

# 18º Congresso Português do AVC

1 a 3 fevereiro de 2024 | Porto, Portugal

Uma organização:



## LIVRO DO CONGRESSO

# FICHA TÉCNICA

## PROPRIEDADE:



## Sociedade Portuguesa do AVC

Rua de Cervantes, 388-398  
4050-186 Porto, Portugal

Telefones: 226168681/2  
Telemóvel: 936168682

E-mail geral:  
[info@spavc.org](mailto:info@spavc.org)

E-mail da Direcção:  
[dir@spavc.org](mailto:dir@spavc.org)

E-mail do secretariado:  
[secretariado@spavc.org](mailto:secretariado@spavc.org)

[www.spavc.org](http://www.spavc.org)

[facebook.com/soc.por.avc](https://facebook.com/soc.por.avc)

## COORDENAÇÃO E REVISÃO:

Patrícia Rebelo  
([gabineteimprensa@spavc.org](mailto:gabineteimprensa@spavc.org))

Paula Barbosa  
([secretariado@spavc.org](mailto:secretariado@spavc.org))

## DESIGN E PAGINAÇÃO:

Sofia Rebelo  
([sofiavrebello@gmail.com](mailto:sofiavrebello@gmail.com))

*Os resumos foram revistos pela Comissão Organizadora do 18º Congresso Português do AVC e serão publicados na Revista SINAPSE*

## PRESIDENTE DO CONGRESSO

Vítor Tedim Cruz

## PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA

Patrícia Canhão

## COMISSÃO ORGANIZADORA

Marta Carvalho (Presidente)  
Alexandre Amaral e Silva  
Diana Aguiar de Sousa  
João Sargento Freitas  
Vítor Tedim Cruz  
Cristina Duque  
(em representação do grupo J-SPAVC)

## PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS



*"This meeting is endorsed by the European Stroke Organization. It is open to all who are interested in cerebrovascular diseases"*

---

# ÍNDICE GERAL

	Pág.
<a href="#">Órgãos do Congresso</a> .....	4
<a href="#">Convidados</a> .....	5
<a href="#">Notas biográficas convidados</a> .....	8
<a href="#">Cursos Pré e Pós-Congresso</a> .....	13
<a href="#">Programa</a> .....	15
<a href="#">Resumos de Apresentações</a> .....	20
<a href="#">Resumos de Casos Clínicos</a> .....	32
<a href="#">Resumos de Comunicações Orais</a> .....	39
<a href="#">Resumos de Posters</a> .....	67

---

# ÓRGÃOS DO CONGRESSO

## **PRESIDENTE DO CONGRESSO**

Vítor Tedim Cruz

## **PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA**

Patrícia Canhão

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

Marta Carvalho (Presidente)

Alexandre Amaral e Silva

Diana Aguiar de Sousa

João Sargento Freitas

Vítor Tedim Cruz

## **COMISSÃO DE REVISÃO DE TRABALHOS**

Alexandre Amaral e Silva

Ana Aires

Ana Alves

Ana Amélia Pinto

Ana Catarina Fonseca

Ana Paiva Nunes

Ana Paula Fidalgo

Ângelo Carneiro

Carla Ferreira

Cátia Carmona

Cristina Duque

Denis Gabriel

Diana Aguiar de Sousa

Diana Melancia

Eduarda Afonso

Elisa Campos Costa

Elsa Azevedo

Fernando Pinto

Fernando Pita

Gabriela Lopes

Gustavo Cordeiro

Hipólito Nzwallo

Hugo Dória

Isabel Fragata

Isabel Taveira

Joana Teles

João Patrício Freitas

João Paulo Branco

João Pedro Marto

João Pinho

João Sargento Freitas

Jorge Jacinto

Jorge Poço

José Mário Roriz

Liliana Pereira

Luísa Biscoito

Luísa Fonseca

Luísa Rebocho

Manuel Correia

Maria José Festas

Mariana Dias

Marta Carvalho

Miguel Rodrigues

Patrícia Canhão

Pedro Abreu

Pedro Cantista

Ricardo Varela

Rui Felgueiras

Sebastião Barba

Sofia Calado

Teresa Pinho e Melo

Vítor Tedim Cruz

## **JÚRI DOS PRÉMIOS**

Patrícia Canhão (Presidente)

Marta Carvalho

João Sargento Freitas

## **JÚRI DAS COMUNICAÇÕES ORAIS**

Gustavo Santo

Luísa Fonseca

Helena Febra

José Mário Roriz

Luísa Rebocho

Ângelo Carneiro

Marta Rodrigues

Teresa Pinho e Melo

Ana Paiva Nunes

Hipólito Nzwallo

Sofia Calado

Joana Teles Sarmento

Pedro Abreu

João Patrício Freitas

## **JÚRI DAS COMUNICAÇÕES ORAIS | CASOS CLÍNICOS**

Catarina Perry

Teresa Fonseca

Ricardo Varela

## **JÚRI DOS POSTERS**

Ana Paula Fidalgo

Gabriela Lopes

João Pedro Marto

Luísa Biscoito

Maria José Festas

Fernando Pita

Ana Gomes

Diana Melancia

Catarina Branco

Ana Amélia Pinto

Cristina Duque

José Manuel Amorim

Ana Filipa Neves

Cristina Machado

Jorge Poço

Socorro Piñeiro

Ana Zão

Pedro Alves

## **JÚRI PRÉMIO MULTIPROFISSIONAL**

Helena Febra

José Mário Roriz

Luísa Rebocho

Joana Teles Sarmento

Pedro Abreu

João Patrício Freitas

Maria José Festas

Fernando Pita

Catarina Branco

Ana Amélia Pinto

Cristina Duque

José Manuel Amorim

Jorge Poço

Socorro Piñeiro

Ana Zão

Pedro Alves

## **JÚRI PRÉMIO MELHOR COMEMORAÇÃO DIA NACIONAL DO AVC (2023)**

João Sargento Freitas (Presidente)

Alexandre Amaral e Silva

Denis Gabriel

# CONVIDADOS

ALEXANDRE AMARAL E SILVA	Neurologia, Hospital Cuf Tejo, Lisboa
ANA AIRES	Neurologia, CHUSJ, Hospital de S. João, Porto
ANA AMÉLIA PINTO	Neurologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora
ANA CATARINA BRÁS	Neurologia, CHUC, Coimbra
ANA FILIPA NEVES	Fisiatria, HFF, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora
ANA GOMES	Medicina Interna, CHTV, Hospital de São Teotónio, Viseu
ANA LEBREIRO	Cardiologia, CHUSJ, Hospital de S. João, Porto
ANA PAIVA NUNES	Medicina Interna, CHULC, Hospital de São José, Lisboa
ANA PAULA FIDALGO	Medicina Interna, CHUA, Faro
ANA ZÃO	Fisiatria, CHUP, Hospital Santo António, Porto
ÂNGELO CARNEIRO	Neurorradiologia, Hospital de Braga
BART VAN DER WORP	Neurologist, University Medical Center in Utrecht, the Netherlands
CARLA BENTES	Neurologia, CHULN, Hospital de Santa Maria, Lisboa
CARLA FERREIRA	Neurologia, Hospital de Braga
CATARINA BRANCO	Fisiatria, CHEDV, Hospital de São Sebastião, Santa Maria da Feira
CATARINA FONSECA	Neurologia, CHULN, Hospital de Santa Maria, Lisboa
CATARINA PERRY	Neurorradiologia, CHULC, Hospital de S. José, Lisboa
CRISTINA DUQUE	Neurologia, ULSM, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos
CRISTINA MACHADO	Neurologia, CHUC, Coimbra
DANIELA CARNEVALE	Professor of Applied Medical Technologies, Dept. of Molecular Medicine, Faculty of Pharmacy and Medicine, "Sapienza" University of Rome
DENIS GABRIEL	Neurologia, CHUP, Hospital de Santo António, Porto
DIANA AGUIAR DE SOUSA	Neurologia, CHULC, Hospital de S. José, Lisboa
DIANA MELANCIA	Neurologia, CHULC, Hospital de S. José, Lisboa
ELSA AZEVEDO	Neurologia, CHUSJ, Hospital S. João, Porto
ESPEN KRISTOFFERSEN	Associate professor, Department of General Practice, HELSAM, University of Oslo, Senior consultant, Department of Neurology, Akershus University Hospital, Norway
FERGUS DOUBAL	Honorary Reader in Stroke Medicine, University of Edinburgh
FERNANDO PINTO	Cardiologia, CHEDV, Hospital de São Sebastião, Santa Maria da Feira
FERNANDO PITA	Neurologia, Hospital Dr. José de Almeida, Cascais
FRANCISCO ARAÚJO	Medicina Interna, Hospital Lusíadas, Lisboa
GABRIELA LOPES	Neurologia, CHUP, Hospital de Santo António, Porto
GEORGIOS TSIVGOULIS	Professor & Chairman of Second Department of Neurology, School of Medicine, National & Kapodistrian University of Athens, "Attikon" University Hospital, Athens, Greece

---

GUSTAVO SANTO	Neurologia, CHUC, Coimbra
HELENA FEBRA	Medicina Geral e Familiar, Coordenadora GEDCV da APMGF
HIPÓLITO NZWALO	Neurologia, CHUA, Hospital de Faro
HUGO DÓRIA	Neurorradiologia, SESARAM, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal
JANINA FONTOURA	Neuropsicologia, Hospital da Prelada
JOANA TELES SARMENTO	Fisiatria, HSOG, Guimarães
JOÃO MORAIS	Cardiologia, CHL, Hospital de Santo André, Leiria
JOÃO PATRÍCIO FREITAS	Medicina Interna, SESARAM, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal
JOÃO PEDRO MARTO	Neurologia, CHLO, Hospital de Egas Moniz, Lisboa
JOÃO PINHO	Neurologia, RWTH Aachen University · Department of Neurology
JOÃO SARAIVA	Neurroradiologia, Hospital de Braga
JOÃO SARGENTO FREITAS	Neurologia, CHUC, Coimbra
JOÃO VASCO SANTOS	Saúde Pública, CINTESIS
JOHANNES KAESMACHER	Attending physician, University Clinic, Bern, Switzerland
JORGE POÇO	Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Macedo de Cavaleiros
JOSÉ FERRO	Neurologia, FMUL, Lisboa
JOSÉ MANUEL AMORIM	Neurroradiologia, Hospital de Braga
JOSÉ MÁRIO RORIZ	Neurologia, CHEDV, Hospital de São Sebastião, Santa Maria da Feira
LUÍSA BISCOITO	Neurroradiologia, CHULN, Hospital de Santa Maria, Lisboa
LUÍSA FONSECA	Medicina Interna, CHUSJ, Hospital S. João, Porto
MANUEL CORREIA	Neurologia, CHUP, Hospital de Santo António, Porto
MARCOS BARBOSA	Neurocirurgia, CHUC, Coimbra
MARIA JOSÉ FESTAS	Fisiatria, CHUSJ, Hospital de S. João, Porto
MARTA CARVALHO	Neurologia, CHUSJ, Hospital de S. João, Porto
MARTA RODRIGUES	Neurroradiologia, CHVNGE, Gaia
MIGUEL RODRIGUES	Neurologia, HGO, Hospital Garcia de Orta, Almada
MIGUEL VIANA BATISTA	Neurologia, CHLO, Hospital de Egas Moniz, Lisboa
MIRA KATAN	Head of Stroke Unit, Board Dept. of Neurology, University Hospital of Zurich, Switzerland
PATRÍCIA CANHÃO	Neurologia, CHULN, Hospital de Santa Maria, Lisboa
PAULA AMORIM	Fisiatria, Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais
PEDRO ABREU	Neurologia, CHUSJ, Hospital de S. João, Porto
PEDRO ALBERTO SILVA	Neurocirurgia, CHUSJ, Hospital de S. João, Porto
PEDRO ALVES	Neurologia, CHULN, Hospital de Santa Maria, Lisboa
PEDRO CANTISTA	Fisiatria, CHUP, Hospital Santo António, Porto, Professor Catedrático Convidado do ICBAS - Universidade do Porto
PEDRO CASTRO	Neurologia, CHUSJ, Hospital de S. João, Porto
RENATO NUNES	Fisiatria, Presidente da Sociedade Portuguesa de MFR / Director do Serviço de MFR do Hospital Dr. Domingos Braga da Cruz (Hospital da Prelada)
RICARDO VARELA	Neurologia, CHUP, Hospital de Santo António, Porto
ROBIN LEMMENS	Professor neurologist and the head of the stroke unit at the University Hospitals Leuven
ROGÉRIO FERREIRA	Medicina Interna, CHUC, Coimbra

---

ROSA DE PINHO	Medicina Geral e Familiar, USF Vale do Vouga, São João da Madeira
SOCORO PINERO	Neurologia, Clínica Cuf Torres Vedras
SOFIA CALADO	Neurologia, CHLO, Hospital de Egas Moniz, Lisboa
TERESA FONSECA	Medicina Interna, CHULN, Hospital Pulido Valente, Lisboa
TERESA PINHO E MELO	Neurologia, CHULN, Hospital de Santa Maria, Lisboa
TERRENCE QUINN	David Cargill Chair and Honorary Consultant Physician in Geriatric and Stroke, University of Glasgow Medicine
TIAGO ESTEVES FREITAS	Medicina Interna, SESARAM, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal
URS FISCHER	Professor of Neurology, University Hospital Basel
VÍTOR TEDIM CRUZ	Neurologia, ULSM, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos
WIM H. VAN ZWAM	Interventional Radiologist, Maastricht University Medical Centre, The Netherlands

# NOTAS BIOGRÁFICAS CONVIDADOS



## JOSÉ MANUEL MORÃO CABRAL FERRO

(convidado da Sessão de Abertura)

José Manuel Morão Cabral Ferro nasceu em Lisboa no dia 22 de outubro de 1951. O Professor Catedrático Jubilado foi Diretor da Clínica Universitária de Neurologia e Presidente do Conselho de Escola, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), bem como Diretor do Departamento de Neurociências e do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria - (CHULN/HSM). Formou-se em Medicina em 1975, concluindo o Doutoramento em Neurologia em 1986. Pertenceu ao Instituto de Medicina Molecular como investigador principal e enquanto Diretor da Unidade Neurológica de Investigação Clínica. O seu contributo para a Neurologia foi inestimável, tendo criado, em 1985, uma das primeiras equipas de atendimento aos doentes com AVC em Portugal, que, em 2001, deu origem à Unidade de AVC do CHULN/HSM.

Dedicado ao estudo da Doença Vascular Cerebral, exerceu funções de relevo, dentro e fora de portas. Assumiu a presidência da *European Neurological Society* de 2008 a 2010 e pertenceu ao quadro diretivo da *World Stroke Organization* e *European Stroke Organisation*. Ainda a nível internacional foi membro Honorário da *Société Française de Neurologie*, membro da *ENS-EFNS Transition Task Force*, membro Honorário e membro Individual da Assembleia Geral do *International Liaison Committee Member* e do *Stroke Panel* da EAN e membro da *Sub-Saharan Africa Task Force*, EAN. Fez parte da organização de reuniões científicas como Membro do Comité Científico e Membro do Comité de Programa, foi *Conference Chairman* da 10<sup>th</sup> e da 12<sup>st</sup> *European Stroke Conference* (2001; 2012) e do 21<sup>st</sup> *Meeting da European Neurological Society* (2011), e foi coordenador e co-autor de *NOC's* e *Guidelines* Europeias. Entre 2015 e 2019, pertenceu ao *Scientific Panel for Health* do *Directorate-General for Research and Innovation (Directorate E-Health)* da Comissão Europeia.

