

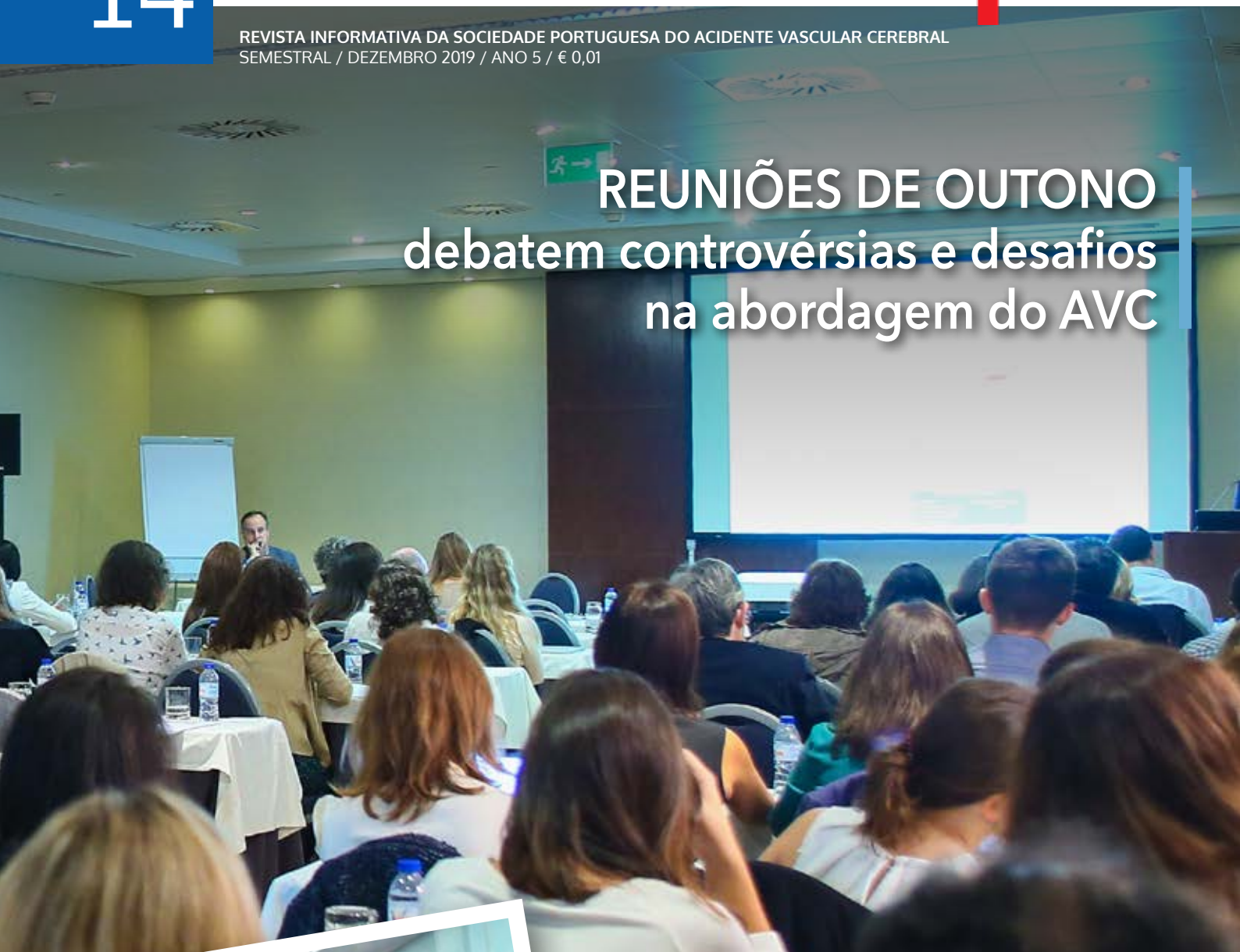


n.º 14

Stroke.pt®

REVISTA INFORMATIVA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
SEMESTRAL / DEZEMBRO 2019 / ANO 5 / € 0,01

REUNIÕES DE OUTONO debatem controvérsias e desafios na abordagem do AVC



**Dr.ª Liliana Pereira nomeada
Embaixadora do Dia Nacional
do Doente com AVC**

*SPAVC apela à organização
de atividades de sensibilização
para a população*

/ 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, 2019. 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:



/ Depósito Legal: Publicação isenta de registo ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

JANEIRO

23-26 / North American Neuromodulation Society 23rd Annual Meeting / Las Vegas, Estados Unidos da América / **+info:** <http://conference.neuromodulation.org/>

28-31 / 7th ESO-ESMINT-ESNR Stroke Winter School / Berna, Suíça / **+info:** <https://eso-stroke.org/events/7th-eso-esmint-esnr-stroke-winter-school/>

FEVEREIRO

6-8 / 14.º Congresso Português do AVC / Porto, Portugal / **+info:** <https://www.spavc.org/pt/atividades/14-congresso-portugues-do-avc>

6-9 / 14.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global / Vilamoura, Portugal / **+info:** <https://www.sphta.org.pt/14congresso/index.php>

10-11 / XIV Congresso de Neuropediatria da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria / Porto, Portugal / **+info:** <https://neuropediatria.pt/index.php/pt/2016-06-14-15-26-49/agenda-2>

18-21 / International Stroke Conference 2020 / Los Angeles, Estados Unidos da América / **+info:** https://professional.heart.org/professional/EducationMeetings/MeetingsLiveCME/InternationalStrokeConference/UCM_316901_International-Stroke-Conference.jsp

24-26 / 7th ESO Edinburgh Stroke Research Workshop / Edimburgo, Escócia / **+info:** <https://www.ed.ac.uk/clinical-brain-sciences/postgraduate-training/eso-edinburgh-stroke-research-workshop>

MARÇO

2-6 / EXMINT Theoretical Stroke Course 2.2 / Praga, República Checa / **+info:** <https://www.exmint.eu/training-education/exmint/>

11-14 / Global Stroke Alliance – II Latin American Ministerial Meeting / Rio de Janeiro, Brasil / **+info:** <http://globalstroke2020.com/en/home-3/>

19-21 / XX Congresso Nacional de Medicina Física e Reabilitação / Oeiras, Portugal / **+info:** <https://www.congressospmfr.com/>

27-28 / 9th International Conference on Stroke and Cerebrovascular Diseases / Praga, República Checa / **+info:** <https://www.fens.org/News-Activities/Calendar/Meetings/2020/03/9th-International-Conference-on-Stroke-and-Cerebrovascular-Diseases6/>

31 / Dia Nacional do Doente com AVC / Portugal / **+info:** <https://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/DIAAVC.pdf>

ABRIL

3-4 / Lisbon Stroke Summit 2020 / Lisboa, Portugal / **+info:** <https://www.facebook.com/events/pestana-palace-lisboa/lisbon-stroke-summit-2020/392284298156232/>

3-4 / 25th Meeting of ESNCH: ESNCH 2020 / Belgrado, Sérvia / **+info:** <https://esnch.org/events/esnch-conference-in-belgrade/>

22-24 / EuroNeuro 2020 / Paris, França / **+info:** <https://euroneuro2020.com/>

25-1 MAIO / American Academy of Neurology Annual Meeting 2020 / Toronto, Canadá / **+info:** <https://www.aan.com/conferences-community/annual-meeting/>

MAIO

19-20 / 6th EAN Congress / Paris, França / **+info:** <https://www.ean.org/paris2020>

JULHO

6-10 / Curso intensivo de AVC - Advanced Health Education / Cascais / **+info:** <https://www.ahed.pt/en/programmes/view/multi-professional-care-integration-challenges/an-integrated-approach>

MISSÃO 2020: TRABALHAR E COOPERAR PARA FAZER MELHOR



■ **Dr.ª Ana Paiva Nunes**
Presidente do Conselho Fiscal da SPAVC

“Se quisermos fazer ainda melhor temos que sair dos Hospitais e ir aos Centros de Saúde, às escolas, à rua, numa estratégia bem pensada e aplicada de forma continuada, estreitando a relação entre as pessoas e os profissionais e entre os próprios profissionais”

Caros sócios da SPAVC:

O final do ano é com frequência a altura de analisar o que fizemos, o que fazemos e o que faremos. Fizemos coisas fantásticas. Tivemos a capacidade para reorganizar todo o cuidado do doente com AVC por oclusão de grande vaso de forma a proporcionar-lhe o tratamento indicado de forma célere e eficaz já lá vão quatro anos. É verdade, QUATRO ANOS! Não se prevê a breve trecho um tratamento com semelhante eficácia para os doentes que tratamos, portanto, para quem vive de revoluções, os próximos tempos serão mornos. Será talvez a altura de consolidar tudo o que fazemos e fazê-lo melhor.

Estas revoluções são muito empolgantes e geradoras de um enorme entusiasmo que esmorece quando se considera que a tarefa está concluída e se fica com vontade de partir para outra. Mas atenção, a tarefa só estará concluída quando estiver bem-feita e ainda não está. Lamento, mas temos ainda muito que fazer.

Nos cuidados agudos temos que ter os hospitais do SNS todos a partilhar imagens e informação clínica; todos os serviços de urgência que recebem doentes com AVC agudo têm que saber como tratar estes doentes e conseguir enviá-los para centros de trombectomia de forma célere; temos que ter unidades de AVC para todos os doentes com AVC agudo (lembram-se? Há mais de 20 anos que dizemos isto); temos que ter dados nacionais dos doentes com AVC, tanto dos que estão nas unidades como dos que nunca tiveram essa sorte; temos que ter a neurosonologia acessível a todos os doentes, e os estudos avançados de imagem acessíveis aos que deles precisam; temos que ter reabilitação de verdade em todas as unidades; temos que ter paz entre os vários especialistas que cuidam dos doentes com AVC; temos que ter todas as unidades certificadas; temos que investigar mais e melhor em projetos mais multicêntricos do que monocentros. Nada disto é ainda uma realidade.

Se quisermos fazer ainda melhor temos que sair dos Hospitais e ir aos Centros de Saúde, às escolas, à rua, numa estratégia bem pensada e aplicada de forma continuada, estreitando a relação entre as pessoas e os profissionais e entre os próprios profissionais. Temos que tirar os doentes do Hospital e pô-los em segurança em casa. Temos que reabilitar todos os que precisam. Temos que ter apoio para todos os doentes e seus cuidadores. Portanto, é verdade que já fizemos muito, mas a boa notícia é que ainda há muito para fazer. Felizmente nasceu a Portugal AVC e felizmente temos uma SPAVC que cada vez é mais agregadora de todos os interlocutores fundamentais ao bom cuidado da pessoa que teve um AVC e àqueles interessados em evitá-lo. Portanto, caros colegas e amigos, é arregaçar as mangas e trabalhar! Vamos a isto! Feliz Ano Novo!

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

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

LAZERMEDIATRavel@MEDIAPRO.TV | TELEFONE: + 351 226 100 610
PRAÇA D.AFONSO V. 55-D 4150-024 PORTO | RNAV N.º 2175

NÓS TRATAMOS DE TUDO

SPAVC REFORÇA O EMPENHO NA DINAMIZAÇÃO DO DIA NACIONAL DO DOENTE COM AVC

Dr.ª Liliana Pereira é a nova Embaixadora desta iniciativa



Dr.ª Liliana Pereira

Embaixadora do Dia Nacional do Doente com AVC

Stroke.pt: Foi nomeada pela SPAVC como Embaixadora do Dia Nacional do Doente com AVC. Qual é a importância desta data no nosso país?

Dr.ª Liliana Pereira: O Dia Nacional do Doente com AVC, celebrado a 31 de março de cada ano, pretende consciencializar a população portuguesa para a Doença Vasculiar Cerebral (DVC). Continua a ser a principal causa de mortalidade em Portugal, apesar de ser uma doença muitas vezes prevenível se ao longo da vida se adotarem estilos de vida saudáveis. E como nenhuma outra, ilustra a necessidade de um reconhecimento atempado dos sinais de alerta para procurar ajuda médica dedicada, de forma a resultar no mínimo de incapacidade possível. Por isso, é necessário formar e informar a população acerca dos fatores de risco e da identificação dos sinais de AVC. Um dia dedicado permite difundir esta mensagem através de vários canais, de forma uniforme e coerente, o que permitirá alcançar um maior número de pessoas.

Stroke.pt: De que forma este dia tem sido assinalado, ao longo dos anos, um pouco por todo o país, com chancela da SPAVC?

Dr.ª Liliana Pereira: Têm sido várias as formas de expressão e de apoio ao Dia Nacional do Doente com AVC pela SPAVC e pelos seus associados. De norte a sul do país têm sido promovidos encontros: com os colegas médicos, na partilha e atualização de informação sobre o AVC, para que possamos todos tratar da melhor forma os nossos utentes (para que idealmente não cheguem

Desde a sua fundação, a Sociedade Portuguesa do Acidente Vasculiar Cerebral (SPAVC) orienta esforços para promover a prevenção do AVC, informando e sensibilizando a população, com o objetivo de aumentar a literacia em Saúde, nomeadamente no que se refere a esta patologia. Assim, sob chancela da SPAVC, são organizadas, ao longo do ano, múltiplas iniciativas dirigidas ao público em geral, procurando divulgar os sinais de alerta de AVC e como agir no caso do seu aparecimento e, adicionalmente, estratégias para o prevenir, controlando os fatores de risco cerebral, também amplamente disseminados nos mais variados contextos e canais da SPAVC. À Stroke.pt, a Dr.ª Liliana Pereira, médica neurologista e membro do grupo de jovens da Sociedade (J-SPAVC), frisou o papel desta efeméride e, numa breve entrevista, avançou alguns objetivos a que se propõe enquanto Embaixadora do Dia Nacional do Doente com AVC, assim recém-nomeada pela Direção da SPAVC.

a ser doentes); e com a população, sob a forma de sessões informativas sobre a doença (prevenção, reconhecimento e tratamento, reabilitação) a todas as idades, e sessões participativas, que incluem caminhadas ou corridas, promovendo atividade física e estilos de vida saudáveis, demonstrações de alimentação saudável e rastreios de fatores de risco vascular. Têm sido disponibilizados meios de divulgação, em supor-

“Um dia dedicado permite difundir esta mensagem através de vários canais, de forma uniforme e coerente, o que permitirá alcançar um maior número de pessoas”



Dr.ª Liliana Pereira e Prof. Castro Lopes



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

VÁLIDO ATÉ SETEMBRO 2020
(excluindo taxas e suplementos; não acumulável com outras campanhas)

te digital ou físico, sobre estes temas, que perpetuam no tempo as mensagens transmitidas. As artes também se têm aliado às celebrações, com exposições de fotografia, e até uma peça de teatro. Além destas atividades presenciais, a divulgação através dos meios de comunicação social tradicionais e das redes sociais têm permitido alargar o número de pessoas tocadas pelas mensagens que queremos transmitir.

Stroke.pt: Qual é o balanço geral que faz destas ações?

Dr.ª Liliana Pereira: O balanço é muito positivo. O número de ações tem crescido de ano para ano, bem como os locais em que as mesmas se realizam, que extravasam os grandes centros, sendo de destacar que o sul e o interior de Portugal não têm sido esquecidos nas atividades deste dia tão importante. O relatório de resultados relativo ao Dia Nacional do Doente com AVC de 2019 identifica milhares de pessoas alcançadas nas redes sociais, 23 locais envolvidos em atividades neste âmbito, centenas de momentos registados fotograficamente e uma forte presença nos noticiários televisivos, radiofónicos e digitais.

Stroke.pt: Qual será o seu papel enquanto Embaixadora na dinamização desta efeméride?

Dr.ª Liliana Pereira: Proponho-me a apoiar todos os sócios que pretendam juntar-se a esta iniciativa, orientando a mensagem a transmitir, sendo importante concentrar os esforços na divulgação dos principais problemas que rodeiam o AVC. Devemos criar um alerta máximo para as medidas preventivas e aumentar o reconhecimento público dos sinais de AVC e das medidas a tomar nesse caso. Gostaria que, a cada ano, aumentássemos a nossa presença física e digital junto da população, para que se sinta acompanhada nesta luta contra o AVC que é, afinal, de todos nós.

Stroke.pt: Na sua opinião, de forma é possível potenciar ainda mais este momento de comunicação/sensibilização?

Dr.ª Liliana Pereira: Só chegando a um cada vez maior número de portugueses poderemos almejar fazer a diferença. Por isso, podemos fazer ainda melhor. Reforço a necessidade de uniformizar a mensagem, para que usemos todos a mesma linguagem e sejamos eficazes na comunicação com o público. Queremos que todos, começando logo nas crianças em idade escolar, saibam o que é o AVC. E sabemos como a maioria da população tem ocupações suficientes, que mesmo com a melhor organização e divulgação, podem ignorar ou não receber a nossa mensagem. Por isso, é preciso criatividade na sua produção! Apelamos a todos que participem nas ações comemorativas do Dia Nacional do Doente com AVC, e concorram ao prémio lançado pela SPAVC para distinguir a melhor iniciativa promovida nesta data, associada ao trabalho permanente da Sociedade junto da população.

“Proponho-me a apoiar todos os sócios que pretendam juntar-se a esta iniciativa, orientando a mensagem a transmitir”

/ SPAVC assinala 15 anos em 2020

14.º Congresso Português do AVC prepara momento comemorativo



■ **Dr. Miguel Rodrigues**
Membro da Direção da SPAVC

É já em 2020 que a SPAVC celebra o seu 15.º aniversário, um marco importante no caminho longo e intenso desta Sociedade no combate ao AVC. Esta data não poderia passar em branco, pelo que a maior realização da SPAVC – o seu Congresso anual – incluirá um momento comemorativo, relembrando a atividade realizada desde 2005 e deixando algumas metas, sonhos e propostas para o futuro. O Dr. Miguel Rodrigues, membro da Direção da SPAVC, ficará responsável pela conferência dedicada a este feito, a ter lugar durante a sessão de abertura do evento. Em declarações à Stroke.pt, o médico neurologista avança alguns tópicos de reflexão a propósito deste marco.

Stroke.pt: Em 2020, a SPAVC comemora 15 anos de existência. Quais têm sido os principais eixos de ação desta Sociedade no combate ao AVC?

