FOP está dependente do rigor com que estudamos os doentes:

quanto maior certeza tenhamos que se trata de um AVC criptogénico e melhor for a seleção de características de risco do FOP, melhores serão os resultados”. Em conclusão, a Dr.ª Lúcia realçou que a oclusão não deve ser feita de “ânimo leve” e apresentou os seus motivos: “Se os casos não forem bem selecionados, não diminui o risco de recorrência, os dispositivos podem gerar um acréscimo de risco, e ainda porque quando fechamos um FOP damos uma falsa tranquilidade ao doente. Além disso, ainda não sabemos qual a melhor terapêutica médica para estes doentes e não temos comparação com os novos fármacos, nomeadamente com os NOAC”, concluiu.



■ Dr.ª Diana Aguiar de Sousa  
Neurologista do Hospital de Santa Maria

O objetivo desta apresentação, incluída na já habitual sessão “As minhas seleções”, foi a discussão de revisões sistemáticas publicadas recentemente e com particular relevância para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da doença vascular cerebral. Procurei selecionar especialmente trabalhos cujos resultados tivessem aplicação clínica e utilidade para a abordagem prática de doentes com AVC isquémico ou hemorrágico.

No que diz respeito aos estudos focados no tratamento agudo do AVC isquémico destaco uma recente revisão sistemática e meta-análise publicada na revista Stroke em que foram

## AVC: AS REVISÕES SISTEMÁTICAS/META-ANÁLISES DO ANO

comparadas as estratégias anestésicas utilizadas nos doentes submetidos a terapêutica endovascular no contexto de AVC isquémico agudo. A análise global de todos os dados disponíveis favorece o uso de sedação consciente, mesmo após ajuste para pontuação NIHSS na admissão através de meta-regressão. No entanto, se analisarmos separadamente os dados provenientes de ensaios randomizados, o melhor prognóstico foi verificado nos doentes submetidos a anestesia geral.

Em relação ao AVC hemorrágico, uma recente revisão mereceu também uma discussão participada. O objetivo deste trabalho era analisar a evidência disponível sobre a segurança e eficácia de retomar a terapêutica anticoagulante após hemorragia intracerebral espontânea. Apesar das limitações desta análise, baseada exclusivamente em estudos observacionais e retrospectivos, em que o reinício de terapêutica era decidido pelo neurologista assistente, foi surpreendente que não tenha sido demonstrado um aumento significativo da recorrência de hemorragia cerebral nos doentes sob anticoagulação no seguimento. Estes resultados chamam a atenção para a importância de estudos adicionais nesta área. As restantes revisões focavam-se em

**“Procurei selecionar especialmente trabalhos cujos resultados tivessem aplicação clínica e utilidade para a abordagem prática de doentes com AVC isquémico ou hemorrágico.”**

temas diversos como o efeito da vacina da gripe no risco de AVC, características e prognóstico dos doentes com ESUS, risco de AVC associado a cateterismo cardíaco e angiografia cerebral diagnóstica, risco de hemorragia cerebral recorrente de acordo com o número de microhemorragias identificadas em RM, risco de hemorragia cerebral associada a trombólise endovenosa em doentes com leucoaraiosis, efeito da mudança da terapêutica antiagregante em doentes com AVC isquémico sob monoterapia com AAS e eficácia e segurança dos NOACs nos dados observacionais provenientes da prática clínica.



### ■ Dr. Nuno Inácio

Neurologista do Hospital Beatriz Ângelo

Atualmente, a área da doença vascular cerebral é prolífera no que à investigação diz respeito. Considerando a investigação etiológica, são muitos os estudos focados nos doentes com AVC isquémico criptogénico. Neste subgrupo, e após exclusão exaustiva de outras etiologias, presume-se frequentemente a existência de uma fibrilhação auricular paroxística (FA) associada ao mecanismo subjacente do AVC. São vários os estudos que demonstram que o prolongamento do tempo de monitorização promove um aumento da deteção de FA até 4x relativamente ao grupo controlo. Neste contexto, destaco o estudo STROKE AF, no qual os investigadores pretendem comparar a incidência de FA em doentes com monitorização cardíaca contínua, com o diagnóstico