No plano nacional, pertenceu à Direção da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, foi Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia, foi Presidente do Grupo de Estudos de Doenças Cerebrovasculares da Sociedade Portuguesa de Neurologia e ainda pertenceu à Comissão Científica das associações de doentes Portugal AVC e Cavernoma Portugal. Foi responsável pela implementação da *Via Verde* do AVC em colaboração com a Tutela e o INEM e pelas Normas de Orientação Clínica para as Unidades de AVC, no âmbito da Direção-Geral de Saúde.

Também foi membro de múltiplos júris, incluindo de provas académicas na FMUL, noutras universidades portuguesas e em universidades de Espanha, França e Países-Baixos, e de vários prémios científicos, nomeadamente dos Prémios Santa Casa Neurociências (2017-22).

A sua carreira destaca-se ainda pelo trabalho de investigação, a que se dedica desde o doutoramento. Participou em diferentes projetos de investigação e ensaios clínicos, como coordenador ou membro de equipas, publicou dezenas de livros e de artigos em revistas internacionais e nacionais, com arbitragem científica, somando ainda a atribuição de mais de 20 prémios e outras distinções ao longo da sua carreira. Foi investigador principal (Global) dos ensaios clínicos RE-SPECT CVT e EXCOA-CVT, investigador principal, coordenador nacional, membro de *Steering Committee*, *Executive Committee* e *Adjudication Committee* de ensaios clínicos patrocinados pela Indústria e pela Academia.

Foi um autor prolífico, com participação em inúmeras publicações de prestígio, tendo sido membro do "Editorial Board" das revistas *Stroke*, *Cerebrovascular Diseases*, *European Stroke Journal*, *Journal of Neurology*, *European Journal of Neurology* e *Sinapse*, e revisor para diversas outras revistas científicas de Neurologia e Doença Cerebrovascular.

Com quase 400 artigos publicados em revistas e jornais científicos de referência internacional, em 2022, o seu nome foi destacado pela *Research.com*, plataforma de pesquisa para investigadores, onde constam artigos de proeminentes cientistas de todo o mundo, onde é publicado um *ranking* anual dos autores mais pesquisados. No ano passado, o seu nome ocupou o primeiro lugar entre os investigadores portugueses, com 41 796 citações. O neurologista foi ainda reconhecido com o prémio *Medicine Leader Award 2023*, atribuído pela mesma entidade.

**BART VAN DER WORP**

Bart van der Worp is a neurologist with a special interest in cerebrovascular diseases at the University Medical Center in Utrecht, the Netherlands. He has been (co-)Chief Investigator of the randomised stroke trials HAMLET, PAIS, COOLIST, VAST, APACHE-AF, and MR ASAP and is Chief Investigator of PRECIOUS. He is a member of the Dutch CONTRAST consortium which aims to identify and test new treatments for patients with acute ischaemic stroke or intracerebral haemorrhage. He is former President of the European Stroke Organisation.

---

**DANIELA CARNEVALE**

Daniela Carnevale graduated in Biological Sciences at Sapienza University and completed her training in Neuroimmunology at the Italian Institute of Health, receiving her PhD in Neuroscience in 2010. Recruited at IRCCS Neuromed as PostDoc, in 2012 she joined Sapienza University as Assistant Professor. Associate Professor and Head of the Research Unit of Neuro and Cardiovascular Immunology in 2018, she was appointed Full Professor in 2020 through direct call by the Italian Ministry of Education, University and Research for winning a high-level research grant (European Research Council ERC SymPAthY). Author of 69 publications in highly qualified journals, Prof. Carnevale is Associate Editor of Cardiovascular Research and Editor of the Early Career Section of Hypertension. Funded by various granting agencies, Carnevale was awarded nearly 5 million € from national and international granting agencies in the last 10 years. Her research focuses on elucidating how the nervous system modulates the immune response involved in hypertension and related cardiovascular diseases.

---

**ESPEN SAXHAUG KRISTOFFERSEN**

Associate professor, Department of General Practice, University of Oslo. Norwegian representative International Headache Society and European Headache Federatio. European Academy of Neurology (EAN) Scientific Panel Headache. Board member of the International Headache Society (IHS) Trainees and Residents Special Interest Group. Academic interests: General Practice, Neurology, Headache incl. migraine, Medication overuse, addiction, dependency-related behaviour, Screening and Brief Intervention, Medical out-of-hour services, Mountain medicine, wilderness medicine, rescue medicine.

---

**FERGUS DOUBAL**

Fergus Doubal, Honorary Reader in Stroke Medicine, University of Edinburgh & Consultant Stroke Physician and Geriatrician, Royal Infirmary of Edinburgh, funded by the Stroke Association and Garfield Weston Foundation. His main research interests are in cerebral small vessel disease, specifically building on his Wellcome funded PHD investigating the role of retinal imaging in determining brain pathophysiology, MRI based cerebrovascular reactivity, assessing complex symptom burden including cognition, randomized trials of novel therapies and determining what matters to patients in trials.

**GEORGIOS TSIVGOULIS**

Professor & Chairman of Second Department of Neurology, School of Medicine, National & Kapodistrian University of Athens, “Attikon” University Hospital, Athens, Greece. Visiting Professor, Department of Neurology, University of Tennessee Health Science Center, Memphis, TN, USA. General Secretary of the Hellenic Society of Cerebrovascular Diseases. President of the Hellenic Neurological Society. Vice-President of European Stroke Organization.

---

**JOHANNES KAESMACHER**

Johannes Kaesmacher trained at the Technical University of Munich. Currently, he works at the University Institute of Diagnostic and Interventional Neuroradiology as well as the University Institute of Diagnostic, Interventional, and Pediatric Radiology at the University Hospital Bern (Switzerland). He is involved in the research group “Acute stroke interventions and hyperacute imaging” at the Stroke Research Center in Bern. His research focuses on the value of thrombolysis in contemporary mechanical thrombectomy and endovascular stroke treatment in borderline indication groups.

---

**MIRA KATAN**

Head of the Stroke Unit/ Deputy Head Neurological Emergencies University Hospital of Basel, Department of Neurology, Basel, Switzerland. “Titularprofessur”, University of Basel (Unibas), Switzerland. Scientific Reviewing Activities: Associated Editor of the AHA Journal STROKE (16/204 in clinical Neurology); Editorial Board member of the AAN Journal NEUROLOGY (10/204 in Neurology); Editorial Board member of the European Stroke Journal; Since 2019 Secretary General of the Swiss Stroke Society. Since 2020 Board Member of the “Zurich Center for Integrative Human Physiology (ZIHP)”.

---

**ROBIN LEMMENS**

Prof. Robin Lemmens is a neurologist with specific certification in rehabilitation and the head of the stroke unit at the University Hospitals Leuven. He graduated from the KU Leuven Medical School in 2003, obtained his PhD in 2009 and finished his residency in Neurology in 2010. His main research interests are imaging of acute stroke focusing on the role of MRI and CT perfusion for prediction of outcome including artificial intelligence and stroke recovery.



### TERENCE J QUINN

Terry holds the post of David Cargill Chair and Honorary Consultant Physician in Stroke and Geriatric Medicine. Terry has a broad research portfolio, his principal research interests are around trial methodology, functional assessment and neuropsychological consequences of cardiovascular disease. Terry has published extensively on topics relating to stroke, cognition and test accuracy and has authored original research, opinion pieces and editorials for journals such as British Medical Journal; Journal of the American Medical Association and New England Journal of Medicine. He is Principal Investigator for a number of studies. He held the inaugural Chief Scientist Office/Stroke Association Priority Program Grant for his research into cognitive outcomes following stroke, has held large grants from Government, Research Councils and EU and currently leads the Scottish Funding Council Brain Health ARC collaboration. Recent notable research outputs include co-authoring best practice guidance for test accuracy studies in dementia; creating online training for stroke trials and developing short form assessment scales that are being used in various research studies and clinical sites.

Terry is passionate about evidence based practice and has worked to raise standards in clinical research involving older adults. He holds various editorial board positions including Coordinating Editor Cochrane Dementia, Deputy Editor Age and Ageing and Synopsis Editor Stroke. He chairs the European Stroke Organisation Guideline Committee and in his roles with the NIHR Complex Review Support Unit and NIHR Evidence Synthesis Groups he has worked to make complex methods accessible to all. A key driver of Terry's work is ensuring clinical research is implemented in practice. He achieves this through executive roles in professional societies such as British and Irish Association of Stroke Physicians, as NHS Research Scotland Clinical Ageing Lead and working with Guideline producers and other policy makers. A recent example is his work with Healthcare Improvement Scotland around creating a national screening tool and treatment bundle for older adults with frailty. Within the University, Terry has a number of supportive roles. He led the Glasgow Academic Training Environment, has a seat on University Senate and is also Vice Chair of the MVLS ethics committee. He is the Undergraduate lead for Geriatric Medicine, advisor of studies for undergraduate medical students and was part of the Athena Swan Self-Assessment Team. Beyond the University, Terry's academic citizenship includes chairing Trial Steering Committees and Data Safety Monitoring Boards; examining for higher degrees and sitting on Grant and Fellowship review boards for various research funders including Alzheimer's Society, Chief Scientist Office and Northern Ireland Chest Heart and Stroke.

Communicating science is a particular strength, and in his role working with patient, carers and lay public as lead for the Scottish Stroke Research Network, he has initiated a number of schemes around research dissemination and involvement. As clinical member of the Scottish Parliament Cross Party Group on Stroke and advisor to Healthcare Improvement Scotland, Terry has ensured that research results inform policy. A recent example is his role as medical advisor to the National report on atrial fibrillation. Terry combines his research portfolio with active teaching and clinical commitments in the stroke units of the major Glasgow hospitals.



### URS FISCHER

Urs Fischer is the chairman of the Department of Neurology at the University Hospital in Basel, Switzerland. He is the former secretary general of the European Stroke Organisation (ESO). Fischer is a clinical researcher with a particular interest in the diagnosis, management, treatment, and outcome of patients with acute neurological diseases, especially of patients with acute ischaemic and haemorrhagic stroke. He is participating in multiple preventive, diagnostic and acute treatment trials and stroke registries.



**WIM H. VAN ZWAM**

Neurointerventional radiologist at Maastricht University Medical Center, The Netherlands. Training in interventions and neurointerventions in Maastricht, Leuven (B), Tilburg (NL) and Essen (D). P.I. of MrClean and MrClean\_Late studies. Member of Dutch guideline committees on stroke and on unruptured intracranial aneurysms.

# CURSOS

## PRÉ E PÓS-CONGRESSO

### CURSO I | NEUROIMAGEM NA DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

 Quarta-feira, dia 31 de janeiro de 2024 | 14h30 - 16h30

 **Coordenação:** Ângelo Carneiro, João Pedro Marto

 [Consultar o Programa](#)

### CURSO II | ULTRASSONOGRAFIA DE CABECEIRA NAS UNIDADES DE AVC

 Quarta-feira, dia 31 de janeiro de 2024 | 17h00 - 19h00

 **Coordenação:** João Sargento Freitas, Alexandre Amaral e Silva

 [Consultar o Programa](#)

### CURSO III | ENFERMAGEM CEREBROVASCULAR - ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NAS DIFERENTES FASES DO AVC

 Quarta-feira, dia 31 de janeiro 2024 | 17h00 - 19h00

 **Coordenação:** Susana Salselas

 [Consultar o Programa](#)

### CURSO IV | CURSO REABILITAÇÃO APÓS DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

 Sábado, dia 3 de fevereiro 2024 | 14h30 - 16h30

 **Coordenação:** Jorge Jacinto | Renato Nunes

 [Consultar o Programa](#)

---

### CURSO V | PREVENÇÃO VASCULAR I: HIPERTENSÃO, DIABETES E DISLIPIDÉMIA

 Sábado, dia 3 de fevereiro 2024 | 14h30 - 16h30

 **Coordenação:** Fernando Pinto

 [Consultar o Programa](#)

### CURSO VI | PREVENÇÃO VASCULAR II: CARDIOEMBOLISMO

 Sábado, dia 3 de fevereiro 2024 | 17h00 - 19h00

 **Coordenação:** Ana Catarina Fonseca

 [Consultar o Programa](#)

### CURSO VII | A VIA VERDE DO AVC - LIVE 2024

 Sábado, dia 3 de fevereiro 2024 | 17h00 - 19h00

 **Coordenação:** Miguel Rodrigues | Liliana Pereira

 [Consultar o Programa](#)

# PROGRAMA

QUINTA FEIRA, 1 FEVEREIRO | Thursday, February 1<sup>st</sup>

08h00 - 08h40	<b>SESSÃO EPOSTER I</b> <b>Moderadores:</b> Estação 1   Ana Paula Fidalgo, Gabriela Lopes ( <a href="#">P1/P8</a> ) Estação 2   João Pedro Marto, Luísa Biscoito ( <a href="#">P9/P16</a> ) Estação 3   Maria José Festas, Fernando Pita ( <a href="#">P17/P24</a> )
08h40 - 09h40	<b>COMUNICAÇÕES ORAIS I</b> ( <a href="#">CO1/CO6</a> ) <b>Moderadores:</b> Gustavo Santo, Luísa Fonseca
09h40 - 10h30	<b>MESA REDONDA 1</b>   Reconsiderar conceitos no flagelo da Hipertensão Arterial <b>Moderadores:</b> Catarina Fonseca, Rosa de Pinho
09h40 - 09h55	Crise hipertensiva - o que é, o que não é, e como tratar?   Rogério Ferreira
09h55 - 10h10	Pontos chave das <i>Guidelines</i> de 2023 da Sociedade Europeia de Hipertensão   Fernando Pinto
10h10 - 10h25	Doença de pequenos vasos cerebral - uma nova abordagem   Fergus Doubal
10h25 - 10h40	Discussão
	<i>Apoio Technimed</i>
10h40 - 11h10	<b>Intervalo</b>
11h10 - 11h30	<b>CONFERÊNCIA 1</b>   The challenges of palliative care for cerebrovascular disease patients   Bart Van der Worp <b>Moderador:</b> Miguel Viana Baptista
11h30 - 12h10	<b>INTERVENÇÃO ANGELS</b> Hospitais exemplo – Angels, monitorização de qualidade e certificação ESO <b>Moderadores:</b> Ana Paiva Nunes, Vitor Tedim Cruz
11h30 - 11h45	Hospital Nélio Mendonça   Tiago Freitas
11h45 - 12h00	CHUA – Hospital de Faro   Ana Paula Fidalgo
12h00 - 12h10	Discussão
12h10 - 13h00	<b>SESSÃO DE ABERTURA</b> “Investigação do AVC - Principais desafios para os próximos 10 anos” <b>Convidado:</b> José Ferro
13h00 - 14h30	<b>Intervalo</b>