Dr. Miguel Rodrigues: Desde a sua constituição em 2005, a SPAVC tem colocado ênfase na formação dos profissionais, informação à população e no desenvolvimento científico nesta área. De tal forma essa foi a preocupação primordial da primeira Direção da SPAVC, que a sua primeira iniciativa pública e científica foi um conjunto de jornadas em 5 locais distintos de Portugal, no ano de 2006. Essas jornadas incluíram sessões essencialmente para os médicos de Medicina Geral e Familiar, mas também para todos os restantes profissionais de saúde com interesse no acidente vascular cerebral. No mesmo evento, decorreram sessões de informação ao público, com participação de médicos, enfermeiros, jornalistas e sobreviventes de AVC. Este foi o embrião para os futuros Congressos do AVC, que se iniciaram em 2007. Adicionalmente, o dia Nacional do Doente com AVC, instituído em 2003, tem sido assinalado pelos membros da SPAVC desde os primeiros anos de atividade. Sempre que solicitado ou quando a direção o

“Na sessão de abertura, será feita uma resenha histórica, realçando os momentos em que a Sociedade esteve presente na vanguarda da formação e informação sobre o AVC”

considerou necessário, a SPAVC tem participado ativamente no estabelecimento de políticas de saúde na sua área de intervenção. Por fim, a SPAVC tem dedicado cada vez mais atenção à comunicação, estando presente nos meios de comunicação geral ou especializados, na defesa e promoção das estratégias modificadoras do risco de AVC.

Stroke.pt: De que forma esta data será assinalada no próximo Congresso Português do AVC?

Dr. Miguel Rodrigues: Na sessão de abertura, será feita uma resenha histórica do percurso da SPAVC, realçando os momentos em que, nestes 15 anos, a Sociedade esteve presente na vanguarda da formação e informação sobre o AVC. Esses momentos foram pontuados pelas sessões científicas que abordaram os temas mais atuais dos vários anos em que os Congressos decorreram.

Stroke.pt: Quais são as grandes mensagens para os jovens congressistas, que representam o futuro da SPAVC?

Dr. Miguel Rodrigues: A SPAVC tem utilizado os seus recursos para proporcionar aos profissionais desta área informação atualizada e de valor acrescentado inegável. Paralelamente, tem proporcionado aos seus membros, mormente aos mais jovens, espaço para divulgarem o seu trabalho, com várias sessões de comunicações nas suas reuniões. Tem ainda premiado os trabalhos que mais se destacam, assim como tem apoiado os jovens investigadores que concorrem às Bolsas anualmente atribuídas. A SPAVC é a sociedade que a todos quer acolher e tem o orgulho de ver crescer e ser reconhecido a qualidade dos seus membros, a nível nacional e internacional. Com esta missão sempre presente, uma vez mais vos esperamos no nosso e vosso Congresso Português do AVC, em 2020. Quinze anos mais experientes, mas com a mesma determinação e dedicação que no primeiro dia de 2005.

COMPLICAÇÕES NO DOENTE INTERNADO POR AVC: INFEÇÕES, DELÍRIO E HEMORRAGIAS



“Complicações no doente internado por AVC” foi o tema debatido na primeira sessão da 10.ª Reunião de Unidades de AVC. Sob moderação da Dr.ª Ana Paiva Nunes e do Dr. João Sargento Freitas, contou com uma palestra da Dr.ª Ana Gomes, sobre infeções, uma outra do Dr. Fernando Silva, que trouxe para a mesa a saúde mental, falando de estados de delírio e, por fim, as complicações hemorrágicas no AVC, tema abordado pelo Dr. Bruno Maia.

Das variadas complicações que se podem seguir a um AVC, uma das mais comuns é a infeção, que pode ser de vários tipos. As mais comuns são as infeções urinárias e as pneumonias, sendo que “a pneumonia é a principal causa de mortalidade, mesmo em Unidades especializadas”, começou por explicar a Dr.ª Ana Gomes, acrescentando que isto se deve, por um lado, “à diminuição dos reflexos protetores, à imobilização e à exposição a procedimentos invasivos nestes doentes, mas também ao estado de imunossupressão induzido através de complexos mecanismos humorais e neuronais pela própria isquemia cerebral”. Por isso, são “fundamentais medidas preventivas como a mobilização precoce, a avaliação sistemática da disfagia, a elevação da cabeceira, o uso rigoroso de cateteres, assepsia adequada e restrição sempre que possível de medicação sedativa e inibidores de secreção ácida”, enumerou, deixando o alerta: “os condicionantes próprios destes doentes exigem um grau de suspeição elevado”.

Além disso, a investigação microbiológica deve ser realizada e a sua interpretação deve ser cuidadosa, acrescentou a também coordenadora da Unidade de AVC de Viseu. No final da apresentação, ainda houve tempo para uma chamada de atenção: “os antibióticos devem ser instituídos de forma racional, segundo as regras próprias da sua prescrição e de acordo com os agentes mais provavelmente implicados, devendo-se descalar

logo que possível, uma vez que o surgimento de espécies multirresistentes é um problema que afeta cada vez mais os nossos doentes”.

/ Síndrome confusional agudo atinge um quarto dos doentes internados por AVC

O segundo tema destacado para abordagem nesta sessão foi o “*delirium*”, ou síndrome confusional agudo. Em primeiro lugar, pela sua frequência, já que “o *delirium* complica cerca de 25% de todos os internamentos por AVC. Depois, porque se associa inequivocamente a um conjunto de resultados de saúde negativos: mortalidade, incapacidade funcional, prolongamento de tempo de internamento, probabilidade de institucionalização após evento vascular e risco de demência a médio prazo”, explicou o Dr. Fernando Silva, neurologista do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC).

Quanto ao tratamento, o Dr. Fernando Silva apontou como primeiro passo a identificação e correção de fatores desencadeantes, tais como as complicações neurológicas, a infeção concomitante, as intercorrências metabólicas, a desidratação ou a desnutrição, a restrição física, a privação de sono, a prescrição de fármacos anticolinérgicos e benzodiazepinas, a suspensão abrupta de fármacos psicoativos prévios, não esquecendo a iatrogenia, que pode surgir devido a intervenções diagnósticas e terapêuticas invasivas desnecessárias, como a algaliação ou a cateterização. “Quando o comportamento for disruptivo ou de risco, aconselha-se a utilização de olanzapina ou haloperidol em doses baixas e por curtos períodos, excluindo as benzodiazepinas, exceto no *delirium* secundário à abstinência alcoólica ou outras drogas”, concluiu o médico, focando-se de seguida na prevenção.

Uma vez que “não existe nenhum tipo de terapêutica claramente eficaz uma vez instalado o *delirium*”, prevenir esta complicação é de elevada importância. Neste âmbito, o neurologista enumerou um conjunto de estratégias a adotar: “para diminuir a desorientação, deve garantir-se ilumi-

nação, sinalização adequada, relógio e calendário no quarto, criar estratégias de reorientação do doente, treinar a cognição, promover e facilitar a presença de familiares e amigos; deve-se também promover a boa higiene de sono, resolver problemas de imobilidade e prevenir a iatrogenia medicamentosa, a dor, a desnutrição e a desidratação”. Em jeito de conclusão, o médico chamou a atenção para a necessidade de ter equipas multidisciplinares corretamente formadas e motivadas para o tratamento do *delirium*.

/ Complicações hemorrágicas: O que fazer?

A última palestra da sessão foi reservada ao tema “Complicações hemorrágicas no AVC”, uma das complicações mais temidas após a fase aguda do AVC. “Dos cerca de 25% dos doentes que deterioram clinicamente após o evento inicial, 11% será por hemorragia”, começou por explicar o Dr. Bruno Maia, neurologista no Hospital de São José, em Lisboa. “Os tratamentos que utilizamos na fase aguda do AVC, cada vez com mais frequência, tanto a fibrinólise como a trombectomia, também podem predispor a um aumento do risco de hemorragia: este é mais um motivo para estarmos atentos e falarmos sobre o assunto”. No que diz respeito a fatores desencadeantes, o palestrante apontou cinco principais como sendo sistematicamente associados à ocorrência de transformação hemorrágica do AVC isquémico: a idade mais avançada, a gravidade clínica do próprio AVC na sua apresentação, a hipertensão na fase aguda, a ausência de colateralidade vascular cerebral e a utilização prévia de antiagregantes plaquetários; embora ressaltando que outros fatores têm sido destacados na literatura e que existem ademais linhas de investigação em curso.

Perante uma complicação hemorrágica, é necessário “intervir o mais precocemente possível na transformação hemorrágica”, considerando rapidamente estratégias de reversão dos fatores desencadeantes ou agravantes da hemorragia, como o rtPA e a anticoagulação. “Além disso, o efeito de massa e o aumento da pressão intracraniana podem surgir na sequência da transformação hemorrágica pelo que as medidas anti-edema estão justificadas”, apontou o palestrante.

Em jeito de conclusão, o Dr. Bruno Maia referiu dois pontos importantes que devem ser tidos em conta quando se lida com hemorragias pós-AVC: “A vigilância clínica apertada (24/24h) é a base da boa abordagem e do tratamento destes doentes. Sem ela, não vamos ser capazes de prevenir e identificar atempadamente todas as possíveis complicações; ou seja, é fundamental que os profissionais desenvolvam competência na avaliação dos doentes. Outro fator determinante é a multidisciplinaridade: saber conjugar os saberes da Medicina Interna, da Neurologia, da Neuroradiologia e da Neurocirurgia é um requisito de qualquer serviço dedicado ao AVC que pretenda ter resultados clínicos de excelência”.

DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE AVC: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E MIMETIZADORES DE AVC

Sob moderação dos Drs. Alexandre Silva e Rui Felgueiras, a sessão “Desafios no Diagnóstico de AVC” centrou-se em três temas considerados de debate relevante e multidisciplinar: as manifestações clínicas de AVC da artéria cerebral anterior, apresentado pelo Dr. Pedro Nascimento Alves; as manifestações clínicas de AVC da artéria basilar, palestrado pelo Dr. João Pedro Marto e ainda os principais mimetizadores de AVC, abordados pelo Dr. Ricardo Reis.



Drs. Alexandre Amaral e Silva, Rui Felgueiras, Pedro Nascimento Alves, João Pedro Marto e Ricardo Reis

O Dr. Pedro Nascimento Alves foi o primeiro a tomar a palavra, focando a sua apresentação no AVC da artéria cerebral anterior. Este, “pode apresentar-se com sintomas e sinais neurológicos menos evidentes ou de caracterização mais difícil”. A título de exemplo, o neurologista do Hospital de Santa Maria referiu algumas das manifestações cognitivas que podem ocorrer: “a abulia ou o mutismo, podem mimetizar uma patologia psiquiátrica, enquanto que determinados sintomas e sinais motores, particularmente do membro inferior, podem ter uma apresentação semelhante a uma neuropatia periférica ou a uma perturbação funcional do movimento”. Face a isto, é necessário ter presentes as diferentes manifestações cognitivas, motoras, sensitivas e esfinterianas do AVC da cerebral anterior e “é importante, no diagnóstico diferencial, e para que esta hipótese seja colocada, realizar um exame neurológico atento e detalhado”, referiu o Dr. Pedro Nascimento Alves.

De seguida, o Dr. João Pedro Marto discorreu sobre os principais desafios no diagnóstico de AVC na artéria basilar. As maiores dificuldades

encontradas relacionam-se com os sintomas normalmente não atribuídos a um evento vascular cerebral: “tonturas, vertigens, náuseas, vômitos e cefaleia, que são sintomas frequentes e podem por vezes aparecer isolados ou associados a sinais focais frustrantes”. Por isso, há que “manter presente que a escala NIHSS é menos sensível para detetar e valorizar défices no AVC da circulação posterior, tal como existe uma menor sensibilidade dos exames de imagem, nos quais se inclui a ressonância magnética”, alertou o interno de Neurologia do Hospital de Egas Moniz. Neste contexto, é necessária uma avaliação clínica rigorosa e completa. “Determinados sinais são evocadores de um evento da circulação posterior, tais como síndrome alterno, hemiataxia, disartria, disfagia, desalinhamento ocular, parésia óculomotora, nistagmo vertical e ou multidirecional e sinais bilaterais”, a título de exemplo. Além disso, o orador recomendou que “em doentes com vertigem aguda deve-se excluir ataxia do tronco e ou marcha e aplicar a manobra HINTS”.

A fechar a sessão, o Dr. Ricardo Reis trouxe ao

“Determinados sinais são evocadores de um evento da circulação posterior, tais como síndrome alterno, hemiataxia, disartria, disfagia, desalinhamento ocular, parésia óculomotora, nistagmo vertical e ou multidirecional e sinais bilaterais”

debate os principais mimetizadores de AVC e o desafio que representam no diagnóstico do AVC. São eles a patologia neurológica funcional, as crises epiléticas, as cefaleias (especialmente as enxaquecas) e quadros infecciosos. “Estas situações por vezes geram conjuntos de sintomas e sinais difíceis de distinguir do AVC na fase aguda. É precisamente nesta fase, quando queremos realizar um diagnóstico correto para um tratamento atempado, que as dúvidas que estes casos geram poderão atrasar ou negar o tratamento a doentes que dele necessitem”, explicou. “Além disso, poderão consumir recursos, muitas vezes limitados, pelo que a sua correta identificação é extremamente relevante”. Para isso, será necessário fazer uma colheita adequada da história clínica e um exame físico cuidado, incluindo outros sistemas, além do neurológico: “estes serão certamente fundamentais para realizar o diagnóstico diferencial na fase aguda”, reiterou. O interno de Neurologia do Hospital de São João recomendou ainda aos seus pares que integrem informação de métodos de imagem avançada (angio-TC, TC perfusão, RM), já que fazê-lo poderá ajudar a melhorar a especificidade do diagnóstico de AVC. “No entanto, se após um esclarecimento do quadro com os meios disponíveis, prevalecer a dúvida de se tratar de um AVC, deve avançar-se para tratamento trombolítico: segundo dados das séries publicadas, é o mais seguro e custo-eficaz a fazer”, concluiu.

“A abulia ou o mutismo, podem mimetizar uma patologia psiquiátrica, enquanto que determinados sintomas e sinais motores, podem ter uma apresentação semelhante a uma neuropatia periférica ou a uma perturbação funcional do movimento”

Dr. Ricardo Reis



Dr. Pedro Nascimento Alves



RISCO DE TVP NO AVC: O QUE DIZEM AS RECOMENDAÇÕES?

A 10.ª Reunião Nacional das Unidades de AVC acolheu ainda uma sessão de recomendações sobre o risco de trombose venosa profunda (TVP) no acidente vascular cerebral (AVC), que teve como palestrante a Prof.ª Elsa Azevedo, diretora do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto.



■ Prof.ª Elsa Azevedo
Neurologista no CHUSJ

A especialista começou por alertar que “a TVP é uma causa importante de morbimortalidade no AVC, em grande parte pelo risco de tromboembolismo pulmonar (TEP)”, salientando que existem alguns grupos de risco acrescido, como “os doentes com AVC grave, imobilizados, desidratados, infetados, que tenham cancro, insuficiência cardíaca, obesidade e antecedentes de tromboembolismo venoso (TEV)”¹⁻³. Para além disso, o risco de TEV é maior na fase aguda do AVC²⁻³. Relativamente ao diagnóstico, a coordenadora do Grupo de Doença Vascular Cerebral do CHUSJ esclareceu que, apesar da TVP pode ser sintomática em cerca de 5% dos doentes hospitalizados, pode ser detetada, mesmo assintomática, em 18-73% dos doentes, usando *eco-Doppler*, ressonância magnética ou fibrinogénio marcado^{4,6}. Apesar destes números alarmantes, a oradora frisou que “o TEV é potencialmente prevenível”, sendo “essencial uma avaliação sistemática do seu risco na admissão do doente”, reiterou a neurologista. “Em geral, é considerado em risco um doente com dificuldade de locomoção que o impeça de ir sozinho ao quarto de banho”⁷.

/ Como prevenir a TVP no AVC?

Focando-se na prevenção da TVP, a Prof.ª Elsa Azevedo passou em revista os principais métodos não farmacológicos - compressão pneumática intermitente (CPI), mobilização e hidratação - e farmacológicos - destacando-se a utilização de heparinas de baixo peso molecular (HBPM). “A CPI consiste numa compressão sequencial dos membros inferiores até à coxa, que melhora o retorno venoso nas veias profundas para reduzir

a probabilidade de trombose e poderá também estimular a libertação de substâncias fibrinolíticas intrínsecas⁸”, explicou a médica, aludindo ao maior estudo da CPI na prevenção do TEV no AVC: o CLOTS 37. Tratou-se de um ensaio multicêntrico randomizado com grupo paralelo, em que foi utilizada a abordagem habitual do centro versus esta abordagem acrescida de CPI. O objetivo foi determinar se o uso sistemático de CPI em doentes imobilizados por AVC reduzia o risco de sofrerem TVP e TEP, nos primeiros 30 dias. Utilizou-se CPI circunferencial sequencial com tecnologia de deteção do preenchimento venoso, para uma frequência de compressão adaptada ao doente. O *outcome* primário foi a TVP poplítea ou femoral sintomática ou assintomática detetada nos exames de *eco-Doppler* do protocolo do estudo, ou qualquer TVP poplítea ou femoral sintomática ocorrida nos primeiros 30 dias e confirmada por imagem.

A oradora detalhou que no estudo foram incluídos 2 876 doentes, com uma mediana de idades que se localizava nos 76 anos. As conclusões do CLOTS 3 foram descritas pela neurologista: “O grupo tratado com CPI teve menor risco absoluto de TVP proximal [3,6% (12,1% vs 8,5%)], e menor risco de TVP ajustado a fatores de confusão [OR 0,66 (IC 95% 0,51-0,84)]: -34% RR de TVP com CPI. Este efeito foi mais expressivo em doentes com hemorragia intracerebral (6,7% vs 17,0%, OR, 0,36; 95% [IC] 0,17-0,75). Foi ainda demonstrada diminuição da probabilidade de morte até aos 6 meses pós-randomização nos doentes alocados a CPI”, frisou.

