



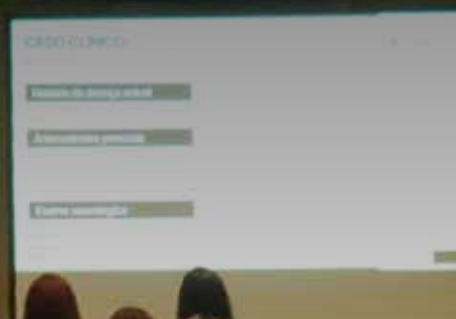
n.º 12

Stroke.pt®

REVISTA INFORMATIVA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
SEMESTRAL / DEZEMBRO 2018 / ANO 4 / € 0,01

REUNIÕES DE OUTONO DA SPAVC

Desafios atuais na doença
vascular cerebral abordados
em debate multidisciplinar



ENTREVISTA:

**Dr.ª Isabel Fragata e
Dr.ª Carla Bentes**

*Bolseiras da SPAVC
concluem doutoramento*

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_pt

© SPAVC, 2018. Todos os direitos reservados.

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

EDIÇÃO:

Gabinete de Comunicação e Conteúdos da SPAVC

/ Coordenação e redação:

Patrícia Rebelo [gabineteimprensa@spavc.org]

/ Revisão científica:

Direção SPAVC [dir@spavc.org]

/ Impressão:

Senses Design

APOIOS:

Patrocinador principal:



Outros patrocinadores:



A. MENARINI PORTUGAL



/ 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

JANEIRO

25-26 / ESC Heart & Stroke 2019: 2nd International Conference of the ESC Council on Stroke / Berlim, Alemanha / **+info:** <https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Stroke/Events/2019-esc-heart-stroke>

29-1 FEV / Stroke Winter School

Berna, Suíça / **+info:** <https://eso-stroke.org/stroke-winter-school/>

FEVEREIRO

31 JAN-2 / 13.º Congresso Português do AVC

Porto, Portugal / **+info:** <http://www.spavc.org/pt/atividades/13-congresso>

6-8 / ISC 2019: International Stroke Conference

Honolulu, Hawaii / **+info:** <https://isc2019.hawaiiiconvention.com>

7-8 / XIII Congresso de Neuropediatria da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria

Coimbra, Portugal / **+info:** <https://neuropediatria.pt/index.php/pt/2016-06-14-15-26-49/agenda-2/evento-snpn/xiii-congresso-sociedade-portuguesa-neuropediatria-2>

7-10 / 13º Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global

Vilamoura, Portugal / **+info:** <https://www.sphta.org.pt/13congresso/index.php>

18-20 / Edinburgh Stroke Winter School / Edimburgo, Escócia / **+info:** <https://www.ed.ac.uk/clinical-brain-sciences/postgraduate-training/edinburgh-stroke-winter-school>

20-22 / Seizures & Stroke: 1st international congress on epilepsy in cerebrovascular disease

Gotemburgo, Suécia / **+info:** <https://seizuresandstroke.com>

MARÇO

4-8 / EXMINT Theoretical Stroke Course 1.2

Praga, República Checa / **+info:** <https://www.esmint.eu/training-education/exmint>

29-31 / XIX Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação

Oeiras, Portugal / **+info:** <https://www.congressospmfr.com>

31 / Dia Nacional do Doente com AVC / Portugal

ABRIL

5-6 / Lisbon Stroke Summit 2019

Lisboa, Portugal / **+info:** <http://www.lisbonstrokesummit.com>

5-7 / 24th Meeting of ESNCH: ESNCH 2019

Linz, Áustria / **+info:** http://esnch.org/en/Events_1176.html

27-26 / CPC 2019: Congresso Português de Cardiologia

Vilamoura, Portugal / **+info:** <https://www.cpcardio.pt>

MAIO

4-10 / 71st American Academy of Neurology Annual Meeting

Philadelphia, EUA / **+info:** <https://www.aan.com/conferences-community/annual-meeting/>

5-7 / 24th Meeting of ESNCH: ESNCH 2019

Linz, Áustria / **+info:** http://esnch.org/en/Events_1176.html

JUNHO

4-7 / The Asian Stroke Summer School 2019

Can Tho, Vietnam / **+info:** <http://www.stroke-summer-school.org>

16-19 / EUNUS: 14th Meeting of European Neuro-Ophthalmological Society

Porto, Portugal / **+info:** <https://www.eunos2019.org/>

29-2 JUL / 5th Congress of the European Academy of Neurology

Oslo, Noruega / **+info:** <https://www.ean.org/oslo2019>

JULHO

9-10 / Curso de Atualização em Doença Vascular Cerebral 2019 / Porto, Portugal

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



■ Dr.ª Carla Ferreira

Secretária da Assembleia Geral da SPAVC

"Para o futuro, procuramos respostas sobre outros trombolíticos de administração endovenosa, outras estratégias de reperfusão (como continuar ou não a realizar trombólise endovenosa antes da trombectomia mecânica, se esta estiver imediatamente disponível) e como selecionar, clínica e imagiologicamente, os doentes com apresentação tardia"

BALANÇO E PERSPETIVAS

É tradição, com a chegada do Ano Novo, fazer um balanço dos rumos que a vida tomou, considerar novas perspetivas e elaborar resoluções para o futuro que se aproxima. Na área de trabalho a que nos dedicamos, tem sido constante o manancial de evidência científica, que informa e suporta as nossas decisões terapêuticas. Em termos de prevenção primária, nunca é demais relembrar o papel da atividade física e do exercício físico, que para além do efeito benéfico sobre um grande número de fatores de risco vascular, como a hipertensão arterial, a dislipidemia e a obesidade, acrescenta elementos de bem-estar, como melhoria das relações interpessoais e suporte social¹. São cada vez mais as iniciativas, de todos os ângulos da sociedade, visando promover o exercício físico, como as corridas e caminhadas. Quanto à fase aguda do tratamento do AVC isquémico, este ano confirmou a evidência que estratégias de reperfusão arterial, como a trombectomia mecânica, devem ser consideradas, independentemente do tempo de evolução dos sintomas². Para

além disso, também a trombólise por via endovenosa passou a ser ponderada nos doentes com sintomas de AVC ao acordar³. Para o futuro, procuramos respostas sobre outros trombolíticos de administração endovenosa, outras estratégias de reperfusão (como continuar ou não a realizar trombólise endovenosa antes da trombectomia mecânica, se esta estiver imediatamente disponível) e como selecionar, clínica e imagiologicamente, os doentes com apresentação tardia. Precisamos também de saber como abordar as situações de oclusão de grande vaso, com clínica ligeira. Na prevenção secundária do acidente isquémico transitório, no ano que passou, soubemos mais sobre os benefícios da dupla antiagregação plaquetar no primeiro mês⁴. Continuamos, contudo, à espera de mais evidência sobre a seleção de anti-trombóticos nos doentes com doença de pequenos vasos - cilostazol e triflusal terão a preferência? O que fazer nos doentes com hemorragia cerebral? E quanto à aposta na qualificação e certificação nas Unidades de AVC, esta continua a ser

compensada com o reconhecimento nacional e internacional, como são exemplo o Centro Hospitalar de Lisboa Central e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Abordei apenas alguns exemplos do fluxo de informação que necessita ser desbravado e analisado por quem se dedica ao cuidado destes doentes. E se a minha perspetiva é a de uma cuidadora da fase aguda, viés de ancoragem, estou segura que no âmbito da Sociedade Portuguesa de AVC encontro garantia de confiança, pois a multidisciplinariedade, o empenho na investigação, na formação e na divulgação de conhecimentos à população, apanágio desta Sociedade, não deixam estradas por percorrer no país que é a doença vascular cerebral.

Referências | 1. Prior PL, Suskin N. Exercise for stroke prevention. *Stroke and Vascular Neurology* 2018;3:e000155 | 2. Albers GW, Marks MP, et al. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. *N Engl J Med* 2018;378:708-718 | 3. Thomalla G, Simonsen C, et al. MRI-guided Thrombolysis for stroke with unknown time of onset. *N Engl J Med* 2018;379:611-622 | 4. Johnston SC, Easton D, et al. Clopidogrel and aspirin in acute ischemic stroke and high risk TIA. *N Engl J Med* 2018;379:215-225.

**SOMOS A ESCOLHA DA SPAVC
QUEREMOS SER A SUA TAMBÉM**

media travel
& logistics

#JUSTGO! NÓS TRATAMOS DE TUDO
Saiba mais em www.mediatravel.com.pt

INVESTIGAR PARA MELHOR TRATAR: BOLSEIRAS DA SPAVC CONCLUEM DOUTORAMENTO



"A investigação deveria ser uma decorrência natural no percurso do especialista. O conhecimento aprofundado de uma área da Medicina coloca-nos na melhor posição para fazer perguntas, para ter dúvidas e para dar a nossa contribuição científica. [...] Depois deste trabalho, estou seguramente mais preparada, não só cientificamente como clinicamente, e com muita vontade de continuar neste caminho da investigação"

Dr.ª Isabel Fragata

■ Dr.ª Isabel Fragata e Dr.ª Carla Bentes

Neurroradiologista do CHLC; Neurologista do CHLN

A Dr.ª Isabel Fragata, neurroradiologista do Hospital de São José - Centro Hospitalar de Lisboa Central, e a Dr.ª Carla Bentes, neurologista do Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, concluíram com distinção a tese de doutoramento após o desenvolvimento de um extenso trabalho de investigação, para o qual contribuiu, em ambos os casos, a Bolsa de Investigação em Doença Vascular Cerebral (DVC) promovida pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC). Em entrevista à Stroke.pt, as especialistas agora doutoradas descrevem sucintamente os objetos de estudo dos trabalhos académicos e explicam em que medida esta bolsa potenciou esses mesmos projetos de investigação.

Stroke.pt: Em que ano e com que trabalho lhe foi atribuída a Bolsa de Investigação em DVC da SPAVC?

Dr.ª Isabel Fragata: A Bolsa foi-me atribuída em 2013 para o projeto "Abordagem imagiológica multimodal da hemorragia subaracnoideia aguda e subaguda - relação com o prognóstico".

Dr.ª Carla Bentes: Recebi a Bolsa de

Investigação em DVC da SPAVC em 2012 (a primeira bolsa atribuída pela Sociedade). Candidatei-me a esta bolsa de investigação com o projeto que tinha submetido nesse mesmo ano ao Programa Doutoral do Centro Académico de Medicina de Lisboa e que se intitulava "O EEG na Doença Vascular Cerebral Isquémica Aguda".

Stroke.pt: Nesta sequência, qual foi o tema da sua tese de doutoramento e qual é a

importância desta temática no âmbito do avanço do conhecimento científico em DVC?

Dr.ª Isabel Fragata: O tema da minha tese de doutoramento foi "Abordagem imagiológica multimodal da hemorragia subaracnoideia aguda e subaguda - relação com o prognóstico". Teve como orientadora Prof.ª Patrícia Canhão e como co-orientador o Dr. Nuno Canto-Moreira. A hemorragia subaracnoideia espontânea resulta mais



A equipa MEDIATRAVEL oferece-lhe 50,00€ de DESCONTO na compra de um pacote de férias (voo+hotel) com um valor mínimo base de 500,00€

VÁLIDO ATÉ SETEMBRO 2019
(excluindo taxas e suplementos; não acumulável com outras campanhas).

frequentemente da rutura de um aneurisma cerebral e é uma doença grave. É muito difícil determinar o prognóstico clínico da hemorragia subaracnoideia, e os estudos de imagem podem ter um importante papel. Nomeadamente, a ressonância magnética, que tem sido pouco estudada nesta doença, tem um poder preditivo ainda pouco explorado na fase aguda da doença. Conjugámos as informações dos estudos de imagem também com biomarcadores no sangue, o que nos permitiu perceber associações dos vários métodos complementares com o prognóstico clínico nesta doença. Por fim, estudámos ainda uma forma particular de hemorragia subaracnoideia espontânea, a hemorragia perimesencefálica, onde não se identifica aneurisma, e em que o prognóstico é melhor. No entanto, documentámos a presença de lesões isquémicas nos estudos de imagem na fase aguda da doença, não descritas até então, e cujo significado terá de ser investigado futuramente. Em suma, com este trabalho penso que contribuímos um pouco mais para o conhecimento desta forma de AVC hemorrágico, sobretudo, explorando o valor dos estudos de imagem precoces como auxiliares na predição do prognóstico.

Dr.ª Carla Bentes: A minha tese de doutoramento foi sobre o papel do eletroencefalograma (EEG) na DVC Isquémica. Sabíamos que o EEG era um exame neurofisiológico essencial na avaliação de doentes com crises epiléticas, estado de mal epilético e/ou epilepsia, tanto para o diagnóstico e classificação, como para o estabelecimento de um tratamento adequado e predição prognóstica. Contudo, era incerta a sua utilidade clínica no diagnóstico diferencial dos sintomas neurológicos transitórios, nomeadamente na diferenciação entre um acidente isquémico transitório e alguns tipos de crises epiléticas, e também no diagnóstico ou predição de crises epiléticas após um acidente vascular cerebral (AVC) ou na predição do prognóstico pós-AVC. Além disso, nos últimos anos, os cuidados ao doente com AVC evoluíram de uma forma notável e, num novo paradigma de cuidados agudos (centrados em equipas multidisciplinares), as crises epiléticas (como complicações pós-AVC) mereciam ser re-estudadas. Neste trabalho, usámos então o modelo clínico da DVC para estudar o valor do EEG no diagnóstico diferencial dos sintomas neurológicos transitórios, no diagnóstico e predição das crises pós-AVC, assim como para analisar se as alterações eletroencefalográficas e/ou as crises epiléticas eram preditoras independentes do prognóstico num doente com um acidente vascular cerebral isquémico da circulação anterior. Ademais, porque o tratamento atual padrão dos doentes com acidente vascular cerebral isquémico agudo (alteplase endovenosa) está associado a redução da mortalidade e da incapacidade, com possíveis consequências na frequência de crises pós-AVC, mas um efeito pró-convulsivo e epileptogénico da alteplase tinha sido descrito, também quisemos estudar a hipótese dos doentes

tratados com alteplase endovenosa terem uma frequência diferente de manifestações epiléticas (clínicas e/ou eletroencefalográficas) comparativamente com os doentes não tratados. Na sua globalidade, os projetos de investigação incluídos nesta tese mostraram o valor do EEG no paradigma atual dos cuidados médicos ao doente com AVC isquémico, ampliaram o conhecimento sobre o valor do EEG como exame complementar em Neurologia e sobre o diagnóstico e prognóstico de duas das mais prevalentes doenças neurológicas, as Doenças Vasculares Cerebrais e a Epilepsia.

Stroke.pt: Qual foi o contributo da bolsa para o desenvolvimento da investigação com que se doutorou?

Dr.ª Isabel Fragata: Este trabalho de doutoramento não foi subsidiado por nenhuma bolsa, a não ser a da SPAVC. Esta bolsa foi muito importante para mim, nomeadamente numa parte do trabalho em que procurei quantificar mediadores inflamatórios no sangue. Esta análise, muito específica, foi realizada em Barcelona, pelo que foi fundamental o patrocínio da SPAVC.

Dr.ª Carla Bentes: A Bolsa de Investigação da SPAVC foi essencial para que pudessem ser concretizados os nove projetos contidos nesta tese e que incluíram diferentes metodologias de investigação. Foi efetuada uma revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais para avaliar a frequência de atividade epileptiforme (crítica e intercrítica) e a qualidade dos estudos existentes sobre este assunto. Adicionalmente, foram completados diferentes estudos observacionais (incluindo descrição de caso clínico, série de casos e estudos de coorte) respondendo a perguntas clínicas relevantes. Efetuámos um estudo longitudinal prospectivo de doentes com acidentes isquémicos transitórios possíveis, avaliados num centro terciário durante 36 meses e com 1-3 meses de seguimento. Estudámos ainda doentes com um AVC isquémico agudo da circulação anterior, admitidos consecutivamente numa Unidade de AVC durante 24 meses e seguidos durante um ano. Em ambos os estudos os doentes foram submetidos a uma avaliação clínica, diagnóstica, imagiológica e neurofisiológica estandarizada. Foi estabelecido um protocolo de vídeo-EEG de curta duração (≤ 60 minutos) com uma montagem que incluía pelo menos 64 canais de EEG, dois de eletrooculograma, um de eletrocardiograma e pelo menos um de eletromiograma. Este protocolo foi utilizado para o diagnóstico diferencial e para a avaliação da função cerebral, não só no que diz respeito à deteção e previsão de manifestações epiléticas, mas também à identificação de preditores do prognóstico funcional e vital de doentes com um acidente vascular cerebral isquémico do território anterior. Para além do apoio financeiro à concretização de todos estes projetos e à sua divulgação em reuniões nacionais e internacionais, penso que a bolsa da SPAVC foi ainda essencial para o reconhecimento

"Penso que a área das doenças vasculares cerebrais é atualmente não só uma área multidisciplinar e em grande desenvolvimento, mas também uma área com imensas fronteiras com outras áreas do conhecimento médico e não médico"

Dr.ª Carla Bentes

to do valor deste trabalho. Espero que a SPAVC mantenha esta bolsa que será certamente útil para outros projetos e para o avanço do conhecimento científico sobre as Doenças Vasculares Cerebrais.