14h30 - 15h15	<b>MESA REDONDA 2</b>   Renovação de conceitos na doença ateromatosa <b>Moderadores:</b> João Morais, Miguel Rodrigues
14h30 - 14h45	Início precoce da doença aterosclerótica - conceito e modulação   <i>Early atherosclerotic build up - concept and modulation</i>   Francisco Araújo
14h45 - 15h00	Comunicação entre placas ateromatosas carotídea e cérebro   <i>Carotid plaques talk with the Brain</i>   Daniela Carnevale
15h00 - 15h15	Discussão
15h15 - 15h45	<b>CONFERÊNCIA 2</b>   A visão do Neurologista na utilização dos monitores cardíacos de longa duração <b>Moderação:</b> Ana Aires
15h15 - 15h25	A favor da monitorização sequencial, com holter 24h, <i>wearables</i> e monitor cardíaco de longa duração   Ana Catarina Fonseca
15h25 - 15h35	A favor da implantação mais célere do monitor cardíaco de longa duração   Cristina Duque
15h35 - 15h45	Discussão
	<i>Apoio Medtronic</i>
15h45 - 16h10	<b>SESSÃO</b>   Panorama AVC: primeira reflexão sobre resultados e impacto <b>Moderadores:</b> João Sargento Freitas, Cristina Duque, João Saraiva
	<b>Apresentação:</b> Panorama AVC: atualização do projecto e passos futuros   Denis Gabriel
	<b>Painel de discussão:</b> João Vasco Santos, João Pedro Marto
16h10 - 16h40	<b>Intervalo</b>
16h40 - 17h40	<b>COMUNICAÇÕES ORAIS II</b> ( <a href="#">C07/CO12</a> ) <b>Moderadores:</b> Helena Febra, José Mário Roriz
17h40 - 18h20	<b>MESA REDONDA 3</b>   Hemorragia intracerebral <b>Moderadores:</b> Marcos Barbosa, Patrícia Canhão
17h40 - 17h55	Tratamento microcirúrgico - análise detalhada da evidência   Pedro Alberto Silva
17h55 - 18h10	Abordagem integrada de cuidados no AVC hemorrágico   <i>Care-bundle approach for intracerebral hemorrhage</i>   João Pinho
18h05 - 18h20	Discussão
18h30	<b>ASSEMBLEIA GERAL DA SPAVC</b> ( <i>Só para sócios</i> )

SEXTA FEIRA, 2 FEVEREIRO | Friday, February 2<sup>nd</sup>

08h00 - 08h40	<b>SESSÃO EPOSTER II</b> <b>Moderação:</b> Estação 1   Ana Gomes, Diana Melancia ( <a href="#">P25/P32</a> ) Estação 2   Catarina Branco, Ana Amélia Pinto ( <a href="#">P33/P40</a> ) Estação 3   Cristina Duque, José Manuel Amorim ( <a href="#">P41/P48</a> )
08h40 - 09h40	<b>COMUNICAÇÕES ORAIS III (<a href="#">CO13/CO19</a>)</b> <b>Moderação:</b> Ângelo Carneiro, Marta Rodrigues, Teresa Pinho e Melo
09h40 - 10h40	<b>MESA REDONDA 4   Presente e futuro da trombólise</b> <b>Moderação:</b> Carla Ferreira, Elsa Azevedo
09h40 - 10h00	Trombólise em doentes sob anticoagulação oral   Espen Saxhaug Kristoffersen
10h00 - 10h20	Trombólise intraarterial   Johannes Kaesmacher
10h20 - 10h40	Discussão
10h40 - 11h10	<b>Intervalo</b>
11h10 - 11h40	<b>CONFERÊNCIA 3   Biomarkers and stroke   Mira Katan</b> <b>Moderação:</b> Diana Sousa
11h40 - 12h05	<b>INTERVENÇÃO BAYER   “Nos doentes com AVC, o que nos falta?... Novas armas terapêuticas ou garantir que as atuais são utilizadas corretamente?”</b> <b>Orador:</b> Alexandre Amaral e Silva
12h05 - 13h05	<b>COMUNICAÇÕES ORAIS – CASOS CLÍNICOS (<a href="#">CC1/CC7</a>)</b> <b>Moderação:</b> Catarina Perry, Teresa Fonseca, Ricardo Varela
13h05 - 14h30	<b>Intervalo</b>
14h30 - 15h30	<b>MESA REDONDA 5   Redefinir sucesso no tratamento do AVC isquémico</b> <b>Moderação:</b> Hugo Dória, João Sargento Freitas
14h30 - 14h45	A perspectiva organizacional: cobertura e modelos de cuidados   Wim van Zwam
14h45 - 15h00	A perspectiva procedimental: para além do TICI   Ângelo Carneiro
15h00 - 15h15	A perspectiva do doente: PROM's, sintomas cognitivos e as limitações do mRS e NIHSS   Terrence Quinn
15h15 - 15h30	Discussão
15h30 - 16h20	<b>SIMPÓSIO ASTRAZENECA   A reversão específica dos Inibidores do FXa na hemorragia intracerebral - o papel do Andexanet-alfa</b> <b>Palestrante:</b> Diana Aguiar de Sousa <b>Moderador:</b> João Sargento Freitas

- 16h20 - 17h00 **COMUNICAÇÕES ORAIS IV** ([CO20/CO23](#))  
Moderação: Ana Paiva Nunes, Hipólito Nzwallo, Sofia Calado
- 17h00 - 17h30 **Intervalo**
- 17h30 - 17h50 **CONFERÊNCIA 4** | Fibrilhação Auricular – controlo do ritmo ou da frequência? | Ana Lebreiro  
Moderação: Pedro Castro
- 17h50 - 18h10 **CONFERÊNCIA 5** | Sono e AVC | Ana Catarina Brás  
Moderação: Carla Bentes

SÁBADO, 3 FEVEREIRO | Saturday, February 3<sup>rd</sup>

08h00 - 08h40	<b>SESSÃO EPOSTER III</b> Moderação: Estação 1   Ana Filipa Neves, Cristina Machado ( <a href="#">P49/P56</a> ) Estação 2   Jorge Poço, Socorro Piñeiro ( <a href="#">P57/P64</a> ) Estação 3   Ana Zão, Pedro Alves ( <a href="#">P65/P73</a> )
08h40 - 09h40	<b>COMUNICAÇÕES ORAIS V</b> ( <a href="#">CO24/CO30</a> ) Moderação: Joana Teles Sarmento   Pedro Abreu   João Patrício Freitas
09h40 - 10h00	<b>CONFERÊNCIA 6</b>   The promise of factor XI inhibition   Robin Lemmens Moderação: Marta Carvalho
10h00 - 10h25	<b>INTERVENÇÃO JOHNSON &amp; JOHNSON</b>   “Tratamento de Fibrilhação Auricular por Ablação - para que doentes?” Palestrante: Guilherme Portugal
10h25 - 10h55	<b>Intervalo</b>
10h55 - 11h55	<b>MESA REDONDA 6</b>   Desafios na reabilitação pós-AVC: emoções, cognição e comportamento Moderação: Pedro Cantista, Alexandre Amaral e Silva
10h55 - 11h10	Psicologia e gestão das emoções no pós-AVC   Janina Fontoura
11h10 - 11h25	Estratégias de intervenção cognitiva comportamental no pós-AVC - quo vadis?   Renato Nunes
11h25 - 11h40	O binómio Homem-Máquina na reabilitação do AVC - computer assisted rehab   <i>Brain computer interfaces</i>   Paula Amorim
11h40 - 11h55	Discussão
11h55 - 12h15	<b>CONFERÊNCIA 7</b>   Variante inflamatória da angiopatia amiloide cerebral - uma causa emergente e tratável de hemorragia intracerebral?   <i>Cerebral Amyloid Angiopathy-Related Inflammation - an emergent and treatable cause of intracerebral hemorrhage</i>   Georgios Tsivgoulis Moderação: Manuel Correia
12h15 - 12h50	<b>CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO</b>   Earlier is better - timing of oral anticoagulation after stroke   Urs Fischer Moderação: Vítor Tedim Cruz
12h50	<b>ENCERRAMENTO</b> Distribuição de Prémios Atribuição da Bolsa de Investigação

# RESUMOS DE APRESENTAÇÕES

MESA REDONDA 1, 1 DE FEVEREIRO, 09H40

## Crise Hipertensiva - O que é, O que não é, E como tratar?

**Rogério Ferreira**

*Medicina Interna, CHUC, Coimbra*

A designação “crise hipertensiva” engloba entidades bem distintas quanto à sua gravidade e à orientação terapêutica. Assim, para efeitos de simplicidade diagnóstica e de decisão de tratamento, importa distinguir claramente entre as emergências hipertensivas e as urgências hipertensivas. Embora ambas cursem com hipertensão arterial (HTA) grave (habitualmente definida na literatura como uma pressão arterial (PA) sistólica  $\geq 180$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 120$  mmHg), a diferença crucial reside na presença ou ausência de sinais e sintomas de lesão aguda de órgão alvo mediada pela hipertensão (LAOMH).

Mais do que o valor absoluto da pressão arterial medida importa perceber se existe LAOMH sintomática.

Em contexto de urgência, é imperativo manter um elevado grau de suspeição, motivando uma anamnese e exame físico minuciosos e dirigidos. São ainda úteis para auxiliar no diagnóstico diferencial os seguintes exames / avaliações complementares, quando clinicamente justificáveis: electrocardiograma, análises (incluindo ionograma, creatinina, hemoglobina, plaquetas, LDH, troponina, sumária de urina, ratio albumina/creatinina urinário, esfregaço sangue), radiografia de tórax, ecocardiograma, TC / RMN de crânio, Angio-TC de tórax/abdómen e teste de gravidez.

Caso seja identificada LAOMH, estaremos perante uma emergência hipertensiva, ou seja, uma patologia potencialmente fatal, que implica abordagem imediata. Aí recomenda-se preferencialmente o uso de fármacos endovenosos (como o labetalol, nitratos endovenosos, nitroprussiato de sódio), para uma descida de pressão arterial com rapidez e magnitude dependentes de qual o órgão alvo atingido. Estes doentes devem ser admitidos em unidades diferenciadas, com capacidade para monitorização adequada. São exemplos de emergência hipertensiva: acidente vascular cerebral, síndrome coronário agudo, edema agudo do pulmão cardiogénico, dissecação aguda da aorta, eclâmpsia / pré-eclâmpsia e a encefalopatia hipertensiva.

Em doentes com PA sistólica  $\geq 180$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 120$  mmHg, mas sem evidência de LAOMH, estaremos perante uma urgência hipertensiva. Esta apresentação é mais frequente do que a emergência hipertensiva, mas frequentemente mal abordada na prática clínica. Nas urgências hipertensivas, não existe evidência de que a descida rápida da PA seja vantajosa, pelo que o objetivo terapêutico será reduzir gradualmente a PA para  $\leq 160/100$  mmHg, ao longo de várias horas a dias. Nos doentes assintomáticos (e especialmente nos doentes idosos), a redução rápida de PA pode induzir isquémia cerebral ou miocárdica, uma vez que a autorregulação não conseguirá reajustar-se de forma suficientemente rápida para manter uma adequada perfusão tecidual. Devem ser evitados por isso fármacos orais de ação rápida como o captopril (oral ou sublingual) ou a nifedipina de ação rápida, conforme já alertado desde 2011 pela Norma de Orientação Clínica da DGS, sobre a Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial.

A terapêutica de uma urgência hipertensiva assenta em colocar o doente num ambiente calmo, identificar qual o fator desencadeante da subida da PA e ajustar a terapêutica de acordo com as circunstâncias prévias:

- Em doentes já previamente hipertensos medicados, pode ser aumentada a dose dos anti-hipertensores crónicos ou adicionado um novo anti-hipertensor;
- Doentes que tinham suspenso os anti-hipertensores, devem retomar a medicação prévia;
- Caso haja toma de fármacos que podem induzir HTA, como anti-inflamatórios não esteroides ou corticóides, deve ser avaliada a sua potencial suspensão;
- Em contexto de urgência pode equacionar-se a toma de medicação ansiolítica (se adequado) e a toma de amlodipina ou nifedipina de libertação prolongada para controlo gradual da PA.

Em resumo, ao gerir um doente com crise hipertensiva, não deve existir precipitação a descer a PA, mas sim rapidez em esclarecer se existe ou não LAOMH, o que definirá a atuação farmacológica seguinte e a necessidade ou não de internamento.

MESA REDONDA 1, 1 DE FEVEREIRO, 09H55

## Pontos chave das *Guidelines* de 2023 da Sociedade Europeia de Hipertensão

**Fernando Pinto**

*Cardiologia, CHEDV, Hospital de São Sebastião, Santa Maria da Feira*

A Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH) publicou recentemente as novas *Guidelines* de Hipertensão Arterial (HTA), apresentadas durante o seu Congresso anual em Junho de 2023, em Milão, e publicadas no *Journal of Hypertension*. Neste extenso documento, com quase 200 páginas e mais de 1700 referências, a ESH actualiza de forma completa e muito detalhada todo o conhecimento no campo da HTA, constituindo assim um instrumento de importância crucial para todos os que se dedicam a esta patologia, extraordinariamente prevalente (42% dos adultos no nosso país) e com enorme morbi-mortalidade: provavelmente o mais importante factor de risco modificável para a mortalidade prematura e para a incapacidade em Portugal. Logo na Introdução são definidos 24 tópicos novos ou modificados/actualizados em relação às anteriores *Guidelines* (de 2018) que incluem a fisiopatologia da HTA, os diferentes métodos de medição da pressão arterial (PA), as lesões de órgão mediadas pela HTA, os factores de risco cardiovascular e a avaliação do risco global. São também objecto de actualização relevante, as intervenções nos estilos de vida, os limiares e os valores-alvo de PA para início de terapêutica farmacológica para diferentes subgrupos de doentes. É ainda feita uma actualização das indicações preferenciais das diferentes classes de anti hipertensores, reforçando-se a importância das terapêuticas de combinação em comprimido único, incluindo combinações triplas e quádruplas. Similarmente, o diagnóstico, orientação e tratamento da HTA resistente (incluindo o papel uso da desnervação renal) foram alvo de cuidadosa actualização. Para além destes pontos mais gerais, as *Guidelines* de 2023 da ESH procederam à revisão metódica e sistematizada dos mais recentes conhecimentos sobre a abordagem da HTA em diferentes contextos demográficos (p. ex. idade, género, biótipo) e condições clínicas concomitantes (p. ex. *diabetes mellitus*, cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, doença cerebrovascular, etc) proporcionando indicações claras para múltiplas situações específicas. De igual modo, foi dada bastante ênfase às estratégias de seguimento dos doentes hipertensos, incluindo a avaliação e minimização da não adesão e da inércia. Na minha intervenção tentarei resumir/realçar alguns dos pontos que me parecem mais pertinentes, para a prática clínica diária, deste vasto documento (quase um tratado de HTA). Em futuras reuniões da SPAVC (e não só) teremos certamente oportunidade para discutir e/ou pormenorizar outros tópicos das *Guidelines*.