Relativamente à estratégia terapêutica com HBPM, a Prof.ª Elsa Azevedo citou uma meta-análise⁹ de ensaios com HBPM em doentes não cirúrgicos, incluindo doentes com AVC. “O estudo concluiu que estes fármacos conseguem uma redução significativa no TEP (OR=0,69) (95% IC 0,49-0,98) e na TVP (OR=0,21) (95% IC 0,15-0,29), sem efeito significativo na mortalidade ou estado funcional no seguimento”, descreveu a oradora. E acrescentou que houve, contudo, “um aumento significativo de hemorragia sintomática intracraniana (OR=1,68 95%IC 1,11-2,55) e extracraniana (OR=1,65 95% IC 1,0-2,75)”. Em jeito de conclusão, a especialista de Neurologia reforçou: “no doente com AVC agudo e mobilidade reduzida, poderá prevenir-se a TVP com CPI, tanto no AVC isquémico como no hemorrágico, havendo particular vantagem neste último e poderá recorrer-se a uma HBPM, se houver baixo risco hemorrágico”.

RECOMENDAÇÕES DA EUROPEAN STROKE ORGANISATION (ESO)

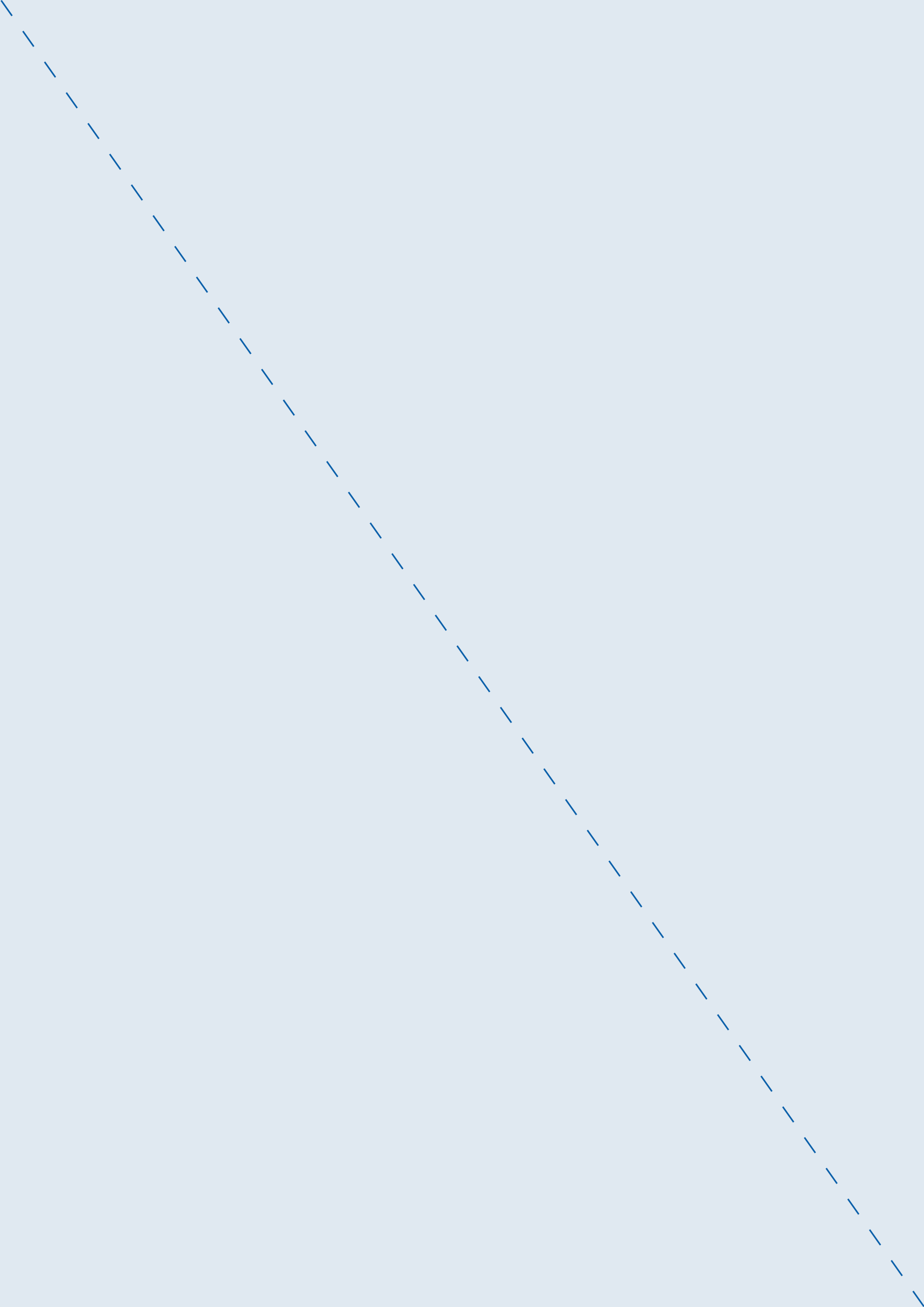
/ Para profilaxia do TEV em doentes imobilizados por AVC isquémico agudo⁹:

1. Não se recomendam meias de compressão graduada para a prevenção da TVP;
2. Recomenda-se CPI sequencial até à coxa, que não deve ser usada se existirem úlceras nas pernas e deve ser usada com cuidado em doentes já com TVP, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica grave, ou confusão que leve a tentativa de levante não supervisionado, podendo resultar em queda e traumatismo;
3. A anticoagulação profilática com HBPM deve ser considerada se o benefício da redução do risco de TEV for suficientemente elevado para contrabalançar o aumento de risco hemorrágico intra e extracraniano associado ao seu uso;
4. É necessária mais investigação para testar a eficácia da estimulação elétrica neuromuscular.

/ Para profilaxia da TVP em doentes com hemorragia intracerebral espontânea¹⁰:

1. Não se recomendam meias de compressão graduada;
2. Recomenda-se CPI para melhorar o prognóstico e reduzir o risco de TVP nos doentes com hemorragia intracerebral e imobilidade;
3. Não há evidência suficiente para estabelecer recomendações fortes acerca de como, quando e a quem a anticoagulação poderá ser dada para prevenir o TVP.

Referências: 1) Kelly J, et al. Dehydration and venous thromboembolism after acute stroke. *QJM* 2004; 97: 293-296. | 2) Dennis M, et al. for the CLOTS (Clots in Legs Or sTockings after Stroke) trials collaboration. The timing, extent, progression and regression of DVT in immobile stroke patients: observational data from the CLOTS randomized trials. *J Thromb Haem* 2011; 9: 2193-2200. | 3) Dennis M, et al. for the CLOTS trials collaboration. Can clinical features distinguish between immobile patients with stroke at high and low risk of deep vein thrombosis? Statistical modelling based on the CLOTS trials cohorts. *J Neurol Neurosurg Psych* 2011; 82: 1067-1073. | 4) Dennis M, et al. for the CLOTS trials collaboration. The timing, extent, progression and regression of DVT in immobile stroke patients: observational data from the CLOTS randomized trials. *J Thromb Haem* 2011; 9: 2193-2200. | 5) McCarthy ST, et al. Low dose heparin as a prophylaxis against deep-vein thrombosis after acute stroke. *Lancet* 1977; ii: 800-801. | 6) Kelly J, et al. Venous thromboembolism after acute ischemic stroke: a prospective study using magnetic resonance direct thrombus imaging. *Stroke* 2004; 35: 2320-2325. | 7) CLOTS Trials Collaboration, et al. Effectiveness of intermittent pneumatic compression in reduction of risk of deep vein thrombosis in patients who have had a stroke (CLOTS 3): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet* 2013; 382(9891): 516-524. | 8) Kohro S, et al. Intermittent pneumatic foot compression can activate blood fi brinolysis without changes in blood coagulability and platelet activation. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49: 660-64. | 9) Dennis M, et al. for the ESO. ESO guidelines for prophylaxis for venous thromboembolism in immobile patients with acute ischaemic stroke. *Eur Stroke Journal* 2016; 1(1):6-19. | 10) Steiner T, et al. ESO guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Int J Stroke* 2014. 9(7): 840-855.



SELEÇÃO DE DOENTES PARA REVASCULARIZAÇÃO COM JANELA DE SINTOMAS DESCONHECIDA

Na sessão intitulada “Seleção de doentes para revascularização com janela de sintomas desconhecida” foram abordados tópicos de elevada atualidade e pertinência clínica, nomeadamente o papel da TAC de perfusão (a cargo do Dr. Tiago Parreira) e da RM de perfusão (apresentado pelo Dr. Jaime Pamplona) na seleção de doentes candidatos a tratamento reperfusor. Os Drs. Gustavo Santo e César Nunes, por seu lado, focaram a sua comunicação na eficácia e segurança da abordagem das oclusões distais, à luz da evidência clínica atual. Por fim, a Prof.ª Catarina Fonseca versou a sua palestra nos estudos, já realizados ou a decorrer, envolvendo agentes fibrinolíticos alternativos com aparente perfil farmacológico mais favorável. A sessão foi moderada pelos Drs. Manuel Ribeiro e Gustavo Santo.



/ Limitações e desafios na técnica de TC perfusão

De acordo com o Dr. Tiago Parreira, os múltiplos ensaios clínicos publicados nos últimos anos têm contribuído para “alterar o paradigma de seleção de doentes para terapêutica de revascularização, por trombectomia e/ou trombólise, de um baseado no tempo, para outro baseado no estado do parênquima, permitindo aumentar o número de doentes tratados”.

Apesar de o especialista em neurorradiologia do

“A experiência na prática clínica tem demonstrado que o conceito de avaliação de parênquima é seguro e, no futuro, o corpo de evidência científica continuará a aumentar”

Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, ter considerado que a técnica de TC perfusão “permite ter uma perceção do estado do parênquima e do *ratio* de *mismatch*”, constituindo-se, desde modo, como um “instrumento ímpar na seleção destes doentes”, não deixou de sublinhar que existem limitações a ter em conta. Ou seja, explicou que, uma vez que esta técnica se baseia numa correspondência entre estado hemodinâmico e a viabilidade do parênquima, não é perfeita. Assim sendo, “a disponibilidade limitada e a resolução espacial limitada são outras áreas de dificuldade na prática clínica”, referiu, acrescentando ainda que, perante esta realidade, não é fácil “a reprodução fiel da técnica utilizada nos ensaios clínicos”.

Na sua ótica do Dr. Tiago Parreira, o desafio atual consiste “na generalização deste conceito na prática clínica”, o que implicará uma adaptação às condições de cada local. “A experiência na prática clínica tem demonstrado que o conceito de avaliação de parênquima é seguro, e julgo que, no futuro, o corpo de evidência científica irá continuar a aumentar, e a contribuir para maior simplificação e generalização do tratamento de

doentes com janela desconhecida”, frisou.

/ RM para selecionar doentes para reperusão

Já o Dr. Jaime Pamplona, cuja palestra tinha como objetivo abordar o tema “Como utilizar a Ressonância Magnética (RM) para selecionar doentes para terapêutica de reperusão”, começou por fazer alusão à publicação dos cinco grandes estudos que surgiram em 2015 – MR CLEAN, EXTENDED IA, ESCAPE, SWIFT PRIME, REVASCAT –, para lembrar que a trombectomia, conjuntamente com o rtPA intravenoso, se transformaram “na terapêutica *standard* nos doentes com o diagnóstico de AVC com oclusão de grande vaso”. O neurorradialista do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central recordou também dois outros estudos randomizados (DEFUSE-3 e DAWN), ambos de 2018, que demonstraram o benefício do tratamento endovascular em doentes desde as 6 até 24 horas após início dos sintomas. “Estes doentes foram selecionados com critérios de inclusão restritos, recorrendo, na sua maioria, à ressonância magnética”, referiu.

Mais à frente, salientou o estudo WAKE-UP, que demonstrou benefício (sem aumento da morbilidade ou mortalidade) no tratamento do AVC com rtPA intravenoso, em doentes com início de sintomatologia desconhecido/ao acordar. Segundo o Dr. Jaime Pamplona, também neste estudo “a ressonância magnética desempenhou um papel primordial, tendo a seleção dos doentes sido baseada no *mismatch* Difusão-FLAIR”.

Alicerçados nos resultados dos estudos atrás citados surgiram, no final de 2018, “as *guide-*

“A ressonância magnética tornou-se um aliado fundamental para o tratamento do AVC. Atualmente, é mais acessível e os protocolos são mais rápidos, utilizando sequências como FLAIR, Difusão e Perfusão”

lines ASA/AHA com a recomendação (I-A) para o tratamento endovascular dos doentes com 6 a 16 horas de evolução de sintomas, que cumpram os critérios de elegibilidade nos estudos DEFUSE-3 e DAWN” explicou. Acrescentou que, concomitantemente, surgiu igualmente a recomendação (II-BR) para tratamento endovascular de doentes com 16 a 24 horas de evolução, que cumpram os critérios de elegibilidade no estudo DAWN.



Drs. Manuel Ribeiro e Gustavo Santo, Dr. César Alejandro Nunes e Dr. Jaime Pamplona

Por outro lado, salientou que a ressonância magnética “tornou-se indispensável” para diagnosticar os 9% de doentes com AVC que se apresentam no intervalo entre as 6 e as 24 horas com os critérios DAWN e DEFUSE-3. “Atualmente, é mais acessível, encontra-se disponível em todos os centros terciários e os protocolos são mais rápidos utilizando sequências como FLAIR, Difusão e Perfusão. Desta forma, a ressonância magnética tornou-se um aliado fundamental para o tratamento do AVC”, rematou.

/ Trombectomia em oclusões particulares: perspetivas do clínico e do intervencionista

A ponderação de trombectomia em oclusões com localizações anatómicas particulares foi debatida numa dupla perspetiva: ponto de vista do clínico e ponto de vista do intervencionista. O Dr. Gustavo Santo, neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, focou a sua apresentação nas oclusões não proximais, atendendo a que existem territórios eloquentes alimentados por ramos distais. “Estas oclusões dizem-se primárias quando são responsáveis

pelos défices neurológicos agudos; ou secundárias, quando resultam da fragmentação e migração distal de trombo alojado em artéria proximal, no decurso do tratamento fibrinolítico ou do procedimento endovascular”, explicou.

Para o especialista, na ausência de evidência clínica robusta – apenas estão disponíveis raros estudos observacionais –, “a decisão deve considerar o equilíbrio entre o potencial benefício (território vascular mais extenso e/ou eloquente, com défices neurológicos mais pronunciados) e o eventual risco (menor calibre e maior tortuosidade do vaso)”.

No que se refere ao plano da intervenção, o Dr. César Alejandro Nunes precisou que, “dos estudos que validaram a trombectomia, em 2015, apenas 3 consideravam vasos M2 ou distais, sendo que número total de doentes era escasso, quer para provar a segurança, quer a eficácia em cada estudo por separado”.

O assunto da segurança e a eficácia nestas artérias reveste-se de especial importância, primeiro, por questões anatomo-estruturais (como a localização distal, o pequeno diâmetro e a estrutura da parede, que podem desfavorecer a abordagem mecânica endovascular) e depois pela superior taxa de recanalização distal com r-TPA.

“Cabe aos clínicos e ao neurorradiologista de intervenção ponderar o risco/benefício da abordagem endovascular para artérias distais, em particular M2 que funcionalmente são um M1”

Se apreciarmos a literatura produzida após a validação da trombectomia para grandes vasos endocranianos deparamo-nos com uma série de estudos e análises que demonstram, no mínimo, taxas similares de recanalização e mRS, mas algumas vezes com um número de complicações mais elevado.

Cabe assim aos clínicos e ao Neurorradiologista de intervenção ponderar o risco/benefício da abordagem endovascular para artérias distais, em particular M2 que funcionalmente são um M1.

/ Novas orientações para tratamento com trombólise endovenosa em 2020

A encerrar a sessão, a Prof.ª Catarina Fonseca, investigadora e neurologista do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte, avançou que as novas orientações para o tratamento com trombólise endovenosa do acidente vascular cerebral isquémico, apresentadas na ESOE 2019, em maio, serão publicadas em 2020. A especialista,

que abordou o tema “Reformulação terapêutica com trombólise – novos fármacos e indicações”, acrescentou que “as orientações expandem as indicações prévias e têm em conta a evidência obtida nos últimos anos”. Além disso, têm ainda em conta “a utilização de métodos avançados de imagem e a possibilidade de utilização de outros agentes fibrinolíticos como a tenecteplase”.



Prof.ª Catarina Fonseca



Bristol-Myers Squibb



Join: COMUNICAÇÃO EFICIENTE E SEGURA NO TRATAMENTO DO AVC

A introduzir o tema da inovação e da tecnologia na 10.ª Reunião Nacional das Unidades de AVC (UAVC), a Allm apresentou a plataforma de comunicação certificada – Join® – dirigida a profissionais de saúde, com particular interesse para patologias de abordagem multidisciplinar, como o AVC. A Enf.ª Mariana Monteiro, representante da solução tecnológica em Portugal, deu a conhecer à audiência as mais-valias desta ferramenta prestes a ser testada no nosso país com um projeto piloto.



■ **Enf.ª Mariana Monteiro**
Representante Join® (Allm) em Portugal

“Quando a vida do doente está em risco, os médicos precisam tomar decisões rápidas, sobretudo numa patologia onde todos os segundos contam, como é o caso do AVC”, começou por contextualizar a Enf.ª Mariana Monteiro. Mais detalhou que essas decisões dependem, muitas vezes, das informações e imagens médicas que têm em mãos ou que recebem de especialistas, no entanto “o especialista nem sempre está no local ou tem acesso a imagens médicas”, o que dificulta e atrasa este processo. Assim, o Join® surge como uma “resposta para este desafio fulcral de comunicação para equipas multidisciplinares, dentro e fora do hospital, fornecendo informações e imagens médicas à distância de poucos cliques”.

Com o Join® “é possível estabelecer conversas de forma rápida, segura, organizada e mobilizando os mais variados recursos e formatos de apoio à decisão médica”

“Com uma avaliação rigorosa do doente, conseguimos reduzir o número de transferências desnecessárias e ainda diminuir o tempo de início do tratamento”

A oradora deu o exemplo do *Whatsapp* como uma ferramenta frequentemente utilizada para garantir esta comunicação necessária entre as equipas e para análise imagiológica, apontando desde logo os problemas consensualmente reconhecidos, como a fraca qualidade das imagens partilhadas, a dispersão da informação, para além das lacunas de segurança na partilha dos dados. Com o Join®, por sua vez, “é possível estabelecer conversas de forma rápida, segura, organizada e mobilizando os mais variados recursos e formatos de apoio à decisão médica”, esclareceu, frisando que esta solução obteve uma certificação de terceiros como um dispositivo médico de classe II no Japão a partir de julho de 2015.