Stroke.pt: Qual o papel da investigação e formação contínua, bem como aprofundamento académico, no percurso do especialista, nomeadamente que intervém na DVC?

Dr.ª Isabel Fragata: A investigação deveria ser uma decorrência natural no percurso do especialista. O conhecimento aprofundado de uma área da Medicina coloca-nos na melhor posição para fazer perguntas, para ter dúvidas e para dar a nossa contribuição científica. Para além disso, a prática do método científico - questionar, planejar um estudo, analisar resultados criticamente - é também uma mais-valia para a prática clínica. Depois deste trabalho, estou seguramente mais preparada, não só cientificamente como clinicamente, e com muita vontade de continuar neste caminho da investigação.

Dr.ª Carla Bentes: Na minha opinião, a investigação e a clínica complementam-se e não devem viver separadas. Deve existir como que uma relação simbiótica entre as duas, relação essa que as torna sustentáveis e gratificantes. São as perguntas clínicas que nos surgem diariamente na nossa prática que permitem desenhar um bom estudo de investigação clínica. Por outro lado, são os bons estudos de investigação que nos ajudam a melhorar a nossa prática clínica e a estarmos mais atentos ao doente, ao seu diagnóstico, tratamento, prognóstico e ainda (ou, melhor ainda) à prevenção da sua doença. Penso que a área das doenças vasculares cerebrais é atualmente não só uma área multidisciplinar e em grande desenvolvimento, mas também uma área com imensas fronteiras com outras áreas do conhecimento médico e não médico. Desta forma, faz-me sentido uma aposta concentrada na investigação multi e interdisciplinar, envolvendo diferentes especialidades e subespecialidades médicas e de outras áreas científicas.

REABILITAÇÃO NO AVC: DA RECUPERAÇÃO DE AFASIA À ABORDAGEM DO OMBRO DOLOROSO



■ Prof. José Fonseca, Dr.ª Bárbara Moreira da Cruz, Dr.ª Ana Alves e Dr.ª Maria José Festas

A 9.ª Reunião Nacional das Unidades de AVC, decorrida no dia 26 de outubro de 2018, em Lisboa, teve início pelas 14h30 com uma mesa de debate dedicada à "Reabilitação no AVC", moderada pelas Dr.ªs Ana Alves e Maria José Festas. Após apresentação dos resultados do Inquérito Nacional às Unidades de AVC, pela Dr. Bárbara Moreira da Cruz, o Prof. José Fonseca abordou a recuperação de afasia no pós-AVC, explorando a evidência científica sobre o tema, seguindo-se a Dr.ª Sara Domingos, que falou sobre a abordagem do ombro doloroso.

O Prof. José Fonseca, terapeuta da fala no Laboratório de Estudos de Linguagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, começou por avançar que "em cerca de um terço das pessoas que sofrem um AVC resultam alterações de linguagem (afasia)". De facto, "variadíssimos trabalhos têm demonstrado que a afasia é a seqüela de AVC mais significativa no regresso ao trabalho e no nível da qualidade de vida". No entanto, como demonstrado na apresentação do palestrante com recurso a dados de um estudo transcontinental, é um tema ainda desconhecido pela maioria das pessoas (apenas 37% já ouviu falar no termo e somente 9% tem conhecimento básico do que significa). Após referir vários estudos que analisam

os fatores de recuperação da afasia, o Prof. José Fonseca explicou que a recuperação "resulta de múltiplas variáveis que interagem com a pessoa com afasia. Dessas variáveis tem que se destacar a dimensão e a localização da lesão cerebral, a gravidade inicial da afasia, o tempo de evolução da afasia, a existência de terapia da fala e o nível cognitivo prévio e pós AVC, nomeadamente a capacidade de pensamento abstracto e a intensidade e frequência do tratamento". Relativamente aos vários métodos e abordagens terapêuticas em Terapia da Fala com evidência demonstrada para recuperação da afasia, o palestrante considerou que "apesar de universalmente o Método de Estimulação ainda ser o mais

usado, existem muitos outros que se destinam a populações de afasia mais específicas e com resultados comprovados". Na comunicação que se seguiu, "Ombro doloroso: como abordar", a Dr.ª Sara Domingues, médica fisiatra do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, frisou que "tendo em consideração que o ombro doloroso é uma das complicações mais frequentes após AVC e sabendo que, na maioria dos casos, a etiologia é biomecânica, associada à fraqueza muscular do hemicorpo afetado, e teoricamente prevenível, torna-se imperativo que toda a equipa médica e técnica que esteja responsável pela recuperação do doente, tenha o conhecimento adequado para rapidamente prevenir, diagnosticar e tratar um ombro doloroso". Esta complicação apresenta uma prevalência na primeira semana após AVC de 17% e nos primeiros 16 meses de 24%, sendo a plegia do membro superior o principal factor de risco. "Assim que a dor instalada, o doente deverá ser avaliado pela equipa de reabilitação, nomeadamente pelo médico fisiatra e pelo fisioterapeuta, pelas competências de avaliação do sistema musculo-esquelético". A dor deverá ser tratada farmacologicamente de imediato pela equipa de Neurologia e, assim que identificada a etiologia da dor, deverá ser feita a terapêutica mais adequada. "No que diz respeito às modalidades respeitantes ao âmbito da Medicina Física e de Reabilitação, os tratamentos que demonstram maiores resultados e que normalmente utilizamos nos nossos doentes são: técnicas de cinesioterapia realizadas por fisioterapeuta para estimulação motora e correção de padrões incorrectos; a estimulação elétrica neuromuscular na prevenção; a estimulação elétrica transcutânea no tratamento da dor; o bloqueio anestésico no nervo subescapular para controlo da dor; e, no caso de espasticidade, a aplicação de toxina botulínica", descreveu a oradora.

/ Inquérito às UAVC revela falta de profissionais nas equipas de reabilitação

Coube à Dr.ª Bárbara Moreira da Cruz, fisiatra no Hospital da Senhora da Oliveira, apresentar os resultados do Inquérito Nacional às Unidades de AVC (UAVC), aplicado por um grupo de trabalho constituído pela oradora, em conjunto com as Dr.ªs Ana Alves e Joana Teles Sarmiento, também fisiatras, e com o apoio da SPAVC. Entre outubro de 2017 e janeiro de 2018, foram visitadas presencialmente 27 UAVC em todo o país (incluindo ilhas), com entrevista aos responsáveis pelas UAVC e ao médico especialista em Medicina Física e de Reabilitação que dá apoio à UAVC, avaliando as áreas essenciais ao desempenho da reabilitação, a partir

das orientações mais atuais relativamente aos cuidados, avaliação, tratamento e orientação pós-alta. O trabalho intitulado "Caracterização da avaliação e tratamento de Reabilitação nas UAVC em Portugal" relevou que apenas 22,2% (6 UAVC) funcionavam com equipa multiprofissional de reabilitação completa. Conforme explicou a palestrante, "em 37% (10 UAVC) faltam dois ou mais elementos e em 18,5% faltam 3 ou mais elementos". Mesmo nas unidades que têm as equipas completas, há profissionais que "não estão com a carga horária necessária" para responder às solicitações feitas pela unidade, frisou a Dr.ª Bárbara Moreira da Cruz. O trabalho registou também que

a reunião da equipa multiprofissional de reabilitação só ocorre em 18,5% (5 UAVC). À pergunta "O que gostaria de ver melhorado na sua UAVC em termos de reabilitação": 23 UAVC (85,2%) referiram ser necessário mais profissionais de saúde para a equipa de reabilitação (as necessidades foram referenciadas para todos os grupos profissionais); 10 UAVC (37%) referiram necessidades de camas de internamento de sub-agudas ou camas de internamento de MFR; e também 10 UAVC (37%) referiram necessidade de aumentar a resposta dos serviços hospitalares de MFR para tratamento em ambulatório dos sobreviventes de AVC.

CRISES EPILEPTICAS NO AVC ISQUÉMICO AGUDO



■ Dr.ª Carla Bentes

Neurologista e Neurofisiologista do Hospital de Santa Maria

Para falar sobre epilepsia, a 9.ª Reunião Nacional das UAVC convidou a Dr.ª Carla Bentes, neurologista e neurofisiologista do Hospital de Santa Maria, para apresentar a palestra "Crises Epilépticas no AVC isquémico agudo", sob moderação do Dr. Fernando Pita.

A especialista começou por contextualizar o tema explicando que "a doença vascular é a principal causa de epilepsia adquirida na Europa e é também a principal causa de crises epilépticas no idoso". Segundo dados apresentados pela médica, as crises epilépticas são uma das complicações mais frequentes pós-AVC, afetando entre 3% a 66% dos doentes e associam-se a uma maior utilização dos recursos de saúde. Para além disso, "as crises epilépticas pós-AVC, associam-se a um prognóstico funcional desfavorável, bem como ao aumento da mortalidade". Por estas razões, é preciso que os profissionais de saúde que lidam com estes doentes "estejam atentos à ocorrência de crises pós-AVC reconhecendo os seus principais fatores de risco, tais como a hemorragia intracerebral ou a transformação hemorrágica de um enfarte, o envolvimento cortical e a gravidade do AVC". Concretamente em relação às crises epilépticas no AVC agudo, a palestrante distinguiu três

"As crises epilépticas pós-AVC, associam-se a um prognóstico funcional desfavorável, bem como ao aumento da mortalidade". Por estas razões, é preciso que os profissionais de saúde "estejam atentos à ocorrência de crises pós-AVC reconhecendo os seus principais fatores de risco"

tipos diferentes: crise ou epilepsia prévia ao AVC; crise sintomática aguda, ocorrendo nos primeiros 7 dias pós-AVC; e crise não provocada, depois deste período temporal na ausência de outros fatores desencadeantes. Da mesma forma que o doente com AVC é frequentemente afetado por crises epilépticas pós-AVC, também o doente com epilepsia tem maior risco de sofrer um AVC. Numa análise sobre as crises ocorridas durante o internamento na UAVC, os resultados dos estudos apresentados pela oradora levantaram a questão de que modo a monitorização eletroencefalográfica deve ser incluída nos protocolos de avaliação dos doentes internados nestas Unidades, na medida em que esta é a única técnica capaz de diagnosticar a presença de crises não convulsivas. Na verdade, 22,7% dos doentes com AVC isquémico do território internados numa UAVC têm crises exclusivamente eletroencefalográficas. No que se refere ao tratamento das crises epilépticas não provocadas no pós-AVC, a oradora apontou como possíveis fármacos de primeira linha o levetiracetam (LEV) e a lamotrigina (LTG) devido a "melhor tolerabilidade" quando comparados com a carbamazepina (CBZ). No entanto e face a novos fármacos, a neurologista e neurofisiologista lembrou que "são necessários mais estudos para uma evidência robusta sobre a eficácia e tolerabilidade dos FAE no tratamento da epilepsia pós-AVC".

/ Portugal AVC apresentou Guia do AVC para o sobrevivente e cuidador

No âmbito da 9.ª Reunião Nacional de Unidades de AVC, a Portugal AVC (PT.AVC) - União de Sobreviventes, Familiares e Amigos, apresentou o "Guia do AVC para o sobrevivente e cuidador", intitulado "AVC: e agora?", editado com o objetivo de disponibilizar a este público-alvo "informação credível e rigorosa sobre a doença, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e múltiplos aspectos práticos ligados à vida pós-AVC, numa linguagem simples e acessível", avançou o Dr. António Conceição, presidente da PT.AVC. Dirigido especialmente a sobreviventes de AVC e cuidadores, a publicação é também adequada para consulta, utilização e distribuição em "Unidades de AVC, Serviços de Medicina Física e Reabilitação e unidades de saúde em geral". No fundo, trata-se de um guia prático dirigido a "todos os que podem ter interesse no tema", referiu o Dr. António Conceição. Nesse sentido, o presidente da PT.AVC acrescentou: "enviamos gratuitamente o guia a quantos o solicitam, disponibilizamos versão eletrónica no nosso site (www.portugalavc.pt) e estamos totalmente disponíveis para fazer chegar as quantidades adequadas às unidades de saúde que queiram usufruir deste material para distribuir aos seus utentes".



DISFUNÇÃO NERVOSA SUPERIOR POUCO COMUM NO AVC AGUDO

“Disfunção nervosa superior pouco comum (ou mais escondida) no AVC agudo” foi o tema debatido pelas 15h45, sob moderação do Prof. Miguel Viana Batista e do Dr. Rui Felgueiras, que contou com palestras do Dr. Pedro Alves e da Prof.ª Isabel Pavão. Cada um dos oradores destacou as mensagens a reter sobre os temas apresentados.



■ **Dr. Pedro Alves**
Neurologista do Hospital de Santa Maria

Os Acidentes Vasculares Cerebrais do hemisfério direito têm manifestações cognitivas muito diversas. A manifestação mais característica e provavelmente mais estudada é o *neglect*, podendo este manifestar-se a diferentes níveis: espaço

SEQUELAS COGNITIVAS DE AVC DE HEMISFÉRIO DIREITO

peçoal, peripessoal ou representacional. Nesta sessão, com o título “Sequelas cognitivas de AVC de hemisfério direito” procurou-se abordar outras manifestações cognitivas que, embora menos frequentes, poderão ter um impacto importante para o doente e familiares na fase aguda do AVC.

Um dos temas abordados foi as falsas identificações delirantes, isto é, síndromes em que existe uma identificação errada de um local, pessoa ou parte do corpo, que se mantém mesmo após a confrontação do doente com evidência clara de que o que afirma não corresponde à realidade. Discutiu-se um caso de síndrome de Fregoli, em que o doente identificava erradamente um outro doente como seu filho, apesar de não apresentar alterações visuoperceptivas ou

de memória de faces na avaliação neuropsicológica. Apresentou-se ainda a evidência científica existente sobre paramnésia reduplicativa, um síndrome de falsa identificação delirante de locais.

Por fim, foram discutidas as manifestações cognitivas de lesões da via visual dorsal, lesada em AVC com envolvimento parietal ou occipito-parietal. Lesões desta via, mesmo que de reduzida dimensão, podem manifestar-se com ataxia óptica, apraxia do vestir ou dificuldades na navegação espacial. Considera-se importante que estejamos alerta para a identificação deste quadro, porque não são defeitos tão evidentes com a falta de força muscular ou os defeitos de campo visual, mas podem ser igualmente incapacitantes.



■ **Prof.ª Isabel Pavão**
Neurologista do Hospital de Santa Maria

As lesões cerebrovasculares são uma das principais causas de defeitos cognitivos na vida adulta. As suas sequelas mais frequentes e mais bem reconhecidas são os defeitos da linguagem oral (síndromes afásicas) e da atenção hemi-espacial seletiva (habitualmente designado por *neglect*), que ocorrem na sequência dos acidentes vasculares do hemisfério esquerdo e do hemisfério direito, respetivamente, sobretudo após as lesões do território da artéria cerebral média. Menos conhecidos são os defeitos cognitivos secundários às lesões vasculares das artérias cerebrais posteriores. Estes defeitos podem passar despercebidos a menos

SEQUELAS COGNITIVAS DE AVC NA CIRCULAÇÃO POSTERIOR

que sejam especificamente pesquisados. O seu reconhecimento é fundamental, não só numa perspetiva diagnóstica, mas também pela necessidade de poder alertar e esclarecer os doentes e os seus familiares sobre estas alterações do comportamento que têm uma expressão por vezes bizarra e contra-intuitiva. Estes defeitos foram revisitos nesta comunicação, apresentada na Reunião Nacional das Unidades de AVC. Os défices cognitivos mais frequentes neste território são os da memória e os da perceção e do reconhecimento visual. Os defeitos de memória, resultam do envolvimento do hipocampo e outras estruturas do circuito de Papez, e afetam sobretudo a memória episódica anterógrada resultando numa incapacidade para o doente aprender informação nova. Em geral as memórias mais antigas são preservadas.

Os defeitos perceptivos graves ocorrem sobretudo na sequência de lesões occipitais bilaterais, como a cegueira cortical, a acromatopsia e a akinetopsia. As últimas caracterizam-se pela incapacidade de perceber as cores ou o movimento, respetivamente. Os defeitos da via ventral afetam predominantemente o reconhecimento visual.