MESA REDONDA 1, 1 DE FEVEREIRO, 10H10

## Cerebral small vessel disease: a novel approach

**Fergus Doubal**

*Honorary Reader in Stroke Medicine, University of Edinburgh*

Cerebral small vessel disease causes lacunar stroke, intracerebral haemorrhage and accounts for a significant burden of disease in both vascular and Alzheimer's dementia. It can also be considered a systematic disease also causing other neurological and

non neurological symptoms such as apathy, delirium, fatigue and depression but these are less well recognised. In addition to these novel clinical characteristics there is an increasing panalogy of neuroradiological features that are being recognised as being part of the spectrum of cerebral small vessel disease. These features of microinfarct, superficial siderosis, enlarged perivascular spaces contribute to the burden of disease in addition to the more established features of white matter hyperintensities, lacunes and microbleeds.

Furthermore, epidemiological studies suggest that the burden of covert cerebral small vessel disease is greater than that of symptomatic cerebral small vessel disease but there is also a chance that recognition of covert disease may present a good opportunity to instigate preventative measures to reduce future adverse health outcomes.

Although several mechanisms have been postulated the exact cause of the underlying pathophysiology is uncertain and perhaps because of this there are limited treatment options that are specific to cerebral small vessel disease. Recent *guidelines* have suggested what treatment options can be considered for certain types of small vessel disease including covert and lacunar stroke subtypes. Essentially, the main stay of treatment at the moment is aggressive control of vascular risk factors but the evidence of harm with long term dual antiplatelets suggests that patients with lacunar stroke have a different disease pathology compared with other ischaemic stroke subtypes. Trials of novel agents are ongoing. Patients report that one of the areas that can be improved is information sharing about diagnosis, interventions and prognosis for cerebral small vessel disease - summary information sheets can help with this. Finally, patients with cerebral small vessel disease are often seen in other services for example stroke/neurology and there is an international paucity of specialised clinics. We propose a framework for and collaboration of small vessel disease clinical services to standardise and improve clinical care.

---

INTERVENÇÃO ANGELS, 1 DE FEVEREIRO, 11H30

## Monitorização de Qualidade e Certificação ESO – Estratégia U-AVC Hospital Dr. Nélio Mendonça

**Tiago Esteves Freitas**

*Medicina Interna, SESARAM, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal*

Os doentes vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresentam necessidades multifacetadas, o que requer cuidados complexos e esforço multidisciplinar. A melhoria da Qualidade dos cuidados prestados envolve intervenções multicompetentes por equipas multidisciplinares. O compromisso entre os membros da equipa melhora significativamente os cuidados prestados nas diversas fases da cadeia de cuidados: pré-hospitalar, agudos e pós alta. A Qualidade na prestação de cuidados ao AVC, a sua avaliação e melhoria continua implica: equipas multidisciplinares, auditorias, *feedback*, educação, facilitação externa, mapeamento de processos, redução de ações desnecessárias e partilha pública de resultados.

Desde a declaração de Helsingborg (2006), que a Unidade de AVC (U-AVC) é descrita como a espinha dorsal da cadeia de cuidados das vítimas de AVC na Europa. Contudo o acesso a U-AVC continuava limitado. No sentido de melhorar a acessibilidade e qualidade de cuidados ao doente com AVC, a European Stroke Organisation (ESO) nomeou em 2013 um Comité de avaliação para a certificação das U-AVC. Foram apontadas características, algumas delas inovadoras, que deveriam incluir no cuidado do doente com AVC, tais como: cuidados em enfermaria dedicada, abordagem multiprofissional, organização holística da cadeia de cuidados, organização dos Serviços de Urgência, adesão às janelas terapêuticas e de diagnóstico, pesquisa precoce de disfagia, terapêutica trombolítica, mobilização precoce, reabilitação, acesso a terapêutica descompressiva, acesso a terapêutica intra-arterial (à data 2013), apoio na alta, cuidados pós alta e prevenção secundária. Este conjunto de medidas e características contempladas neste documento de 2013, constituem ainda nos dias de hoje (2024) a base dos critérios de Qualidade que contemplam as linhas orientadoras para a certificação da ESO. O Plano de Ação para o AVC na Europa (2018-2030) apresenta nas suas metas: uma boa organização de cuidados ao doente com AVC, recomendado a existência de equipas especializadas em AVC e unidades de AVC certificadas / auditadas. A U-AVC do

Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), SESARAM (Funchal), no seguimento do estatuto Platina dos Prémios *ESO Angels* em 2021, foi desafiada em 2022 a concorrer à certificação da U-AVC. Este processo de certificação iniciou-se em 2023, tendo a U-AVC do HNM integrado um conjunto de reuniões denominadas Academia de Certificação ESO-UAVC de onde faziam parte: um consultor da *Angels initiative*, o representante de Portugal do Comité ESO para a certificação das U-AVC e outros representantes de U-AVC nacionais. Estas reuniões iniciaram-se em março de 2023 e terminaram em julho, num total de 5 reuniões. Ao longo das mesmas foram discutidos todos os pontos de Qualidade e documentos necessários para a sua verificação e comprovação. Com base nas orientações e mentoria emanadas das reuniões, a U-AVC do HNM iniciou um processo árduo, mas profícuo de reunião de documentos e alteração e adaptação de rotinas que visavam a conformidade com os critérios exigidos para a Certificação ESO da U-AVC. Certos de que foi uma mais-valia e processo de crescimento enriquecedor, a U-AVC do HNM pretende partilhar esta jornada desafiadora e as suas bases teóricas.

MESA REDONDA 2, 1 DE FEVEREIRO, 14H45

## Carotid plaques talk with the Brain

**Daniela Carnevale**

*Professor of Applied Medical Technologies, Dept. of Molecular Medicine,  
Faculty of Pharmacy and Medicine, "Sapienza" University of Rome*

Atherosclerosis is characterized by plaques in the inner layer of arteries. Plaque instability triggers clinically significant disease including coronary artery disease (CAD). During my talk I will focus on the newly identified interactions established between atherosclerosis-associated adventitia inflammation and the nervous system (NS). Our studies showed that atherosclerosis initiates immune-neurovascular interactions with the peripheral NS (PNS) in Apolipoprotein E-deficient (ApoE<sup>-/-</sup>) mice via atherosclerosis-associated adventitia innervation. We found that artery tertiary lymphoid organs (ATLOs) in the adventitia of arteries interact with the PNS, by stimulating axon growth and infiltrating paraaortic ganglia, dorsal root ganglia, and nerves. In particular, I will elaborate on the atherosclerosis artery-brain-circuit that connects the adventitia/ATLOs to distinct brain nuclei, establishing a reflex neural circuit that, passing through the vagus nerve, modulates immune responses relevant to disease progression.

CONFERÊNCIA 2, 1 DE FEVEREIRO, 15H15

## A favor da monitorização sequencial, com Holter 24h, wearables e monitor cardíaco de longa duração

**Catarina Fonseca**

*Neurologia, CHULN, Hospital de Santa Maria, Lisboa*

A fibrilhação auricular paroxística (FAp) é uma causa importante de acidente vascular cerebral isquémico (AVC), podendo ser a causa subjacente de AVC considerados como criptogénicos. Assim, a pesquisa de FAp faz parte integrante da investigação etiológica do AVC. Várias estratégias não invasivas e invasivas podem ser utilizadas para detectar FAp após um AVC. Estas estratégias incluem a realização de ECG na admissão hospitalar, telemetria durante internamento, realização de Holter 24 horas, “wearables” e monitores cardíacos de longa duração. Nos últimos anos, foram desenvolvidos acções para aumentar

a probabilidade de deteção de fibrilhação auricular uma vez que se considerava que era o principal mecanismo responsável por AVCs considerados como indeterminados. Tendo em conta a taxa de deteção de FAp que se obtém mesmo após a utilização de monitores cardíacos de longa duração e os resultados dos ensaios clínicos randomizados que testaram a anticoagulação nos AVCs de etiologia indeterminada, atualmente, ao contrário do que era anteriormente considerado, considera-se que a doença aterosclerótica não estenótica é provavelmente o principal mecanismo de AVC de causa indeterminada. Assim, tendo em conta os recursos disponíveis, deverão ser tidas em conta as características do doente e do AVC para seleccionar os doentes nos quais deverá ser realizada uma monitorização cardíaca de longa duração após não ter sido detetada FAp numa investigação etiológica de AVC considerada como padrão.

MESA REDONDA 3, 1 DE FEVEREIRO, 17H40

## Tratamento microcirúrgico - análise detalhada da evidência

**Pedro Alberto Silva**

*Neurocirurgia, CHUSJ, Hospital de S. João, Porto*

A presente comunicação tem como objectivo primordial promover o debate em torno do tratamento microcirúrgico da hemorragia intracerebral espontânea, versando nomeadamente: 1 - Conteúdo das *Guidelines* actuais: carácter restrito da aplicabilidade; a limitada interferência na aplicação ao mundo real. 2 - A qualidade da evidência actual: problemas na aquisição de evidência; questões de interpretação e vieses de selecção. 3 - A complexidade da equação terapêutica relativa à hemorragia intracerebral espontânea: multiplicidade de variáveis; qualidade da definição de *outcome*. 4 - O conceito de “Invasividade Mínima” aplicado ao tratamento cirúrgico: o que é, verdadeiramente, uma cirurgia minimamente invasiva; a hemorragia intracerebral como uma doença anatómica. 5 - A validade da craniectomia descompressiva: questões de segurança. 6 - Reflexões pessoais: um reflexo da medicina protocolizada e o nosso inerente receio da decisão individualizada; o “doente perfeito”; o Futuro.

MESA REDONDA 3, 1 DE FEVEREIRO, 17H55

## Abordagem integrada de cuidados no AVC hemorrágico

**João Pinho**

*Neurologia, RWTH Aachen University · Department of Neurology*

Cerca de 3600 portugueses por ano sofrem um AVC hemorrágico. Apesar de ser menos frequente que o AVC isquémico, o AVC hemorrágico está associado a uma carga global de doença mais elevada. A razão disto prende-se com o facto de cerca de 1 em cada 3 doentes com AVC hemorrágico falecerem nos primeiros 30 dias e dos sobreviventes apresentarem frequentemente incapacidades sequelares que interferem significativamente com a reintegração social e até familiar. A inexistência de tratamentos modificadores do curso da doença durante muitos anos é, provavelmente, simultaneamente contribuidor para o prognóstico desfavorável do AVC hemorrágico e causa do sentimento de incapacidade nos profissionais de saúde que lidam com esta doença. Felizmente, este panorama negativo sobre o AVC hemorrágico tem-se vindo a alterar nas últimas décadas. Juntamente com a evidência derivada de séries temporais de que a mortalidade após AVC hemorrágico tem vindo a decrescer ao longo das últimas décadas, existe evidência de que o internamento em Unidade de AVC está associado a melhores resultados clínicos e de que a redução emergente da pressão arterial após AVC hemorrágico se associa a melhores resultados funcionais. Neste contexto surgem os resultados do estudo INTERACT 3, que demonstrou que a implementação

sistemática de um conjunto de quatro medidas básicas mas muito importantes na fase aguda do AVC hemorrágico foi capaz de melhorar o prognóstico funcional destes doentes. Este estudo chama a atenção para a importância de toda uma cadeia de cuidados a que os doentes com AVC hemorrágico têm que ter acesso e lembra-nos que estes cuidados constituem em si mesmo uma verdadeira intervenção modificadora do curso da doença.

---

MESA REDONDA 4, 2 DE FEVEREIRO, 09H40

## Trombólise em doentes sob anticoagulação oral

**Espen Saxhaug Kristoffersen**

*Associate professor, Department of General Practice, HELSAM, University of Oslo,  
Senior consultant, Department of Neurology, Akershus University Hospital, Norway*

The number of patients and indications for Direct Oral Anti Coagulants (DOAC) has been increasing continuously in recent years. Intravenous thrombolysis is one of the most effective treatments for acute ischemic stroke with a number needed to treat to reduce disability of 10 early after symptom onset. However, based on the exclusion criteria from the early intravenous thrombolysis randomized controlled trials (RCT), no RCT data exist on DOAC use and intravenous thrombolysis. Recent DOAC intake is listed as a formal contraindication for intravenous thrombolysis. Thus, international guidelines recommend avoiding intravenous thrombolysis in patients with ischemic stroke who have a recent intake of a DOAC due to the fear of symptomatic intracranial hemorrhage in the brain infarct area. Recent observational and pre-clinical studies indicate that intravenous thrombolysis may be safe in patients using DOAC. We recently found that in an international, multicentre, retrospective cohort study including 832 patients with recent DOAC intake and more than 33.000 controls, there was no suggestion of excess cerebral hemorrhagic complications associated with off-label intravenous thrombolysis in patients with recent DOAC ingestion. This finding was consistent and robust, even in various subgroup analyses of those patients who should have been at highest risk of bleeding according to common risk stratification. Meta-analyses of similar cohort studies have produced comparable results. However, the retrospective nature makes those studies somewhat prone to selection bias. This presentation will discuss the past, the present and the potential future for intravenous thrombolysis in patients with a recent intake of DOAC.

---

MESA REDONDA 4, 2 FEVEREIRO, 10H00

## Intra-arterial Thrombolysis

**Johannes Kaesmacher**

*Attending physician, University Clinic, Bern, Switzerland*

Intra-arterial thrombolysis has emerged as a longstanding intervention for acute ischemic stroke, particularly in cases of persistent distal vessel occlusions following mechanical thrombectomy, or for addressing microvascular obstruction subsequent to clot extraction. Despite its utilization, the precise clinical benefits in these scenarios remain ambiguous. This presentation aims to provide a comprehensive overview of the existing evidence and ongoing trials assessing the efficacy of intra-arterial thrombolysis. Recent findings from the CHOICE trial present initial evidence suggesting that intra-arterial thrombolysis post-thrombectomy enhances outcomes, potentially by averting microcirculatory failure. Pooled analyses, incorporating data from CHOICE and observational studies, do not indicate an elevated risk of symptomatic intracranial hemorrhage in patients receiving additional intra-arterial thrombolysis. However, the reliability of observational studies is

constrained by indication bias. Pending results from ongoing trials (CHOISE II, BRETIS-TNK2, TECNO, ALLY, IA RESCUE) are awaited to augment our understanding. Until then, intra-arterial thrombolysis might be employed as an off-label therapy contingent upon individualized decision-making. Considerations for the decision-making process include dosage (10-20mg alteplase, 3-5mg tenecteplase) and timing (up to 6h post-symptom onset, or up to 12h with a favorable imaging profile). Additionally, when contemplating the treatment of distal vessel occlusions post-thrombectomy, one must account for the natural progression of the disease. Recent evidence indicates that over 50% of patients with such occlusions experience spontaneous reperfusion, resulting in no infarct development, rendering rescue treatment unnecessary or potentially futile. The talk will also delve into current tools available for predicting which patients necessitate further rescue treatment, contributing to a more informed decision-making process.