O Join® abre a possibilidade aos especialistas de darem o seu parecer por telemedicina, particularmente relevante em hospitais que não têm neurologista totalmente dedicado à UAVC, “discutindo o caso e avaliando a neuro-imagem, de forma a aumentar as oportunidades para os doentes receberem o melhor tratamento disponível”, avaliando ainda a necessidade de transferir esses doentes para outros centros de tratamento do AVC. “Com uma avaliação rigorosa do doente, conseguimos reduzir o número de transferências desnecessárias e ainda diminuir o tempo de início do tratamento”, apontou a profissional de Enfermagem, o que, em última análise, beneficia o sistema de saúde pública, otimizando o fluxo, transporte e distribuição de doentes a nível nacional.

Esta ferramenta de auxílio ao diagnóstico de alta precisão foi destacada como útil e facilitadora do trabalho das equipas das UAVC em Portugal, tendo em conta a demonstrada assimetria da distribuição dos centros de tratamento de AVC com terapêutica endovascular no território nacional (estudo EVT-PT da SPAVC), bem como as dificuldades de transporte inter-hospitalar, gerando muitas vezes demoras num tratamento que se quer célere e eficaz. Porque tempo é cérebro, e todos os segundos podem fazer a diferença, a rapidez é a palavra de ordem e o reforço da comunicação entre equipa é o caminho a seguir.

O que é o Join® e quais as suas funcionalidades?

Join® é uma plataforma de comunicação móvel segura, segura e certificada, projetada para profissionais da área da saúde.

É um sistema neutro, baseado em nuvem, integra-se perfeitamente ao PACS (Sistema de arquivamento e comunicação de imagens), HIS (Sistema de Informações Hospitalares) e outros sistemas de TI dentro do hospital, permitindo aos profissionais de saúde a partilha segura de informações clínicas e imagens médicas para melhorar o resultado da abordagem do doente.

As principais áreas de atuação do Join® são na Neurologia, Cardiologia, Traumatologia-ortopedia, Dermatologia e transplante de órgãos.

As principais funcionalidades desta app são:

- 1) o visualizador DICOM integrado, com acesso móvel a imagens médicas;
- 2) a possibilidade de criação de conversas de grupo, juntando profissionais de saúde de diferentes áreas e locais para discussão conjunta de casos através do Join® nas 24h do dia, disponível nos 7 dias da semana;
- 3) mensagens criptografadas de um para um e em grupo, permitindo uma comunicação rápida e segura, podendo adquirir diversos formatos (*chat*, mensagem de voz ou videochamada);
- 4) e, ainda, disponibiliza *timestamps*, ou seja, selos de protocolo para marcar o momento exato de passos importantes no tratamento do doente.

PROBLEMAS DE VIDA APÓS O AVC: QUE SOLUÇÕES?



Dr.ª Margarida Alves, Prof.ª Patrícia Canhão, Dr.ª Ana Alves, Dr.ª Anabela Valadas e Dr.ª Maria Martin

É sabido que um AVC frequentemente deixa sequelas, temporárias ou permanentes, com um grau variável de incapacidade e/ou limitação das atividades de vida diária. Detalhando alguns dos problemas com que se debatem os sobreviventes de AVC, a 17.ª Reunião Anual da SPAVC organizou a sessão “Problemas de Vida Após o AVC”, moderada pela Prof.ª Patrícia Canhão e pela Dr.ª Ana Alves. O debate contou com os contributos da Dr.ª Margarida Alves, que abordou a disfunção génito-urinária, da Dr.ª Anabela Valadas, esclarecendo a utilidade da toxina botulínica nas sequelas de AVC e, por fim, da Dr.ª Maria Martin, que ministrou uma palestra sobre avaliações clínicas para a condução de veículos.

/ Disfunções génito-urinárias

“As disfunções génito-urinárias são bastante frequentes no doente pós-AVC”, começou por explicar a Dr.ª Margarida Alves, acrescentando que a patologia afeta entre 38% a 60% dos doentes. “São um fator preditivo de maior tempo de internamento, associado a resultados desfavoráveis, com diminuição da qualidade de vida e isolamento social”, referiu a médica do serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Santa Maria. “Para que o tratamento seja bem-sucedido, é necessária uma avaliação atenta da história clínica e exame objetivo, iniciado logo no internamento do doente”. A primeira abordagem deve passar por “uma reeducação vesico-esfincteriana, com o objetivo de prevenir complicações do trato urinário superior e do trato urinário inferior, bem como melhorar a continência urinária e, consequentemente, a qualidade de vida”, concluiu.

/ Toxina botulínica nas sequelas de AVC

A palestra sobre a utilidade da toxina botulínica nas sequelas de AVC, dinamizada pela Dr.ª Anabela Valadas, começou com uma pequena contextualização histórica, em que a médica referiu que esta toxina é usada na prática clínica desde

o final dos anos 80, “atuando ao nível pré-sináptico dos terminais nervosos colinérgicos, placa neuromuscular e sistema nervoso autónomo, inibindo a libertação de acetilcolina na fenda sináptica”. Em 2016, a Academia Americana de Neurologia atualizou as suas recomendações oficiais incluindo a espasticidade, do membro superior e inferior, uma das sequelas mais frequentes nos doentes com AVC. “Outras indicações da toxina botulínica em sequelas menos frequentes do AVC serão as distonias focais e os tremores, por exemplo tremor de Holmes, resistentes à terapia oral”, acrescentou a neurologista do Hospital de Santa Maria, adiantando ainda que dados recentes reportam a efetividade da toxina botulínica na sialorreia, de etiologia multifatorial nos doentes com AVC.

O efeito terapêutico da toxina botulínica inicia-se em média entre cinco a sete dias após a injeção e tem uma duração média de três meses. Os efeitos secundários mais frequentes são a fraqueza muscular, e a boca seca, no caso de injeção das glândulas salivares, geralmente transitórios e dose-dependentes. “Um efeito secundário generalizado reportado, ainda que numa proporção reduzida de doentes, é a síndrome gripal transitória. A antiagregação e anticoagulação, de forma correta, não são contraindicações para o tratamento com toxina botulínica, acrescentou. No entanto, certas contraindicações devem ser tidas em conta, nomeadamente a hi-

“O tratamento com toxina botulínica é seguro e eficaz e deve ser oferecido aos doentes com sequelas após AVC, sobretudo as relacionadas com espasticidade focal do membro superior e inferior”

persensibilidade ao fármaco, e a administração cautelosa em doentes com patologia da placa neuromuscular e administração concomitante de antibióticos aminoglicosídeos endovenosos, pelo risco aumentado de fraqueza muscular generalizada, incluindo dos músculos respiratórios”. Em jeito de conclusão, a oradora lembrou que o tratamento com toxina botulínica é seguro e eficaz e deve ser oferecido aos doentes com sequelas após AVC, sobretudo as relacionadas com espasticidade focal do membro superior e inferior, após definidos os objetivos apropriados do tratamento e, sempre que possível, como parte integrante de um programa de reabilitação multidisciplinar.

/ Avaliação clínica para condução

O último tema a ser debatido nesta sessão foi a “Avaliação clínica para conduzir – simulador versus avaliação neurológica”. Justificando a relevância da temática, a Dr.ª Maria Martin esclareceu que “as sequelas que o AVC desencadeia, junto com a terapêutica necessária para o tratamento, podem interferir na capacidade para a condução, com o consequente aumento do risco de acidente, por vezes maior do que o provocado pelo álcool”. No entanto, frisou, “muitos doentes referem não ter sido informados sobre o regulamento legal da habilitação para a condução (RLHC)”. De facto, “conduzir é muito mais que nos sentarmos ao volante de um veículo, pelo que, no âmbito de uma consulta de especialidade, deve alertar-se o doente e família dos riscos que estão a assumir perante uma condução prematura”. É recomendado que um sobrevivente de AVC não conduza antes dos 6 meses de evolução e que alguém que tenha sofrido um ataque isquémico transitório não o faça entre os 3 e 6 meses que se seguem. “O objetivo destas precauções é ganhar tempo para a estabilização dos défices e a adaptação terapêutica”, apontou. A especialista do Centro de Mobilidade do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão explicou que, “na nossa unidade, a avaliação é feita num simulador, onde é possível despistar alterações motoras, mas também cognitivas e visuais”, consideradas tanto ou mais importantes que as motoras.

EXPANDIR A PROTEÇÃO CEREBROVASCULAR: QUE CAMINHOS PARA O FUTURO?



Prof.ª Elsa Azevedo e Dr. Alexandre Amaral e Silva

No final da manhã do dia 26 de outubro, no âmbito da 17.ª Reunião Anual da SPAVC, a Bayer promoveu um simpósio intitulado “Expandir a proteção cerebrovascular”, contando com a participação da Prof.ª Elsa Azevedo e do Dr. Alexandre Amaral e Silva.

“No que diz respeito à circulação cerebral, existe um exame não invasivo onde é possível descobrir se há placas de aterosclerose nas artérias. É importante ter uma noção do risco para podermos cuidar do problema de forma individualizada”

A Prof.ª Elsa Azevedo apresentou os principais resultados do estudo “Custos e Carga da Aterosclerose em Portugal”, que procurou “avaliar o impacto da doença aterosclerótica nos níveis de saúde, nomeadamente nos anos de vida perdidos e também na qualidade de vida portuguesa, bem como os custos acarretados para o Serviço Nacional de Saúde”, esclareceu a médica. A médica do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto, confirmou o peso da doença aterosclerótica em Portugal, quer ao nível de mortalidade, quer da morbilidade, nas suas principais formas de expressão (doença arterial coronária (CAD), Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou doença arterial periférica (PAD)), representando cerca de 14% do total de óbitos no nosso país em 2016. Já os gastos devidos a esta patologia correspondem a 1% do Produto Interno Bruto (PIB) e a 8% das despesas globais de Saúde. Os números são expressivos e preo-

cupantes, pelo que a especialista apontou como caminho para combater esta realidade o reforço das medidas de prevenção primária e precoce, lembrando que “o AVC é a doença neurológica mais suscetível de ser prevenida” e precisando que “90% dos AVCs podem ser prevenidos”.

“O trabalho de prevenção não tem só a ver com os profissionais de saúde, tem a ver com o cidadão e com os seus hábitos de vida desde cedo” explicou a palestrante, nomeando hábitos como a prática de exercício físico, a adoção de uma alimentação equilibrada e ausência de hábitos de tabagismo como alguns comportamentos a adotar. “Na idade adulta, é também importante visitar regularmente o médico e fazer consultas de vigilância de saúde para monitorizar problemas como a hipertensão arterial, que é o principal fator de risco de AVC”, acrescentou. Relativamente à aterosclerose em Portugal, a especialista alertou também para a importância do diagnóstico precoce da doença: “No que diz respeito à circulação cerebral, existe um exame não invasivo onde é possível descobrir se há placas de aterosclerose nas artérias. É importante ter uma noção do risco para podermos cuidar do problema de forma individualizada”.

Ainda assim, mesmo com o adequado controlo dos fatores de risco e as habituais estratégias farmacológicas de prevenção secundária, os doentes com CAD ou PAD apresentam um risco elevado de recorrência de eventos. Neste sentido, o Dr. Alexandre Amaral e Silva, neurologista do Hospital de Vila Franca de Xira, tomou a palavra para refletir sobre novas modalidades protetoras cerebrovasculares, com potencial contributo para esta prevenção. “Estudos anteriores, associando varfarina a aspirina, haviam demonstra-

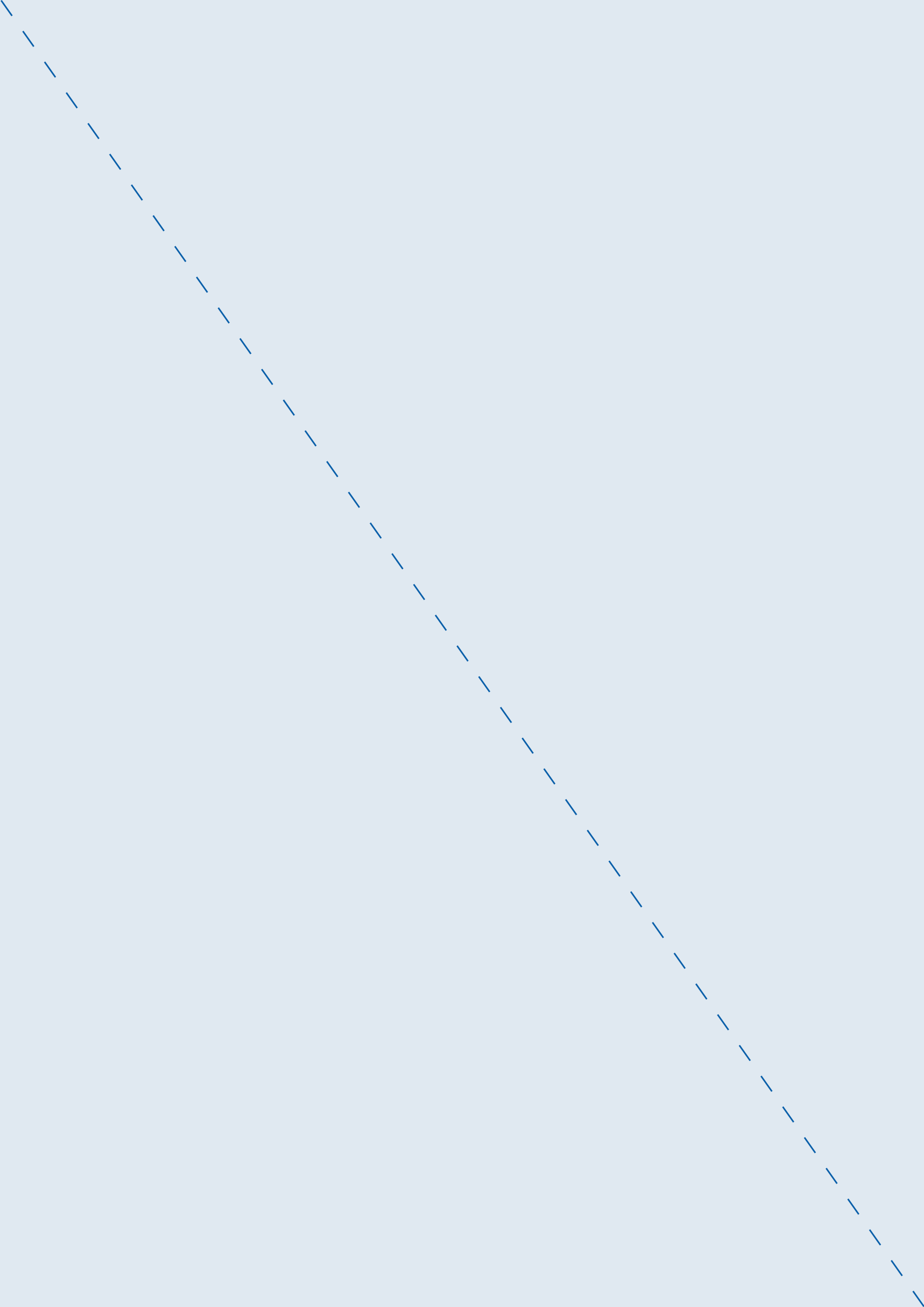
do um benefício na redução de eventos adversos cardiovasculares graves (MACE), incluindo morte cardiovascular, enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral nestes doentes, no entanto, claramente anulados por um excesso de hemorragias *major* incluindo hemorragias fatais”, começou por recordar o especialista.

Recentemente, nova evidência surgiu proveniente do ensaio de fase III COMPASS, que avaliou a eficácia e a segurança de rivaroxabano na prevenção de MACE em doentes com CAD ou PAD. Este estudo foi interrompido precocemente, uma vez que o *endpoint* primário de MACE atingiu os critérios pré-especificados de superioridade no que diz respeito ao braço da terapêutica combinada (associação de rivaroxabano na dose vascular de 2,5mg bdiário + aspirina 100mg). “Esta associação reduziu significativamente o *endpoint* MACE, concretamente em 24%, em comparação com o braço de aspirina em monoterapia”, detalhou o orador, salientando que foi verificada uma redução de 42% na taxa de AVC e de 22% na taxa de morte cardiovascular, “associando-se a baixas taxas de hemorragia *major* e à ausência de aumento significativo da hemorragia intracraniana, fatal ou em órgão crítico, apesar do expectável excesso de hemorragia *versus* aspirina”. Estes *outcomes* representaram uma melhoria substancial de 20% no *Net Clinical Benefit* e uma diminuição de 18% na mortalidade por todas as causas.

Olhando especificamente para o subgrupo de doentes com história prévia de AVC, “verificou-se um efeito consistente em todos os grupos de risco, apesar de o benefício absoluto ser mais elevado nos doentes de maior risco”, comentou o médico. Nesta população, “adicionar rivaroxabano 2,5 bdiário a aspirina representou uma redução no risco recorrência de AVC isquémico de 2,5% e de MACE de 3,3%”, acrescentou.

O Dr. Alexandre Amaral e Silva concluiu a sua apresentação frisando que “a utilização da dose vascular (2,5mg bdiário) de rivaroxabano deve ser considerada parte da estratégia de proteção vascular. Nesta fase, e no contexto específico da prevenção primária e principalmente secundária do AVC, os doentes de elevado risco trombótico (em especial com CAD e PAD) e baixo risco hemorrágico serão os principais candidatos a esta opção terapêutica. Tal facto reforça a necessidade de um estudo vascular completo e de uma adequada caracterização global do risco vascular de cada doente, permitindo uma seleção cuidadosa e criteriosa dos doentes a tratar”, finalizou.