## OS ENSAIOS EM CURSO DE QUE ESTOU À ESPERA

de AVC isquémico recente de etiologia presumivelmente conhecida. Tendo em conta a prevenção primária, destaco os estudos em curso relativos ao tratamento das estenoses carótidas assintomáticas, nomeadamente o ACST 2, CREST2 e o SPACE 2. Estes pretendem fornecer a evidência necessária que suporte os resultados dos muitos estudos (ex.: ACST) publicados sugerindo um potencial benefício do tratamento destes doentes. Relativamente à prevenção secundária, presentemente existe um enorme entusiasmo sobre o potencial do tratamento hipocoagulante nos doentes com AVC isquémico de etiologia embólica desconhecida (ESUS). Existem dois grandes ensaios em curso, nomeadamente o RE-SPECT ESUS (comparando o grupo tratado com ácido acetilsalicílico vs dabigatrano) e o NAVIGATE ESUS (comparando o grupo tratado com ácido acetilsalicílico vs rivaroxabano). Este último ensaio foi entretanto interrompido precocemente, por aparente demonstração da futilidade da sua continuação. Existe ainda em curso o estudo ATTICUS (o qual compara o doentes tratados com ácido acetilsalicílico vs apixabano), no qual participam apenas centros alemães. Ainda a respeito da prevenção secundária, o estudo POINT pretende demonstrar a superioridade da dupla antiagregação transitória (90 dias)

em doentes com AIT (ABCD2  $\geq$  4) ou AVC *minor* (NIHSS  $\leq$  3), consolidando assim o conhecimento relativo ao benefício já demonstrado nos estudos SAMMPRIS e CHANCE.

Por último, o estudo referente à prevenção secundária em doentes com trombose venosa cerebral (RE-SPECT CVT), no qual será comparado o tratamento padrão com varfarina relativamente à hipocoagulação com dabigatrano. São vários os estudos em curso, tendo sido referidos os que poderão ter um particular impacto no diagnóstico e tratamento dos doentes com patologia vascular cerebral. Resta-nos aguardar pelos resultados destes estudos, que esperamos que sejam positivos.

**“Relativamente à prevenção secundária, presentemente existe um enorme entusiasmo sobre o potencial do tratamento hipocoagulante nos doentes com AVC isquémico de etiologia embólica desconhecida (ESUS).”**





Da esquerda para a direita: M. João Madureira (AO), Rosa Santos (CPL), Maria Luís Silva (NRI), Elisabete Campos (ENF), Marta Carvalho(N), Elsa Azevedo (N), Fernando Parada (MFR), Paulo Chaves (MI), Guilherme Gama (MI), Maria José Festas (MFR), Carmen Ferreira (CPL), Luísa Fonseca (MI), Pedro Castro (N), Goreti Moreira (MI), Virgínia Pereira (ENF Chefe), Hugo Gonçalves (ENF), Alfredina Moreira (ENF reabilitação), Isabel Macedo (AO). // **Legenda:** (AO) - assistente operacional | (MI) - internista | (NRI) - neurorradiologista de intervenção | (MFR) - fisiatra | (ENF) - enfermeira(o) | (CPL) - cardiopneumologista | (N) - neurologista.

## A VERDADEIRA MULTIDISCIPLINARIDADE

### A UNIDADE DE AVC QUE INTEGRA UM GRUPO DE DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

Para falarmos sobre a Unidade de AVC (UAVC) do Hospital de São João, criada em 2006, temos de recuar a 1996, aquando do surgimento do Grupo de Doença Vascular Cerebral do Hospital de São João, iniciado pelo Dr. Raimundo Martins. Trata-se de “um grupo multidisciplinar com colaboração de Neurologia, Medicina Interna e Medicina Física e de Reabilitação”, explica a Prof.<sup>ª</sup> Elsa Azevedo, coordenadora atual deste grupo, que implementou uma consulta multidisciplinar sobre Doença Vascular Cerebral (DVC), numa altura em que “a UAVC já estava a ser projetada”.

“Desde 2004, com o início da Via Verde de AVC, passámos a ter um internamento neurovascular no Serviço de Neurologia destinado à monitorização de doentes tratados com fibrinólise”, mantendo-se, após a abertura da atual UAVC no hospital, como “internamento específico neurovascular para casos mais

estáveis, coordenado pela Dr.<sup>ª</sup> Marta Carvalho”, especifica a especialista. A Unidade já foi coordenada pelo Dr. António Oliveira e Silva, pela Dr.<sup>ª</sup> Goreti Moreira e desde janeiro de 2015 pela Dr.<sup>ª</sup> Luísa Fonseca (todos internistas). Dispõe de nove camas com monitorização contínua, equipa de enfermagem dedicada e médico com presença física 24h. O “bom funcionamento da Unidade” resulta da parceria entre os Serviços de Medicina Interna e de Neurologia, com o apoio da Medicina Física e Reabilitação. A UAVC está integrada no Serviço de Medicina Interna e veio “responder à vontade e necessidade de proporcionar o melhor tratamento aos doentes com patologia vascular cerebral”, explica a atual coordenadora da UAVC.