MESA REDONDA 5, 2 DE FEVEREIRO, 14H45

## Redefining success on stroke treatment: Procedural perspective, Beyond TICl

**Angelo Carneiro**

*Neurorradiologia de Intervenção, ULS Braga*

No acidente vascular cerebral agudo relacionado com oclusão de grande (e médio) vaso, a trombectomia cerebral tem um impacto positivo significativo no outcome clínico dos doentes. De facto, no que diz respeito ao procedimento de trombectomia, o grau de recanalização do vaso ocluído, aferido na escala de TICl, é o principal factor de prognóstico. Há, no entanto, outros aspetos da trombectomia, para além da recanalização do vaso, que influenciam o resultado final. Um deles é a celeridade com que a recanalização é obtida. Ainda que a maior parte do atraso na administração dos tratamentos esteja relacionado com os processo pré-hospitalares e inter-hospitalares, é possível tornar mais célere todo o processo do doente no centro de trombectomia, por forma a obter a recanalização mais cedo e, desta forma, melhorar o prognóstico. A admissão dos doentes directamente para a sala de angiografia pode ser uma das abordagens para tornar mais rápido este processo. Outro aspeto é o da microcirculação distal no território do vaso ocluído. Este fenómeno de compromisso da microcirculação, apesar da recanalização do vaso proximal, tem várias potenciais causas, não havendo ainda uma forma óbvia de o identificar; há, contudo, já potenciais abordagens terapêuticas promissoras nesta área. O tipo de sedação (sedação consciente ou anestesia geral) administrada aos doentes tem também impacto no resultado final, havendo resultados divergentes entre os estudos observacionais iniciais e os vários ensaios randomizados entretanto realizados. Outros aspetos a ter em conta são o controlo dos valores da tensão arterial antes, durante e depois do tratamento, bem como os fármacos administrados durante o procedimento.

MESA REDONDA 5, 2 DE FEVEREIRO, 15H00

## A perspectiva do doente: PROM's, sintomas cognitivos e as limitações do mRS e NIHSS

**Terrence Quinn**

*David Cargill Chair and Honorary Consultant Physician in Geriatric and Stroke, University of Glasgow Medicine*

As stroke is the commonest cause of adult disability, it is important for both clinical practice and research that we have

robust methods to measure stroke deficits and stroke recovery. The ideal approach would be to collect a quantitative measure of function, indeed functional measures are mandated by drug licencing bodies such as the EMA and FDA. However, there are so many functional tools to choose from, it can be difficult for the stroke clinician or researcher to know the most appropriate tool for a given situation. The most popular assessments in stroke are measures of activity of daily living (ADL) or global disability measures such as the modified Rankin Scale (mRS). These assessments remain useful, but they have well documented limitations, particularly when applied in hyper acute stroke situations. As well as physical function, stroke survivors prioritise other aspects of stroke recovery and these should be assessed as part of holistic care. Measures of frailty, mood and cognitive state are all available, but not all of these have been validated for use in stroke care. Again, these tools come with particular challenges when used in the stroke context. In this session Prof Terry Quinn will discuss the World Health Organisation International Classification of Function (WHO ICF) as a framework for understanding stroke assessment scales. Taking examples of extended ADL, mRS, cognitive assessment and others, he will discuss the psychometric science of assessment, as well as offering practical solutions to some of the challenges of functional assessment in stroke.

---

CONFERÊNCIA 5, 2 DE FEVEREIRO, 17H50

## Sono e AVC

Ana Catarina Brás

Neurologia, CHUC, Coimbra

A relação entre o Sono e AVC parece ser bidirecional. O AVC é uma das principais causas de morte e de incapacidade mundial, ao qual se associam fatores de risco potencialmente modificáveis e não-modificáveis. Os distúrbios do sono são altamente prevalentes na população em geral e com grande impacto na qualidade de vida, sendo os principais: distúrbios respiratórios (ex. síndrome de apneia obstrutiva e central do sono), insónia, hipersónia, parassónias, doenças do movimento relacionadas com o sono (ex. síndrome de pernas inquietas e movimentos periódicos das pernas) e os distúrbios do ritmo circadiano. Alguns distúrbios do sono podem constituir potenciais fatores de risco modificáveis de AVC.

A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) duplica o risco de AVC (de forma independente, mas também por se associar a outros fatores de risco concomitantes). A hipoxia recorrente provoca uma ativação dos mecanismos inflamatórios, ativação autonómica simpática, variações intermitentes da pressão intratorácica, que predispõem à hipertensão arterial (e perfil não-dipper), aterosclerose carotídea, arritmia e insuficiência cardíaca, e embolização paradoxal na presença de *shunts*. Uma boa adesão ao uso de pressão contínua positiva das vias aéreas (CPAP) parece reduzir o risco de AVC. No futuro, será fundamental encontrar fenótipos e biomarcadores de SAOS que predizem o risco de desenvolvimento de AVC. O tempo de sono longo, insónia, os movimentos periódicos das pernas, o distúrbio comportamental do sono REM e alguns tipos de distúrbio do ritmo circadiano constituem potenciais fatores de risco de AVC. Os distúrbios respiratórios do sono (síndrome de apneia obstrutiva e central), insónia, síndrome de pernas inquietas e distúrbios do ritmo circadiano são frequentes no pós-AVC. A prevalência de SAOS no pós-AVC é de 71% para a SAOS ligeira-moderada e de 30% para a SAOS grave, embora em muitos casos a SAOS é pré-existente. As causas de SAOS no pós-AVC são multifatoriais. O tratamento da SAOS com CPAP deverá ser equacionado na abordagem da fase aguda/subaguda do AVC. Os distúrbios do sono não tratados no pós-AVC têm efeitos negativos na fase aguda/subaguda (por interferência com os mecanismos de autorregulação cerebral) e na fase crónica (por interferência na plasticidade neuronal), predizendo um pior outcome funcional.

O AVC provoca alterações da macro/microestrutura do sono na fase aguda, mas posteriormente parece existir uma tendência para a normalização por reorganização dos circuitos corticais e subcorticais na área peri-lesional. Existem alterações da macro e microarquitatura do sono na fase aguda que se associam a um pior outcome funcional. O AVC pode alterar ainda a expressão dos diferentes genes relógio, causando uma dessincronização do ritmo circadiano endógeno com implicações nos mecanismos autorregulatórios cerebrais no pós-AVC.

O reconhecimento precoce de distúrbios de sono (através de questionários, do estudo cardiorrespiratório, da actigrafia, e, em casos mais selecionados, da polissonografia), e o seu tratamento na fase aguda/subaguda do AVC são cruciais para

melhorar o outcome funcional e cognitivo dos doentes. Em suma, investir na qualidade do sono no pós-AVC deve ser incluído nas estratégias de reabilitação, porque um sono adequado reduz a neuroinflamação e promove a plasticidade neuronal, facilitando a reorganização da rede neuronal.

Bibliografia | Bassetti CLA, Randerath W, Vignatelli L, et al. EAN/ERS/ESO/ESRS statement on the impact of sleep disorders on risk and outcome of stroke. *Eur Respir J* 2020; 55: 1901104; Mensen, A., Pigorini, A., Facchin, L., Schöne, C., D'Ambrosio, S., Jendoubi, J., Jaramillo, V., Chiffi, K., Eberhard-Moscicka, A.K., Sarasso, S. and Adamantidis, A., 2019. Sleep as a model to understand neuroplasticity and recovery after stroke: observational, perturbational and interventional approaches. *Journal of neuroscience methods*, 313, pp.37-43; Facchin, L., Schöne, C., Mensen, A., Bandarabadi, M., Pilotto, F., Saxena, S., Libourel, P.A., Bassetti, C.L. and Adamantidis, A.R., 2020. Slow waves promote sleep-dependent plasticity and functional recovery after stroke. *Journal of neuroscience*, 40(45), pp.8637-8651; Kryger M, Roth T, Dement W. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Sixth Edition; Bassetti C, McNicholas W, Paunio T, Peigneux P. *Sleep Medicine Textbook*. Second Edition.

CONFERÊNCIA 6, 3 DE FEVEREIRO, 9H40

## The promise of factor XI inhibition

**Robin Lemmens**

*Professor neurologist and the head of the stroke unit at the University Hospitals Leuven*

In the management of stroke patients initiation of antithrombotic therapy is a important part of the strategy to prevent recurrent events. For the majority this encompasses antiplatelet therapy (initially dual followed by a mono antiplatelet regimen), but if a cardioembolic source, e.g. atrial fibrillation, has been identified anticoagulant therapy is indicated. The side-effect of this preventive treatment, aimed at reducing thrombosis, is bleeding. Interventions aimed at more aggressively reducing the thrombosis risk in stroke patients have either been unsuccessful or to the expense of increased (intracranial) bleeding rates. Targeting factor XI (XI) may represent a novel approach by uncoupling thrombosis and haemostasis resulting in attenuating of thrombosis with limited to no impact on bleeding. During this talk an overview of the current evidence will be provided on the clinical relevance of factor XI-inhibition with a focus on secondary stroke prevention.

MESA REDONDA 6, 3 DE FEVEREIRO, 10H55

## Psicologia e gestão das emoções no pós AVC

**Janina Fontoura**

*Neuropsicóloga no serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital da Prelada*

As alterações emocionais e comportamentais pós AVC, podem ser resultantes de alterações biológicas ou, podem ser reativas aos desafios, medos e frustrações inerentes, cujas consequências variam muito de caso para caso. Não há uma reação puramente “cerebral”, destituída de sentimentos e emoções, sendo estes muitas vezes, o que lhes parece mais real e mais válido.

Numa exploração adicional, verificamos que experienciam uma mescla de sentimentos relacionados com o “self in relation to self”, pelo que, não podemos perder de vista a perceção individual, quanto à gravidade e ao impacto da sua perda, com uma compreensão holística, não devendo, um programa reabilitativo, ser um conjunto intelectualizado de estratégias de reabilitação, com vista à melhoria da sua funcionalidade e autonomia, que ignore estas nuances personalísticas e os padrões

inerentes de pensar, sentir e agir. Diversos estudos de investigação, desenvolvidos no âmbito da reabilitação pós AVC, têm procurado correlacionar aspetos cognitivos, comportamentais e emocionais. Esta, também tem sido a meta de intervenção neuropsicológica, avaliar a dor emocional e eventuais atitudes disfuncionais associadas a cognições específicas, sendo o objetivo focalizar o processo de reabilitação a par da “construção de identidade” e da gestão de expectativas.

MESA REDONDA 6, 3 DE FEVEREIRO, 11H10

## Estratégias de intervenção cognitiva comportamental no pós-AVC - quo vadis?

**Renato Nunes**

*Médico Fisiatra, Diretor do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital da Prelada, Porto*

*Coordenador da Secção de Reabilitação do AVC da SPMFR*

*Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*

Assiste-se nos últimos 30 anos a uma mudança do paradigma da reabilitação, orientada tradicionalmente para os défices relacionados com a mobilidade e função neuromotora, associado atualmente a uma valorização crescente de áreas relacionadas com o funcionamento cognitivo, psicoemocional e comportamental. As alterações cognitivas são frequentes após AVC, com uma incidência de 40-80%, contribuindo de forma significativa para aumentar a complexidade dos quadros funcionais, agravados por sequelas em múltiplos domínios.

Estima-se que um terço dos sobreviventes de AVC com défices cognitivos post-AVC (PSCI – *Post Stroke Cognitive Impairment*) persista com alterações cognitivas um ano após a lesão, com impacto importante na participação e qualidade de vida. No âmbito das alterações neuropsicológicas, as alterações psicoemocionais, em especial a depressão é também frequente e com impacto potencial no funcionamento cognitivo e na recuperação de vários domínios.

A reabilitação dos sobreviventes de AVC deve ser orientada por equipas multiprofissionais coordenadas por médico especialista em medicina física e de reabilitação e devem incluir todos os profissionais (terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro de reabilitação, neuropsicólogo, nutricionista, assistente social, médico fisiatra). Estes cuidados devem estar organizados desde a fase aguda, com cuidados de reabilitação desde o primeiro dia. As equipas são responsáveis por definir o circuito do sobrevivente de AVC, o seu destino após a alta, a tipologia de cuidados mais adequada para a gravidade e quadro clínico e garantir a continuidade de cuidados até ao regresso à comunidade. A abordagem do sobrevivente de AVC deve compreender a avaliação formal de áreas como as funções cognitivas, a comunicação, a deglutição, as funções neuromotoras e a capacidade funcional.

O reconhecimento do efeito das consequências da doença no prognóstico funcional é a base do modelo biopsicossocial (Classificação Internacional de Funcionalidade, WHO, 2001), em que se valoriza a atividade funcional e a sua tradução na participação ativa nos domínios da vida na comunidade. Cada doente deve ser submetido a um programa de reabilitação individual elaborado por equipa multiprofissional de reabilitação, tendo em conta a avaliação clínica, a avaliação funcional e a gravidade, orientado para objetivos definidos específicos, mensuráveis, realistas e atingíveis em tempo determinado, abrangente e de intensidade e valências terapêuticas indicadas em cada caso.

Os programas organizados para doentes complexos com múltiplos domínios afetados, nomeadamente com alterações emocionais, com alterações executivas, da comunicação e modificação grave da sua capacidade motora e funcional, devem incluir uma abordagem dos problemas que considera as dificuldades cognitivas, emocionais e comportamentais, de forma a minimizar o seu impacto na participação do programa e obter por parte do doente o maior envolvimento em todas as atividades terapêuticas propostas. As estratégias cognitivas comportamentais têm cada vez mais aplicação e começam a ser estudadas como forma de orientar a participação em atividades cognitivas e motoras para desempenhos funcionais, direcionados para tarefas, segundo as expectativas e a relevância para cada doente.

As abordagens motivacionais, com treino de autorregulação poderão traduzir-se em maior autonomia em atividades funcionais específicas da vida diária. O processo de reabilitação deve contemplar a adequada identificação das alterações neuropsicológicas, a maioria das quais avaliadas com instrumentos validados para a população portuguesa, que objetivam

os défices e facilitam o conhecimento das potencialidades, limites e flutuações no funcionamento psicológico, fornecendo assim orientações para a planificação da reabilitação. A avaliação formal tornou-se um imperativo para definir dos objetivos do programa de reabilitação, para a sua monitorização e para a validação da sua eficácia. Os principais programas utilizados fazem uso de técnicas restitutivas (*Restorative Cognitive Rehabilitation* – RCP), com recurso a exercícios de papel e lápis e software informático, técnicas compensatórias e técnicas substitutivas.

---

MESA REDONDA 6, 3 DE FEVEREIRO, 11H25

## **Binómio Homem-Máquina na reabilitação do AVC – computed assisted Rehab**

**Paula Amorim**

*Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais*

**Gabriel Pires**

*Instituto de Sistemas e Robótica da Universidade de Coimbra*

Os sistemas Homem-Máquina suportam interações físicas e não físicas (EX: interações audiovisuais) entre utilizadores e máquinas. O controlo, monitorização e configuração de sistemas automatizados reduzem o esforço, o erro e a frustração dos utilizadores, melhorando a usabilidade e a segurança no manuseamento de máquinas e processos complexos.

A integração de múltiplos sensores (mais ou menos invasivos), sistemas robotizados, realidade virtual e aumentada e de algoritmos de machine learning tem transformado significativamente a Reabilitação e facilitado a implementação dos princípios de neuroreabilitação que promovem a neuroplasticidade pós AVC. O tipo de interação (interação física e/ou audiovisual), o modo de interação (colaborativo, cooperativo, coativo ou competitivo) e as características dos utilizadores determinam o desempenho e a aprendizagem individual.