“A utilização da dose vascular (2,5mg bdiário) de rivaroxabano deve ser considerada parte da estratégia de proteção vascular”





/ SPAVC convidada a participar na Conferência Novas Fronteiras em Saúde

O jornal Expresso e a Tecnimede juntaram-se para debater as “Novas Fronteiras da Saúde”, um projeto constituído por quatro conferências sobre diferentes desafios que se colocam nesta área e no Futuro da Saúde. A terceira destas conferências aconteceu na manhã de 12 de setembro de 2019, no Edifício Impresa, e foi dedicada ao tema “De que se morre em Portugal?”. A Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral foi convidada a participar neste debate, fazendo um retrato do AVC em Portugal, representada pelo neurologista Dr. Miguel Rodrigues, membro da Direção da Sociedade. Após breve apresentação sobre o peso desta patologia no nosso país, o debate foi aberto ao painel de convidados, que contou com o Dr. Rui Duarte, representante da Sociedade Portuguesa de Diabetologia e com o Dr. Vítor Paixão, da Sociedade Portuguesa de Hipertensão.

/ Projeto MIND, apresentado na sede da SPAVC, arrancou com projeto piloto

No dia 20 de setembro, o projeto “MIND - Multiple interventions to prevent cognitive decline” foi formalmente apresentado na sede da SPAVC, reunindo, pela primeira vez, todos os 13 parceiros do programa. Ajudar a prevenir a deterioração cognitiva de pessoas que estão em risco de desenvolver demência, através de intervenções não-farmacológicas, é o objetivo primordial do programa, cuja implementação arrancou com um projeto piloto na zona do Porto Ocidental (Unidades de Cuidados na Comunidade Cuidar e da Boavista e Associação “A Beneficência Familiar - Associação de Socorros Mútuos”). Segundo o Dr. Firmino Machado, coordenador do projeto, “as avaliações dos utentes do ACEs Porto Ocidental arrancaram na segunda semana de setembro e o objetivo é que se estendam por dez meses. A conceptualização do projeto aconteceu em janeiro deste ano e em julho deu-se o recrutamento dos utentes”. O MIND é coordenado pelo ACEs Porto Ocidental e criado em conjunto com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), com apoio científico e financiamento da SPAVC.



/ Neurotalks organizou atividade formativa sobre AVC agudo na sede da SPAVC

A Associação Neurotalks organizou, na manhã de 19 de outubro de 2019, uma atividade formativa em torno do tema “Acidente Vascular Cerebral – Intervenção e Cuidados na Fase Aguda. Conforme explicou a Dr.ª Sandra Moreira, representante da Neurotalks, “o principal objetivo destas formações é capacitar profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros, para o tratamento do AVC na fase aguda”. Os tratamentos de fase aguda, nomeadamente a trombólise endovenosa e a trombectomia, vieram reduzir significativamente a morbi-mortalidade destes doentes, melhorando o prognóstico vital e funcional a longo prazo, explicou a médica, à margem do encontro. “No entanto, a janela temporal para estes tratamentos é muito curta, sendo essencial o rápido reconhecimento dos sintomas e a imediata ativação dos serviços de emergência médica”. A formação contou com o patrocínio científico da SPAVC e foi organizada na sua sede, no Porto.

/ Congresso de Neurologia reforçou o conhecimento em Doença Vascular Cerebral

Entre os dias 14 e 16 de novembro decorreu, em Coimbra, mais uma edição do Congresso de Neurologia, organizado anualmente pela Sociedade Portuguesa de Neurologia. A SPAVC foi convidada a participar na “Sessão SPN – Casos Clínicos”, colaborando na categoria de Doença Vascular Cerebral, com apresentação do Dr. Pedro Castro e discussão do Dr. Fernando Silva. Para além das várias sessões abordando diferentes patologias do foro neurológico, o evento contou também com um Simpósio de Enfermagem em Neurologia e ainda um Fórum de Cirurgia de Epilepsia, em colaboração com a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, realizados na véspera do Congresso.



/ Controvérsias no AVC em debate no 20º Congresso do NEDVC da SPMI

Entre os dias 29 e 30 de novembro a cidade do Porto recebeu o 20.º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral (NEDVC) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI). “Controvérsias: trombectomia em doentes com RANKIN \geq 3; Trombólise para além das 4,5h”; “Via verde do AVC: como otimizar e uniformizar”; “Cuidados pós AVC e reabilitação: quanto, quando e onde?”; “Síndrome de Vasoconstrição reversível: estado da arte” e “Causas não ateroscleróticas de doença de grandes vasos” foram alguns dos temas tratados na reunião. Vários elementos da SPAVC participaram ativamente no evento, incluindo a presença do Prof. Castro Lopes na sessão inaugural da reunião.

SPAVC PREMEIA INVESTIGAÇÃO EM DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

Faz parte da missão da Sociedade Portuguesa do AVC, conforme indicado nos seus estatutos fundadores, a promoção do estudo, investigação e educação sobre AVC. Nesse sentido, todos os anos, a SPAVC atribui prémios aos melhores trabalhos apresentados no âmbito do seu Congresso anual, distingue a melhor comemoração do Dia Nacional do Doente com AVC, sem esquecer a atribuição periódica de Bolsas de Investigação em Doença Vascular Cerebral. Saiba mais detalhes sobre os prémios a atribuir em 2020.



/ Atividades de sensibilização no Dia Nacional do Doente com AVC podem garantir prémio

O Dia Nacional do Doente com AVC foi instituído no ano de 2003 com o objetivo de sensibilizar a população em geral para esta patologia e promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes. Todos os anos, a 31 de março, a SPAVC promove atividades de sensibilização junto da população e apoia as iniciativas de comemoração que lhe são propostas. Tendo em conta a importância deste dia, a SPAVC decidiu premiar anualmente a melhor iniciativa de comemoração através de reconhecimento público e prémio monetário. Por isso, até 19 de janeiro de 2020, podem candidatar-se ao Prémio as iniciativas de comemoração do Dia Nacional do Doente com AVC apoiadas pela SPAVC realizadas no ano anterior ao Congresso Português do AVC. O prémio será no valor de 1000€ e o regulamento pode ser consultado no site oficial da sociedade.

/ Sete prémios para os melhores trabalhos apresentados no 14º Congresso Português do AVC

Anualmente a SPAVC distingue os melhores trabalhos apresentados no seu Congresso e 2020 não será exceção. Serão atribuídos prémios para as três melhores comunicações orais (no valor de 1500€, 1000€ e 750€), um prémio para a melhor apresentação oral de um caso clínico (no valor de 1000€) e dois prémios para as duas melhores apresentações sob a forma de cartaz: o primeiro prémio assegura a viagem, alojamento e inscrição na ESOC/WSO 2020; e o segundo corresponde a um montante de 500€. A SPAVC atribuirá ainda um prémio denominado SPAVC 2020 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€. Para concorrer basta apresentar um trabalho nas diversas áreas durante o 14.º Congresso Português do AVC, a decorrer nos próximos dias 6, 7 e 8 de fevereiro, no Porto.

/ Bolsas de Investigação em Doença Cerebral Vascular assinalam 15.º aniversário da SPAVC

Por ocasião da celebração do 15.º aniversário da SPAVC, a sociedade irá premiar os dois melhores projetos de investigação científica na área da doença vascular cerebral, através da atribuição de duas bolsas de investigação no valor de 5.000€ cada. De acordo com os regulamentos, os projetos terão uma duração máxima de dois anos iniciada no momento de atribuição da Bolsa e terminada no momento em que seja entregue o relatório final em formato de artigo científico. Apenas serão admitidos projetos de trabalhos científicos a serem realizados, pelos menos parcialmente, em instituições portuguesas. O presidente da Direção da SPAVC, Prof. José Castro Lopes, a quem caberá presidir igualmente ao júri incumbido da avaliação dos trabalhos a concurso, sublinhou que, na apreciação dos mesmos, “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”. As candidaturas podem ser feitas até dia 12 de janeiro de 2020 e devem fazer-se acompanhar de um descritivo do trabalho a realizar, enviadas por via eletrónica à Direção da SPAVC (dir@spavc.org) em formulário disponível no website da mesma.



/ SPAVC lança prémio de jornalismo na área do AVC

A SPAVC lançou, no segundo semestre de 2019, um Prémio de Jornalismo no montante de 1.500€, com o objetivo de incentivar e reconhecer o interesse e qualidade dos trabalhos jornalísticos na área da saúde, em Portugal, no âmbito do AVC. O prémio reflete o reconhecimento do papel da comunicação social e, em particular, dos jornalistas, enquanto essenciais na missão da prevenção da doença e de promoção da saúde. As candidaturas, abertas a todos os jornalistas residentes em Portugal, podem ser enviadas até ao dia 10 de janeiro de 2020.

NOVIDADES DO ANO: PREVENÇÃO, TERAPÊUTICA DE FASE AGUDA E REABILITAÇÃO

Na Sessão “Novidades do ano” foram destacados os principais marcos de 2019 no que se refere às temáticas da prevenção primária e secundária do AVC, à terapêutica de fase aguda (quer farmacológica, quer de reperfusão) e no âmbito da reabilitação pós-AVC. As Dr.ªs Teresa Fonseca, Liliana Pereira, Mariana Dias e Sara Domingues partilharam com a audiência alguns estudos e conclusões que mereceram reflexão pelo seu potencial impacto na prática clínica.

Dr.ª Teresa Fonseca

Medicina Interna, Hospital Pulido Valente



/ Prevenção primária e secundária do AVC

1. Após a publicação de três grandes estudos utilizando Aspirina em prevenção primária (ARRIVE, ASCEND e ASPREE) é atualmente recomendado que:

- A Aspirina não deva ser utilizada como rotina em prevenção primária, mesmo em indivíduos de risco elevado, tal como idosos ou diabéticos, devido à sua relativa falta de eficácia, a par de um nítido aumento do risco hemorrágico.

- A decisão da toma de Aspirina em baixa dose em prevenção primária pode neste momento ser considerada uma exceção. Nalguns casos esta opção poderá ser tomada num processo de decisão partilhada entre médico e doente, quando o médico considerar simultaneamente o risco vascular muito elevado, o risco hemorrágico baixo, e o doente aceitar de forma consciente submeter-se a esse risco hemorrágico, para usufruir do modesto benefício que pode advir da sua toma.

2. Foi publicado o ensaio RESTART, que trouxe informação acerca do recomeço da terapêutica antitrombótica após uma hemorragia intracerebral. Neste ensaio concluiu-se que o risco de eventos vasculares oclusivos pode ser maior que o risco de uma re-hemorragia, parecendo a retoma dos antitrombóticos após um intervalo de cerca de 4 semanas, ser segura e benéfica.

3. O estudo REDUCE-IT revelou que, em doentes de alto risco vascular com hipertrigliceridemia, o ácido eicosapentaenoico, um dos ácidos gordos poli-insaturados, encontrados nos óleos de peixe, parece reduzir de forma significativa a ocorrência de eventos e a mortalidade de causa vascular.

Dr.ª Mariana Dias

Neurologia, Hospital de Santa Maria



/ Terapêutica farmacológica de fase aguda

1. Foram apresentados estudos publicados recentemente sobre temas controversos, incluindo a trombectomia em doentes com ASPECTS baixos, NIHSS baixos, a realização de *stenting* agudo em doentes com oclusão em tandem, a terapêutica de oclusão por doença aterosclerótica intracraniana e a escolha da técnica de trombectomia (*aspiração versus stent retriever*);

2. Embora na maioria destes temas não exista ainda evidência suficiente para demonstrar qual a melhor terapêutica, é importante estar a par das atualizações e dos ensaios em curso para continuarmos a tratar os nossos doentes o melhor possível.

Dr.ª Liliana Pereira

Neurologia, Hospital Garcia de Orta



/ Terapêutica reperfusora de fase aguda

1. Os ensaios clínicos divulgados no último ano não surtiram ainda mudança nas recomendações terapêuticas;

2. O antiagregante tirofiban poderá ser usado conjuntamente com a trombólise endovenosa em doentes selecionados, com melhoria do prognóstico aos 90 dias e sem acréscimo significativo de eventos adversos hemorrágicos;

3. A redução intensiva da pressão arterial nas primeiras 24 horas após AVC isquémico não reduz a incapacidade funcional aos 90 dias;

4. Num pequeno estudo prospetivo chinês, a administração de metformina nas primeiras 2 semanas após AVC isquémico mostrou-se neuroprotetora, com melhoria das pontuações MMSE, NIHSS e atividades de vida diária;

5. A estimulação do gânglio esfenopalatino é segura em doentes 8 a 24 horas após AVC isquémico, inelegíveis para trombólise, existindo indícios que doentes com lesão cortical possam beneficiar deste tratamento.

Dr.ª Sara Domingues,

Medicina Física e de Reabilitação, Hospital de Santa Maria



/ Reabilitação pós-AVC

1. No que diz respeito a novidades na área da Reabilitação, estaremos sempre a falar de tratamentos adjuvantes. O programa de reabilitação terá sempre de incluir fisioterapia, terapeutas ocupacionais e da fala;

2. Os tratamentos adjuvantes dizem respeito a técnicas cujo objetivo é tornar o processo de reabilitação mais intensivo, mais integrativo, de mais fácil execução e *home-based*;

3. As novas tecnologias, e nomeadamente as aplicações para telefone e tablet, têm um papel fundamental a desempenhar, permitindo a adaptação pessoal dos tratamentos e a criação de relatórios de atividades objetivos, de tal forma que o médico responsável consegue criar programas de tratamento adaptados ao doente.

VIA VERDE DO AVC: 16 ANOS DE HISTÓRIA EM PERMANENTE REINVENÇÃO EM PROL DO DOENTE

Uma “radiografia” pelo país ao funcionamento da Via Verde de AVC, desde que foi criada, foi o ponto de partida para a sessão “Via verde pré, inter e intra-hospitalar”, coordenada pela Dr.ª Teresa Pinho e Melo, neurologista do Hospital de Santa Maria (CHLN), a fechar a 17.ª Reunião da SPAVC. Identificar fragilidades e apontar novos caminhos foi o principal objetivo do debate com os especialistas mais diretamente ligados a esta “via verde de urgência”, criada para tratar mais, melhor e rapidamente os doentes com AVC.



Prof. João Sargento Freitas e Drs. Gustavo Santo, Luísa Biscoito, Teresa Pinho e Melo, Mariana Dias e Filipa Barros

Embora a região Norte represente, no mapa continental, apenas um terço do país, tem algumas particularidades, quer geográficas, quer quanto à disponibilidade dos hospitais, como sublinhou a Dr.ª Marta Carvalho. A neurologista do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, referiu, por exemplo, as montanhas e curvas, que dificultam o acesso de carro, apesar de também haver já muitas autoestradas.

Segundo o retrato traçado pela neurologista, que incluiu na sua análise parte do distrito de Aveiro, uma vez que o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga está agregado à ARS Norte, houve, em 2018, 1435 ativações do CODU pela Via Verde do AVC (WAVC) na região norte.

Numa avaliação abrangente, a oradora apontou como dificuldades o “acesso a informação aquando da notificação pré-hospitalar que permita de imediato aceder aos dados do doente”, para além de “permitir perceber o grau de autonomia e uso de anticoagulação”, assim como aglizar os procedimentos intra-hospitalares, o volume de doentes avaliados pela WAVC intra-hospitalar, disponibilidade de ambulância para transporte inter-hospitalar e disponibilidade de equipa dedicada para transporte inter-hospitalar. Na opinião da Dr.ª Marta Carvalho, é possível melhorar o atual panorama, desde logo revendo com o INEM “a informação que deve ser colhida e transmitida pelo CODU ao responsável pela WAVC hospitalar”. Por outro lado, considerou importante “estabelecer contacto telefónico com a equipa da ambulância que transporta o doente”, assim como “rever os procedimentos intra-hospitalares e os recursos humanos atribuídos à WAVC intra-hospitalar”. A promoção “de um sistema de transporte inter-hospitalar mais célere e a criação de uma equipa dedicada para transporte inter-hospitalar” foram outras das sugestões de melhoria que apresentou.

/ Centro apostou na formação e na telemedicina

O retrato da região Centro foi apresentado pelo Dr. Gustavo Santo, para quem as palavras-chave para o sucesso já alcançado são a “organização e a formação”. O neurologista do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) revelou que o primeiro salto qualitativo na abordagem do doente com AVC agudo ocorreu após a implementação da via verde intra-hospitalar. Em 2007, em Coimbra, foram tratados com fibrinolítico por via endovenosa 12 doentes. Após uma reformulação de procedimentos e da criação de fluxogramas de atuação, foi possível, em 2015, tratar quase 250 doentes com aquela terapêutica.

Por outro lado, sublinhou a importância da instituição do Dia Nacional do Doente com AVC, para instruir a população, a que se soma a formação dada aos profissionais do pré-hospitalar e operadores telefónicos do CODU.

O modelo de articulação desenhado para todos os hospitais da região Centro tem como data de “estreia” o dia 1 de agosto de 2015 e foi alcançado com recurso à telemedicina nas suas duas dimensões, permitindo a visualização e uma primeira avaliação do doente (se clinicamente justificável), além da TAC e a angio-TAC cervicocerebral.

O Dr. Gustavo Santo destacou em todo o processo de reestruturação o papel da A.R.S. Centro, como “agregadora e patrocinadora do processo”, e também o I.N.E.M., que assumiu o transporte do doente, colocando os meios à disposição, sendo os profissionais de saúde aqueles que têm de sair da própria instituição. O helicóptero do INEM é a exceção à regra.

Neste momento, sempre que um doente chega a um hospital da região, é criado um registo a partir do número de utente do SNS e é feita uma

avaliação com o apoio da Neurorradiologia de Intervenção. A média mensal de teleconsultas atinge uma centena, e o médico estima chegar, este ano, às 1170 teleconsultas registadas.

Comparando os biénios 2014-2015 e 2016-2017, o número absoluto de fibrinólises realizadas na região aumentou, à custa do incremento observado nos diferentes hospitais envolvidos, tendo o peso relativo do CHUC diminuído. Também estão a ser feitas mais trombectomias. Até final do ano, deverão ter sido realizados 400 procedimentos endovasculares.

/ Urgência Metropolitana a Sul

A região Sul é a maior em termos de extensão. Na verdade, contempla três regiões – Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. As ilhas não foram incluídas no retrato apresentado pela Dr.ª Teresa Pinho e Melo, já que estão a ser alvo de um projeto próprio. Para a neurologista do CHLN, existe uma boa rede viária e o transporte acaba por ser rápido, apesar da dimensão territorial.