Entre estes encontram-se as agnosias para a forma e para os objetos (incapacidade de reconhecer o que se vê), a agnosia para as cores, a prosopagnosia, a alexia sem agrafia e a agnosia topográfica. O defeito mais frequente é a alexia sem agrafia, síndrome caracterizado pela incapacidade de leitura, mas com manutenção da capacidade de escrita, e que surge após a lesão do *gyrus* fusiforme esquerdo. A prosopagnosia é um defeito do reconhecimento das faces familiares e ocorre em lesões temporoccipitais inferiores bilaterais ou do hemisfério direito. As síndromes da via dorsal afetam predominantemente os movimentos guiados pela visão. Um dos sintomas mais relevantes é a ataxia óptica, em que o doente não consegue dirigir a mão para ir ao encontro de um objeto. Pode associar-se a outros sintomas da síndrome de Balint como a paralisia psíquica do olhar e a simultanagnosia. Ocorrem sobretudo nas lesões temporoccipitais bilaterais, nos enfartos das áreas de barragem entre a artéria cerebral média e a cerebral posterior. Foram apresentados casos clínicos ilustrativos destas síndromes e foi discutida a localização mais frequente das lesões que as causam.



■ Drs. Gustavo Santo, Ângelo Carneiro, Lia Neto, Isabel Fragata, Ana Paiva Nunes, Teresa Pinho e Melo e Miguel Veloso

ORGANIZAÇÃO REGIONAL DA TERAPÊUTICA DE REPERFUSÃO

A fechar a 9.ª Reunião Nacional das UAVC, as Dr.ªs Isabel Fragata, Teresa Pinho e Melo e o Dr. Miguel Veloso moderaram uma sessão de debate sobre a organização regional da terapêutica de reperfusão. A sessão contou com a apresentação de quatro palestras pelos Drs. Lia Neto, Ângelo Carneiro, Gustavo Santo e Ana Paiva Nunes.

A Dr.ª Lia Neto, neurorradiologista de intervenção do Hospital de Santa Maria, foi a primeira palestrante a ocupar o púlpito para abordar o tema “Que Exame de Imagem na Via Verde AVC para o Tratamento de Reperfusão?”. A especialista começou por lembrar que restabelecer o fluxo sanguíneo em zonas isquémicas (sem enfarte) é a terapêutica mais eficaz para os doentes com AVC isquémico agudo devido a uma oclusão de grande vaso. “Esta terapêutica, com ativador do plasminogénio tecidual (rt-PA) e/ou terapêutica endovascular (TEV), diminui a morbimortalidade e o seu sucesso depende do tempo até à reperfusão”, afirmou, acrescentando que “para a administração de rt-PA e para a TEV nas primeiras seis horas após o início dos sintomas existem critérios bem definidos, que incluem exames de imagem”. A oradora explicou que uma tomografia computadorizada simples (TC) é suficiente para excluir hemorragia, outras patologias e para estimar o volume do enfarte, através do *Alberta Stroke Programme Early CT Score* (ASPECTS). A angiografia dos troncos supra-aórticos por TC (Angio-TC), idealmente realizada desde o arco aórtico, demonstra a anatomia dos vasos do pescoço, a eventual oclusão de grande vaso e permite aferir a presença de circulação colateral. “Estas são as informações imagiológicas que devemos solicitar quando temos que decidir a transferência de doentes de outros centros hospitalares para realização de TEV”, reforçou, lembrando que “as técnicas avançadas de TC e Res-

sonância Magnética, incluindo a realização de perfusão, não são necessárias até às seis horas” e não devem atrasar as medidas terapêuticas. Entre as 6-24h, esclareceu a médica, “sendo difícil na prática clínica aplicar os rigorosos critérios imagiológicos dos ensaios DAWN e DEFUSE, a TC simples e a Angio-TC continuam a surgir como opções preferenciais sempre que sejam suficientes para excluir enfarte extenso, confirmar oclusão de grande vaso e avaliar a qualidade da circulação colateral”.

Por sua vez, o Dr. Ângelo Carneiro, neurorradiologista de intervenção do Centro Hospitalar do Porto, abordou o tema “Experiência

“Podemos definir documentos de consenso nacionais, criar uma base de dados para os doentes submetidos a terapêuticas de reperfusão ou participar em bases de dados internacionais já utilizadas”

Dr.ª Ana Paiva Nunes

face às novas evidências para trombectomia”, reportando-se às novas evidências sobre o benefício da trombectomia no tratamento do enfarte cerebral agudo. “A mudança mais significativa prende-se com o benefício da trombectomia em doentes entre as 6 e as 24h de evolução dos sintomas. Os resultados de dois ensaios clínicos randomizados (DAWN e DEFUSE 3) foram já publicados, mostrando benefício significa-

tivo em doentes com oclusão de grande vaso da circulação anterior, défice neurológico moderado a grave e com parênquima encefálico potencialmente salvável”, avançou o médico. “Na prática”, esclareceu, “isto obriga a que a “Via Verde do AVC” abranja doentes até às 24h de instalação dos sintomas”. No entanto, o especialista apontou vários aspetos que não estão ainda suficientemente claros e implicam estudos adicionais, como “o benefício da trombectomia em crianças e adolescentes, em doentes com défices neurológicos *minor* (NIHSS < 6 mas com oclusão de grande vaso), em doentes já com um importante enfarte estabelecido (ASPECTS <6), em casos de oclusões de vasos mais distais nos casos de oclusão da artéria basilar”, para dar alguns exemplos. Assim, o Dr. Ângelo Carneiro considerou que “até que haja uma demonstração cabal de benefício clínico” do alargamento da janela de indicações terapêuticas, “a abordagem destes casos deve ser feita com muita ponderação”.

No terceiro tema proposto a debate nesta sessão, “Telemedicina – o que mudou na prática clínica”, o Dr. Gustavo Santo começou por passar em revista as principais regiões europeias com redes de *teleshroke* implementadas, entre as quais a região centro de Portugal Continental (desde agosto de 2015), e os respetivos resultados desta implementação. O neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra sublinhou a relevância prática destas redes “atendendo a que as estratégias terapêuticas atualmente disponíveis na abordagem do doente com AVC isquémico agudo colocam novas exigências, quer no plano do cumprimento de regras de atuação, quer no da articulação entre hospitais com grau de diferenciação distintos”. Por fim, foram apresentadas as recomendações do *Teleshroke Committee* da *European Stroke Organization* (ESO), recentemente publicados,

dando particular enfoque às regras que devem presidir à sua implementação. A finalizar a sessão de palestras, a Dr.ª Ana Paiva Nunes falou sobre os “Desafios para a implementação do tratamento de reperfusão”, selecionando oito desafios principais para debate: “O que é que temos”, “O que é que queremos”, “O que é que podemos fazer”, “Como é que o fazemos”, “Fazer”, “Avaliar o que fizemos”, “Adaptar a estratégia”, “Continuar o bom trabalho”. No primeiro desafio, a internista do Hospital de São José constatou que “o primeiro problema é não sabermos, em Portugal, exatamente

quantas Unidades de AVC existem, quantos hospitais fazem trombólise e quantos centros fazem terapêutica endovascular”. Após levantar várias questões hipotéticas no desafio “o que queremos”, a Dr.ª Ana Paiva Nunes respondeu ao desafio “o que é que podemos fazer?”, com as seguintes propostas: “podemos definir documentos de consenso nacionais; criar uma base de dados nacional para os doentes submetidos a terapêuticas de reperfusão ou participar em bases de dados internacionais já utilizadas como o SITS; exigir um sistema de partilha de imagens entre todos os hospitais e um transporte inter-hos-

pitalar eficaz; contribuir para uma distribuição adequada dos centros de Neurorradiologia de Intervenção, nomeadamente no Alentejo e Algarve; preparar-nos para o tratamento das crianças com AVC; e definir critérios homogêneos para trombectomia a nível nacional”, enumerou. Quanto ao quarto desafio, “Como é que fazemos?”, a Dr.ª Ana Paiva Nunes considerou que “deverá ser a SPAVC a liderar uma estratégia nacional para o tratamento de reperfusão no AVC, nomeando grupos de trabalho para os vários desafios considerados pertinentes, que será posteriormente apresentada ao Ministério da Saúde”.

AVC CARDIOEMBÓLICO: DEFINIR CONCEITOS E PERSPETIVAR CAMINHOS PARA O FUTURO

Após o intervalo da manhã, a 16.ª Reunião Anual da SPAVC dedicou uma sessão ao tema “AVC cardiembólico”, que reuniu as perspetivas da Neurologia e da Cardiologia de Intervenção, trazendo a debate os tópicos “Seleção de doentes para encerramento de foramen oval patente (FOP) e de apêndice auricular”, apresentado pelo Dr. Alexandre Amaral e Silva, neurologista do Hospital de Vila Franca de Xira, e “Aspetos técnicos e complicações do encerramento de foramen oval patente e de apêndice auricular”, abordado pela Dr.ª Lídia de Sousa, cardiologista de intervenção do Hospital de Santa Marta. Na mesa de moderação, estiveram o Prof. Vítor Tedim Cruz, em representação da Direção SPAVC, e o Dr. António Fiarresga, em representação da Direção da Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular (APIC). Os palestrantes da sessão destacaram as mensagens a reter de cada uma das apresentações.



Dr. Alexandre Amaral e Silva
Neurologista do Hospital de Vila Franca de Xira

O cardioembolismo é um determinante *major* de AVC isquémico, representando a fibrilhação auricular (FA) a etiologia mais comum. Os anticoagulantes diretos são atualmente a primeira linha na prevenção primária e secundária do AVC nos doentes com FA não valvular, mas há casos em que a ponderação do risco-benefício desaconselha a sua utilização. Para os doentes com contra-indicações para hipocoagulação oral, os doentes com elevado risco hemorrágico e os doentes que aderem mal à terapêutica, devem ser ponderadas outras estratégias, surgindo o encerramen-

SELEÇÃO DE DOENTES PARA ENCERRAMENTO DE FOP E DE APÊNDICE AURICULAR

to do apêndice auricular como uma opção a considerar. Adicionalmente, a associação entre disfunção auricular e AVC é uma realidade em crescimento, havendo cada vez mais doentes com biomarcadores de disfunção e sinais eletro e ecocardiográficos associados de forma independente da presença de FA a um risco aumentado de AVC, o que pode vir a condicionar num futuro próximo a alteração das nossas estratégias terapêuticas.

Quanto ao *foramen oval* patente, estudos observacionais documentaram há muito a sua maior prevalência em doentes com AVC isquémico criptogénico. A sua relação etiológica com o AVC explica-se pela possibilidade de funcionar como uma janela de oportunidade para que este possa ocorrer, em particular com base num mecanismo de embolia paradoxal, sem esquecer a possibilidade da formação de coágulos “in situ” e, acima de tudo, a associação a disritmias potenciadoras da formação de trombos poderem contribuir para este risco. A recente publicação dos resultados de

três ensaios demonstrando uma superior redução de eventos no grupo submetido a encerramento *versus* o grupo submetido apenas a terapêutica médica veio relançar a discussão sobre qual a melhor opção terapêutica nestes doentes. A realização de uma investigação etiológica completa que permita excluir outras causas mais prováveis de AVC, a adequada caracterização clínico-imagiológica dos eventos, a caracterização do FOP, o estabelecimento da eventual relação causal entre FOP e AVC e a definição do risco de recorrência são fatores determinantes a considerar aquando da ponderação do encerramento. Quer no encerramento percutâneo do apêndice auricular, quer no do FOP, a seleção dos doentes e a adequação da melhor estratégia terapêutica deve ter como pilar uma discussão multidisciplinar, nomeadamente entre o especialista em AVC e o cardiologista, numa lógica de verdadeira *Brain-Heart Team* em que também as expectativas do doente devem ser devidamente consideradas.



■ Dr.ª Lídia de Sousa

Cardiologista de Intervenção do Hospital de Santa Marta

Existe neste momento evidência derivada de estudos randomizados (RESPECT, CLOSE, GORE-REDUCE) do benefício da oclusão do *Foramen Oval* Patente em doentes selecionados, após AVC; este benefício está refletido nas recentes *guidelines* da *European Society of Cardiology*, endereçadas por múltiplas sociedades científicas. Além da criteriosa indicação clínica multidisciplinar, um dos aspetos mais importantes na oclusão do FOP são as características morfológicas do defeito no ecocardiograma transesofágico (ETE) que conferem risco acrescido ao FOP (abertura ampla, forma tunelizada, aneurisma do septo). Assim, as anatomias mais complexas tendem a aumentar nos doentes referenciados para a oclusão percutânea e apresentam desafios técnicos para uma oclusão adequada com os dispositivos atualmente disponíveis. Nos doentes com morfologias mais complexas, muitos dos procedimentos têm de ser realizados sob anestesia geral com controlo de ETE ou sem anestesia geral, mas com controlo de ecocardiograma intra-cardíaco (ICE). A título de exemplo, pode ser necessário realizar angioplastia de balão ou punção transeptal nos defeitos tunelizados para se conseguir um adequado

ASPETOS TÉCNICOS E COMPLICAÇÕES DO ENCERRAMENTO DE FOP E DE APÊNDICE AURICULAR

encerramento do defeito; outros aspetos desafiantes são a existência uma válvula de Eustaquio exuberante, a presença de aneurismas exuberantes ou multifenestrados do septo interauricular e a presença de um septo lipomatoso.

A técnica de oclusão tem vindo a evoluir e, em centros com experiência, tem uma taxa global de complicações relativamente baixa, inferior a 3%, sendo que a maioria são *minor* e transitórias; a maioria das complicações relaciona-se com o acesso vascular, mas existem outras que importa conhecer como a malposição ou embolização do dispositivo, a perfuração cardíaca, a formação de trombos, a embolia gasosa, a endocardite ou arritmias transitórias. A morte é extremamente rara.

De ressaltar que continua a não existir indicação para o encerramento do FOP em prevenção primária.

De um modo geral, a oclusão percutânea do FOP é uma técnica segura, nunca sendo de mais reforçar que a adequada indicação e seleção dos doentes, bem como o estudo prévio adequado são os pilares de um bom resultado e minimização de complicações. Em relação à oclusão percutânea de o apêndice auricular esquerdo (AAE), também este procedimento esta fundamentado em estudos randomizados e tem a sua indicação prevista nas *guidelines*. Basicamente são referidos os doentes com fibrilhação auricular (FA), paroxística ou permanente, que acumulam um risco tromboembólico e hemorrágico acrescido, não tolerando a terapêutica anticoagulante.

O AAE é uma estrutura complexa, com uma elevada variabilidade morfológica, sendo que o estudo prévio ao procedimento por ETE e angioTC cardíaco é fundamental

para a sua caracterização e planeamento do procedimento. Existem já no mercado vários tipos de dispositivos de oclusão que permitem um resultado adequado para a maioria das morfologias.

O procedimento obriga a controlo por ETE ou ICE e à realização de punção transeptal para aceder ao AAE, podendo ser efetuado sob anestesia geral ou local com sedação. Muitos dos doentes referenciados para o encerramento preenchem critérios de fragilidade (*frailty syndrome*), com múltiplas comorbilidades, o que só por si acresce risco ao procedimento. Dada a complexidade dos doentes, existe um documento de consenso para análise de complicações e resultados da técnica (*LAA Munich consensus*).

À medida que os centros ganham experiência e a técnica melhora, a taxa global de complicações tem vindo a reduzir, rodando os 3-5%, mas com complicações que quando existem são potencialmente graves. Além dos problemas relacionados com o acesso vascular e a punção transeptal, outras complicações potencialmente graves ou fatais são malposição ou embolização do dispositivo, a perfuração cardíaca, a formação de trombos, a embolia gasosa, a endocardite, hemorragia *major* ou nefropatia induzida pelo contraste.

Existem ainda uma preocupação com o papel do AAE na regulação da volémia, dado ser uma fonte importante do factor natriurético auricular, mas existem poucos dados conclusivos sobre este tema.

À semelhança de qualquer técnica percutânea a experiência, a correta seleção dos doentes, bem como uma estratégia bem definida por imagem multimodal são fundamentais para o sucesso do procedimento e redução das complicações.

/ Novidades da ESOC apresentadas na reunião da SPAVC

Coube às Drs. Líliana Pereira e Mariana Dias, elementos do grupo de jovens da SPAVC (J-SPAVC) apresentar os *highlights* das novidades avançadas na *European Stroke Organisation Conference* (ESOC) 2018, realizada no mês de maio, na Suécia. As palestrantes passaram em revista os resultados de alguns ensaios clínicos (WAKE-UP, NAVIGATE ESUS, POINT, TICH-2, CROMIS-2 e SETIN-HYPERTENSION), bem como duas meta-análises (MEGASTROKE e AURORA). Foram ainda destacadas as novas *guidelines* apresentadas na conferência europeia de AVC no que se refere à terapêutica de recanalização.

Nota: Para saber mais sobre estes tópicos, consulte a *Stroke.pt* n.º 11, dedicada à ESOC 2018.