A aplicabilidade destes sistemas abrange as várias fases da reabilitação, numa abordagem bio-psico-social. Na fase subaguda facilitam e otimizam a eficiência do processo de reabilitação nas diversas valências (incluindo comunicação, reeducação do membro superior e da marcha), ao mesmo tempo que aliviam a carga dos profissionais de saúde e otimizam a produtividade (libertam os profissionais para trabalharem com diversos doentes em simultâneo). Na fase crónica orientam o exercício em casa de forma mais fidedigna e motivante, facilitando a telereabilitação, com os benefícios clínicos, funcionais e económicos subjacentes.

Em contextos clínicos mais complexos, as interfaces cérebro-computador podem ser o único recurso viável em aspetos fundamentais para a qualidade de vida como a comunicação, o controlo de cadeira de rodas ou mesmo o entretenimento, com particular relevância em casos de síndrome de encarceramento e encarceramento completo. No caso do AVC, as interfaces cérebro-computador podem também desempenhar um papel importante na neuroreabilitação quando o indivíduo não exibe qualquer atividade muscular, sendo a intenção do indivíduo detetada através sinais cerebrais induzidos por imaginação motora. A atividade cortical pode ser potenciada fornecendo neurorealimentação através de exoesqueletos robóticos, estimulação periférica ou transcraniana (e.g., FES e tDCS) ou realidade virtual.

Os avanços da investigação na área de Ambient Assisted Living prometem melhorar o apoio clínico e social das pessoas com condições incapacitantes, promovendo a sua autonomia no domicílio e em segurança; a «internet das coisas» permite criar soluções tecnológicas que apoiam as atividades de vida diária e instrumentais e facilitam a interação com o exterior, seja através da monitorização do estado de saúde dos habitantes, seja através de canais de comunicação com a rede social e de serviços ajustados às necessidades e preferências das pessoas.

O futuro dos sistemas Homem-Máquina passa por abordagens centradas na pessoa, com forte ênfase na acessibilidade, inclusão, segurança e privacidade.

## Cerebral Amyloid Angiopathy-Related Inflammation - an emergent and treatable cause of intracerebral hemorrhage

**Georgios Tsivgoulis**

*Professor & Chairman of Second Department of Neurology, School of Medicine, National & Kapodistrian University of Athens, "Attikon" University Hospital, Athens, Greece*

Cerebral amyloid angiopathy-related inflammation (CAA-ri) is a distinct, however, rare subset of CAA, characterized by deposition of A $\beta$  (amyloid- $\beta$ ) in the media and adventitia of cortical and leptomeningeal vessels and perivascular nondestructive accumulation of inflammatory cells. Diagnostic criteria of CAA-ri have been introduced in 2011 and validated in 2016, allowing the diagnosis of possible/probable CAA-ri using clinical and neuroradiological findings. Definite diagnosis requires histopathologic evidence of vascular inflammation and amyloid deposition within vessels of the affected area.

CAA-ri represents a disease of increasing age (average age at diagnosis: 67 years) without obvious gender predominance. Patients with CAA-ri present mainly with symptoms, including cognitive decline/dementia, altered mental status, behavioral changes, headache and focal neurological deficits. Common neuroimaging characteristics in patients with CAA-ri include cerebral microbleeds (CMBs), unifocal or multifocal, cortical or subcortical, asymmetric T2/fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR) hyperintense white matter lesions, lesions with gadolinium-enhancement, cortical superficial siderosis, spontaneous lobar intracerebral hemorrhage (ICH), and cortical infarcts. CAA itself is associated with lobar ICH and represents the second most common cause of all ICH after hypertensive angiopathy. Despite that, ICH is not one of the most frequent neuroimaging manifestations in CAA-ri.

With respect to the diagnosis, Susceptibility Weighted Imaging is more reliable than T2\*-weighted gradient echo imaging, and with greater sensitivity for detection of CMBs. Despite that CMB distribution does not follow the occipital dominance regional pattern of CAA, incidence of multiple CMBs are much higher among patients with CAA-ri. Colocalisation of CMBs and T2/FLAIR hyperintense white matter lesions has also been described. Leptomeningeal or intraparenchymal gadolinium enhancement in the areas of T2/FLAIR hyperintense white matter lesions has also been described in one-third of patients with CAA-ri. This could be explained by the presence of nondestructive inflammatory blood vessel wall infiltration in the CAA-ri.

Moreover the role of Apolipoprotein-E has been studied. APOE- $\epsilon$ 4 allele and especially the  $\epsilon$ 4/ $\epsilon$ 4 homozygosity has been established as the only confirmed risk factor for CAA-ri. An underlying pathogenic mechanism, which increases the A $\beta$  deposition and has pro-inflammatory effect is highly suspected. Rare cases of CAA-ri with either the genotype APOE  $\epsilon$ 2/ $\epsilon$ 2 or  $\epsilon$ 2/ $\epsilon$ 3 have been reported. Presence of this allele could also be a predisposing factor for CAA-ri.

Although CAA-ri is a rare entity, neurologists should have a comprehensive understanding of this disease and a continuous vigilance to detect possible/probable CAA-ri, since the early diagnosis and the prompt initiation of glucocorticoids or even immunosuppressants could improve the prognosis and the evolution. Corticosteroids represent the first-line treatment in patients with CAA-ri and have been associated with clinical and radiological improvement of the primary disease episode and decreased risk of subsequent relapses. Additional immunosuppressive therapies including cyclophosphamide, mycophenolate mofetil or azathioprine, IVIG, or rituximab have been also reported as add-on therapies in selected cases, most of them with a more severe course of the disease.

# RESUMOS DE CASOS CLÍNICOS

## CC1. Hemorragia Subaracnoideia da Convexidade como manifestação inaugural de Lúpus Eritematoso Sistémico?

**Autores:** Pedro Almeida<sup>1</sup>, Isa Barbosa<sup>2</sup>, Tiago Gregório<sup>3</sup>, Ludovina Paredes<sup>3</sup>, Henrique Costa<sup>1</sup>, Miguel Veloso<sup>1</sup>, Mariana Rocha<sup>1</sup>, Pedro Barros<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 - Unidade de Neurorradiologia, Serviço de Imagiologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 3 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

**INTRODUÇÃO** | A Hemorragia Subaracnoideia da Convexidade (cHSA) representa uma forma rara de apresentação da Hemorragia Subaracnoideia (HSA), com uma prevalência estimada de aproximadamente 6% dos casos. Ao contrário da HSA clássica, a cHSA parece não estar tão relacionada com rutura aneurismática, estando descritas várias outras etiologias com especial destaque para a Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível e a Angiopatia Amiloide. Contudo, numa percentagem significativa dos casos a etiologia pode nunca chegar a ser identificada. O presente caso relata uma cHSA como primeira manifestação de Lúpus Eritematoso Sistémico, propondo uma etiologia ainda pouco descrita na literatura.

**CASO CLÍNICO** | Doente do sexo feminino, 56 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial. Recorreu ao serviço de urgência (SU) 5 dias após episódio de cefaleia explosiva de curta duração (inferior a 1 minuto) seguida de cefaleia de intensidade moderada na região frontal bilateralmente que se manteve constante durante este período. Sem outros sintomas associados. Sem história de trauma conhecida.

À admissão no SU com PA 147/93 mmHg, sem défices focais ao exame neurológico, sem rigidez da nuca. O estudo analítico inicial revelou uma leucopenia ( $3.35 \times 10^3/uL$ ), sem trombocitopenia ou coagulopatia associadas, e na TC-CE realizada foi possível observar HSA dispersa por sulcos da convexidade frontal bilateralmente.

Tendo em conta estes achados, foram realizadas ainda no SU AngioTC-CE e Angiografia diagnóstica não tendo sido detetadas estenoses focais, malformações arteriovenosas, formações aneurismáticas ou dissecções arteriais. Ao 8º dia de sintomas, já em contexto de internamento, realizou RM-CE com exclusão de trombose venosa (incluindo de veias corticais) e de focos de microhemorragias. Foi então assumido o diagnóstico de cHSA de etiologia indeterminada e a doente teve alta, já assintomática. Menos de 1 semana após alta hospitalar, iniciou queixas de artralgias de ritmo inflamatório envolvendo mãos e punhos, associadas a quadro de astenia e rash fotossensível, queixas que motivaram avaliação em consulta de Reumatologia. O estudo autoimune realizado permitiu identificar ANA positivo (título 1/640) e anticorpos anti-dsDNA positivo, cumprindo critérios para o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico. Revendo em retrospectiva o caso na consulta de Neurologia, colocou-se a hipótese de cHSA como manifestação inaugural de Lúpus.

**CONCLUSÃO** | O presente caso sugere uma possível associação entre Lúpus e a cHSA, tendo em conta a presumível presença de um flare Lúpico aquando da ocorrência deste episódio, traduzido pelas alterações do hemograma ad initium e início de queixas osteoarticulares logo após a alta. De facto, estudos apontam para um risco aumentado de HSA neste conjunto de doentes, em virtude de algumas hipóteses já descritas na literatura: formação de aneurismas atípicos, alteração da hemostase por trombocitopenia ou coagulopatia, trombose venosa cortical, efeitos laterais da medicação imunossupressora ou vasculopatia ateromatosa prematura. Neste caso, estas hipóteses foram excluídas. Colocamos

então a possibilidade de um fenómeno vasculítico induzido pelo Lúpus, com envolvimento de pequenos vasos, como o mecanismo provável para estes achados.

---

## **CC2. Enfarte medular e AVC do território vertebro-basilar em simultâneo**

**Autores:** Alexandre Montalvo<sup>1,6</sup>, Sarah Oliveira<sup>2</sup>, José Duro<sup>3</sup>, Ângelo Dias<sup>5</sup>, Pedro Mota<sup>4</sup>, Luísa Biscoito<sup>5</sup>, Nuno Gaibino<sup>4,6</sup>, Mariana Carvalho Dias<sup>1,6</sup>

**Instituições:** 1 - Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, Serviço de Neurologia, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa-Norte, Lisboa, Portugal; 2 - Serviço de Anestesiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa-Norte, Lisboa, Portugal; 3 - Serviço de Medicina Interna, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa-Norte, Lisboa, Portugal; 4 - Serviço de Medicina Intensiva, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa-Norte, Lisboa, Portugal; 5 - Serviço de Imagiologia Neurológica, Departamento de Imagiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa-Norte, Lisboa, Portugal; 6 - Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**INTRODUÇÃO** | Os enfartes medulares correspondem a 1% dos acidentes vasculares isquémicos do SNC e em raros casos existe isquemia cerebral associada. Descrevemos um caso clínico que ilustra a ocorrência de isquemia medular e cerebral em simultâneo.

**CASO CLÍNICO** | Jovem do sexo masculino de 25 anos admitido por quadro de instalação progressiva em 30 minutos de falta de força dos membros superiores e posteriormente dos membros inferiores, parestesias do tronco e membros e posteriormente retenção urinária. Referiu em simultâneo episódio de segundos de flashes luminosos no hemisfério esquerdo. Negou queixas álgicas. Não apresentava antecedentes pessoais de relevo. A destacar que nos dois dias anteriores tinha iniciado aulas de surf, sem história de traumatismo.

Ao exame neurológico apresentava tetraparésia assimétrica (membro superior direito com força grau 4, membro superior esquerdo grau 4 proximal e grau 1 distal, membro inferior direito grau 1 proximal e grau 2 distal, membro inferior esquerdo grau 0), anestesia termo-álgica com nível em C8-D1, sem defeito de sensibilidade proprioceptiva ou vibratória, reflexo cutâneo plantar flexor à direita e sem resposta à esquerda. Apresentava hipotensão com necessidade de vasopressores. A TC-CE e a angioTC dos vasos cervicais e intracranianos não mostraram alterações. Foi realizada RM medular que mostrou enfarte isquémico medular anterior em C5 e RM cerebral que mostrou lesões isquémicas no território vertebro basilar (cerebelosa esquerda, temporo-occipital direita, periventricular lateral direita, talâmica esquerda e occipital direita). Não realizou trombólise-IV por instalação dos sintomas há mais de 4h30, foi iniciada AAS 100mg e ficou internado em Unidade de Cuidados Intensivos, onde foi colocado cateter de drenagem lombar durante 72 horas com discreta melhoria da tetraparesia. Por estabilidade hemodinâmica foi transferido para a UAVC. O estudo etiológico foi negativo, incluindo *Doppler* cervical e transcraniano, angioRM cervical incluindo sequência com supressão de gordura, ecocardiograma transtorácico e transesofágico, telemetria cardíaca com duração > 7 dias, punção lombar e avaliação analítica alargada com pesquisa de factores protrombóticos. Teve alta para Unidade de Reabilitação, dependente para as actividades de vida diária (mRankin 4). Aos 3 meses após o enfarte medular apresentava-se independente para as actividades de vida diária (mRankin 2), mantendo ligeira tetraparesia.

**CONCLUSÕES** | No caso descrito não foi identificada a etiologia, tendo sido colocada como hipótese mais provável a ocorrência de dissecação vertebral espontânea (possível associação com a prática de surf) com embolização para as artérias espinhal anterior e basilar, não tendo sido no entanto documentada nos exames de estudo de vaso. Considerou-se como hipótese menos provável a ocorrência de embolismo fibrocartilágneo ou de outra natureza.

Na literatura estão descritos 7 casos de enfarte medular e acidente vascular cerebral. As opções terapêuticas no enfarte medular são dirigidas ao tratamento da provável causa, não havendo recomendações robustas publicadas. O uso de trombólise-IV, antigregação e medidas para prevenção de hipotensão (sistémica e/ou medular) deve ser considerado individualmente. O prognóstico dos enfartes medulares é frequentemente caracterizado por défices neurológicos incapacitantes., sendo que este caso foi um exemplo de excelente recuperação aos 3 meses.

### **CC3. Sinais parkinsónicos de instalação aguda - desafio diagnóstico e terapêutico**

**Autores:** Mariana Seco, Filipa Assis Jacinto, Paula Salgado

**Instituição:** Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Serviço de Neurologia

**INTRODUÇÃO** | O parkinsonismo vascular é uma entidade controversa, principalmente pela difícil correlação entre a clínica do doente e a localização e extensão das lesões encefálicas. No entanto, a instalação súbita de sinais extra-piramidais deve sempre alertar para a possibilidade de um evento vascular agudo.

**CASO CLÍNICO** | Nos últimos dois anos foram identificados três doentes com sinais parkinsónicos associados a AVC, sendo que nenhum deles foi submetido a tratamento de fase aguda.

**Caso 1:** Mulher de 79 anos avaliada por défice motor e alteração de tónus dos membros esquerdos de instalação súbita. Reportava ainda diminuição do volume da voz e tremor dos membros superiores de novo. Apresentava antecedentes de fibrilação auricular hipocoagulada com apixabano, havendo história de incumprimento terapêutico. À avaliação encontrava-se hipomímica e hipofónica, apresentava grasping exuberante à esquerda, hemiparesia esquerda grau 2/5, hipertonia dos membros esquerdos com postura em flexão do cotovelo e hiperextensão do joelho, e tremor de repouso de características parkinsónicas à esquerda. Foi documentada por RM-CE uma lesão isquémica recente em território da artéria cerebral anterior (ACA) direita. Com a melhoria gradual do défice motor com a reabilitação foi também documentada bradicinesia esquerda. Foi iniciada terapêutica com levodopa 300mg/dia, sem melhoria significativa.