Quanto ao CODU tem duas regiões: Lisboa e Vale do Tejo e Algarve. Em relação ao tratamento endovascular, a solução para o tratamento na região Sul passou pela criação da Urgência Metropolitana de Lisboa. Começou a funcionar em janeiro de 2016 e engloba os centros hospitalares Lisboa Central, Norte, Ocidental e o Hospital Garcia de Orta, em Almada. Estes hospitais garantem uma assistência permanente e mantêm a estrutura da Via Verde do AVC extra-hospitalar. “O hospital que recebe o doente para tratamento, se indicado, inicia rtPA-IV, mas no caso de ter que seguir para tratamento endovascular e este não estiver disponível nesse hospital, o doente terá que ser enviado para o hospital que estiver de urgência”, explicou. Apenas os doentes que se encontram perto do hospital com tratamento endovascular nesse dia são referenciados diretamente.

Para a Dr.ª Teresa Pinho e Melo, a vantagem deste sistema organizativo é manter a estrutura da Via Verde existente desde 2003, sem comprometer a administração do rtPA intravenoso. Isto é, as equipas trabalham em paralelo. “É mais vantajoso sobretudo para locais distantes do centro que está a fazer terapêutica endovascular”, acrescentou. Entre as desvantagens apontou eventuais atrasos no início do tratamento endovascular e a necessidade de ter um ótimo transporte inter-hospitalar.



Dr.ª Marta Carvalho



Prof. Vítor Tedim Cruz

/ Estudo EVT-PT: acesso ao tratamento endovascular em Portugal

O Prof. João Sargento Freitas, neurologista do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra apresentou os dados do estudo EVT-PT, no âmbito da palestra “Tratamento endovascular em Portugal – Onde e Quando?”. O estudo, que procurou caracterizar o estado do acesso à tromboectomia no país (Portugal Continental), contou com a colaboração de todas as unidades de AVC e equipas de intervenção.

Num período de dois anos (2015-2017) foram realizados 1625 procedimentos endovasculares, o que resultou numa taxa nacional de 8 tromboectomias por 100 mil habitantes por ano, sendo superior à média europeia. O médico neurologista frisou, no entanto, que existe uma grande heterogeneidade por distrito, com taxas de tromboectomia de 1 a 16, mesmo após ajuste para a densidade populacional e estrato etário. Quanto às métricas temporais apontou a necessidade de melhorias, revelando que o tempo porta-punção com 1.ª admissão em PSC é heterogênea, com uma mediana de 211 minutos.

/ O projeto ANGELS e as simulações em ambiente real

Outro parceiro de primeira linha da Via Verde AVC é o projeto Angels, que ajuda as equipas de profissionais de saúde a otimizar redes de

apoio ao AVC agudo. Segundo o Prof. Vítor Tedim Cruz, diretor de Serviço de Neurologia do Hospital Pedro Hispano, ULS de Matosinhos, a iniciativa conta com a colaboração de 53 hospitais e cerca de 700 profissionais de saúde, entre médicos e enfermeiros.

O especialista salientou que a aposta da Angels está na formação, com foco no pré-hospitalar e na fase hiperaguda, onde o grande objetivo “é tratar cedo todos os doentes que tenham indicação para tratar, com vista a reduzir o tempo entre o início da clínica e o início do tratamento em todo o país, por forma a ter um efeito de saúde pública, mas também cuidar bem dos doentes tratados”.

As simulações em ambiente real de trabalho são a chave para o sucesso, que se traduzem num “grande aumento da coesão e melhor desempenho das equipas”. Só entre outubro de 2018 e outubro de 2019 foram formados mais 1500 profissionais. No pré-hospitalar, e neste mesmo período, participaram mais de 900 pessoas de 64 corporações de bombeiros.

/ Projeto iTEAMS no INEM

A gestão da Via Verde AVC constitui também um desafio para o INEM, que regista 1,300 milhões de chamadas por ano, ou seja, uma a cada 23 segundos. Para ajudar a vencer obstáculos está a ser desenvolvido, há ano e meio, o projeto iTEAMS. De acordo com a médica internista e intensivista do INEM, Dr.ª Filipa Barros, a Via Verde AVC pré-hospitalar era, até há cerca de 9 meses, apenas baseada na chamada telefónica, verificando-se depois se esta se encaixava ou não num cenário de AVC. Os meios eram acionados em função da gravidade e o doente era entregue com a passagem de dados.

O projeto, ainda em fase piloto e que deverá arrancar em 2020, passa por implementar um registo eletrónico tridimensional, criando um sistema de alerta no próprio tablet com comunicação com as centrais CODU, mas que já vai integrar as escalas RACE e Cincinnati. O encaminhamento será depois decidido em conjunto, mas acima de tudo pelo intra-hospitalar.

Cronologia da VIA VERDE AVC

- 2003 / É criada a Via Verde de AVC para agilizar o transporte de doentes. O transporte extra-hospitalar ficou a cargo do INEM. Estabeleceram-se protocolos de atuação entre o CODU, hospitais e tripulantes das ambulâncias.
- 2005 / Foi reativada, com novas reuniões entre parceiros e formação dos profissionais de saúde.
- 2006 / Foi o ano em que ganhou visibilidade e maior implementação no terreno. A SPAVC começou a divulgar junto do público os sinais de alerta.
- 2008 / Foram divulgados os resultados do estudo IST3, que permitiram aumentar a janela terapêutica. Esta alteração não foi formalizada na Via Verde extra-hospitalar.
- 2015 / Alargamento da janela terapêutica e da janela de transporte para as seis horas. Surgiu a necessidade do transporte inter-hospitalar.
- 2017 / Criada a Norma da DGS para a Via Verde AVC. Não há referência a limites de tempo.

/ Nova evidência no tratamento do AVC agudo com repercussão na Via Verde

O tempo continua a ser cérebro, no entanto, nos últimos 4 anos, assistimos à publicação de múltiplos ensaios clínicos que mostraram ser possível tratar doentes com mais tempo decorrido desde a instalação dos sintomas, se utilizarmos os critérios de seleção adequados. Foi a propósito deste tema que a Dr.ª Mariana Dias, interna de Neurologia do Hospital de Santa Maria, apresentou as novas evidências no tratamento do AVC agudo com repercussão na Via Verde do AVC. Desde 2015, foram publicados ensaios clínicos, incluindo o DAWN e o DEFUSE-3, que “mostraram o benefício da terapêutica endovascular até às 24 horas em doentes selecionados”. Mais recentemente, com a publicação dos ensaios ECASS-4, EXTEND e WAKE-UP, passou a haver alguma evidência (embora com nível de recomendação fraco) a favor da realização de fibrinólise no AVC ao acordar e até

às 9 horas desde a instalação dos sintomas em doentes selecionados. “Apesar destes excelentes avanços na terapêutica do AVC isquémico, sobretudo em relação à terapêutica endovascular, é importante pensar na repercussão que poderão ter na WAVC, concretamente em relação à referência destes doentes, uma vez que apenas um terço dos doentes com AVC isquémico agudo tem oclusão do grande vaso”, sublinhou a médica. Um estudo efetuado num serviço de urgência concluiu que apenas 5% dos doentes admitidos pela WAVC tinham oclusão do grande vaso. Outro estudo mostrou que, aplicando os critérios das recomendações americanas de 2018 (nível IA) em doentes com AVC isquémico agudo admitidos no serviço de urgência, apenas 7% teriam indicação para terapêutica endovascular. “É evidente que temos sido mais permissivos e temos tratado doentes fora dos critérios rigorosos” referiu.

Perante a problemática de tratamento muito eficaz e cuja eficácia depende do tempo decorrido desde a instalação dos sintomas, mas que apenas se aplica a uma minoria dos doentes, é preciso pensar qual o melhor modelo de referência para WAVC. Neste âmbito, a oradora lembrou que “não existe atualmente evidência de qual é o melhor modelo a seguir – mothership versus drip-and-ship – nem em relação ao benefício da utilização de escalas de avaliação pré-hospitalar para esta decisão”, explicou.

“Queremos continuar a tratar rápido, mas temos de tratar bem, pensando na maioria dos doentes. Apesar da eficácia dos tratamentos disponíveis, só se aplicam a uma minoria dos doentes admitidos através da WAVC, por isso é preciso pensar num modelo que não prejudique todos os outros doentes”, concluiu a Dr.ª Mariana Dias.

INICIATIVA ANGELS: ANO 3 EM PORTUGAL



Na manhã de dia 25 de outubro de 2019, imediatamente antes de se dar início à 10.ª Reunião Nacional das UAVC, a Iniciativa Angels organizou uma sessão para assinalar o 3.º ano do projeto em Portugal. A sessão contou com o apoio da SPAVC e da European Stroke Organisation (ESO), reiterando o empenho desta iniciativa na melhoria dos cuidados aos doentes com AVC por toda a Europa. A representar a Iniciativa Angels estiveram presentes na sessão a Dr.ª Lorenza Spagnuolo (Team Leader Western Europe) e a Dr.ª Cláudia Queiroga (coordenadora do projeto em Portugal). A sessão passou em revista as mais-valias do RESQ e do QASC e apresentou três “histórias-exemplos” em hospitais nacionais.

/ RESQ: Monitorizar a qualidade para melhores resultados

“O RESQ é uma base de dados internacional, criada pela ESO e promovida pelo projeto *Angels*, que permite um registo bastante completo dos doentes com AVC e que tem sido implementada em várias UAVC do país”, sintetizou a Dr.ª Ana Gomes, responsável pela monitorização dos dados nacionais inseridos nesta plataforma. A análise dos resultados é regularmente

enviada para cada Unidade, permitindo comparar com a realidade nacional e internacional. Assim, a especialista considera este registo “um valioso instrumento de monitorização de qualidade interna e externa”, possibilitando “identificar dificuldades que podem alterar comportamentos e avaliar potenciais carências motivadoras de assimetrias nos cuidados ao AVC, com impacto possível nas políticas locais e gerais em saúde”, acrescentou. O alcance de determinados parâmetros de qualidade permite às Unidades serem premiadas pela ESO

e pela Iniciativa *Angels* – *ESO Angels Awards*. São contempladas três categorias de prémios: Ouro, Platina e Diamante, sendo a última a categoria mais elevada.

/ QASC: Enfermagem interventiva com benefícios nos cuidados pós-agudos

Com o apoio da *Angels Initiative* e da ESO, foi lançado na Europa o projeto *Quality Acute Stroke Care* (QASC). “Este projeto visa implementar e avaliar protocolos de Enfermagem na gestão e tratamento da febre, glicemia capilar e no rastreio da disfagia, conhecidos como protocolos FeSS – *Fever, Sugar, Swallowing*”, esclareceu a Enf.ª Susana Salselas, acrescentando que se trata de “protocolos simples, baseados nas diretrizes internacionais para a gestão após um AVC agudo”. O projeto surgiu na sequência de um ensaio clínico que demonstrou que “as intervenções de Enfermagem para gerir a febre, glicemia e disfagia diminuíram significativamente a morte e dependência após o AVC e os seus benefícios persistiam a longo prazo”.

Em Portugal, já são sete as Unidades que integram projeto QASC até à data. Assim, “a *Angels Initiative* surge como um parceiro de referência às unidades de AVC, auxiliando na implementação de estratégias atuais e com evidência científica para melhorar a qualidade dos cuidados prestados”, reforçou a Enf.ª Susana Salselas, coordenadora nacional do projeto QASC.

Hospital de Faro (Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - CHUA) / Porta-voz: Dr.ª Ana Paula Fidalgo

“Com a iniciativa *Angels*, a equipa da UAVC-CHUA avançou com estabelecimento de objetivos, de auto-avaliação continuada e, inclusivamente, com a realização de vários simulacros de Via Verde AVC, aferindo todos os procedimentos e respetiva duração com discussão em equipa multidisciplinar com corpo médico, enfermagem e técnicos. Com a adesão a este projeto, desde 2016, conseguimos uma equipa médica e de Enfermagem mais alerta em relação aos tempos e à necessidade de registos. Foi também iniciado o registo dos doentes na base de Registo RES-Q e procedeu-se à organização do material implicado na Via Verde de AVC. A grande mudança que tivemos com a Iniciativa *Angels* foi a realização de trombólise na sala de TAC, diminuindo consideravelmente (14 minutos) o tempo porta-agulha. Neste sentido, o contributo da Iniciativa *Angels* foi fundamental no âmbito da formação dos profissionais, na melhoria na qualidade dos registos e adoção de novas atitudes que se traduzem numa maior organização, qualidade dos cuidados e motivação da equipa.”

Hospital de Santo André (Centro Hospitalar de Leiria) / Porta-Voz: Enf.ª Diana Oliveira

“A *Angels Initiative* surge no Centro Hospitalar de Leiria em janeiro de 2018, como suporte à melhoria dos cuidados prestados aos doentes com AVC. Em março de 2018, foi realizado o Simulacro da Via Verde AVC no Serviço de Urgência Geral e, posteriormente, a equipa Médica e de Enfermagem da Unidade de Internamento de Curta Duração (atual Unidade de Cuidados Agudos Polivalente, onde se insere a UAVC), dinamizou a participação no *Stroke Nurse Certification*. Em janeiro de 2019, a UCAP foi formalmente constituída com 12 camas de cuidados intermédios e 8 dedicadas a doentes com AVC e, alguns meses depois, iniciámos a participação nos registos QASC e RESQ. Até à data, conseguimos inserir dados de cerca de 150 doentes e brevemente poderemos analisá-los para definir metas e objetivos, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados”.

Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca / Porta-Voz: Dr. Nuno Martins

“A adesão do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca ao projeto *Angels*, em julho de 2018, arrancou com três simulações de Via Verde de AVC – uma no turno da manhã, outra na tarde e outra na noite. Seguiu-se a formação de 26 médicos e enfermeiros em abordagem ao AVC na fase aguda, Imagiologia e apoio à decisão terapêutica, incluindo um *workshop* de *BodyInteract*. Nesta formação, foi feito o compromisso de iniciar terapêutica na sala de TAC e implementámos o novo circuito do doente com AVC agudo e a mala de Via Verde de AVC. Para melhorar os cuidados no pré-hospitalar e reduzir o tempo de chegada ao Hospital, optámos por dar formação às Corporações de Bombeiros de Queluz, Amadora, Algueirão, Mem Martins, Sintra, São Pedro de Sintra e Belas, envolvendo 120 bombeiros. Comparando com dados prévios à implementação do projeto *Angels*, verificou-se um aumento significativo das pré-notificações mensais (de 1,9 para 10,5), das trombólises por mês (de 3,1 para 8), do número de transferências para TEV por mês (de 1,4 para 5), da percentagem de doentes com tempo porta-TC abaixo dos 25 minutos (de 12 para 33,9%), bem como da percentagem de doentes com tempo porta-agulha inferior a 60 minutos (de 32 para 62,5% - um dos critérios para Hospital *Stroke Ready*). Verificou-se ainda uma redução em 25 minutos da média de tempo porta-saída do hospital para TEV.”

PELA DIGNIFICAÇÃO DE TODOS OS INTERVENIENTES



■ **Dr. António Conceição**
Presidente da Direção da Portugal AVC

No âmbito da 17.ª Reunião Anual da Sociedade Portuguesa do AVC, a Portugal AVC – União de Sobreviventes, Familiares e Amigos – apresentou uma sessão intitulada “Pela dignificação de todos os intervenientes”.

Atualmente, quando acontece um AVC, há muito mais meios para agir depressa, com eficiência, equipas cada vez melhor preparadas, abrangendo progressivamente mais o território nacional. As mortes têm decrescido significativamente, e mesmo os sobreviventes com sequelas graves e visíveis parecem em diminuição.

Mas, na reabilitação, e no acompanhamento da vida pós-AVC, parece que andamos para trás. Até mesmo os centros especializados vão diminuindo os tempos de intervenção, igualan-

do situações que são todas diferentes. Estatisticamente, podem apresentar uma “produção” cada vez melhor, e mais vasta. Mas não têm em conta o essencial: como saíram e como ficaram aquelas pessoas? como decorre a sua reintegração familiar, social, profissional?

Critérios economicistas, outros pura e erradamente estatísticos, e outros que nada têm a ver com a defesa da saúde dos cidadãos, parecem ganhar cada vez mais importância, ser quase absolutos. Ao mesmo tempo, ainda hoje é dominante na opinião pública o sentimento que o AVC é uma “doença de velhos”, que atinge essencialmente pessoas que têm pouco cuidado com a saúde, e que, portanto, pagam o seu descuido. Claro que não se retira

“Temos de nos mobilizar. Todos. Seja para a prevenção, seja para a defesa de mais e melhor tratamento, seja fazendo notar que há vida pós-AVC, ou outras causas”

alguma razão. Parcial, é claro. Mas isso nada retira à verdade: o AVC merece a preocupação política e o destaque público, condizente com o facto de ser ainda a primeira causa de morte e de incapacidade em Portugal, a perspectiva de que atingirá 1 em cada 4, num futuro próximo? Temos de nos mobilizar. Todos. Seja para a prevenção, seja para a defesa de mais e melhor tratamento, seja fazendo notar que há vida pós-AVC, ou outras causas.

É claro que os profissionais têm um papel importantíssimo na chamada de atenção. Mas também os sobreviventes. E os cuidadores. Temos de ser todos. Incluindo a SPAVC, associações profissionais, a Portugal AVC, etc., mesmo cada um individualmente. Porque temos de fazer do AVC, nos diversos aspetos, um tema muito mais público, de interesse geral, de atualidade.

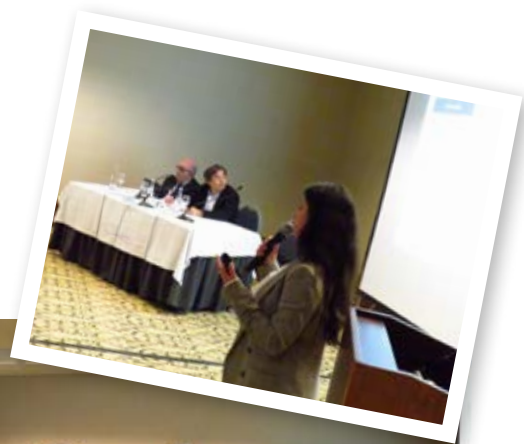
No que respeita aos sobreviventes, ao tratamento e ao seu bem-estar, não se trata apenas, nem principalmente, de fazer crítica destrutiva. Mas, tanto quanto possível, apresentar soluções, fazer ver as vantagens (incluindo económicas) de uma outra estratégia.