“Do corpo clínico fazem parte, a tempo total, além de mim, mais três internistas: a Dr.<sup>ª</sup> Goreti Moreira, o Dr. Guilherme Gama, o Prof. Paulo Chaves e ainda

**A UAVC está integrada no Serviço de Medicina Interna e veio “responder à vontade e necessidade de proporcionar o melhor tratamento aos doentes com patologia vascular cerebral”, explica a atual coordenadora da UAVC.**

o Prof. Pedro Castro, neurologista. No entanto, a Unidade conta com o apoio de mais três neurologistas, a Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Elsa Azevedo, a Dr.<sup>ª</sup> Marta Carvalho e o Dr. Pedro Abreu, além do apoio da Medicina Física e de Reabilitação, que é prestado pelo Dr. Fernando Parada e pela Dr.<sup>ª</sup> Maria José Festas. Semanalmente existe uma reunião com a



Neurorradiologia de Intervenção (de que é coordenadora a Dr.<sup>a</sup> Maria Luís Silva) para discussão de casos clínicos, sendo que, sempre que necessário, é pedida a colaboração das restantes especialidades envolvidas” explica a Dr.<sup>a</sup> Luísa Fonseca. Esta parceria de Serviços permite que tanto os internos de Medicina Interna como de Neurologia participem nas atividades regulares da UAVC. A UAVC é parte integrante do grupo de DVC que por sua vez integra várias estruturas que se articulam entre

si: a VAVC no S. Urgência; a UAVC para o internamento agudo; internamento neurovascular na Neurologia (embora o S. de Medicina Interna admita a maioria dos doentes sem critérios ou sem vagas na UAVC, ou após internamento nesta); a Unidade de Neurossonologia; e ainda uma consulta multidisciplinar com neurologistas e internistas dedicados ao AVC, coordenada pelo Dr. Pedro Abreu; existem ainda outros especialistas de diferentes áreas que são consultores preferenciais do Grupo. Ainda durante a fase aguda, há que iniciar a reabilitação do doente. Esta fase é iniciada, precocemente, na Unidade de AVC. A unidade integra três enfermeiros de reabilitação, o que permite que os doentes disponham de reabilitação todos os dias úteis e também ao sábado. Após a saída da unidade, os doentes são orientados ou para o internamento do Serviço de Medicina Física e Reabilitação, de acordo com disponibilidade de vagas, ou sob orientação da Fisiatria é realizado programa de reabilitação nos Serviços de Medicina Interna e Neurologia. Para a coordenadora da Unidade, o mais importante neste momento é otimizar o tratamento dos doentes com AVC: “a Unidade tem as condições necessárias para o fazer, no entanto, existem muitos pontos a melhorar, em especial no circuito do doente com AVC”. Refere a médica que, existindo a possibilidade - que vem a ser falada - do alargamento da janela terapêutica da fase aguda do AVC, era importante que o Centro Hospitalar São João tivesse capacidade para realização de terapêutica endovascular todos os dias, o “que neste momento por questões logísticas de disponibilidade

de de equipamento não é possível”. “Também é de extrema importância a organização do sistema de referência para tratamento endovascular e do transporte destes doentes, que é neste momento manifestamente insuficiente”. Em relação à reabilitação dos doentes após a alta também há que melhorar: “as necessidades são muito superiores aos recursos disponíveis, o que leva a que muitos doentes percam todo o investimento realizado na fase aguda”, lamenta a Dr.<sup>a</sup> Luísa Fonseca. Para isso seria importante implementar a “telemedicina na organização do tratamento de fase aguda e referência para tratamento endovascular”. Seria importante também adquirir meios que possibilitem a realização de tratamento endovascular todos os dias no hospital, criar uma maior aproximação aos centros de saúde - com um contacto mais frequente e direto - com o objetivo de responder rapidamente às necessidades dos cuidados de saúde primária.