**Caso 2:** Homem de 81 anos avaliado por dificuldade da marcha notada ao acordar. A esposa referia ainda alteração da fala e lentificação. Apresentava como antecedentes fatores de risco vasculares e hemorragia lenticular esquerda de etiologia hipertensiva no ano anterior – tinha sido avaliado recentemente em consulta de Neurologia, destacando-se ao exame apenas défice motor direito *minor*, que permitia marcha autónoma. À avaliação, o doente apresentava-se hipofónico e hipomímico, com hemiparesia direita grau 4-/5, espasticidade ligeira dos membros direitos e bradicinesia bilateral de predomínio direito; a marcha era possível apenas com apoio bilateral, apresentando freezing. A RM-CE documentou uma lesão isquémica recente em território da ACA esquerda. Foi iniciada terapêutica com levodopa 300mg/dia, mas o doente evoluiu desfavoravelmente por intercorrências sistémicas, não sendo possível avaliar resposta.

**Caso 3:** Homem de 88 anos avaliado por incapacidade para marcha de instalação súbita. Apresentava antecedentes de síndrome parkinsónica em estudo, salientando-se boa resposta à terapêutica com levodopa 300mg/dia e marcha autónoma. Ao exame neurológico destacava-se hipofonia e marcha de base alargada e pequenos passos, com freezing marcado envolvendo principalmente o membro inferior direito. Foi documentada por RM-CE uma lesão isquémica no braço posterior da cápsula interna esquerda adjacente à região anterior do tálamo. Foi iniciada terapêutica com amantadina 200mg/dia, a par de reabilitação, passando a ser possível marcha com apoio de andarilho.

**CONCLUSÃO** | Apresentamos três casos de doentes com AVC isquémico de apresentação com sinais parkinsónicos. Ainda que em nenhum dos casos tenha ocorrido lesão direta da substância nigra ou das vias nigro-estriadas, a disrupção de vias cortico-estriadas ou tálamo-corticais envolvidas nos circuitos dos gânglios da base poderá ser responsável pela clínica. Pretendemos salientar que na instalação hiperaguda de sinais extra-piramidais a etiologia vascular deve ser considerada atempadamente, levando a uma estratégia diagnóstica e terapêutica dirigida o mais precoce possível, incluindo a possibilidade de tratamento de fase aguda.

---

### **CC4. Adaptação às variáveis – trombectomia mecânica via persistência da artéria do hipoglosso**

**Autores:** Sofia Vedor<sup>1\*</sup>, Inês Prisco<sup>2\*</sup>, Ana Isabel Almeida<sup>1</sup>, Rita Figueiredo<sup>1</sup>, Gonçalo Alves<sup>1</sup>, Luís Augusto<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurorradiologia, Centro Hospitalar e Universitário São João, Porto, Portugal; 2 - Serviço de Neurorradiologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Porto, Portugal

*\*Os autores contribuíram de igual forma na realização do trabalho.*

**INTRODUÇÃO** | A persistência da artéria do hipoglosso (PAH) é a segunda anastomose carótido-basilar mais comum, com uma prevalência aproximada de 0.03% a 0.09%. Emerge do segmento cervical distal da artéria carótida interna (ACI), normalmente ao nível dos corpos vertebrais C1 a C3, apresentando um trajeto cervical ascendente e através do canal do hipoglosso, antes da sua junção com o tronco basilar. Na maior parte dos casos, cursa com hipoplasia das artérias vertebrais e das artérias comunicantes posteriores. A sua deteção é geralmente incidental, embora possa predispor a um maior risco de doenças cerebrovasculares.

**CASO CLÍNICO** | Homem de 76 anos, autónomo, com antecedentes de HTA medicada, bócio micronodular e insuficiência venosa crónica, que recorreu ao SU por perda súbita do tónus muscular, disartria e afundamento do estado de consciência (sem hora de instalação). Ao exame objetivo, apresentava desconjugação do olhar e desvio subtil da comissura labial à direita, com NIHSS de 21 [consciência 3, orientação 2, ordens 2, linguagem 2, disartria 2, hemiplegia direita 4+4, campos à ameaça 2], tendo sido necessário realizar intubação orotraqueal na sala de emergência. A TC cranioencefálica não revelava alterações de relevo, nomeadamente sinais de isquemia precoce no parênquima encefálico ou hemorragia. Contudo, o estudo angiográfico evidenciava achados sugestivos de trombo endoluminal, traduzidos por imagem de “stop” da coluna de contraste a abranger o topo da artéria basilar (AB) com extensão aos segmentos P1 das artérias cerebrais posteriores (ACP) e origem da artéria cerebelosa superior (ACS) esquerda. Documentava-se, ainda, hipoplasia das artérias vertebrais (AV), sobretudo à esquerda e PAH ipsilateral, com origem no segmento cervical da ACI esquerda (ao nível do corpo vertebral C2) e trajeto através do canal do hipoglosso, formando o tronco basilar. Tratava-se de um doente sem critério temporal para realização de trombólise (wake-up stroke), tendo sido aceite para trombectomia mecânica. A recanalização – mTICI2b - foi obtida por técnica de aspiração, navegando-se o sistema tri-axial através da PAH para acesso ao tronco basilar. Em RM cerebral (D6 pós-evento), objetivavam-se lesões isquémicas subagudas nos tálamos, com maior extensão à esquerda. O ecocardiograma transtorácico demonstrava dilatação moderada da aurícula esquerda e padrão de fibrilação auricular, confirmado por estudo de Holter 24h. Foi, assim, decidido suspender antiagregação e iniciar DOAC como estratégia anti-trombótica. À data da alta, assintomático, sem défices neurológicos pontuáveis.

**CONCLUSÃO** | São escassas as publicações que reportam a associação (extremamente rara) entre oclusão da AB e PHA. Tendo em conta o risco incremental de AVC vertebro-basilar nesta subpopulação (constituindo um potencial bypass para êmbolos cardíacos atingirem a circulação posterior), o reconhecimento desta rara variante é particularmente importante para determinação da estratégia terapêutica endovascular e rápida recanalização da artéria basilar.

*Conflitos de interesse: Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.*

---

## **CC5. Vasculopatia segmentar multifocal em jovem com cefaleia e AVC: causa ou consequência?**

**Autores:** Diogo Damas<sup>1</sup>, Fábio Gomes<sup>1</sup>, Armando Lopes<sup>2</sup>, César Nunes<sup>3</sup>, Ana Brás<sup>1</sup>, Fernando Silva<sup>1</sup>, Carolina Fernandes<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 - Serviço de Neurorradiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**INTRODUÇÃO** | O Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível (SVCR) consiste numa causa rara de AVC que resulta do vasospasmo multifocal da vasculatura cerebral, frequentemente em associação com fatores desencadeantes como gravidez/puerpério, enxaqueca ou fármacos vasoativos. Esta doença é caracterizada por cefaleia “thunderclap”, alterações visuais, crises convulsivas e défices neurológicos focais, podendo ocorrer alguns dias ou semanas após exposição. O seu padrão angiográfico de estenoses multifocais alternadas com dilatações focais tipo “colar de contas” pode ser encontrado noutras vasculopatias, nomeadamente as vasculites, dificultando o seu diagnóstico. Assim, reportamos um caso de AVC em mulher jovem com alterações sugestivas de vasculopatia, salientando a dificuldade na definição etiológica e marcha diagnóstica.

**CASO CLÍNICO** | Mulher de 47 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial e Dislipidemia medicadas, tabagismo ativo e

consumo ocasional de canabinóides. Apresentou-se no serviço de urgência com quadro de instalação súbita de alteração de linguagem e déficit motor direito, com episódio prévio de cefaleia occipital intensa e alterações visuais descritas como miodesopsias na semana anterior. Ao exame neurológico apresentava afasia global de predomínio anterior, defeito de campo visual direito, parésia facial central direita e hemiparésia flácida direita (G4/5). Realizou TC crânio-encefálica à admissão que revelou a presença de hematoma frontobasal posterior direito e hipodensidades em localização subcortical frontoparietal esquerda. Angio-TC crânio-encefálica e cervical documentou aneurisma sacular no topo da artéria carótida interna (ACI) direita, assim como estenoses e dilatações ao nível da artéria cerebral média esquerda (ACM) e irregularidades significativas do calibre das restantes artérias intracranianas. Foi efetuada angiografia cerebral diagnóstica que evidenciou estenoses e pseudo-dilatações aneurismáticas das ACM, de predomínio esquerdo, e estenoses das ACI intracranianas, artérias cerebrais anteriores, artéria basilar e artérias cerebrais posteriores sugerindo vasculopatia difusa. Estudo complementar com punção lombar revelou líquido xantocrômico com pleocitose marcada (194/mm<sup>3</sup>, predomínio mononuclear), eritrocitose (3200/mm<sup>3</sup>) e hipoglicorráquia (20 mg/dL) mas painel meningites/encefalites e exame cultural negativos. Estudo analítico com hemograma, painel autoimunidade sistémica e neurológica, serologias e estudo microbiológico foram negativos. RM crânio-encefálica evidenciou múltiplas lesões isquémicas agudas em territórios fronteira (corticais e profundo) e microenfartes dispersos sugestivos de vasculite do SNC. Doente realizou tratamento com antibioterapia empírica de largo espectro, ciclo de megadoses de metilprednisolona e esquema com nimodipina. Durante o tratamento, foi repetida punção lombar com normalização dos resultados e angiografia cerebral de controlo com restituição da normal volumetria das artérias intracranianas, pelo que foi assumida vasculopatia em contexto de vasospasmo cerebral tardio após ruptura aneurismática.

**CONCLUSÕES** | Este caso destaca a complexidade da abordagem diagnóstica no SVCR pela suas manifestações polimórficas e sobreposição clínica com outras vasculopatias multifocais, nomeadamente as vasculopatias inflamatórias, sendo que o contexto clínico, as características da cefaleia e os padrões de lesão cerebral permitem distinguir entre estas entidades. A angiografia cerebral tem um papel essencial no diagnóstico diferencial, permitindo caracterizar o envolvimento vascular e instituir uma terapêutica dirigida precoce.

---

## **CC6. Trombose venosa cerebral e enfartes em território de barragem venosa: uma imagem rara**

**Autores:** Maria Roque<sup>1</sup>, Ângelo Neto Dias<sup>2</sup>, Madalena Rosário<sup>1</sup>, Patrícia Canhão<sup>1</sup>

**Afiliações:** 1 - Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa-Norte, Lisboa, Portugal; 2 - Serviço de Imagiologia Neurológica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa-Norte, Lisboa, Portugal

**INTRODUÇÃO** | A forma de apresentação clínica da trombose venosa cerebral (TVC) é muito variada. As alterações do parênquima cerebral são relevantes na identificação e diagnóstico desta patologia. Têm sido descritas alterações como edema vasogénico e citotóxico, hematoma parenquimatoso e hemorragia subaracnoideia da convexidade. Enfartes em território de barragem venosa são bastante raros, mimetizando doença de grande vaso arterial.

Apresentamos um caso de TVC em que se identificaram focos punctiformes de restrição à difusão na substância branca profunda compatíveis com enfartes em território de barragem venosa. Efetuou-se uma revisão da literatura para identificar casos clínicos de TVC com evidência imagiológica destes enfartes.

**CASO CLÍNICO** | Mulher de 76 anos, previamente autónoma. Avaliada no serviço de urgência por quadro de confusão mental e alteração da marcha. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e cancro da mama em remissão há 20 anos. Não realizava terapêutica hormonal. No exame neurológico, identificou-se lentificação psicomotora, quadro de disfunção frontal, parkinsonismo axial e apendicular simétrico e hiperreflexia generalizada. A TC-CE e veno-TC revelaram extensa trombose venosa cerebral dos sistemas venosos de drenagem superficial e profunda, envolvendo o golfo da jugular e seio lateral esquerdos, tórcula, seio longitudinal superior, seio recto, veia de Galeno e veias cerebrais internas. A RM-CE mostrou áreas punctiformes de restrição à difusão e hipersinal em T2-FLAIR no centro semioval e região occipital à esquerda e coroas

radiárias bilaterais compatíveis com enfartes em território de barragem venosa. Identificou-se ainda lesões punctiformes com a mesma evolução de sinal fora do território de barragem, nomeadamente no braço posterior de ambas as cápsulas internas e tálamo direito. Dado a localização das lesões mimetizar enfartes em território de barragem arterial, realizou *eco-Doppler* dos vasos do pescoço e transcraniano que excluíram patologia arterial concomitante.

Iniciou anticoagulação terapêutica, com melhoria clínica significativa durante o internamento. O estudo etiológico de trombofilia e pesquisa de neoplasia oculta foi negativo.

Repetiu RM-CE quatro meses depois, que mostrou sequelas das lesões em território de barragem venoso previamente identificadas, nomeadamente no centro semioval à esquerda, região occipital esquerda e coroas radiárias bilaterais, traduzidas por hipersinal em FLAIR mas sem restrição à difusão. Identificou-se ainda novas lesões com as mesmas características de sinal no centro semioval direito compatíveis com lesões sequelares em território de barragem venosa. A veno-RM mostrou recanalização parcial dos sistemas de drenagem profundo e superficial.

Na última observação, sete meses após o diagnóstico, não apresentava alterações cognitivas, sendo apenas evidente no exame neurológico ligeiro tremor de repouso e postural, sem interferência na autonomia.

**CONCLUSÃO** | Pretende-se com este caso alertar para um tipo de alteração de imagem rara na TVC, mimetizando enfartes em território de barragem arterial, mas que podem ser atribuíveis a enfartes em território de barragem venoso. Este fenótipo imagiológico no contexto de TVC já foi descrito, mas é muito raro. Identificámos apenas 6 casos clínicos na revisão da literatura. O mecanismo fisiopatológico é ainda pouco compreendido, sendo que se hipotetiza que o envolvimento extenso dos sistemas de drenagem cerebral poderá estar associado a este padrão.

---

## **CC7. Neuropatia óptica isquémica como manifestação inicial de sarcoidose**

**Autores:** Teresa Santana, Liliana Pereira, Miguel Rodrigues, Inês Rosário Marques, Francisco Antunes

**Instituições:** Serviço de Neurologia do Hospital Garcia de Orta

**INTRODUÇÃO** | A sarcoidose é uma doença sistémica granulomatosa, de etiologia desconhecida, caracterizada por uma resposta imunológica exagerada em resposta a antigénios não identificados, com a consequente formação de granulomas não caseosos. Embora o envolvimento pulmonar seja o mais comum, com adenopatias hilares bilaterais e opacidades pulmonares nodulares ou reticulares, podem existir manifestações extratorácicas, destacando-se o envolvimento cutâneo, linfático, ocular, hepato-esplénico e do sistema nervoso.