NOTÍCIAS

/ 17.ª Reunião da SPAVC apresentou projetos de trabalho em curso ou prestes a arrancar

A tarde do dia 26 de outubro iniciou com uma sessão dedicada à apresentação dos projetos de trabalho em curso e grupos de trabalho constituídos, dando a conhecer à audiência oportunidades para se associarem a estudos, investigações e outros projetos de âmbito local ou nacional na área do AVC. Na mesa estiveram os moderadores Profs. Castro Lopes e Vítor Tedim Cruz, e subiram ao púlpito, à vez, vários elementos para dar voz a diferentes projetos a decorrer ou prestes a entrar em fase de implementação. A Prof.ª Elsa Azevedo apresentou o registo regional de AVC e o projeto ICTUSnet; o Dr. Miguel Rodrigues e a Dr.ª Luísa Fonseca apresentaram, conjuntamente, um projeto que pretende caracterizar as Unidades de AVC, e que está já a decorrer; a Dr.ª Filipa Teixeira apresentou o estudo “Qualidade de vida de cuidadores informais de sobreviventes de AVC”; e, por fim, o trabalho

“AVC e fatores de risco cerebrovasculares”, já estruturado mas ainda por passar à prática, foi apresentado pelo Dr. Luís António Videira.





■ **Pedro Sequeira**

Country Manager da Daiichi Sankyo Portugal

“Trabalhamos num âmbito muito especial, o da Saúde, o que nos traz um grande sentido de responsabilidade, tendo como foco central o doente”

A Stroke.pt entrevistou o Country Manager da Daiichi Sankyo Portugal, um dos laboratórios parceiros da Sociedade Portuguesa do AVC nesta missão de reduzir a mortalidade e incapacidade devidas ao AVC, procurando dar a conhecer as principais atividades e posicionamento desta companhia farmacêutica, bem como recordar alguns projetos conjuntos entre a empresa e a SPAVC ao longo dos últimos anos.

Stroke.pt: A Daiichi Sankyo tem como mote institucional “Compromisso com os doentes”. De que forma este *slogan* se reflete na área da doença cerebrovascular, nomeadamente na abordagem ao AVC?

Pedro Sequeira: A principal missão da Daiichi Sankyo é criar medicamentos inovadores que contribuam para melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Trabalhamos num âmbito muito especial, o da Saúde, o que nos traz um grande sentido de responsabilidade, tendo como foco central o doente. Esta meta equivale a uma aposta clara e permanente em investigação, formação, inovação e tecnologia. De modo a reforçar a competitividade da investigação em áreas terapêuticas especialmente carentes de respostas médicas adequadas, centramos os nossos recursos nas doenças cérebro-cardiovasculares, doenças metabólicas e oncológicas, áreas prioritárias de pesquisa e inovação da nossa companhia. Sendo o AVC umas das principais causas de mortalidade, morbidade e incapacidade no mundo, e a primeira em Portugal, representa claramente uma preocupação para nós, resultando num empenho constante para reforçar a solidez e consistência da eficácia e segurança das nossas opções terapêuticas neste âmbito, com o intuito de contribuir de forma efetiva para o combate ao AVC.

Stroke.pt: Quais as características diferenciadoras do posicionamento da Daiichi Sankyo na área cérebro-cardiovascular, sendo um *player* recente no mercado nacional?

Pedro Sequeira: A Daiichi Sankyo é uma empresa com mais de 100 anos de experiência clínica e está atualmente presente em mais de 20 países. No que se refere à sua entrada no mercado português, mais concretamente na área cérebro-cardiovascular, com a comercialização de um novo fármaco para prevenção do AVC em doentes com fibrilhação auricular (FA), a Daiichi Sankyo diferenciou-se desde logo pela sua forte aposta na investigação, desenvolvendo ensaios clínicos extensos e alargados, incluindo um grande número de doentes e com perfis diversificados. Refiro-me ao ENGAGE AF-TIMI 48, o maior e mais longo ensaio global de comparação de um anticoagulante oral direto *versus* varfarina, em doentes com fibrilhação auricular, com múltiplas subanálises, avaliando a eficácia e a segurança do edoxabano (inibidor direto do fator Xa, de administração oral, uma vez ao dia, comercializado em Portugal pela Daiichi Sankyo) em

diferentes populações de doentes, muitas das quais consideradas de risco acrescido. No que toca especificamente a este fármaco, utilizado no âmbito da prevenção do AVC, salientamos que a Daiichi Sankyo foi primeira empresa do setor a investigar o fator Xa e está claramente empenhada em alargar cada vez mais o conhecimento científico sobre o edoxabano, através de ensaios aleatorizados e controlados, registos e estudos não intervencionais, com o objetivo de gerar novos dados clínicos e da prática real sobre sua utilização nas diversas populações de doentes com FA. Esperamos envolver mais de 100 000 doentes neste programa de investigação, incluindo os estudos já concluídos, em curso, ou futuros.

Com programas de investigação cientificamente robustos, é possível consolidar e credibilizar os resultados dos estudos, transmitindo confiança aos profissionais de saúde nas opções terapêuticas disponibilizadas pela nossa companhia. A par deste posicionamento marcado pela solidez da nossa investigação, a Daiichi Sankyo apresenta-se como “Global Pharma Innovator”, uma companhia farmacêutica também orientada para a inovação. Trabalhamos diariamente para atingirmos este objetivo atuando na área social, económica e humana.

Stroke.pt: Em traços gerais, quais têm sido as principais ações implementadas pela companhia no que toca à formação e educação contínua dos profissionais de saúde e, paralelamente, na sensibilização da população?

Pedro Sequeira: A Daiichi Sankyo tem desenvolvido múltiplas ações formativas, informativas e de sensibilização, sobre os mais vários tópicos, enquadrados das nossas áreas patológicas prioritárias. Consideramos os doentes, os profissionais de saúde e os colaboradores como os principais interessados e procuramos desenvolver um diálogo aberto e transparente com cada um destes grupos. A empresa colabora com diversas organizações profissionais e de doentes, no sentido de aprofundar o conhecimento e promover a sensibilização relativamente a diversas doenças graves. As nossas apostas neste âmbito incluem a participação nos principais congressos nacionais das especialidades em causa, promovendo sessões temáticas contributivas para formação contínua dos profissionais de saúde, com o envolvimento de especialistas de reconhecido mérito ao nível nacional ou internacional; para além da organização, por iniciativa da

Daiichi Sankyo, de ações dirigidas a diferentes classes profissionais na área da Saúde, como sejam sessões clínicas, *workshops*, palestras, eventos institucionais, cursos e academias de formação, entre outros. Não menos importante, a Daiichi Sankyo Portugal tem envolvido hospitalares e profissionais portugueses em ensaios clínicos multicêntricos internacionais de elevado valor científico, para além da promoção de estudos nacionais para aprofundar o conhecimento sobre a nossa realidade, já concluídos, em curso ou previstos para um futuro próximo. Apoiamos também diferentes projetos dinamizados por sociedades científicas ou associações de doentes, que consideramos alinhados com os nossos valores e prioridades, em áreas diversas como investigação, comunicação e sensibilização.

Stroke.pt: De que forma a Daiichi Sankyo tem colaborado com a SPAVC na sua missão de promoção do conhecimento e de combate ao AVC?

Pedro Sequeira: Desde o lançamento do edoxabano em Portugal, a Daiichi Sankyo tem colaborado de forma regular e próxima com a Sociedade Portuguesa do AVC, apoiando esta entidade na sua nobre missão de prevenir e reduzir a mortalidade, morbidade e incapacidade devidas ao AVC, através da promoção do estudo, investigação e educação sobre esta doença. Desta forma, participamos todos os anos no Congresso Português do AVC, o maior congresso nacional dedicado a esta patologia, organizando simpósios, apoiando publicações e formatos de comunicação, para além da presença da nossa equipa no evento. Colaboramos também em outros projetos periódicos pontuais, como sejam a participação na revista informativa da SPAVC – Stroke.pt® – ou no âmbito de ações de sensibilização dirigidas ao público com vista a assinalar datas importantes, a saber: o Dia Nacional do Doente com AVC e o Dia Mundial do AVC. A Daiichi Sankyo apoiou em exclusivo o Manual Digital sobre AVC para jornalistas e participou também no Guia Prático sobre AVC dirigido à população, duas iniciativas inéditas e de extrema importância, às quais não poderíamos deixar de nos associar, uma vez que permitiram, certamente, o aumento da literacia em saúde e, por extensão, a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal. Este aspeto é muito relevante para nós, já que procuramos sempre encontrar formas inovadoras de cuidar dos doentes, mas é também parte da nossa missão deixar uma marca positiva em termos sociais.

ATIVIDADES FORMATIVAS E DE SENSIBILIZAÇÃO ASSINALAM DIA MUNDIAL DO AVC

No âmbito do Dia Mundial do AVC, que se assinala anualmente a 29 de outubro, a SPAVC apoiou cientificamente ou foi convidada a participar em quatro iniciativas diferentes em várias regiões do país.

/ Hospital Distrital de Santarém organizou debate multidisciplinar sobre Via Verde do AVC



A propósito desta efeméride de carácter internacional, o Hospital Distrital de Santarém (HDS) organizou o Simpósio de Via Verde do AVC no dia 24 de outubro, contando com o patrocínio científico da SPAVC. A edição de estreia deste encontro, que teve lugar na Escola Superior de Saúde de Santarém, promoveu um debate multidisciplinar sobre os temas que marcam a atualidade em matéria de prevenção, tratamento e reabilitação do AVC. Como afirmou o Enf.º Gonçalo Vital, membro da comissão organizadora e enfermeiro coordenador da Via Verde de AVC do HDS, “o dia foi de reflexão e discussão sobre a abordagem à doença cerebrovascular”. Durante

o dia, foram debatidas as principais áreas de intervenção na cadeia do AVC, incluindo a prevenção, o tratamento e a reabilitação da patologia cerebrovascular. Presidido pelo Prof. Castro Lopes, presidente da SPAVC, o simpósio contou ainda com uma sessão promovida por esta sociedade científica, subordinada à temática da prevenção primária. Enquadrado no âmbito das comemorações oficiais do 40.º aniversário do Serviço Nacional de Saúde, o simpósio acolheu a participação de um leque de “palestrantes nacionais de elevado mérito”, sublinhou o Enf.º Gonçalo Vital.

/ Centro Hospitalar do Médio Ave realizou a 2.ª Reunião do AVC

Foi com o objetivo de melhorar a prestação dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento do AVC, a qualidade dos cuidados prestados e o intercâmbio de conhecimentos que a equipa da Unidade de AVC (UAVC) do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA) promoveu a 2.ª Reunião do Acidente Vascular Cerebral do CHMA. Em jeito de comemoração do Dia Mundial do AVC, quis-se “dar voz a todos os profissionais envolvidos e promover o diálogo com vista a uniformizar procedimentos numa ótica de complementaridade”,

explicou a coordenadora da unidade e membro da comissão organizadora, Dr.ª Ana Luísa Cruz. O encontro aconteceu no Auditório da Biblioteca Municipal Camilo Castelo Branco, em Vila Nova de Famalicão, e vários profissionais de outras unidades hospitalares foram convidados a partilhar o seu testemunho. Foram tratados os mais diversos assuntos dentro de duas grandes temáticas: os avanços do tratamento do AVC na fase aguda e os cuidados na fase de reabilitação; à tarde, ainda houve tempo para dois *workshops* sobre disfagia e Via Verde AVC.



/ Portugal AVC apresentou a pintura como forma de reabilitação

Como forma de comemorar do Dia Mundial do AVC, a Portugal AVC - União de sobreviventes, familiares e amigos, promoveu, entre 29 de outubro e 17 de novembro, uma exposição coletiva de pinturas de nove sobreviventes de AVC. A mostra, que esteve exposta no Península Boutique Center, no Porto, veio reafirmar que há vida após o AVC.

“Apesar das sequelas, a realização pessoal e artística não fica em causa devido ao AVC e esta exposição é só mais uma prova”, garantiu o Dr. António Conceição, presidente da Portugal AVC. Quem visitou, pôde, através da arte, comprovar o papel que a mesma pode ter na reabilitação nos sobreviventes de AVC.



/ Sessão “AVC - Reconhecer, tratar e prevenir” alertou para o AVC na Trofa

Mesmo após o Dia Mundial do AVC, foram promovidas iniciativas comemorativas desta data. Uma delas aconteceu a 8 de novembro, no Fórum Trofa XXI, e foi dirigida a toda a população. Organizada pela Associação Neurotalks – que quer levar mais longe o conhecimento sobre as neurociências – a formação “AVC - Reconhecimento, tratamento e prevenção”,

alertou a população para a necessidade de reconhecer atempadamente os sinais de AVC e ativar rapidamente a emergência médica. Além destas informações, houve esclarecimentos relativamente ao prognóstico e foram partilhadas formas de prevenção do AVC. A sessão foi apresentada pelas médicas Sandra Moreira, do Hospital Pedro Hispano e Juliana Castelo, do Hospital Beatriz Ângelo



UAVC DO CHEDV / SANTA MARIA DA FEIRA: APOSTA EM EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES E CERTIFICAÇÃO A BREVE PRAZO ABREM CAMINHO A UM SERVIÇO DE EXCELÊNCIA



1ª fila em baixo: Assistente Tânia Bessa, Assistente Sara Marinheiro, Enf.ª Fernanda Almeida, Enf.ª Silvia Marques, Assistente Sofia Pinheiro, Enf.ª Vânia Silva, Enf.ª Neusa Sá, Enf.ª Sara Almeida e Enf.º Daniel Moreira | 2ª fila ao meio: Dr.ª Sandra Pinho, Enf.ª Tânia Amorim*, Enf.ª Adília Costa, Dr.ª Juliana Castelo*, Dr.ª Mariana Branco, Dr.ª Marta Lopes*, Dr.ª Rita Rodrigues, Dr.ª Sandra Moreira*, Dr.ª Catarina Silva Santos, Dr.ª Eva Brandão e Dr.ª Cátia Mateus | 3ª fila atrás: Enf.º Samuel Mota, Enf.ª Ana Gomes, Dr.ª Joana Leal, Dr. Bruno Guimarães, Dr. Luís Fontão, Dr.ª Renata Souto Silva, Prof. Luís Ruano, Dr. José Mário Roriz, Dr. Peter Grebe, Dr. Carlos Veira e Prof. José Leal Loureiro | *Elementos da UAVC à data da fotografia e entretanto alocados a outro serviço/hospital.

Inaugurada em 2015, a UAVC do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV) tem já um longo caminho percorrido, fruto de um intenso trabalho na criação, articulação e formação de equipas dedicadas, e um auspicioso futuro que decorre de vários projetos que abrem caminho a um serviço de excelência. Para tal, foi fundamental ter alicerces firmes, isto, é, desde 2007 que existiam protocolos de atuação no internamento, com um plano de formação para enfermeiros e médicos.

A Via Verde do AVC (VAVC) foi formalmente implementada no CHEDV em 2005 por iniciativa do Prof. Vítor Tedim Cruz e integra o Serviço de Neurologia, com a colaboração diária de elementos do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e do Serviço Social. Para o coordenador da UAVC, o Dr. José Mário Roriz, falta ainda limar muitas arestas. Mas são esses constrangimentos que constituem os desafios para o futuro. Para já, destaca as conquistas alcançadas pela UAVC do CHEDV,

entre as quais um “espaço e equipa de enfermagem próprios, com competências específicas em monitorização neurológica, AVC e reabilitação”.

Desde que a Unidade foi criada, foi também possível obter um apoio dedicado de especialistas de Medicina Física e de Reabilitação e do Serviço Social, com plano regular de reuniões multidisciplinares. O Dr. José Mário Roriz realça a “extensão dos cuidados diferenciados a doentes previamente internados na enfermaria de Medicina Interna ou transferidos aos Hospitais de Oliveira de Azeméis e Ovar”.

Outro aspeto sublinhado prende-se com a aquisição de uma central integrada de monitorização, de equipamentos próprios de Holter e de compressores pneumáticos intermitentes dos membros inferiores, além da certificação nacional e internacional em Neurosonologia, com aquisição de ecógrafo próprio e formação de vários elementos no Serviço. Também a criação de bases de dados estruturadas para

As atividades de formação junto dos médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência e de Cuidados Intensivos “são práticas regulares”, tanto mais que uma das metas que a UAVC persegue “é a progressiva melhoria dos tempos porta-agulha desde 2005, com medianas de 30-40’ nos últimos 2 anos”, afirma o Dr. José Mário Roriz, coordenador da UAVC

No internamento, “existe apoio diário, dedicado e exclusivo, de fisioterapia, terapia da fala, enfermagem de reabilitação e, desde há alguns meses, terapia ocupacional”, refere a Dr.ª Joana Leal, fisiatra responsável pela UAVC

registos de WAVC, altas e consultas de *follow-up* veio melhorar o desempenho da Unidade que coordena. “Temos ainda consulta multidisciplinar estruturada de seguimento por Neurologia, Enfermagem e Medicina Física e de Reabilitação, para todos os doentes internados por AVC e estabelecemos protocolos de articulação com a Neurorradiologia de Intervenção do CHVNG para trombectomia IA e procedimentos de angiografia diagnóstica e terapêutica”, sublinha o Dr. José Mário Roriz.

As atividades de formação junto dos médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência e de Cuidados Intensivos “são práticas regulares”, tanto mais que uma das metas que a UAVC persegue “é a progressiva melhoria dos tempos porta-agulha desde 2005, atualmente com medianas de 30-40’ nos últimos 2 anos”.

Na persecução de uma prestação de excelência, a equipa aguarda autorização para formalizar uma residência de 24h à UAVC e o apoio 24/7/365 à WAVC. No entanto, as apostas para o futuro não se esgotam na conclusão do processo de certificação. “Queremos melhorar a articulação com os meios pré-hospitalares, aumentar o número de doentes pré-notificados pelo INEM, para reduzir os tempos de latência até à triagem, assim como ajustar os fluxogramas de WAVC para permitir a triagem direta dos doentes à TC, encurtando os tempos porta-TC e porta-decissão”, refere o médico.