**Para a coordenadora da Unidade, o mais importante neste momento é otimizar o tratamento dos doentes com AVC: “a Unidade tem as condições necessárias para o fazer, no entanto, existem muitos pontos a melhorar, em especial no circuito do doente com AVC.”**



Entrada da UAVC



Unidade de Neurossonologia



Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

A referir ainda o Curso de Atualização em Doença Vascular Cerebral, promovido por este Grupo há mais de 20 anos, “com um intuito multidisciplinar sempre muito orientado para a prática clínica”. A neurologista aponta também a criação recente de “um grupo de ajuda mútua para os sobreviventes de AVC - GAM.”

## / Para além da Unidade

Para além da atividade assistencial do Grupo de DVC, na qual se inclui a Unidade, de assistência aos doentes que chegam todos os dias ao hospital, “temos também uma forte atividade formativa, já que recebemos médicos estagiários de vários hospitais, assim como alunos, sobretudo do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto”, aponta

a Prof.<sup>a</sup> Elsa Azevedo. A afiliação dos médicos do Grupo nesta Faculdade tem contribuído para uma atividade investigacional permanente, em diferentes áreas da doença vascular cerebral. A referir ainda o Curso de Atualização em Doença Vascular Cerebral, promovido por este Grupo há mais de 20 anos, “com um intuito multidisciplinar sempre

muito orientado para a prática clínica”. A neurologista aponta também a criação recente de “um grupo de ajuda mútua para os sobreviventes de AVC - GAM”, bem como várias ações de sensibilização da população, com sessões informativas e rastreios dos fatores de risco, no âmbito do Dia Nacional do Doente com AVC e do Dia Mundial do AVC.

## / Como funciona o GDVC/UAVC?

1. Após o aviso do CODU ao Serviço de Urgência e a chegada do doente, o neurologista de urgência (caso seja até às 20h) ou o especialista que está de serviço na UAVC (período noturno) faz uma avaliação rápida ao doente, que é depois encaminhado para a Unidade de TAC;
2. É realizada a TAC para avaliar se se trata de um AVC isquémico ou hemorrágico. Estando a primeira hipótese confirmada, caso o doente tenha indicação inicia de imediato tratamento trombolítico;
3. Se houver suspeita de ter uma grande artéria ocluída, o doente permanece na unidade de TAC para fazer AngioTAC e avaliar se é candidato para trombectomia mecânica. Caso cumpra os critérios para o tratamento de trombectomia mecânica, é contactado o neurorradiologista de intervenção para realizar o procedimento;
4. O doente fica internado na UAVC e, quando sai, é encaminhado para os Serviços de retaguarda de Medicina ou de Neurologia, para outro hospital, ou então segue para o internamento de Medicina Física e Reabilitação; excepcionalmente, em casos de recuperação completa, espontânea ou com os tratamentos de revascularização, e em que o estudo/tratamento estejam completos, pode mesmo ter alta para o domicílio. Posteriormente os doentes são reavaliados na consulta de Doença Vascular Cerebral.

## / Em números

Profissionais envolvidos:	
Medicina Interna	4
Neurologia	4
Medicina Física e de Reabilitação	2
Enfermagem	18*
Assistentes Operacionais	6
Terapia da Fala	1
Serviço Social	1
Psicologia	1
Nutrição	1
<b>Doentes admitidos na UAVC em 2016</b>	<b>689</b>
<b>Doentes admitidos pela Via Verde (INEM)</b>	<b>260</b>
<b>Fibrinólises</b>	<b>134</b>
<b>Trombectomias</b>	<b>89</b>
<b>Média de dias de internamento</b>	<b>3,5</b>
<b>Camas</b>	<b>9</b>

\* (3 reabilitação)



■ **Dr.ª Marta Carvalho**

Comissão Organizadora do 12.º Congresso Português do AVC

O 12.º Congresso Português do AVC está à porta, agendado para os dias 1, 2 e 3 de fevereiro de 2018, no Hotel Sheraton, Porto, e terá, uma vez mais, um programa aliciante desenhado de forma a congregar todas as áreas de conhecimento relacionadas como AVC.

Seguindo o modelo geral dos anos anteriores, iremos ter sessões temáticas com vários intervenientes portugueses e estrangeiros. Uma das sessões será dedicada ao "Risco vascular em Portugal". Outra abordará a "Implementação da telemedicina no sistema de cuidados do AVC". O "tratamento de reperfusão do AVC isquémico agudo" irá ser extensamente debatido, assim como o "Prognóstico de AVC". Haverá ainda espaço para discutir o "AVC e doença sistémica" e para "Revisitar o Acidente Vascular Cerebral hemorrágico".