ESTENOSE ARTERIAL SINTOMÁTICA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL



■ Drs. Ruy Fernandes, João Sargento Freitas, Miguel Rodrigues, Marta Carvalho e Paulo Saraiva

“Estenose arterial sintomática da circulação cerebral” foi o tema de debate que deu início à 16.ª Reunião Anual da SPAVC, decorrida no dia 27 de outubro, após uma primeira sessão de apresentação de casos clínicos problema. Sob moderação dos Drs. Miguel Rodrigues e Marta Carvalho, a sessão incluiu três palestras: “Estenose carotídea cervical – o que importa avaliar pela imagiologia”, apresentada pelo Dr. João Sargento Freitas; “Estenose carotídea – o que fazer de acordo com a imagem”, abordada pelo Dr. Ruy Fernandes; e, por fim, “Estenose intracraniana – até onde a imagem nos leva ao diagnóstico etiológico”, pelo Dr. Paulo Saraiva.

A primeira apresentação, a cargo do Dr. João Sargento Freitas, pretendeu responder à pergunta de como a investigação complementar pode esclarecer a possível associação entre placa carotídea e a lesão cerebrovascular. Para isso, o orador começou por abordar o potencial embólico da placa, passando em revista vários aspetos de análise imagiológica à luz das mais recentes evidências científicas. “Olhando para a placa em si, temos de ver para além do grau de estenose e considerar muitas outras características que, por vezes, são preditores até mais importantes de lesão cerebrovascular”, apontou o neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Neste ponto, o médico abordou aspetos como a avaliação do trombo intraplaca, a embolização ativa, a ulceração, as características da placa e ainda, numa fase já tardia da placa e com menor aplicação na prática clínica, a inflamação/neovascularização. No que se refere ao estado hemodinâmico intracraniano, o compromisso de perfusão foi apontado pelo especialista como um preditor para lesão, para além da embolização. Relativamente às técnicas disponíveis, o Dr. João Sargento Freitas esclareceu que “na prática temos quatro modalidades que tentam responder a estas questões: ressonância, angio TC, angio-

grafia e os estudos neurosonológicos”, cada uma com propriedades e vantagens específicas que deveremos conhecer para a sua correta interpretação. Como conclusões, o palestrante chamou a atenção para a necessidade de “integrar informação de exames que avaliam de maneira diferente a mesma patologia para tomar uma decisão”, reforçando que, para além do estudo da placa, “é necessário estudar o fluxo distal, a microembolização e a vasorreatividade” (esta última mais difícil de disseminar na prática clínica). Seguiu-se a palestra do Dr. Ruy Fernandes, cirurgião vascular do Hospital de Santa Maria, que começou por abordar a indicação para revascularização, apontando a quantificação do grau de estenose como “fator determinante” na decisão para intervenção na estenose carotídea, embora referindo também a identificação de placa vulnerável como tópico de “grande interesse”. Relativamente aos métodos de imagem, o palestrante destacou a ultrassonografia como “um método disponível, eficaz e barato para a avaliação imagiológica da doença carotídea, na maioria dos casos suficiente para a decisão terapêutica”. Passando para a técnica de revascularização, o especialista apontou a endarterectomia carotídea (CEA) enquanto “gold standard de intervenção na doença carotídea sintomá-

O Dr. João Sargento Freitas chamou a atenção para a necessidade de “integrar informação de exames que avaliam de maneira diferente a mesma patologia para tomar uma decisão”

tica”, de acordo com as *guidelines* da *European Society for Vascular Surgery*, embora salvaguardando que “o *stenting* carotídeo (CAS) também tem o seu papel”. Depois, reconhecendo a utilidade dos métodos de imagem disponíveis atualmente na avaliação do risco cirúrgico, o palestrante lembrou que, porém, “a sua aplicação na prática clínica é ainda limitada devido à ausência de critérios bem definidos e à necessidade de protocolos específicos e equipas dedicadas na aquisição e tratamento das imagens”, frisou. Finalizando com uma reflexão sobre as perspetivas futuras a considerar, o Dr. Ruy Fernandes referiu o “desenvolvimento de *software* para quantificação semi-automática dos índices de risco” e “validar estes parâmetros em estudos prospetivos longitudinais”. Por fim, o Dr. Paulo Saraiva, neurorradiologista do Hospital Garcia de Orta, abordou na sua comunicação a imagem da parede vascular intracraniana por ressonância magnética (RM). “Consiste num conjunto de sequências em RM que visam a individualização da parede arterial, identificando potencial patologia existente e, idealmente, estabelecer o diagnóstico diferencial”, começou por definir o especialista. O orador esclareceu que “funciona como complemento dos métodos de imagem habitualmente utilizados para a caracterização da árvore vascular”. O interesse crescente nesta técnica reflete-se num número crescente de publicações sobre o tema, “estando atualmente em curso um *trial* multicêntrico no caso do AVC isquémico que pretende recrutar 1000 doentes”, acrescentou. A concluir, o médico neurorradiologista referiu-se a um documento de consenso publicado no ano passado pela *American Society of Neuroradiology*, cujas conclusões considerou “relativamente cautelosas”, nas quais a técnica é considerada “provavelmente útil” no diagnóstico diferencial da estenose (placa, vasculite, disseção, SVCR) e na identificação da placa sintomática não estenosante, sendo “possivelmente útil” na localização da placa em relação aos óstios, na avaliação da atividade da doença, na determinação do local de biópsia e na identificação do aneurisma responsável.

O CONTRIBUTO DO RIVAROXABANO NA PREVENÇÃO DO AVC

A 16.ª Reunião Anual da SPAVC acolheu um Simpósio promovido pela Bayer intitulado “O contributo do rivaroxabano na prevenção do AVC”, tendo como palestrante o Dr. Alexandre Amaral e Silva, neurologista do Hospital de Vila Franca de Xira.

O especialista começou por lembrar a mudança de paradigma na prevenção do AVC em doentes com fibrilhação auricular não-valvular (FANV) na sequência da aprovação e implementação do uso dos anticoagulantes orais diretos (AOD) nestes doentes, aliando as mais-valias da eficácia na prevenção de eventos tromboembólicos a um perfil segurança mais favorável comparativamente à terapêutica convencional (antagonistas da vitamina K) no que se refere às complicações hemorrágicas. “Estes fármacos [AOD] estão aprovados como a primeira linha na abordagem da FA não valvular”, pelo que “temos de abordar a questão da hipocoagulação pela positiva, ou seja, todo o doente com FA é um candidato para anticoagulação até prova em contrário”. Neste ponto, o palestrante lembrou os dados do registo GARFIELD-AF, que apontam uma taxa de aproximadamente 30% de doentes com FANV não anticoagulados. “É nesta percentagem que devemos continuar a incidir os nossos esforços”, rematou.

Após uma abordagem dos resultados do estudo ROCKET-AF e do registo XANTUS, reforçando o perfil de eficácia e de segurança favoráveis do rivaroxabano, consistente nas diversas abordagens (ensaios clínicos aleatorizados, registos prospetivos, estudos de farmacovigilância e estudos observacionais), independentemente do risco da população e das comorbilidades envolvidas, a intervenção do Dr. Alexandre Amaral e Silva procurou também dar a conhecer as novidades nesta área, apresentando dados de ensaios clínicos recentes em que se perspetiva a utilização deste fármaco noutros contextos da prevenção do AVC, para além da fibrilhação auricular.

Por exemplo no AVC de etiologia indeterminada (ESUS), o estudo NAVIGATE ESUS comparou a estratégia de hipocoagulação com rivaroxabano *versus* a terapêutica *standard* recomendada pelas *guidelines* para estes doentes (antiagregação plaquetária).

“Os resultados mostraram uma ausência de benefício comparativo do rivaroxabano em relação às taxas de recorrência de AVC isquémico ou hemorrágico bem como um excesso de hemorragias (apesar de dentro do previamente expectável), pelo que o estudo foi interrompido precocemente” avançou. Comentando estes resultados, o neurologista salientou que é necessário definir de forma mais clara o que é um doente ESUS, pois esta definição inclui grupos de doentes muito heterogêneos e “não podemos acreditar que *‘one size fits all’*”, reportando que alguns grupos de doentes ESUS apresentaram resultados positivos com a toma de rivaroxabano neste estudo. Os benefícios deste fármaco foram também estudados para a prevenção de eventos tromboembólicos na doença aterosclerótica, tendo em conta que “a trombose arterial é uma consequência fatal e previsível da doença aterosclerótica e, portanto, estes doentes têm um risco acrescido de episódios vasculares, apesar das estratégias preventivas aprovadas e utilizadas, nomeadamente recorrendo à terapêutica antiagregante”, afirmou. Neste contexto, o estudo COMPASS veio trazer dados novos e robustos, avaliando três estratégias terapêuticas (rivaroxabano 2.5 mg bid + aspirina 100 mg od; rivaroxabano 5.0 mg bid; aspirina 100 mg od). “Este estudo foi interrompido um ano antes do esperado devido à elevada eficácia no regime rivaroxabano 2,5mg BID + aspirina”, verificando-se uma “redução de 42% do risco de AVC nesta estratégia combinada *versus* o *standard of care*, que é a aspirina isoladamente”.

Por fim, o Dr. Alexandre Amaral e Silva apresentou os dados de um novo estudo, o COMMANDER HF, que comparou a utilização de rivaroxabano com placebo na redução de eventos vasculares em doentes com insuficiência cardíaca (IC). Os resultados mostraram uma redução significativa no grupo tratado com rivaroxabano na ocorrência de AVC nesta população. No



■ Dr. Alexandre Amaral e Silva

Neurologista do Hospital de Vila Franca de Xira

O neurologista reforçou o “papel do rivaroxabano em diferentes estratégias, contextos e populações de doentes, como mais uma arma importantíssima na prevenção vascular, quer primária, quer secundária”

perfil de segurança, rivaroxabano 2.5 mg BID mostrou-se “confortável” em doentes com IC aguda descompensada, sendo, no entanto, este desempenho limitado pela taxa de mortalidade justificada pela falência de bomba ao contrário do verificado em doentes com IC crónica estável”. Em termos globais e como notas finais, o neurologista reforçou o “papel destas novas moléculas, e particularmente do rivaroxabano, em diferentes estratégias, contextos e populações de doentes como mais uma arma importantíssima na prevenção vascular, quer primária, quer secundária”. Nas palavras do orador: “uma verdadeira estratégia global de proteção vascular, com uma tradução clara no benefício para os nossos doentes”.

PLANO DE AÇÃO PARA O AVC NA EUROPA 2018-2020: COMO ESTAMOS EM PORTUGAL?



■ Dr. Diogo Cruz e Prof.ª Elsa Azevedo

A encerrar a 16.ª Reunião Anual da SPAVC, foi organizada uma sessão sobre o “Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2020”, refletindo sobre o panorama português à luz das metas traçadas pela European Stroke Organisation (ESO) / Stroke Alliance For Europe (SAFE). A moderar a sessão de debate estiveram o Dr. Diogo Cruz, Subdiretor-Geral da Saúde, e a Prof.ª Elsa Azevedo, vice-presidente da SPAVC, contando com um painel multidisciplinar de especialistas para analisar os vários eixos de ação definidos nesta estratégia de redução da mortalidade e morbilidade devidas ao AVC na Europa.

A Prof.ª Elsa Azevedo explicou a “Razão de ser do Plano de Ação”, enquanto um conjunto de “objetivos a atingir nos cuidados de saúde na área do AVC para diminuir a sua morbimortalidade”, tendo em conta a “inequidade de cuidados na Europa nesta área” e, por outro lado, o “desfasamento entre os recursos que são gastos nesta patologia e o impacto social dessa sobrecarga de doença cerebrovascular”, referiu a neurologista do Hospital de São João.

Relativamente à metodologia utilizada para a construção deste documento, a Prof.ª Catarina Fonseca, neurologista do Hospital de Santa Maria, esclareceu que o primeiro passo foi definir os principais domínios de atuação: 1) Prevenção primária; 2) Organização dos serviços de AVC; 3) Tratamento do AVC agudo; 4) Prevenção secundária e organização do seguimento; 5) Reabilitação; 6) Avaliação de resultados e dos indicadores de qualidade; e 7) Vida após AVC. “Este trabalho foi coordenado por um comité de 12 membros, sendo que foi criado um

grupo de trabalho para cada um dos sete domínios”, acrescentou a especialista. Os documentos relativos a cada domínio foram colocados em discussão pública durante um período de mês, lembrou a oradora, seguindo-se uma conferência de consenso organizada em março de 2018, em Munique, onde os documentos foram finalizados. No dia 29 de outubro o artigo final foi publicado no *European Stroke Journal*.

/ Conhecemos a nossa realidade?

Relativamente à apresentação e reflexão sobre a realidade portuguesa nestes domínios, o primeiro orador a ocupar o púlpito foi o Dr. Tiago Pereira da Silva, médico do Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares da Direção-Geral da Saúde, para abordar o tópico “Prevenção Primária”. O palestrante destacou a “redução da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório em Portugal”, apresentando vários dados estatísticos, dos quais destacou a “redução de 39% das mortes por AVC, entre 2011 e 2015”.

“É necessário continuar a treinar os Serviços de Emergência Médica para assegurar que existe acesso ao tratamento agudo e que ele é feito em tempo útil”

Prof.ª Patrícia Canhão

Seguiu-se a Prof.ª Patrícia Canhão para falar sobre “Organização da cadeia de cuidados”. A neurologista do Hospital de Santa Maria começou por avançar alguns pressupostos do que “deve funcionar bem” nesta cadeia de cuidados no tratamento do AVC, garantido “a qualidade do cuidado em todo o processo do AVC, da prevenção primária à reabilitação”. Assim, segundo a especialista, é preciso uma maior aposta em campanhas de sensibilização para a população, “avaliando e monitorizando o seu impacto”. Por outro lado, é necessário continuar a “treinar os Serviços de Emergência Médica” para assegurar que “existe acesso ao tratamento agudo e que ele é feito em tempo útil” referiu. E acrescentou: “Está também provado que o recurso à Telemedicina em zonas remotas pode melhorar os cuidados”. A oradora destacou ainda os benefícios do internamento dos doentes em Unidade de AVC,

“De acordo com os últimos dados disponíveis de fibrinólise IV, Portugal parece estar dentro dos alvos definidos”

Dr. João Sargento Freitas

reduzindo o mau prognóstico em 20%. “E não basta que estas Unidades existam, têm de funcionar bem”, rematou, defendendo a importância de programas de certificação de UAVC. É a partir da SPAVC que se prevê que os objetivos do *Action Plan for Europe* sejam defendidos, enquanto interlocutora na organização dos serviços de saúde e planos de cuidados a nível político. No âmbito do tratamento do AVC agudo, o Dr. João Sargento Freitas falou de trombólise, avançando que “de acordo com os últimos dados disponíveis de fibrinólise IV, Portugal parece estar dentro dos alvos definidos” [22,3% de doentes com AVC isquémico tratados com fibrinólise face ao alvo europeu de 15%], embora ao rever os dados nos apercebemos da “ausência de dados robustos sobre o número exato de AVC em Portugal”. A meta de internamento em UAVC é de 90% dos doentes com AVC isquémico. Também neste aspeto, em Portugal temos contabilizado com exatidão o número de internamentos em UAVC, mas não conseguimos precisar o denominador para calcular a taxa. O neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra concluiu que “precisamos de dados robustos e de fácil acesso”, levantando

“É necessário melhorar a rede nacional de cuidados, designadamente o transporte inter-hospitalar, de forma a que os doentes sejam tratados rapidamente, independentemente da região” *Dr. Manuel Ribeiro*

a necessidade de um registo de AVC. “A Direção-Geral de Saúde (DGS) deve tentar clarificar esse registo, bem como a definição exata de UAVC”, acrescentou o médico. Por fim, o palestrante apontou a necessidade de “uniformização de métricas/objetivos entre os definidos pela ESO e a DGS”, em que exista um “denominador fiável” para apresentar métricas credíveis.

Relativamente à trombectomia, abordada pelo Dr. Manuel Ribeiro, o neurorradiologista de intervenção do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho analisou os eixos da acessibilidade, equidade, qualidade e sustentabilidade. Em relação à acessibilidade e equidade, o Dr. Manuel Ribeiro afirmou que seria desejável “organizar uma rede de cuidados tendo como pilar central os *Stroke Centers*, constituídos por uma UAVC e uma Unidade de Neurorradiologia de Intervenção, os quais estabelecem relações estreitas com as UAVC vizinhas”. O palestrante congratulou-se com o número de trombectomias realizadas em Portugal [8,9% de doentes com AVC isquémico são tratados com trombectomia], que ultrapassa largamente o alvo definido dos 5% para 2030 do *Action Plan for Europe*. Reconheceu, no entanto, a distribuição assimétrica do número de trombectomias no nosso país, salientando que é necessário “melhorar a rede nacional de cuidados, designadamente o transporte inter-hospitalar, de forma a que os doentes sejam tratados rapidamente, independentemente da região”. O orador sublinhou a necessidade de garantir e avaliar a qualidade, promovendo a certificação e as auditorias dos centros. O especialista considerou ainda que esta rede de cuidados de AVC deve ser sustentável, assente na qualidade (acima da quantidade) e no custo-efetividade.