Na sua opinião, é ainda necessário desenvolver estratégias para agilizar o transporte inter-hospitalar, assegurar registos sistemáticos, consistentes e fidedignos nas várias bases de dados em funcionamento, assim como dar formação aos elementos da UAVC em ecocardiografia

dirigida e melhorar os protocolos de articulação com a Cardiologia para uma investigação etiológica precoce.

Num horizonte não muito distante está a “criação de uma consulta aberta de AIT/AVC minor, para assegurar investigação e orientação ambulatória atempada, em menos de 24h, dos doentes que não justifiquem internamento”. Outra aposta prende-se com o alargamento do internamento de MFR e a criação de uma unidade de retaguarda no CHEDV para suporte e reabilitação na fase pós-aguda de AVC. Por último, revela que pretendem “melhorar a articulação com a RNCC para a agilização das altas e redução das demoras médias de internamento”. A divulgação e educação na comunidade vai continuar a ser alvo de projetos e de um maior investimento no futuro próximo.

/ Objetivos: MFR quer apoio da Neuropsicologia na equipa

A visita do fisiatra à UAVC é diária. Geralmente, há um primeiro contacto precoce, no máximo dois dias após a admissão do doente no internamento, e, posteriormente, uma reavaliação. De acordo com a Dr.ª Joana Leal, fisiatra responsável pela UAVC, “num primeiro tempo prioriza-se a avaliação objetiva dos défices neurológicos, tenta-se perceber o contexto social prévio e é feita a prescrição de tratamentos para os diferentes profissionais que compõem a equipa de reabilitação”. Posteriormente, numa reavaliação, “pormenoriza-se o impacto funcional dos défices neurológicos em confrontação com o estado funcional prévio, numa tentativa de estabelecer precocemente a orientação do doente após alta hospitalar, nomeadamente, em termos de reabilitação”.

O acesso universal dos doentes a tratamentos de reabilitação, estruturados e diferenciados, continua a ser uma preocupação central. Neste sentido, no internamento, “existe apoio diário, dedicado e exclusivo de fisioterapia, terapia da fala, enfermagem de reabilitação e, desde há alguns meses, terapia ocupacional”, refere.

Em termos de reabilitação em regime ambulatório, explica que persistem maiores dificuldades, relacionadas com as contingências da articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados, Centro de Reabilitação do Norte e Clínicas Convencionadas com o SNS. Na sua ótica, “os tempos de espera continuam a ser longos e,

inerentemente, o acesso precoce a tratamentos de reabilitação pós-agudo é dificultado”.

Recentemente, fruto de uma reestruturação do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, consegue-se garantir a todos os doentes internados na UAVC reabilitação ambulatória diária, durante um período mínimo de um mês, com todas as valências do internamento. Acrescente a este aspeto positivo a realização de uma consulta multidisciplinar estruturada (Neurologia, Enfermagem de Reabilitação e Medicina Física e de Reabilitação), efetuada em simultâneo, para todos os doentes internados na UAVC.

No âmbito da reabilitação, a UAVC dispõe de fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, enfermagem de reabilitação e assistente social. Estes profissionais reúnem-se semanalmente com a restante equipa da UAVC. Uma das reuniões é feita com toda a equipa de reabilitação e, depois, são realizadas duas reuniões com fisiatra, neurologista, enfermagem de reabilitação e assistente social.

Para a Dr.ª Joana Leal, seria importante a curto/médio prazo alargar o internamento de Medicina Física e de Reabilitação, de forma a garantir cuidados de reabilitação numa fase pós-aguda de AVC. A médica gostaria ainda que a UAVC pudesse ter o apoio de Neuropsicologia, “com a implementação de reabilitação neuropsicológica holística para diminuir a incapacidade cognitiva e funcional na reabilitação pós-aguda precoce do AVC”. Considera que também haveria benefício se houvesse uma maior proximidade da equipa de reabilitação com o doente e cuidadores, através de projetos de educação na comunidade.

“Queremos melhorar a articulação com os meios pré-hospitalares, aumentar o número de doentes pré-notificados pelo INEM, para reduzir os tempos de latência até à triagem, assim como ajustar os fluxogramas de WAVC”





/ Conquistas: o tratamento endovascular “tem resultados inacreditáveis”

No CHEDV, a abordagem ao doente com AVC agudo é conduzida sempre por neurologistas do Serviço, entre as 8 e as 24h. No período complementar, esta abordagem cabe à equipa de emergência do centro hospitalar, explica o Dr. Luís Fontão, neurologista da UAVC. Também quando os doentes com AVC são internados no Serviço de Neurologia o acompanhamento é feito por neurologistas, mas este é partilhado com os colegas de Medicina Física e de Reabilitação até ao momento da alta.

Questionado sobre as principais dificuldades que sente, enquanto profissional, no tratamento da fase aguda do AVC, o médico neurologista frisa que “muitos doentes ainda chegam tarde ao hospital”. No caso do CHEDV, revela que a maioria demora 100 minutos desde o início dos sintomas. “Temos muito trabalho a realizar

neste aspeto”, admite. Acrescenta mesmo ser “incompreensível que, numa era de primor tecnológico, não sejamos sempre pré-notificados e conheçamos o processo do doente ainda antes da sua chegada”.

No capítulo das conquistas, destaca o tratamento endovascular, que tem proporcionado “resultados inacreditáveis”. Adianta que, graças a esta “revolução”, a equipa “está mais bem organizada, a tratar mais doentes, a tratar doentes muito mais complicados e a conseguir melhorias impressionantes na vida das pessoas”. A seu ver, os resultados têm sido tão animadores que motivam as equipas de profissionais, quer para a importância da celeridade da Via Verde, quer para a implementação de mais alterações geradoras de bons resultados.

Quanto à forma como a Neurologia se articula com a restante equipa da UAVC, o Dr. Luís Fontão garante que a atividade assistencial do Serviço de Neurologia não está segregada, ou seja, não há uma separação entre equipas. O conjunto de pessoas mais dedicadas à UAVC participa assim

“Gostaria que [a UAVC] fosse certificada pela ESO, com uma equipa a crescer e com muito entusiasmo para tratar o doente com AVC com as melhores técnicas disponíveis”,
Dr. Luís Fontão,
neurologista da UAVC

de uma discussão neurológica alargada. Por todas estas razões, antevê um futuro promissor no desempenho da UAVC do CHEDV: “gostaria que fosse certificada pela ESO, com uma equipa a crescer e com muito entusiasmo para tratar o doente com AVC com as melhores

/ Uma UAVC multidisciplinar que se estende para lá das suas instalações

São tendencialmente admitidos à UAVC todos os doentes com AVC agudo e com expectativa de benefício funcional (mRS basal ≤ 3), a cargo dos vários médicos do Serviço de Neurologia. É assegurada a realização precoce de ecodoppler cervical e transcraniano, bem como uma avaliação célere pela MFR e Serviço Social e o apoio diário de fisioterapeutas e enfermeiros de reabilitação. Há briefings diários e reuniões multidisciplinares semanais envolvendo neurologistas,

enfermeiros, fisiatras e assistente social. Todos os doentes são revistos após alta por especialistas de Neurologia, Fisiatria e Enfermagem.

A nível externo, a UAVC tem colaborado com a Associação Portugal AVC na dinamização do GAM – Grupo de Ajuda Mútua do CHEDV – desenvolvendo também a iniciativa “Pare o AVC”, de sensibilização dos sinais de alerta e na rede de contactos dos doentes assistidos no CHEDV. Por outro lado, tem protocolos de articulação intra-hospitalares com a Medicina

Intensiva, Medicina Interna, Cardiologia, Neurorradiologia, Neurocirurgia e Cirurgia Vascular; e também extra-hospitalares, com a Unidade de Neurorradiologia do Hospital Trofa Saúde São João da Madeira e com a equipa de Neurorradiologia de Intervenção do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. A equipa tem participado em vários ensaios clínicos na área do AVC: ECASS3, IST3, Ictus, MACSI, Carolina, Impact-24B, Respect-ESUS e Respect-CVT.

Os cuidados centram-se na “avaliação e monitorização contínua do estado de consciência, défices neurológicos e parâmetros vitais”, dando também “especial ênfase à prevenção de complicações neurológicas, sem esquecer outras relacionadas com a problemática do doente internado e dependente”,

Enf.^a Chefe Neusa Sá

técnicas disponíveis”. Estando prevista a individualização de um espaço com condições equiparadas a UCI de Nível II, argumenta que “basta a vontade do CHEDV de acompanhar o entusiasmo dos profissionais envolvidos na atividade clínica da UAVC”.

/ Autonomia: Enfermagem está preparada para assumir papel mais preponderante

Os cuidados de Enfermagem são também peças fundamentais para o bom funcionamento da UAVC, tendo início no momento da admissão até à alta. Face à avaliação efetuada, são planeados os cuidados a serem prestados ao longo do internamento. Segundo a Enf.^a Chefe da UAVC, Neusa Sá, existem protocolos de avaliação e interven-

ção que visam a atuação precoce, no sentido de garantir a estabilidade hemodinâmica, detetar atempadamente agravamento de défices neurológicos, prevenir e potenciar a recuperação.

A responsável de Enfermagem explica que, na fase aguda, os cuidados centram-se na “avaliação e monitorização contínua do estado de consciência, défices neurológicos e parâmetros vitais”, dando também “especial ênfase à prevenção de complicações neurológicas, sem esquecer outras relacionadas com a problemática do doente internado e dependente”. Ou seja, o trabalho incide na avaliação da capacidade de deglutição, na mobilização precoce, na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e prevenção de complicações associadas à imobilidade condicionada pelo repouso necessário nas primeiras horas do evento. O programa de reabilitação começa nas primeiras horas de internamento, desde que a estabilidade de clínica o permita.

A principal dificuldade dos profissionais de Enfermagem prende-se com a ausência de um sistema de informação que sustente as intervenções autónomas dos enfermeiros, sem os quais não é possível demonstrar os ganhos em saúde obtidos. “O facto de não termos neurologista permanente durante 24 horas é também um aspeto negativo. Outra dificuldade, atualmente em resolução, prende-se com a escassez de equipamentos disponíveis para uma monitorização efetiva na fase aguda”, confessa a Enf.^a Chefe Neusa Sá.

A intervenção da Enfermagem de reabilitação tem sido crucial, estando presente exclusivamente para reabilitação durante o período diurno (12h) em dias úteis. No entanto, neste momento, não dispõe de recursos humanos suficientes nem autorização superior para alargar estes cuidados diferenciados aos restantes dias. Sublinha, no entanto, que a equipa de Enfermagem é autónoma e tem formação específica na

área, com conhecimento dos protocolos existentes e com boas práticas face às intercorrências que possam surgir. Aliás, a Enf.^a Chefe faz questão de frisar que a equipa de Enfermagem está recetiva à realização de formação contínua na área do doente vascular, pelo que é habitual marcar presença em vários eventos, com apresentação de trabalhos científicos desenvolvidos na unidade.

Sobre a articulação entre a equipa de enfermagem e a UAVC, garante que “tem sido excelente”, uma vez que são realizadas reuniões multidisciplinares regulares onde é discutida a situação clínica dos doentes, a sua evolução e a orientação após a alta. “Privilegiamos o diálogo entre pares numa perspetiva de complementaridade funcional”, assegura.

As suas maiores ambições enquanto membro da UAVC é que esta se possa assumir como uma unidade de referência da área geográfica onde está inserida. “É nosso objetivo continuar a acompanhar as guidelines que sustentam as boas práticas baseando as nossas intervenções na evidência científica. Pretendemos investir na produção científica, demonstrando os ganhos obtidos com cuidados diferenciados. Seria também importante a existência de uma rede de suporte eficaz na comunidade capaz de receber o doente dependente, minorando os problemas sociais com que nos deparamos atualmente”, remata.

/ Em números

/ Doentes atendidos:

Média de ~500 doentes/ano internados na UAVC nos últimos 2 anos para uma população estimada de ~340.000 habitantes.

/ Doentes atendidos em Via Verde AVC:

Média de 400-450 ativações/ano registadas formalmente na Triagem de Manchester nos últimos 2 anos.

/ Número de Camas:

8 camas de AVC agudo, com disponibilidade de até 8 camas monitorizadas adicionais para doentes subagudos.

/ Média de internamento em dias:

Demoras médias de internamento de ~12 dias nos últimos 2 anos, englobando a fase aguda e subaguda do AVC.

/ Fibrinólise:

Estimadas ~135 trombólises IV/ano para 2019, em acréscimo progressivo desde 2017.

/ Trombectomias:

Estimadas ~85 trombectomias IA/ano para 2019, em acréscimo progressivo desde 2017.

/ Tempos médios porta-agulha:

Medianas porta-agulha de 37,5' e DIDO (door-in door-out) de 95' no primeiro semestre de 2019.

/ Rating de excelência clínica do SINAS:

Nível 2+ no relatório de 2017



ELEVADAS EXPECTATIVAS PARA O 14.º CONGRESSO PORTUGUÊS DO AVC



■ **Dr.ª Marta Carvalho**

Presidente da Comissão Organizadora do Congresso

O programa do 14º Congresso Português do AVC já se encontra finalizado e disponível no site da SPAVC (www.spavc.org). Como habitualmente, foi elaborado pela Direção da SPAVC, com a colaboração de uma rigorosa Comissão Científica. Irá decorrer no Centro de Congressos do Sheraton Porto Hotel, nos dias 6, 7 e 8 de fevereiro de 2020. Escolheram-se temas que abordassem as diferentes fases da doença vascular cerebral, de forma a que todos os profissionais de saúde que lidam com doentes com esta patologia saíssem valorizados com a frequência do congresso. Saliento que o Congresso Português do AVC é, por excelência, o local de troca de experiências profissionais, quer em sessões formais quer nas conversas informais dos intervalos, contribuindo para o enriquecimento científico de quem o

frequenta. À semelhança dos anos anteriores, os temas transversais a todas as áreas de conhecimento relacionadas com o AVC irão ser abordados por especialistas de renome, quer nacionais quer estrangeiros.

Iremos ter diariamente três sessões temáticas multidisciplinares que versarão a hipertensão e AVC, os antitrombóticos na prevenção de AVC, a evolução dos processos de decisão no tratamento do AVC agudo, assuntos de saúde pública relevantes relacionados com o AVC, a doença cerebral na comunidade, a colateralização como ponto essencial no tratamento do AVC, a reabilitação pós AVC, a transição de cuidados de reabilitação e ainda a sessão dos JSPAVC que versará o futuro do tratamento do AVC muito precoce. Relativamente a conferências, que este ano se-

rão seis, teremos vários preletores mundialmente conhecidos: Zhengming Chen, Juan Arenillas, Charles Wolfe, Claudio Bassetti, Eric Juttler e Bart van der Worp. Irão abordar temas diversos como os fatores de risco genéticos e ambientais para AVC, doença não aterosclerótica de grandes vasos intracranianos, o peso do AVC na Europa, AVC e sono, a abordagem do edema cerebral no AVC agudo e o futuro do tratamento do AVC na Europa. Este último tema será abordado na conferência de encerramento.

O Projecto *Angels* em Portugal terá direito a uma sessão específica na primeira manhã.

O Congresso terá este ano um cariz comemorativo especial uma vez que a SPAVC assinala os 15 anos de existência. O Dr. Miguel Rodrigues, membro da Direção da SPAVC, terá a seu cargo a conferência alusiva na sessão de abertura.

Haverá ainda lugar para sessões de apresentação de comunicações orais, casos clínicos e cartazes. Serão atribuídos prémios para as três melhores comunicações orais; um prémio para a melhor apresentação oral em caso clínico; dois prémios para as duas melhores apresentações sob a forma de cartaz; um prémio multiprofissional; e um prémio destinado a premiar a melhor celebração do Dia Nacional do Doente com AVC em 2019 [consultar notícia da página 17 para mais detalhes sobre os Prémios].

Teremos ainda três simpósios apoiados pela Indústria Farmacêutica, a qual estará também presente com *stands* expositores.

O Curso Interativo de AVC isquémico na fase aguda irá decorrer no dia 8 à tarde, sendo destinado sobretudo a internos. Em simultâneo decorrerá a tradicional sessão de Informação à População coordenada pelo Professor Castro Lopes e que irá encerrar em grande o Congresso.

Apelamos à sua participação neste 14º Congresso Português do AVC, que será seguramente uma mais valia na sua formação contínua em doença vascular cerebral!

SAVE THE DATE

QUINTA-FEIRA, 6 DE FEVEREIRO DE 2020

SIMPÓSIO BOEHRINGER INGELHEIM no 14.º Congresso Português do AVC

TEMA: “IMPROVING OUTCOMES IN AF AND T2D | STROKE PREVENTION AND BEYOND”

Moderador: Prof. João Sargento Freitas (CHUC)

Palestrantes: Dr. Jorge Ferreira (Hospital de Santa Cruz) e Dr.ª Liliana Costa (CHAM)



8 DIVULGAÇÕES PARA MEDIA

COMUNICADOS:

2 DE AGOSTO

“Neurologista portuguesa eleita para o *Board of Directors* da Organização Europeia do AVC”

25 DE SETEMBRO

“Profissionais das Unidades de AVC de todo o país reúnem em Lisboa para debater os desafios atuais do tratamento do AVC”

10 DE OUTUBRO

“Santarém discute o estado da arte da doença cerebrovascular no âmbito do Simpósio de Via Verde AVC”

22 DE OUTUBRO

“Dia Mundial do AVC: Uma em cada quatro pessoas vai sofrer um AVC ao longo da vida”

14 DE NOVEMBRO

“Sociedade Portuguesa do AVC promove investigação em doença vascular cerebral”

6 DE DEZEMBRO

“14.º Congresso Português do AVC debate temas desde a prevenção e tratamento, até à reabilitação do AVC”

20 DE DEZEMBRO

“SPAVC promove Curso Interativo de AVC na fase aguda”

ARTIGOS:



8 DE NOVEMBRO

/ Dia Europeu da Alimentação e da Cozinha Saudáveis

“Top mais e menos de uma alimentação saudável”

Dr.ª Sandra Alves,
Médica e Nutricionista

/ Resultados



6 presenças em TV



97 artigos *online*



12 013 seguidores



33 artigos impressos



181 seguidores



11 185 seguidores



4 participações em rádio



741 seguidores

+ de 386 000 pessoas alcançadas