A reabilitação terá uma ênfase especial este ano, contando com duas sessões para discussão de temas atuais.

## EM CONTAGEM DECRESCENTE PARA O 12.º CONGRESSO PORTUGUÊS DO AVC

No que diz respeito a conferências temáticas destacamos "Envelhecimento em Portugal: sua realidade e importância" por Maria João Quintela; "Key Performance Measures of the Quality of Acute Stroke Care in Germany" por E. Bernd Ringelstein; "Translational stroke medicine - is there any future for neuroprotection?" por Bart van der Worp; "A polimedicação, uma inevitabilidade?" por Albino Teixeira; e "Patent foramen ovale: What is the best treatment to prevent stroke recurrence" por Jean-Louis Mas.

A sessão de abertura será um momento cultural que terá como orador convidado José Miguel Júdice, a quem foi pedido que abordasse o tema: "Porque é que o AVC fica sempre nos bastidores". A conferência da sessão de encerramento "Medicina de precisão: o doente e não a doença" terá como preletor convidado Joan Montaner. Iremos ter as habituais sessões de apresentação de comunicações orais, casos clínicos e cartazes. Serão atribuídos prémios para as três melhores comunicações orais, com um 1.º prémio no valor de 1500€, um 2.º prémio no valor de 1000€ e um 3.º prémio no valor de 750€; um prémio para a melhor apresentação oral em caso clínico no valor de 1000€; e dois prémios para as duas melhores apresentações sob a forma de cartaz, com um 1.º prémio denominado "SPAVC/ESOC" (viagem,

**"O 12.º Congresso Português do AVC terá, uma vez mais, um programa aliciante desenhado de forma a congregar todas as áreas de conhecimento relacionadas como AVC."**

alojamento e inscrição no ESOC 2019) e um 2.º prémio no valor de 500€. A SPAVC atribuirá ainda um prémio denominado "Prémio Multiprofissional", destinado a premiar o melhor trabalho sobre AVC destinado a Técnicos de Saúde, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Enfermeiros na área do AVC, no valor de 1000€; e um prémio denominado "Prémio para melhor comemoração do Dia Nacional do Doente com AVC", destinado a premiar a melhor celebração do Dia Nacional do Doente com AVC em 2017, com um valor de 1000€. Teremos ainda cinco simpósios apoiados pela Indústria Farmacêutica, a qual estará também presente com *stands* expositores. O habitual Curso AVC irá decorrer no dia 3 à tarde, sendo dedicado sobretudo a internos. Em simultâneo a sessão de Informação à População Geral coordenada pelo Professor Castro Lopes irá encerrar o Congresso.



Consulte o programa completo em [www.spavc.org](http://www.spavc.org) e inscreva-se. Venha contribuir para o sucesso do 12.º Congresso Português do AVC!

1, 2 e 3 de Fevereiro de 2018  
PORTO  
HOTEL SHERATON

12.º CONGRESSO PORTUGUÊS do AVC



## 9 DIVULGAÇÕES PARA MEDIA

## COMUNICADOS

29 SETEMBRO

"Reuniões de Outono da SPAVC privilegiam tópicos atuais do conhecimento científico sobre AVC"

18 OUTUBRO

"Comemorações do Dia Mundial do AVC promovem a prática de exercício físico"

26 OUTUBRO

"AVC: Estudo sobre o acesso à trombectomia mecânica avalia desigualdades regionais"

27 OUTUBRO

"Sociedade Portuguesa do AVC lança Guia das Unidades de AVC"

28 OUTUBRO

"90% dos episódios de AVC estão associados a fatores de risco modificáveis"

5 DEZEMBRO

"Curso de AVC reforça formação na abordagem do Acidente Vascular Cerebral agudo"

14 DEZEMBRO

"Alterações da deglutição afetam 50% dos doentes que sofrem um AVC"

## ARTIGOS



14 NOVEMBRO

Dia Mundial da Diabetes

"Diabetes - A importância de uma vida saudável na prevenção do AVC"

■ Dr.ª Liliana Pereira

Neurologista



12 DEZEMBRO

Dia Mundial da Deglutição

"Alterações da deglutição e acidente vascular cerebral"

■ Dr.ª Bárbara Moreira da Cruz

Fisiatra

## / Resultados



9 presenças em TV



27 artigos impressos



+926 novos seguidores  
[total de 7087 à data de fecho da publicação]



2 presenças em rádio



137 artigos online

262 721 pessoas alcançadas