Por sua vez, o Dr. Miguel Rodrigues, neurologista do Hospital Garcia de Orta,

“Desconhecem-se, em Portugal, dados sobre mudanças de estilo de vida, adesão à terapêutica de prevenção secundária e acompanhamento após AVC” *Dr. Miguel Rodrigues*

apresentou o tema “Prevenção secundária e seguimento organizado” em duas vertentes: investigação etiológica e intervenção. Em relação à investigação etiológica e de acordo com o plano de ação, deve ser baseada em protocolos locais, mas baseados em recomendações de sociedades científicas. “Nos hospitais portugueses existem alguns protocolos, porém seria desejável que uma Sociedade como a nossa elaborasse um protocolo nacional”, referiu o palestrante. Do lado das intervenções, o plano de ação refere a intervenção nos fatores de risco modificáveis, a educação do doente, o treino dos profissionais, acrescentando ainda que após diagnóstico de AIT/AVC isquémico e AVC hemorrágico, deve ser estabelecida etiologia para permitir estratégias preventivas adequadas. “Neste aspeto, não existem dados oficiais auditados e monitorizados em Portugal. Da mesma forma, desconhecem-se dados sobre mudanças de estilo de vida, adesão à terapêutica de prevenção secundária, acompanhamento após AVC”, afirmou o Dr. Miguel Rodrigues. Seguiu-se o Prof. Vítor Tedim Cruz que falou da “Avaliação dos resultados e dos indicadores de qualidade”, apontando que “persiste uma marcada heterogeneidade na qualidade dos cuidados do AVC”. Segundo o neurologista do Hospital Pedro Hispano – ULS Matosinhos, esta heterogeneidade “é mais devida à qualidade da organização do que a real falta de meios ou estruturas, agravada pela heterogeneidade nas definições, classificação e medidas”. Os objetivos apontados neste âmbito passam pela definição de um referencial comum europeu para a qualidade dos cuidados no AVC. “As *guidelines* europeias servirão para definir muitas das métricas e depois existem medidas comuns que vão permitir comparações, mas sobretudo aprendizagem”, sublinhou o médico. Os métodos para este referencial incluem a definição de medidas de qualidade (estrutura, processos, resultados, experiência do doente), bem como “um registo universal eficiente de todos os AVC e registados do mesmo modo”. Concretamente, “é preciso identi-

“É preciso identificar um responsável nacional pela melhoria da qualidade aos cuidados do AVC em cada país ou região e, igualmente, existir uma acreditação de serviços clínicos” *Prof. Vítor Tedim Cruz*

car um responsável nacional pela melhoria da qualidade aos cuidados do AVC em cada país ou região” e, igualmente, “existir uma acreditação de serviços clínicos”, afirmou. No fundo, “falta, no âmbito do AVC, um instrumento de monitorização e avaliação contínua focado no tratamento agudo e nos resultados de 6 e 12 meses após o AVC, com uma metodologia de recolha credível”, reforçou o orador.

No que se refere à “Reabilitação”, a Dr.ª Ana Alves definiu como objetivos prioritários para Portugal: “garantir ao sobrevivente de AVC e seu cuidador, acesso a equipa de reabilitação multiprofissional e interdisciplinar especializada, precocemente e num *continuum*, desde a Unidade de AVC (90% acesso) até à comunidade e fase crónica onde sobrevivente e cuidador fazem parte integrada da equipa; uma abordagem bio-psico-social das necessidades do sobrevivente AVC e seu cuidador, com um plano de reabilitação integral e personalizado que abrange a integração sociofamiliar e profissional; a reavaliação periódica das necessidades de reabilitação; e a implementação das normas de boas práticas de referência para reabilitação pós AVC”. Por fim, Diana Wong Ramos, da Direção da Portugal AVC, lançou o repto aos profissionais de saúde presentes na sessão para que recebam e ouçam o doente e para que “trabalhem em equipa” no sentido de apoiar o doente na construção da vida após o AVC.



■ Dr. João Sargento Freitas, Dr. Diogo Cruz, Prof.ª Elsa Azevedo e Dr. Manuel Ribeiro

/ UAVC de Faro participou na 9.ª edição da revista *LiveSaving*

No dia 3 de agosto de 2018, a FNAC de Faro acolheu a apresentação oficial da 9.ª Edição da revista *LiveSaving*, produzida pela equipa da equipa de médicos e enfermeiros das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) de Faro e de Albufeira. A edição, dedicada à temática da Via Verde do AVC, contou com a colaboração da Unidade de AVC do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, pelo que alguns elementos da UAVC participaram na apresentação oficial com palestras sobre o tema, entre os quais a coordenadora da Unidade, a Dr.ª Ana Paula Fidalgo. A iniciativa integrou também uma exposição permanente no Fórum Algarve nos dias 3 e 4 de agosto, no sentido de dar conhecer a revista, bem como divulgar informação útil sobre AVC. A SPAVC apoiou este evento com folhetos informativos.



/ SPAVC e APIC organizaram reunião sobre o encerramento do *foramen oval* patente

Realizou-se, no dia 15 de setembro, em Penela, Coimbra, a reunião “O Encerramento do *Foramen Oval* Patente: uma estratégia para Portugal”, organizada conjuntamente pela SPAVC e pela Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular (APIC). O Prof. Vítor Tedim Cruz, membro da Comissão Organizadora do evento, secretário da Direção da SPAVC e médico neurologista, explicou em declarações à *Stroke.pt* a pertinência do tema: “A identificação de um *foramen oval* patente (FOP) após AVC coloca-nos dois tipos de dificuldades. A primeira prende-se com a causalidade do AVC e a segunda está relacionada sobre que medidas tomar para reduzir o risco de recorrência de AVC em doentes com *foramen oval* patente. Em 2015 e 2016 conhecemos os resultados de três ensaios clínicos sobre o encerramento percutâneo do *foramen oval* patente em doentes com AVC sem outra etiologia atribuível e com menos de 60 anos. Percebemos que o FOP pode ser um fator causal num determinado grupo de doentes onde não é identificada outra etiologia provável e que um subgrupo de doentes pode beneficiar do encerramento percutâneo do FOP”. O especialista explicou que “como acontece em outras estratégias terapêuticas preventivas (e.g.: endarterectomia), existem eventos adversos e a relação risco-benefício está dependente de um processo otimizado de seleção dos doentes”. Neste sentido, “para obtermos bons resultados é essencial o trabalho conjunto entre cardiologistas, neurologistas e internistas dedicados à doença vascular cerebral, bem como a participação de um doente bem informado no processo de decisão e a difusão de metodologias de discussão e seleção de doentes em todas as Unidades de AVC do país”, esclareceu o Prof. Vítor Tedim Cruz, salientando a importância desta reunião conjunta para debater consensos e esboçar uma estratégia comum para o nosso país.

/ SPAVC integrou mesa sobre “Intervenção para prevenção do AVC” na Reunião Anual da APIC

“Intervenção para prevenção do AVC” foi o tema da sessão moderada pelos Drs. Pedro Braga e Marco Costa que contou com a participação da SPAVC, representada pelo secretário da Direção, Prof. Vítor Tedim Cruz, no âmbito da 9.ª Reunião Anual da Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular (APIC). “Encerramento do *Foramen Oval* Patente - uma estratégia para Portugal” foi o título da palestra apresentada pelo médico neurologista. Nesta sessão, participaram também os Drs. Rui André Rodrigues e Luís Paiva com os temas “Encerramento do *Foramen Oval* Patente - finalmente a evidência encontrou a técnica” e “Encerramento do AAE - uma alternativa válida para que doentes?”, respetivamente. O evento decorreu entre os dias 11 e 13 de outubro de 2018, em Tróia.



/ Associação NeuroTalks promoveu formação sobre AVC na sede da SPAVC

A Associação *NeuroTalks* organizou, na manhã do dia 13 de outubro de 2018, uma atividade formativa em torno do tema “Acidente Vascular Cerebral – Intervenção e Cuidados na Fase Aguda”, na sede da SPAVC, no Porto. Conforme explicou o Dr. Luís Fontão, membro da Comissão Organizadora e Comissão Científica do evento, “a formação foi dirigida a médicos que trabalham em serviços de urgência e médicos de Medicina Interna, pretendendo treinar e aperfeiçoar a abordagem do AVC agudo, particularmente à luz das novas recomendações na área”. Mais acrescentou que “a abordagem do doente com AVC renova-se com desafios, com a publicação de resultados entusiasmantes relativos ao tratamento agudo. Com este espírito, a equipa *NeuroTalks* decidiu propor uma formação centrada neste tema para discutir experiências e treinar atitudes”. Em tom de balanço, o especialista do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga considerou que se tratou de um “momento de formação completo, mas prático e divertido”. O evento contou com o patrocínio científico da SPAVC.



/ Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca organizou “Formação em Via Verde de AVC”

No dia 17 de novembro de 2018, o Grupo de Trabalho para a implementação do projeto “Abordagem multidisciplinar do AVC” do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), em conjunto com a *Angels Initiative*, organizaram a “Formação em Via Verde de AVC”, no Centro de Formação do HFF, entre as 9h e as 13h, seguindo-se um *workshop* com simulação virtual de Via Verde de AVC (*Bodyinteract*), que se prolongou até às 16h30. Conforme explicou o Dr. Nuno Martins, membro do referido grupo de trabalho, “a formação incluiu três módulos que decorreram em paralelo: um sobre o tema ‘Abordagem inicial ao doente com AVC’; outro dedicado aos ‘Conceitos básicos de imagiologia: TC CE’; e um terceiro intitulado ‘Apoio à decisão terapêutica’”. A ação contou com um painel de três formadores: a Dr.ª Cláudia Queiroga (coordenadora nacional do projeto Angels), a Dr.ª Ana Paiva Nunes (internista do Hospital de São José) e o Dr. Miguel Rodrigues (neurologista do Hospital Garcia da Orta) e, no final, realizou-se um pequeno teste de escolha múltipla. O Dr. Nuno Martins apontou como principais objetivos do evento “treinar médicos e enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência do HFF de maneira a melhor conseguirem reconhecer, abordar e tratar os doentes com AVC, reduzindo o tempo porta-agulha e, desta forma, melhorar a mortalidade e a morbilidade desta patologia”. A formação contou com o patrocínio científico da SPAVC.



/ 19.º Congresso do NEDVC debateu prevenção, avaliação e tratamento da DVC

O 19.º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vasculiar Cerebral (NEDVC) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), decorreu nos dias 23 e 24 de novembro de 2018, no Porto. A coordenadora do NEDVC da SPMI, Dr.ª Luísa Fonseca, explicou à *Stroke.pt* os objetivos do evento: “O congresso do NEDVC é uma reunião científica de referência a nível nacional, que tem como objetivo promover o debate, na classe médica, das novas evidências na prevenção, avaliação e tratamento dos doentes com doença vascular cerebral (DVC) e incentivar a investigação clínica nesta área”. O programa da 19.ª edição do congresso incluiu temas atuais e de “extrema importância”, tais como “Doença Vasculiar Cerebral silenciosa, doença carotídea assintomática, terapêutica endovascular, dupla antiagregação, encerramento de *foramen oval* patente, tratamento de doentes com ESUS, tratamento de doentes com hemorragia cerebral, AVC no perioperatório, Causas menos comuns de AVC (Enfarte medular, Vasculites, Doença de Moyamoya, Doenças hereditárias do metabolismo)”, enumerou a médica. “Abordámos ainda as novas evidências da terapêutica com antiagregantes orais e o risco vascular, assim como, qual o conceito de “optimal brain health”. Foram também lecionados quatro cursos específicos no âmbito da formação pós-graduada: “Trombólise e trombectomia”; “Neuroimagem no AVC”; “Causas raras de AVC”; e “Como abordar o AIT”. “A seleção dos cursos teve como base a necessidade de formação na área e a preferência demonstrada pela maioria dos participantes”, frisou a especialista. A Dr.ª Luísa Fonseca considerou o evento “uma oportunidade de atualização, aprendizagem e discussão na área de na prevenção, avaliação e tratamento dos doentes com doença vascular cerebral”. O Congresso contou com o patrocínio científico da SPAVC.

/ SPAVC representada no Seminário “Novas Abordagens no Cuidar” em Mirandela

Nos dias 30 de novembro e 1 de dezembro de 2018, a Santa Casa da Misericórdia de Mirandela realizou a 5.ª edição do Seminário “Novas Abordagens no Cuidar”. A SPAVC esteve representada no seminário com a participação da Dr.ª Ana Alves que apresentou a palestra “Caracterização dos cuidados de reabilitação nas UAVC portuguesas”. A comunicação da médica fisiatra aconteceu no primeiro dia da formação, pelas 17h, no âmbito do painel “AVC - problema do novo século”. Este seminário foi dirigido a estudantes e profissionais no sentido de aprofundar conhecimentos sobre as temáticas abordadas.



/ SPAVC promove Bolsa de Investigação em Doença Vasculiar Cerebral

A SPAVC promove anualmente uma Bolsa de Investigação em Doença Cerebral Vasculiar destinada a financiar, parcial ou totalmente, o melhor projeto de investigação científica nesta área de estudo, atribuindo o montante de 5.000 euros ao trabalho vencedor. O presidente da Direção da SPAVC, Prof. Castro Lopes, explicou que, na avaliação dos trabalhos, “o júri terá em conta o interesse da candidatura, bem como o mérito científico dos candidatos e Instituições participantes, de acordo com uma grelha de avaliação com critérios bem definidos pela SPAVC”. Incentivando a apresentação de candidaturas, o especialista lembrou que “a investigação nesta área é extremamente necessária, uma vez que o AVC é a primeira causa de morte e invalidez de Portugal”, destacando ainda o papel da valorização científica na internacionalização dos trabalhos nacionais. As candidaturas estão abertas até ao dia 5 de janeiro de 2019. Aceda ao *website* da SPAVC (www.spavc.org) para mais detalhes e regulamento do concurso.

CANDIDATURAS
abertas até ao
dia 5 de janeiro
de 2019

/ Unidade de Neurosonologia do Hospital de São João certificada como centro de referência europeu

A Unidade de Neurosonologia do Centro Hospitalar São João (CHSJ) foi distinguida como Centro de Referência Europeu de Neurosonologia, tendo cumprido todos os critérios do ponto de vista assistencial, formativo e científico para pertencer à *Network of European Reference Centers in Neurosonology* (ERNsono) da *European Academy of Neurology* e da *European Society of Neurosonology and Cerebral Hemodynamics*. É assim das primeiras unidades certificadas a nível europeu e a primeira em território nacional. Para esta distinção, foram considerados importantes fatores de seleção, “não só o volume e a diferenciação de exames, mas também os profissionais acreditados, a Unidade estar inserida em Serviço de Neurologia Clínica, bem como o cumprimento de critérios relativos à atividade formativa e científica, incluindo colaboração em projetos de investigação internacionais e à realização de atividades formativas internacionais”, sintetizou a Prof.^a Elsa Azevedo, coordenadora da Unidade de Neurosonologia do CHSJ. Homenageando a equipa da Unidade certificada pelo “enorme trabalho desenvolvido em prole da prevenção e tratamento do AVC”, o presidente da direcção da SPAVC, Prof. Castro Lopes, lembrou que “esta distinção é mais um exemplo de como Portugal está muito bem posicionado a nível científico na área da doença vascular cerebral”, apontando que se trata de um resultado “fruto de muito trabalho e ciência”.



■ Prof.^a Elsa Azevedo, Prof. Castro Lopes, Prof. Pedro Castro e Dr.^a Maria Rosa Santos

/ Hospital de São José distinguido como Top Trombectomy Center 2018 pelo SITS



■ Dr. Alberto Fior, Dr.^a Ana Paiva Nunes, Prof. Castro Lopes, Dr.^a Marisa Mariano, Dr. Bruno Maia

O Hospital de São José - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC), foi premiado pelo “SITS Award”, na categoria “TBY protocol Award Winners”, com a distinção “Top Trombectomy Center 2018”. O prémio foi atribuído à Dr.^a Ana Paiva Nunes, médica internista coordenadora da Unidade Cerebrovascular do CHLC, durante o ESO/*Karolinska Stroke Update*, decorrido em meados de novembro de 2018, na cidade de Estocolmo, Suécia. O SITS é um sistema de registo independente de doentes submetidos a terapêutica de fase aguda, com sede no Instituto Karolinska, na Suécia. O Hospital de São José foi distinguido com o primeiro prémio enquanto centro com o maior registo de doentes submetidos a trombectomia no ano de 2017 e com melhor qualidade de dados.

Neste âmbito, a Dr.^a Ana Paiva Nunes explicou que “o registo dos doentes é a única forma de sabermos quantos doentes com AVC foram submetidos a trombólise ou a trombectomia, permitindo avaliar e comparar o trabalho realizado no Hospital de São José com outros centros. Este registo é ainda mais importante na medida em que Portugal não tem a obrigatoriedade de um registo nacional”, acrescentou.

“Portugal volta a ser reconhecido numa distinção que demonstra estarmos a trabalhar bem cientificamente no que respeita ao tratamento do AVC na fase aguda”, salientou o Prof. Castro Lopes, presidente da Direcção da SPAVC.

/ Prémio Saúde Sustentável 2018 atribuído à Unidade de Neurorradiologia de Intervenção/ Unidade de AVC do CHVNG

A Unidade de Neurorradiologia de Intervenção/Unidade de AVC do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho (CHVNG) venceu o Prémio Saúde Sustentável 2018, uma iniciativa do Jornal de Negócios e da farmacêutica Sanofi Portugal. A distinção foi atribuída na categoria “Cuidados Hospitalares” ao projeto “Stroke Center”. Conforme explicaram os Drs. Manuel Ribeiro e Miguel Veloso, coordenadores da Unidade Neurorradiologia de Intervenção e da Unidade de AVC do CHVNG/E, respetivamente, “o projeto “Stroke Center” consiste na formação de uma rede de cuidados no tratamento do AVC em que se estabelecem relações de proximidade e complementaridade entre as diferentes unidades de AVC, com diferentes níveis de diferenciação”. Os especialistas sublinharam que a rede de cuidados está fundeada na partilha eficiente de informação (ex: transmissão de estudos de imagem, telemedicina), na proximidade e disseminação de boas práticas (ex: protocolos, reuniões multidisciplinares) e na constante monitorização da qualidade (ex: base de dados com parâmetros de qualidade, eficiência e segurança). Sobre o concurso no qual o projeto se sagrou vencedor, os Drs. Manuel Ribeiro e Miguel Veloso avançaram que a candidatura foi tida como “uma oportunidade única para demonstrar que o tratamento do AVC em Portugal é sustentável quando realizado de forma organizada e em proximidade com as populações”.



INICIATIVA ANGELS: ANO 2 EM PORTUGAL

Com o apoio da ESO e da SPAVC, decorreu, na manhã de dia 26 de outubro de 2018, em Lisboa, um evento organizado pela Iniciativa Angels com o objetivo de fazer um balanço deste projeto dois anos após a sua implementação em Portugal. Este projeto é fundamentado na visão da ESO de que todos os doentes de AVC deverão receber o mesmo nível de tratamento por toda a Europa. A representação da Iniciativa Angels estiveram presentes na sessão o Dr. Rafael Klavert (Angels Senior Coordinator), o Dr. Massimo Alberini (Angels Team Leader, West), e a Dr.ª Cláudia Queiroga (coordenadora do projeto em Portugal). A sessão consistiu na apresentação de "histórias-exemplos" por vários elementos das UAVC que colaboram atualmente com a Angels.



■ Dr. Rafael Klavert, Dr.ª Ana Gomes, Dr.ª Luísa Fonseca, Dr.ª Josiana Duarte, Dr. Massimo Alberini, Dr.ª Cláudia Queiroga, Enf. Gonçalo Vital, Dr.ª Paula Neves e Enf. João Enes

/ Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Açores

Porta-voz: Enf. João Enes

"A adesão do Serviço de Urgência do HSEIT ao projeto *Angels* foi em novembro de 2017, tendo como objetivos essenciais otimizar a qualidade de tratamento do AVC já existente no SU do HSEIT. Foi organizada a "Semana do AVC" na Ilha Terceira, reunindo e formando os profissionais envolvidos na cadeia do AVC, bem como uma simulação. O impacto de todas as ações tem sido importante, verificando-se um aumento significativo no número de pré-notificações, na qualidade destas, e uma redução nos tempos "porta-agulha", para além de um aumento superior a 100% no número de fibrólises realizadas."

/ Hospital Distrital de Santarém

Porta-voz: Enf. Gonçalo Vital

"A Via Verde AVC (VAVC) na referida instituição teve início a 1 de julho de 2018, e tem como coordenadores a Dr.ª Maria Manuela Grego e o Enf. Gonçalo Vital. O contributo da *Angels Initiative* foi fundamental no âmbito da formação dos profissionais, tendo sido desenvolvidas durante o ano de 2018 várias atividades, entre as quais: *Workshop* "Via Verde AVC"; Curso de Neuroavaliação na Doença Cerebrovascular (com o apoio SPAVC); Seminário "Hot Topics in Stroke" (com idoneidade científica SPAVC); entre outras."

/ USL Guarda, Hospital

Dr. Sousa Martins

Porta-voz: Dr.ª Paula Neves

"Com a adesão à iniciativa *Angels* no nosso hospital, muita coisa mudou. Foram

organizadas reuniões de grupo com a equipa, bem como criado um Grupo de Ajuda Mútua do Sobrevivente de AVC. Para melhorar o atendimento no pré-hospitalar foram feitas ações de formação com bombeiros voluntários do nosso distrito. O ponto alto das nossas atividades foi o simulacro que nos permitiu analisar a nossa atuação enquanto equipa perante o doente com AVC no serviço de urgência. No que diz respeito aos resultados obtidos, destacamos a redução marcante do tempo porta-agulha, numa fase inicial dos 55 para os 39 minutos em média, ficando abaixo dos 22 minutos com a introdução do bónus inicial de trombolítico na sala de TAC. Salientamos ainda a melhoria dos registos elaborados e, acima de tudo, o estímulo ao trabalho em equipa, promovendo a coesão e sentimento de pertença."

/ CHLO, Hospital São Francisco Xavier, Lisboa

Porta-voz: Dr. Nuno Ferreira

"A parceria com a iniciativa *Angels* iniciou-se há cerca de dois anos. Foram realizadas duas simulações, sessões de formação, reuniões de equipa e apresentações em reuniões e congressos. A grande mudança que tivemos com a Iniciativa *Angels* foi a realização de trombólise na sala de TAC. A equipa da UAVC vai ao encontro do doente e é tomada uma decisão sala de TAC."

/ Hospital Litoral Alentejano, Santiago do Cacém

Porta-voz: Dr.ª Josiana Duarte

"As ações promovidas com a *Angels* passaram pela organização do material implicado na Via Verde AVC (trombolítico, anti-hiperten-

sores, máquina de INR, glicemia), preparando uma mala para transportar todo esse material para a sala de TAC); a organização dos dados com os tempos porta-agulha, porta-decisão numa tabela a que todos os médicos que fazem via verde AVC têm acesso; formação da equipa e fomentar a que a equipa desse formação a outros elementos que possam participar na Via Verde AVC. Antes da *Angels* o tempo porta-agulha médio era de 121 minutos melhorando para 52 minutos o que equivale a ganho de 69 minutos e, consequentemente, 131 milhões de neurónios salvos. Por outro lado, a taxa de trombólises aumentou de 11 para 42%. A equipa ficou também mais participativa e motivada."

/ CHTV, Hospital São Teotónio, Viseu

Porta-voz: Dr.ª Ana Gomes

"No âmbito da adesão à *Angels* realizámos as seguintes atividades: reorganização da Via Verde de AVC intra-hospitalar, com a realização de três simulacros; ação de formação sobre a VAVC pré-hospitalar às corporações de bombeiros do distrito e distribuição do "cartão de ambulâncias"; melhoria nos registos dos doentes internados: calendário de vias verdes, movimento mensal da Unidade, registo dos doentes na base de dados internacional-RESQ; reuniões com médicos e enfermeiros com apresentação de casos clínicos com recurso à tecnologia BODY INTERACT e divulgação do *site* da *Angels*: apresentação do projecto QASC. As mudanças foram notórias: na via verde intra-hospitalar verificámos uma poupança de cerca de 25 minutos no tempo porta-agulha e melhor comunicação com profissionais envolvidos VV pré-hospitalar; melhoria na qualidade dos registos e adopção de novas atitudes que se traduzem numa maior qualidade nos cuidados, maior organização e motivação da equipa."

/ CHSJ, Hospital São João, Porto

Porta-voz: Dr.ª Luísa Fonseca

"A parceria com a *Angels* começou com o início da atividade do projeto em Portugal. Com a iniciativa *Angels* conseguimos: rever protocolos e iniciar a reestruturação dos mesmos; uma equipa médica e de enfermagem mais alerta em relação aos tempos e à necessidade de registos; iniciar o registo dos doentes na base Registo RES-Q, com envio de dados trimestrais, permitindo-nos rever o que falhou e corrigir; aproximação das equipas médicas dos vários hospitais da área de influência, com mais interajuda e discussão de casos, o que leva a prestação de melhores cuidados aos doentes."

MAIS DE 2000 PARTICIPANTES EM BRAGA

CORRIDA E CAMINHADA VITAL CONTRA O AVC VOLTOU A LEMBRAR QUE O AVC É PREVENÍVEL



No dia 28 de outubro de 2018, véspera do Dia Mundial do AVC, a Corrida e Caminhada Vital Contra o AVC voltou a percorrer as ruas de Braga pelo 5.º ano consecutivo. Tratou-se de uma iniciativa conjunta do Hospital de Braga, da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC), da Câmara Municipal de Braga, do NEMUM (Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade do Minho) e

da Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar. A ação desportiva já vem sendo a atividade primordial da SPAVC para assinalar o Dia Mundial do AVC, com o objetivo de lembrar que, para além de tratável, o AVC é prevenível através da adoção de estilos de vida saudáveis, que incluam a prática regular de atividade física. Conforme explicou a Dr.ª Carla Ferreira, médica neurologista do Hospital

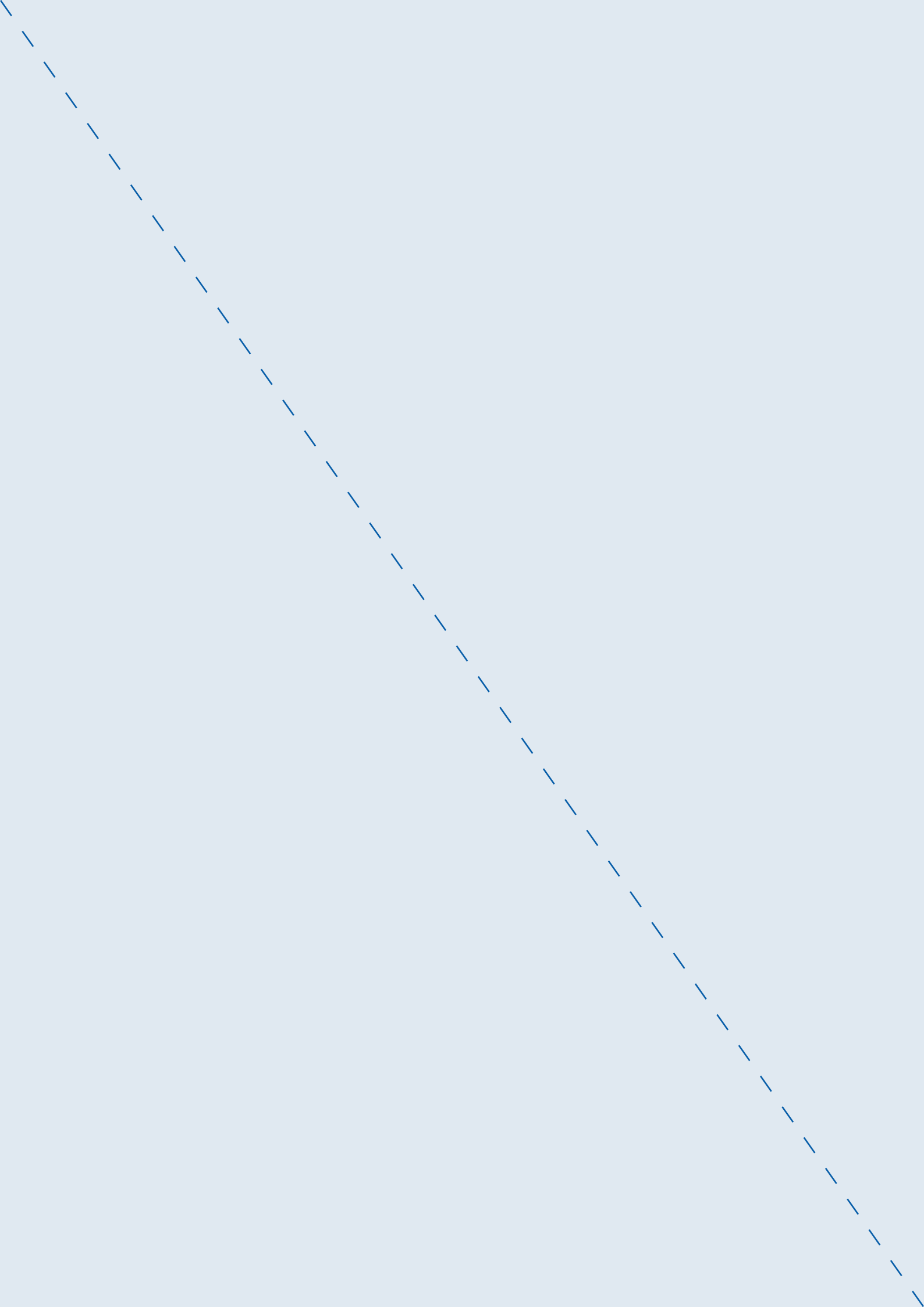
de Braga e membro da organização do evento, “a prática de exercício físico é a atividade mais simples e eficaz na prevenção do aparecimento dos fatores de risco vascular, no seu controlo e na prevenção primária e secundária do AVC, daí a sua importância e a sua seleção para comemorar esta data”. O balanço da ação de sensibilização foi “muito positivo”, registando mais de 2000 participantes.

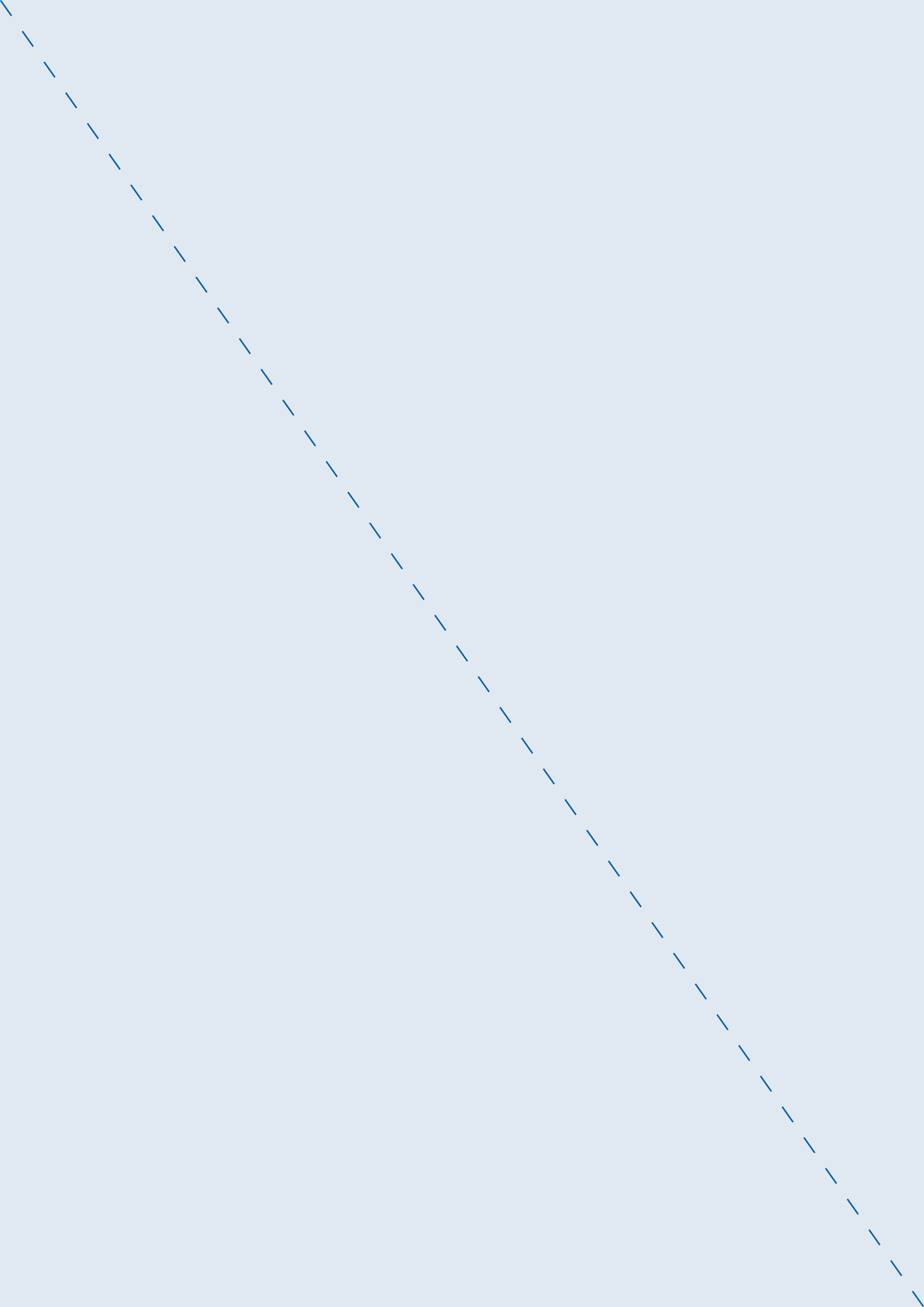
/ Controlar os fatores de risco cerebral para prevenir o AVC

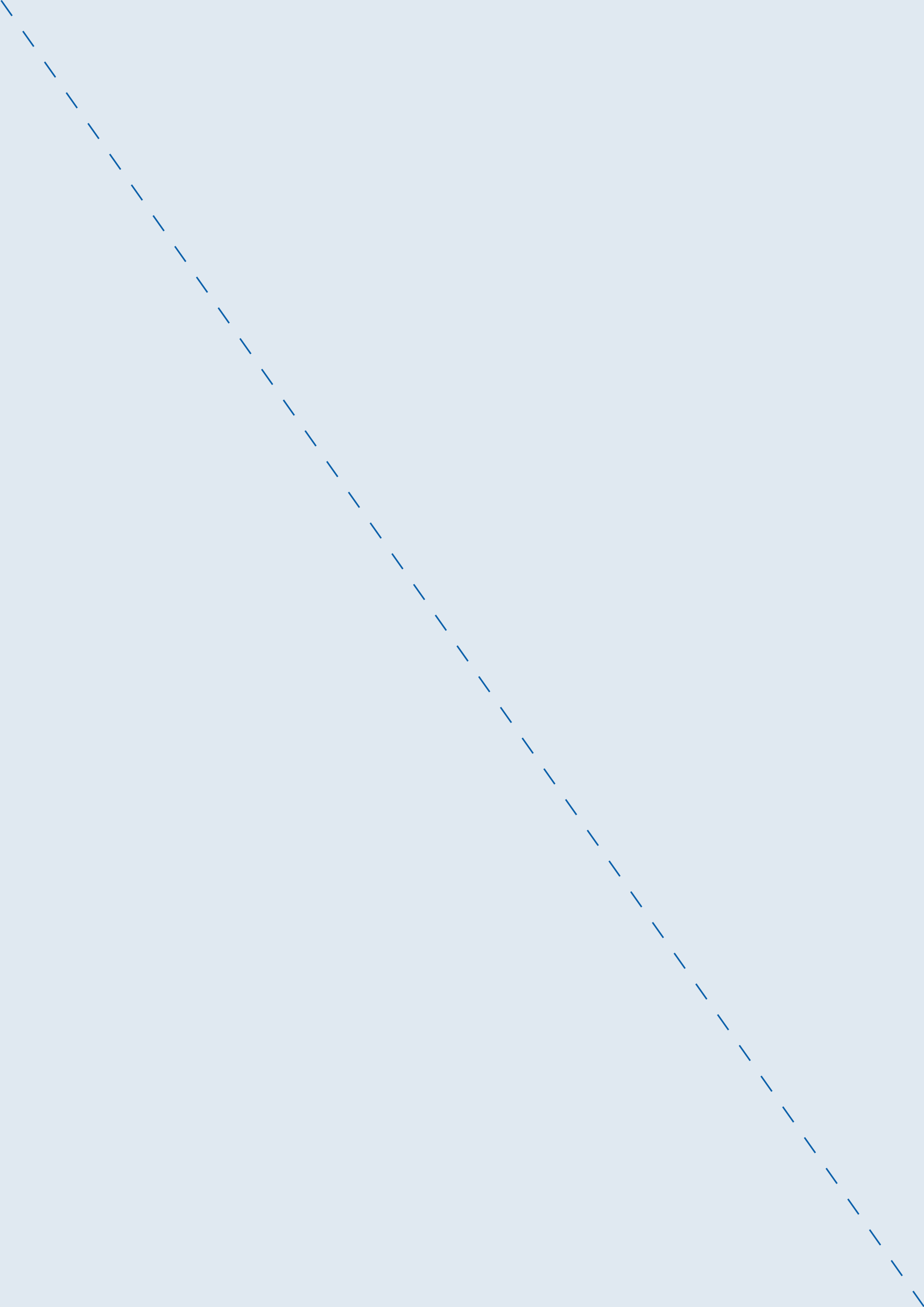
No âmbito do Dia Mundial do AVC, a SPAVC lembrou que a chave para evitar o AVC, principal causa de morte e incapacidade permanente no nosso País, está na prevenção dos fatores de risco cerebral. Vários especialistas da área, elementos da SPAVC, reforçaram esta mensagem nos palcos mediáticos a propósito desta data. A Prof.ª Catarina Fonseca, neurologista no Hospital de Santa Maria, considerou que “esta incidência tão grande de AVC em Portugal está relacionada com um mau controlo dos fatores de risco vascular, isto é, as principais causas que levam ao AVC”, entre as quais a especialista enumerou “a hipertensão arterial, a diabetes, o colesterol elevado, a fibrilhação auricular, a obesidade e o tabagismo”. A hipertensão arterial

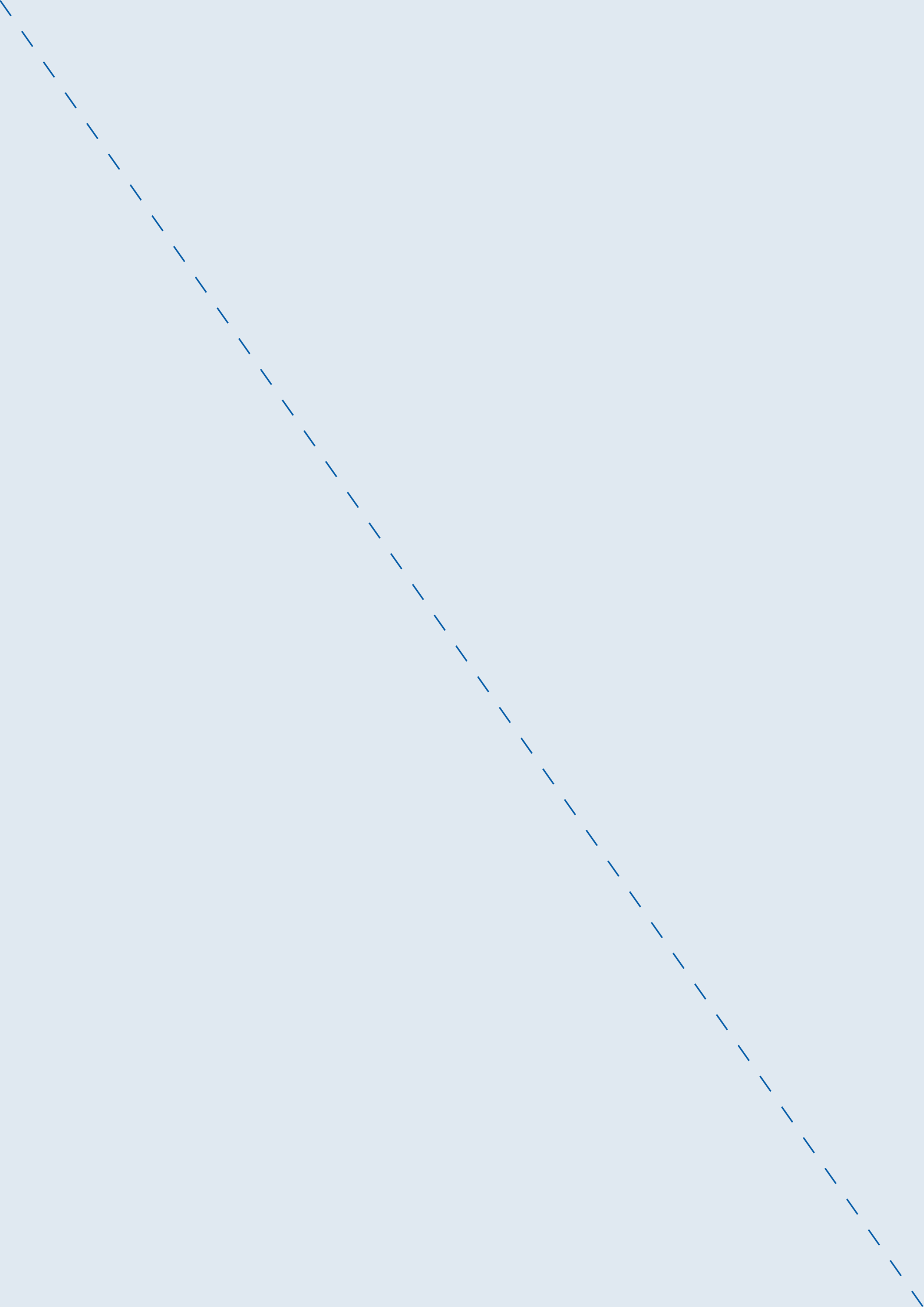
(HTA) mereceu especial destaque por ser o principal fator de risco de AVC em Portugal, sobretudo atribuível ao “consumo excessivo de sal”. No nosso país, cerca de dois milhões de adultos são hipertensos, dos quais apenas metade sabe que sofre desta doença, já que se trata de “uma doença silenciosa”, referiu a médica, e apenas 11% têm a sua tensão arterial devidamente controlada. Isto porque “a medicação prescrita pelos médicos para controlo da HTA é muitas vezes descontinuada quando os doentes se sentem bem” e, noutros casos, os doentes não estão corretamente medicados. Em relação às atitudes de prevenção, a Dr.ª Luísa Biscoito, neurorradiologista do mesmo hospital, deixou algumas medidas práticas para prevenção do AVC, que devem ser incentivadas pelos profissionais que

lidam com os doentes com estes fatores de risco, nomeadamente nos cuidados de saúde primários: “adotar uma alimentação saudável, consumindo menos sal e menos açúcar, não fumar, não cometer excessos na ingestão de bebidas alcoólicas, cumprir a medicação com fármacos antihipertensores para hipertensão arterial e fármacos anticoagulantes no caso das arritmias”. A estas medidas, a Dr.ª Amélia Pinto, neurologista no Hospital Fernando da Fonseca, acrescentou a prática regular de exercício físico, “e basta tão pouco como uma caminhada de 30 minutos três vezes por semana, o que vai com certeza diminuir o risco de AVC”. Para a especialista, o AVC “é um problema de saúde pública” que só se combate com uma aposta “numa Medicina mais preventiva”.









UAVC DE FARO: OTIMIZAR A ABORDAGEM DO AVC NA REGIÃO SUL



“Somos uma grande equipa incompleta. Fazemos muito com pouco”

(Da esquerda para a direita e de trás para a frente): Dr.^a Maria Molina, Dr.^a Ana Paula Fidalgo, Dr. Pablo Grande, Inna Dakhova, Dr.^a Conceição Viegas, Rosa Santos, Enf.^a Felizarda Santiago, Dr. André Florêncio, Dr. Vítor Henriques, Enf.^a Patrícia Loureiro, Enf.^o Manuel Farinha, Paula Mariano, Dr.^a Joana Pestana, Dr.^a Ana Botelho, Dr.^a Ana Valente, Dr.^a Patrícia Guilherme e Dr. Giovanni Cerullo. // Nota: A Enf.^a Patrícia Loureiro e a Dr.^a Maria Molina já não trabalham na UAVC.

A Unidade de AVC (UAVC) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), em Faro, foi criada em junho de 2006 e a Via Verde AVC (VAVC) foi implementada no ano seguinte, em agosto de 2007. A UAVC do CHUA “resultou do grande empenho de um grupo de profissionais (das especialidades de Medicina Interna, Neurologia e Medicina Física e Reabilitação)”, explicou a Dr.^a Ana Paula Fidalgo, coordenadora atual da Unidade. No passado, a UAVC já foi coordenada pelo Dr. Luís Pereira, pela Dr.^a Augusta Pereira, pela Dr.^a Fátima Firmino e teve como diretores o Dr. Pastor Silva, o Dr. Carlos Basílio, a Dr.^a Ana Lopes e o Dr. António Moura (diretor atual).

Esta UAVC está atualmente integrada no Serviço de Medicina Interna (tem coordenação rotativa entre Medicina Interna e Neurologia) e veio responder à vontade e necessidade de proporcionar o melhor tratamento aos doentes com patologia vascular cerebral. “Ao longo dos anos, e apesar de períodos muitos difíceis devidos à escassez de recursos humanos, a UAVC tem mantido uma atividade contínua e regular, contando hoje com uma equipa multidisciplinar dedicada e

motivada”, continuou a Dr.^a Ana Paula Fidalgo, à qual se deve “o bom funcionamento da UAVC”. Dispõe de seis camas com monitorização contínua, equipa de Enfermagem dedicada e médico com presença física ao longo das 24h do dia.

A coordenadora da UAVC explicou que fazem parte do corpo clínico três internistas a tempo total (para além da Dr.^a Ana Paula Fidalgo, o Dr. André Florêncio e a Dr.^a Ana Verónica Varela), contando com o apoio de um neurologista, o Dr. Motasem Shamasna, e de um neurorradiologista, o Dr. Pablo Grande. “Existem ainda outros especialistas que integram a escala de urgência”, acrescentou. A equipa conta também com enfermeiros especialistas em reabilitação, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, neuropsicóloga, terapeuta da fala, nutricionista, assistente social, cardiopneumologista, farmacêutica, assistentes operacionais e assistente técnica.

Explicando de que forma a Neurologia está integrada na UAVC, o Dr. Motasem Shamasna referiu que está na escala de urgência da Unidade, participa na formação dos internos que passam pela UAVC, dá

apoio ao Laboratório de Neurossonologia, faz o seguimento dos doentes em consulta, sendo ainda o responsável pela Consulta de Acidente Isquémico Transitório e Doença Carotídea. O especialista frisou que “alguns colegas do Serviço de Neurologia integram na escala de urgência da UAVC e o neurologista de urgência dá o apoio necessário à Via Verde do AVC”.

“Ao longo dos anos, e apesar de períodos muitos difíceis devidos à escassez de recursos humanos, a UAVC tem mantido uma atividade contínua e regular, contando hoje com uma equipa multidisciplinar dedicada e motivada”

Dr.^a Ana Paula Fidalgo, coordenadora da UAVC

A Medicina Física e de Reabilitação intervém “a partir do momento em que os doentes têm estabilidade clínica suficiente para iniciar a reabilitação”, salientou o fisiatra Dr. Revelino Lopes. O objetivo deste acompanhamento precoce é “tentar reduzir ao máximo o grau de dependência dos doentes, devolvendo-lhes autonomia para as atividades de vida diária, através do controlo motor, treino de equilíbrio e marcha, correta deglutição e comunicação”, afirmou. Já a Enfermagem está presente “desde o momento da admissão na Unidade até à sua transferência intra ou extra hospitalar ou mesmo até à alta”, referiu a Enf.^a Felizarda Santiago, enfermeira-chefe da UAVC. Entre outros aspetos, o enfermeiro é responsável por “efetuar a identificação precoce da capacidade de deglutição através da aplicação do respetivo protocolo, caracterizando a natureza e o grau de severidade da alteração da deglutição, caso exista”, apontou. “Sublinho que esta intervenção é de extrema importância para a prevenção de inúmeros efeitos adversos nestes doentes (por ex: aspiração, infecção respiratória, desnutrição, desidratação, entre outros)”. Em relação aos exames complementares de diagnóstico utilizados na investigação do AVC, a Dr.^a Ana Paula Fidalgo destacou a colaboração dos serviços de Cardiologia e

A Enfermagem está presente “desde o momento da admissão na Unidade até à sua transferência intra ou extra hospitalar ou mesmo até à alta”, referiu a Enf.^a Felizarda Santiago, enfermeira-chefe da UAVC

da Unidade de Neurosonologia, sendo que o Serviço de Radiologia “passou a poder realizar de uma forma mais regular Angio TC cerebral e de troncos supra-aórticos para um correto encaminhamento dos doentes em fase aguda para trombectomia e na seleção de candidatos à terapêutica endovascular”. A dificuldade, lamentou a médica, “é o atraso nos relatórios dos exames quando são enviados para o IMI (Imagens Médicas Integradas)”. A organização do sistema de referenciação para tratamento endovascular é, segundo a Dr.^a Ana Paula Fidalgo, “de extrema importância”, bem como o transporte destes doentes, considerado “manifestamente insuficiente”. Segundo a internista, “é uma questão complexa que implica esforços em múltiplas áreas: sensibilização da população, aumento da acessibilidade e rapidez nos meios de emergência, aumento da disponibilidade geográfica (presencialmente ou por telemedicina) de profissionais diferenciados na área do AVC”, permitindo tratar o maior número de doentes o mais cedo possível. Implica também “uma aposta da tutela em atribuir meios logísticos, técnicos e humanos exclusivamente dedicados ao tratamento do AVC”, sublinhou a especialista. Neste aspeto já foram feitas algumas melhorias, com a aquisição pelo INEM de um novo helicóptero no início do mês de novembro de 2018, “o que veio reduzir o tempo de transporte e acrescentou a possibilidade de transportar dois doentes ao mesmo tempo”, avançou. Desde 2016, a UAVC integrou a Iniciativa *Angels*, um projeto europeu que tem como principal objetivo a melhoria dos cuidados no AVC. Neste âmbito, tem sido desenvolvido um “trabalho junto das equipas hospitalares, partindo da sua realidade de forma a traçar planos concretos de ação com impactos produtivos e tão imediatos quanto possível”, referiu a Dr.^a Ana Paula Fidalgo. Recentemente foi criado também um grupo de ajuda mútua (GAM) para os sobreviventes do AVC, em articulação com a Portugal AVC. A Enf.^a Felizarda Santiago esclareceu

que “este grupo reúne-se uma vez por mês no hospital, contando com sobreviventes de AVC e/ou familiares e cuidadores. O objetivo é proporcionar informações sobre a patologia e formas de lidar com ela. Tem-se verificado, ao longo das sessões realizadas, um crescente apoio e conforto entre os participantes com experiências similares, bem como a partilha de sentimentos e comportamentos”, frisou a enfermeira.



/ Da atividade investigacional e formativa às ações de sensibilização

No âmbito daquilo que é a atividade investigacional e formativa da UAVC, a Dr.^a Ana Paula Fidalgo destacou a “atualização dos protocolos clínicos da UAVC e da WVAVC”, a “realização de estudos clínicos retrospectivos e prospetivos”, sem esquecer a “participação ativa de elementos da UAVC em congressos nacionais e internacionais”. São ainda organizadas formações sobre o AVC para outros profissionais de saúde: nos cuidados de saúde primários da região, rastreio dos fatores de risco a profissionais do CHUA, entre outros. “A UAVC recebe também alunos da Faculdade de Medicina e Enfermagem da Universidade do Algarve e de outras universidades nacionais para



realização de estágios de formação, bem como internos de várias especialidades, como Medicina Interna, MFR, entre outras especialidades, para realização de estágios parcelares”, acrescentou a médica. As ações de sensibilização junto da comunidade local não ficam esquecidas, sendo também uma preocupação desta UAVC. Todos os anos são organizadas “várias atividades de sensibilização à população sobre os fatores de risco vasculares e respetivo rastreio”, as quais acontecem no contexto do Dia Nacional do Doente com AVC em associação à Sociedade Portuguesa do AVC, entre outras ocasiões. Mais acrescentou o Dr. Revelino Lopes, particularizando o papel dinamizador do Serviço de MFR na organização de atividades de sensibilização sobre AVC. “Ações como reuniões de família, visitas domiciliárias, sessões de esclarecimento sempre foram uma preocupação dos fisiatras, pois os doentes vivem inseridos num contexto familiar e psico-social que deve ser sempre considerado para atingir os objetivos do programa de reabilitação”. Também a Enfermagem cumpre neste ponto um importante papel, no que diz respeito à “prevenção secundária do AVC e educação dos doentes com AVC, os seus familiares e cuidadores, sempre de forma personalizada, atendendo à unicidade de cada um”, afirmou a Enf.ª Felizarda Santiago. E sublinhou que “o papel do enfermeiro na UAVC estende-se também à área da formação, colaborando como tutor de alunos, os quais que se encontram em várias fases de formação, básica ou de especialidade em Enfermagem de Reabilitação”.

/ Superação das dificuldades: perspectivas positivas para o futuro

Falando de intenções futuras para a UAVC, a Dr.ª Ana Paula Fidalgo avançou à Stroke.pt que “no próximo ano planeamos implemen-

tar uma ação de sensibilização nas escolas” e, igualmente, “aumentar a atividade científica na UAVC com a realização de estudos”, estreitando a ligação com a Universidade do Algarve. Adicionalmente, a especialista referiu que “está a decorrer a execução de um projeto de acompanhamento psicológico em grupo aos doentes após AVC para iniciar em 2019”. Prevê-se ainda a realização de ações de formação em toda a região do Algarve, a formalização de um protocolo de cooperação entre a UAVC e o Centro de Medicina e Reabilitação do Sul e a implementação

“No próximo ano planeamos implementar uma ação de sensibilização nas escolas” e, igualmente, “aumentar a atividade científica na UAVC com a realização de estudos”, estreitando a ligação com a Universidade do Algarve

de protocolos com a Cirurgia Vasculosa e/ou Neurorradiologia de Intervenção, levando à criação de uma consulta de telemedicina com estas especialidades.

A falta de recursos humanos (tanto de médicos como de enfermeiros) é apontada pela Dr.ª Ana Paula Fidalgo como a principal dificuldade sentida na UAVC. O Dr. Revelino Lopes reiterou o problema mencionado pela coordenadora, especificamente na sua área de intervenção: “Somos poucos profissionais para ajudar tantos utentes que precisam de avaliações médicas diárias, visitas dos terapeutas e tempo para tratamentos com idas aos departamentos do serviço de MFR (ginásios)”. O médico fisiatra guarda

a esperança de, nos próximos anos, “ver a UAVC ainda mais próxima do serviço de MFR, passando os doentes com AVC diretamente da UAVC para o internamento de Fisioterapia, onde é possível realizar tratamentos mais intensivos de reabilitação”. Esta lacuna é igualmente sentida na Enfermagem, pois “muito embora a UAVC de Faro seja uma Unidade de nível B, dispõe apenas de um enfermeiro por turno, o que é manifestamente insuficiente”, destacou a Enf.ª Felizarda Santiago. E sustentou que “o ideal seria o enfermeiro da UAVC acompanhar o médico ao Serviço de Urgência assim que uma Via Verde AVC fosse acionada, colaborando desde a avaliação clínica, neurológica e monitorização da situação, até à realização de meios complementares de diagnóstico e, em caso de necessidade de terapêutica fibrinolítica, seria também por ele administrada ainda na sala de radiologia”. Na fase da reabilitação não é diferente, “uma vez que atualmente existe na equipa apenas um enfermeiro de reabilitação, que não está excluído da equipa de cuidados gerais, mas que dentro das suas possibilidades tenta iniciar o mais precocemente possível intervenções na sua área de modo a minimizar a dependência dos doentes no pós AVC”, sinalizou a Enf.ª Felizarda Santiago. Não obstante a escassez de recursos humanos e materiais, salientou a enfermeira, “a UAVC continua a ser uma referência para a população, baseada sobretudo na equipa multidisciplinar de excelência que a constitui”. No futuro, a enfermeira-chefe gostaria de ver a UAVC de Faro no nível A, inserida num hospital com Neurorradiologia de intervenção e, atendendo aos problemas expostos, “com uma equipa de Enfermagem dimensionada às exigências da Unidade”. Por sua vez, enquanto neurologista, o Dr. Motasem Shamasna gostaria de, no futuro, assistir ao crescimento do número de neurologistas integrados na equipa da UAVC, considerando que “a Via Verde do AVC deveria ter o apoio da Neurologia 24 horas por dia”. O médico salientou ainda que “a



UAVC deveria ter melhores condições para que os internos de Neurologia possam fazer o seu estágio em Faro em vez de fazerem nos outros hospitais”. Existir uma equipa de Neurorradiologia de Intervenção para realização de tratamento endovascular quando indicado é também uma esperança do Dr. Motasem Shamasna que, no geral, espera ver crescer a participação em ensaios clínicos e estudos científicos, a apresentação de trabalhos em reuniões nacionais e internacionais e o trabalho investigacional. Como mensagem final, a coordenadora da UAVC declarou que “o mais importante neste momento é otimizar o tratamento dos doentes com AVC na região do Algarve”, tendo em conta que o CHUA “tem o problema de ser o Hospital mais periférico do País”. Assumindo que “existem muitos pontos a melhorar, em especial no circuito do doente com AVC”, a Dr.^a Ana Paula Fidalgo não tem dúvidas em afirmar sobre a UAVC de Faro: “Somos uma grande equipa incompleta, onde fazemos muito com pouco”.



/ Como funciona a Unidade de AVC

Relativamente ao funcionamento da UAVC, a coordenadora da UAVC do CHUA começou por explicar que “nesta Unidade realiza-se o tratamento do AVC agudo (fibrinolítico), a sua investigação etiológica, planeia-se e inicia-se o tratamento de prevenção secundária e de reabilitação”, descrevendo passo a passo como funciona a abordagem ao doente com AVC no CHUA:

1. A via verde de AVC é ativada maioritariamente de três formas possíveis: pré-hospitalar (CODU), na triagem hospitalar (Enfermagem) ou intra-hospitalar;
2. Assim que é ativada a Via Verde de AVC no CHUA, o doente passa pela triagem para aferir se não existe risco de vida;
3. O doente chega por meios próprios ou transportado pelos bombeiros/SIV/VMER ao serviço de urgência;
4. É feita a monitorização, a colheita de informação clínica, a avaliação do quadro neurológico e a preparação para a realização da TAC CE e do eventual Angio TC;
5. Se o doente apresentar indicações para fibrinólise ou indicação para internamento na UAVC, é transportado para a UAVC acompanhado pelo enfermeiro da sala de emergência do SU, assistente operacional e o médico da UAVC;
6. Quando indicado, os doentes são transferidos para os hospitais de referência ao abrigo do protocolo da urgência metropolitana de Lisboa (Hospital de São José, Hospital Garcia de Orta, Hospital Egas Moniz, Hospital de Maria) para tratamento não disponível no Hospital de Faro, como por exemplo trombectomia mecânica em caso de ter uma grande artéria ocluída. Normalmente os doentes são helitransportados de forma a agilizar todo o processo;
7. Os doentes internados são avaliados continuamente pela equipa de Medicina Física e Reabilitação, iniciando precocemente o processo, dispondo de reabilitação todos os dias da semana;
8. Após sair da UAVC com reabilitação programada pelo médico Fisiatra, os doentes são orientados para internamento nos serviços de Medicina Interna, de Neurologia ou de Medicina Física e Reabilitação de acordo com a disponibilidade de vagas. Alguns doentes são referenciados para o Centro de Medicina e Reabilitação do Sul;
9. Quando indicado o doente tem alta hospitalar diretamente da UAVC;
10. Após a alta é seguido em consulta externa pela equipa multidisciplinar da UAVC.

/ Em números

Profissionais envolvidos:	
Medicina Interna	3
Neurologia	1
Fisiatria	1
Fisioterapia	1
Terapia da Fala	1
Terapia Ocupacional	1
Enfermeiros	12*
Assistentes operacionais	6
Assistentes técnicos	1
Assistente social	1
Psicologia	1
Dietista	1
Cardiopneumologia	2
Farmacêutica	1
Número de camas	6
Doentes atendidos (2017)	573
Doentes atendidos em via verde de AVC (2017)	200
Doentes submetidos a trombólise (2017)	144
Doentes referenciados para trombectomia (2017)	28

*(dos quais 2 enfermeiros especialistas em reabilitação).

Nota: Sempre que necessário a UAVC conta com a colaboração da Neurocirurgia.

13.º CONGRESSO PORTUGUÊS DO AVC: UM CONVITE PARA PARTICIPAR



■ **Dr.ª Marta Carvalho**

Comissão Organizadora do Congresso

"Iremos ter sessões temáticas multidisciplinares que este ano versam as novas técnicas de imagem para esclarecimento de etiologia do AVC isquémico, o defeito cognitivo vascular, o AVC hemorrágico, a trombectomia, a reabilitação e a organização da terapêutica de reperusão"

Aproxima-se mais um Congresso Português do AVC, desta vez a sua 13ª edição, organizado como sempre pela Direção da SPAVC, com a colaboração de uma exigente comissão científica. Irá decorrer no Hotel Sheraton, Porto, nos dias 31 de janeiro, 1 e 2 de fevereiro de 2019.

O programa está finalizado e disponível para consulta no site da SPAVC www.spavc.org. Mais uma vez, o mote da sua elaboração foi a escolha de temas transversais a todas as áreas de conhecimento relacionadas com o AVC, que irão ser tratados por especialistas nas diferentes áreas, quer nacionais quer estrangeiros. Iremos ter sessões temáticas multidisciplinares que este ano versam as novas técnicas de imagem para esclarecimento de etiologia do AVC isquémico, o defeito cognitivo vascular, o AVC hemorrágico, a trombectomia, a reabilitação e a organização da terapêutica de reperusão.

Relativamente a conferências, que este ano são em maior número, temos vários preletores de renome: Anne Joutel, Antoni Davalos, Didier Leys, Fernando Pinto, Isabel Mangas, Luísa Fonseca, Peter Rothwell e Valeria Caso, que irão abordar temas diversos como as guidelines da HTA, a diabetes como fator de risco para deterioração cognitiva, a fisiopatologia da doença de pequenos vasos, a prevenção do AVC isquémico na angiopatia amiloide, o AVC criptogénico/ESUS, a dupla antiagregação, o presente e o futuro da trombólise, a polimedicação e as prioridades em investigação clínica em AVC. Saliento a conferência "Action plan for stroke in Europe" da Prof. Valeria Caso, *past president* da *European Stroke Organisation* (ESO). Os dois anos do Projeto *Angels* em Portugal

terão direito a uma sessão específica para apresentação de resultados. A sessão de abertura terá como orador convidado o Professor Doutor António Sousa Pereira, Magnífico Reitor da Universidade do Porto, que irá falar sobre a Universidade na formação médica pós-graduada. Como de costume, haverá 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 ESOC 2019 (viagem, alojamento e inscrição no ESOC 2019) e um 2.º prémio no valor de 500€. A SPAVC atribuirá ainda um prémio denominado SPAVC 2019 I com o objetivo de 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 SPAVC 2019 II destinado a premiar a melhor celebração do Dia Nacional do Doente com AVC em 2018, com um valor de 1000€. Teremos ainda quatro simpósios apoiados pela Indústria Farmacêutica, a qual estará também presente com *stands* expositores. O Curso AVC irá decorrer no dia 2 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.

Contamos com a sua participação neste 13º Congresso Português do AVC!

/ Curso de AVC na fase aguda: inscrições abertas

No dia 2 de fevereiro, entre as 15h e as 18h, volta a realizar-se o Curso de AVC dedicado à fase aguda, coordenado pelos Drs. Miguel Rodrigues e Carla Ferreira e com o apoio da Tecnimede. As inscrições já estão abertas e podem ser formalizadas através do email secretariado@spavc.org.

Consulte o programa do Curso:

15h00 - 15h10	Introdução: Prof. Castro Lopes
15h10 - 15h30	Apresentação clínica: Dr. João Pedro Marto
15h30 - 16h00	Manejo do AVC agudo: Dr. Fernando Silva
16h00 - 16h30	Itinerários do AVC agudo: trombólise no AVC isquémico: Dr. João Pinho
16h30 - 16h45	Intervalo
16h45 - 17h10	Trombectomia no AVC isquémico: Dr. Manuel Ribeiro
17h10 - 17h30	Investigação etiológica e impacto na fase aguda: Dr.ª Liliana Pereira
17h30 - 18h00	Avaliação

**INSCRIÇÕES
LIMITADAS.
Garanta já
o seu lugar.**

/ Sessão de informação à população com entrada livre

No último dia do Congresso, 2 de fevereiro, após encerrados os trabalhos, haverá uma sessão de informação à população, pelas 15h30, coordenada pelo Prof. Castro Lopes. Embora dirigida à população em geral, os profissionais de saúde participantes no evento estão convidados a assistir à sessão.



7 DIVULGAÇÕES PARA MEDIA

COMUNICADOS ENVIADOS EM:

20 DE AGOSTO

"Unidade de Neurosonologia do Hospital de São João certificada como centro de referência europeu"

21 DE SETEMBRO

"Corrida e Caminhada Vital Contra o AVC volta a percorrer as ruas de Braga para lembrar que o AVC é prevenível"

3 DE OUTUBRO

"Sociedade Portuguesa do AVC apresenta estudo sobre a reabilitação em Unidades de AVC"

23 DE OUTUBRO

"Bolsa incentiva investigação em doença vascular cerebral"

25 DE OUTUBRO

"Reunião Anual da SPAVC: especialistas debatem Plano de Ação para combater o AVC na próxima década"

13 DE DEZEMBRO:

"13.º Congresso Português do AVC debate temas transversais a todas as áreas de conhecimento do AVC"

ARTIGOS



■ Dr.ª Isabel Mangas
Endocrinologista

14 NOVEMBRO
Dia Mundial da Diabetes

"Complicações vasculares da Diabetes: prevenir para evitar"

/ Resultados



9 presenças em TV



7 648 seguidores



9 569 seguidores

+ 1 269 novos seguidores relativamente à edição anterior

+ de 345 000 pessoas alcançadas



35 artigos impressos



471 seguidores



143 artigos online



107 seguidores