**CASO CLÍNICO** | Homem de 47 anos, autónomo, saudável, admitido por quadro agudo, de início súbito, de escotoma monocular esquerdo, indolor. Na avaliação inicial, apresentava um defeito altitudinal inferior do olho esquerdo e, na fundoscopia, edema do disco óptico, documentado também por tomografia de coerência óptica, e hemorragia peripapilar do mesmo olho. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica e das órbitas, sem alterações.

Da investigação realizada, salienta-se: avaliação analítica com hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e discreto aumento da velocidade de sedimentação; ressonância magnética (RM) crânio-encefálica sem alterações, nomeadamente dos nervos ópticos; Angio-TC, Angio-RM e Eco-Dopplers cervicais e cerebrais com espessamento parietal difuso condicionando estenoses nos segmentos extra e intracranianos das artérias carótidas internas (ACI), bem como diversas estenoses intracranianas; RM cervical identificando reforço de sinal espesso e concêntrico das ACI, sugestivo de alterações inflamatórias/vasculite; punção lombar com exame citoquímico sem alterações; TC tóraco-abdómino-pélvica com adenomegalias mediastínicas, algumas das quais com microcalcificações, e calcificações ateroscleróticas da aorta torácica e da aorta abdominal e seus ramos; e FDG-PET de corpo inteiro com evidência de patologia intensamente hipermetabólica em sede ganglionar mediastínica. Realizou ecoendoscopia brônquica com punção aspirativa de gânglio mediastínico, cujo exame citológico revelou granulomatose não necrotizante ganglionar compatível com sarcoidose, e pesquisa de micobactérias negativa. Estabeleceu-se o diagnóstico de sarcoidose, manifestando-se como neuropatia óptica anterior esquerda, provavelmente isquémica, relacionada com estenose grave da ACI ipsilateral, em contexto de vasculopatia não aterosclerótica, tendo iniciado tratamento com corticoterapia.

**CONCLUSÕES** | Este caso ilustra um de doente com sarcoidose cuja manifestação inicial foi uma neuropatia óptica anterior, clinicamente sugestiva de etiologia isquémica (escotoma altitudinal, súbito e indolor), diferente da manifestação de causas inflamatórias, que se postula que tenha ocorrido por um mecanismo de hipoperfusão associado à estenose da ACI ipsilateral. Trata-se, portanto, de uma apresentação atípica de sarcoidose, ocorrendo no contexto de uma vasculopatia de grandes vasos com envolvimento muito marcado de vasos intra e extracranianos, a condicionar um diagnóstico diferencial desafiante com outras entidades, nomeadamente arterite de Takayasu, vasculites secundárias ou doença aterosclerótica. Por outro lado, as alterações ganglionares mediastínicas colocavam a hipótese de patologia neoproliferativa ou infecciosa, tendo sido a biópsia ganglionar um exame fundamental para a confirmação do diagnóstico. Em termos terapêuticos, não existe, até à data, evidência de que o tratamento altere o curso natural da doença, pelo que a decisão de tratamento deve ser individualizada, consoante a gravidade das manifestações da doença. Por fim, salienta-se a importância de um seguimento e monitorização regulares destes doentes.

# RESUMOS DE COMUNICAÇÕES ORAIS

## **CO1.** O mapeamento dos circuitos de neurotransmissores revela os padrões neuroquímicos das alterações cognitivas pós-AVC

**Autores:** Pedro Nascimento Alves<sup>1,2</sup>, Victor Nozais<sup>3,4</sup>, Justine Y. Hansen<sup>5</sup>, Maurizio Corbetta<sup>6,7,8</sup>, Parashkev Nachev<sup>9</sup>, Isabel Pavão Martins<sup>1,2</sup>, Michel Thiebaut de Schotten<sup>3,4</sup>

**Instituições:** 1 - Laboratório de Estudos de Linguagem, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal; 2 - Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Hospital de Santa Maria, CHULN, Lisbon, Portugal; 3 - Groupe d'Imagerie Neurofonctionnelle, Institut des Maladies Neurodégénératives-UMR 5293, CNRS, CEA, University of Bordeaux, Bordeaux, 33076, France; 4 - Brain Connectivity and Behaviour Laboratory, Sorbonne Universities, Paris, 75006, France; 5 - Montréal Neurological Institute, McGill University, Montréal, QC, Canada; 6 - Clinica Neurologica, Department of Neuroscience, University of Padova, Padova, Italy; 7 - Padova Neuroscience Center, University of Padova, Padova, Italy; 8 - Venetian Institute of Molecular Medicine, Fondazione Biomedica, Padova, Italy; 9 - Queen Square Institute of Neurology, University College London, London, UK

**INTRODUÇÃO** | A descoberta dos neurotransmissores revolucionou o conhecimento sobre a neurobiologia cerebral. Diferentes neurotransmissores medeiam circuitos neuronais fundamentais para o comportamento humano. O AVC é uma das principais causas de alterações cognitivas e existe uma relação demonstrada entre estas e a disfunção de circuitos de neurotransmissão. Por exemplo, a integridade dos circuitos acetilcolinérgicos é um preditor da recuperação de defeitos de memória após o AVC. Contudo, as dificuldades de mapeamento destes circuitos *in vivo* tem impedido uma caracterização clínico-neuroquímica mais detalhada, e a aplicação deste conhecimento a nível terapêutico.

**OBJETIVOS** | Os objetivos deste estudo foram desenvolver um atlas dos circuitos de neurotransmissores, criar um método para quantificar o impacto de uma lesão vascular na disfunção dos mesmos e analisar a relação entre o padrão cognitivo de doentes com AVC e o seu perfil neuroquímico.

**METODOLOGIA** | Mapas normativos de neurotransmissores, derivados de Tomografias por Emissão de Positrões de 1200 indivíduos saudáveis, foram obtidos de Hansen e colaboradores. Projetámos os sinais dos recetores e transportadores nas fibras de substância branca utilizando o Functionnectome. Deste modo, criámos um atlas dos circuitos da acetilcolina, dopamina, noradrenalina e serotonina. As projeções de transportadores e recetores foram utilizadas como marcadores dos axónios pré e pós-sinápticos, respetivamente. Com isto, calculámos os rácios individuais de lesão pré e pós-sináptica de 1333 doentes com AVC (amostra de treino). Com uma abordagem de machine learning não supervisionada, analisámos os *clusters* neuroquímicos lesionais. Esta análise foi validada numa amostra independente de 143 doentes (amostra de teste). Por fim, estudámos a relação entre o desempenho dos doentes 3 meses após o AVC em 75 medidas de linguagem, atenção visuo-espacial, memória verbal e visuo-espacial, e motoras, e os cluster neuroquímicos identificados.

**RESULTADOS** | O atlas dos circuitos de neurotransmissores mostrou uma distribuição lobar diversificada, com um predomínio serotoninérgico nas fibras anteriores e mediais, acetilcolinérgico nas fibras posteriores, e noradrenérgico e dopaminérgico nas fibras orbitofrontais. O circuito de Papez apresentou um predomínio acetilcolinérgico, enquanto que as projeções talâmicas anteriores e frontostriatais revelaram-se principalmente noradrenérgicas e dopaminérgicas. Os rácios pré e pós-sinápticos das lesões vasculares apresentaram uma elevada tendência de *clustering*, estando organizados em 8 grupos neuroquímicos, tanto na amostra de treino como na de teste. Embora o desempenho dos doentes nas tarefas de atenção visuoespacial e motoras tenha diferido entre grupos, não se verificou uma associação específica entre os clusters neuroquímicos e os perfis cognitivos.

**CONCLUSÕES** | Neste trabalho, desenvolvemos um novo método de mapeamento lesão-neurotransmissor que tem em conta a diáquis neuroquímica. Com isto, conseguimos estudar as bases neuroquímicas dos défices cognitivos do AVC a nível individual, distinguindo as disfunções pré e pós-sinápticas. A ausência de associações fortes entre grupos de perfis de neurotransmissores e défices cognitivos específicos a nível de grupo sugere que determinada rede cognitiva pode ser afetada a diferentes níveis neuroquímicos. Este conhecimento pode contribuir para uma nova compreensão dimensional da neurobiologia cognitiva do AVC e promover a otimização do desenho de ensaios clínicos futuros.

*Compromissos: Nada a declarar.*

---

## **CO2. Neurosonologia como preditora do risco de transformação hemorrágica após trombectomia: estudo caso-controlo**

**Autores:** Diogo Dias<sup>1</sup>, Fátima Soares<sup>2,3</sup>, Vanessa Almeida<sup>2,3</sup>, David Passão<sup>2,3</sup>, Teresa Melo<sup>3</sup>, Ana Fonseca<sup>2,3</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Medicina, Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora; 2 - Laboratório de hemodinâmica cerebral, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; 3 - Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa

**INTRODUÇÃO** | As transformações hemorrágicas (TH) em doentes com AVC de grande vaso após trombectomia endovascular (TEV) são frequentes. Um dos mecanismos que pode levar à TH é a hiperperusão após recanalização. A identificação dos doentes em risco de desenvolver TH pode permitir adotar medidas preventivas e melhorar o seu prognóstico. Há artigos publicados que indicam que parâmetros do *EcoDoppler* transcraniano podem ser preditores de TH.

**OBJETIVOS** | Avaliar se existe associação entre hiperperusão cerebral, através do índice de pulsabilidade e pico de velocidade sistólica, e ocorrência de TH.

**METODOLOGIA** | Estudo caso-controlo, incluindo doentes submetidos a TEV por AVC isquémico do território da artéria cerebral média (ACM) e internados em unidade de AVC entre janeiro/2021 e outubro/2023. O grupo TH, incluiu doentes com TH tipo HI2 e PH, segundo classificação ECASS, 24h após TEV. No grupo controlo foram englobados doentes com AVC isquémico do território da ACM submetidos a TEV, mas sem TH. Os casos foram pareados tendo em conta sexo, idade e fatores de risco cardiovasculares. Os grupos foram comparados quanto à distribuição da razão dos índices de pulsabilidade (IP) entre lado ipsilateral ao AVC sobre lado contralateral, assim como para a razão dos picos de velocidade sistólica (PVS). Estes parâmetros foram avaliados para a artéria carótida interna (ACI) e cerebral média (ACM).

**RESULTADOS** | Foram incluídos 68 doentes, 34 em cada grupo. Cada grupo foi constituído por 19 doentes do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Não houve diferença na distribuição de idades, 75 [61;83] anos no grupo TH e 75 [51;83] anos no grupo controlo. O grupo TH apresentou 25 oclusões da ACM e 9 oclusões em T da ACI com envolvimento da ACM, o grupo controlo apresentou 22 e 12 oclusões respetivamente, sem diferença significativa entre grupos. Nas comorbilidades avaliadas (hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, fibrilação auricular, diabetes mellitus e patologia valvular cardíaca), verificou-se maior prevalência de dislipidemia, e patologia valvular no grupo TH (p-value 0.049 e 0.039, respetivamente). Para as restantes não houve diferenças entre grupos. No que respeita a ACI, não houve diferença significativa entre grupos na distribuição da razão IP ipsilateral ao AVC/ IP contralateral, p-value 0.928. Também não se verificou diferença na razão PVS ipsilateral ao AVC/ PVS contralateral, p-value 0.640. Na avaliação dos mesmos parâmetros para a ACM também não se encontram diferenças significativas, p-value 0.260 e 0.492 respetivamente.

**CONCLUSÕES** | Os resultados não revelaram uma eventual associação dos parâmetros de *EcoDoppler* com o risco de TH ipsilateral. Porém, foram identificadas algumas limitações. O estudo foi retrospectivo pelo que não existiu um protocolo para as medições neurosonológicas. Alguns Dopplers foram realizados após transformação hemorrágica.

### **CO3. Trombólise no AVC isquémico por doença cerebral de pequenos vasos: estudo caso-controlo**

**Autores:** Miguel Miranda<sup>1</sup>, Sofia Galego<sup>2</sup>, Ana Paiva Nunes<sup>2</sup>

**Instituições:** <sup>1</sup> Unidade Funcional de Neurologia, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, Cascais, <sup>2</sup> Unidade CerebroVascular, Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

**INTRODUÇÃO** | A doença cerebral de pequenos vasos (DCPV) diz respeito a um conjunto de processos patológicos que afetam pequenas artérias, arteríolas e capilares cerebrais. O AVC isquémico lacunar é uma consequência destes processos patológicos, estando associado a risco acrescido de mortalidade, AVC recorrente e disfunção cognitiva. A eficácia e a segurança da trombólise intravenosa em doentes com AVC isquémico lacunar não está devidamente estabelecida, sobretudo em doentes com NIHSS inferiores ou iguais a 5, como demonstrado no ensaio ARAMIS.

**OBJETIVOS** | Avaliar benefício clínico da trombólise em doentes internados por AVC isquémico com diagnóstico etiológico (de acordo com a classificação TOAST-SS) de doença cerebral de pequenos vasos.

**METODOLOGIA** | Estudo retrospectivo com inclusão de doentes internados na Unidade CerebroVascular entre 01/01/2013 e 31/07/2023 com diagnóstico etiológico, à data de alta clínica, de doença cerebral de pequenos vasos (de acordo com classificação TOAST-SS). Comparação de resultados clínicos (shift da escala de Rankin modificada prévia a internamento e aos 3 meses após AVC; shift da pontuação na escala NIHSS entre alta e admissão hospitalar; percentagem de doentes funcionalmente independentes aos 3 meses após AVC (mRS 0-2); percentagem de mortalidade aos 3 meses após AVC) entre cohort de doentes submetidos a tratamento fibrinolítico e doentes submetidos a terapêutica médica otimizada.

**RESULTADOS** | Entre Janeiro-2013 e Julho-2023, foram realizadas 1265 fibrinólises, 12,8% (n=163) correspondendo a casos de AVC isquémico lacunar. Os doentes com AVC isquémico lacunar submetidos a fibrinólise foram maioritariamente do género masculino (70,7%), apresentando uma idade média de 67,96(± 11,33) anos, um NIHSS mediano à admissão de 6[IQR 5-8] e um tempo porta-agulha médio de 47,66(±55,9) minutos. Cerca de 38% dos doentes apresentava um NIHSS≤5 à admissão. Aos 3 meses após AVC, 63,4% dos doentes encontrava-se independente do ponto de vista funcional (mRS≤2), com uma mortalidade registada de apenas 1,8%.

No mesmo período, foram internados 101 doentes com AVC lacunar sem realização de tratamento fibrinolítico, 73,3% dos quais com NIHSS≤5 à admissão. Foi registada uma diferença estatisticamente significativa entre a mediana da pontuação do NIHSS à admissão entre grupos (p<.001), sendo inferior no grupo sem realização de fibrinólise (3 versus 6).

Estratificaram-se os doentes com base no NIHSS à admissão (NIHSS≤5 e NIHSS>5), não tendo sido detetada diferença estatisticamente significativa na variação do mRS aos 3 meses entre ambos os grupos (NIHSS≤5, p=0,57; NIHSS>5, p=0,687), ainda que, à data da alta clínica, os doentes submetidos a trombólise apresentassem uma maior recuperação clínica registada através da variação da pontuação do NIHSS (NIHSS≤5, p=0,019; NIHSS>5, p=0,039).

**CONCLUSÃO** | Apesar de não demonstrarmos benefício funcional através da escala de Rankin modificada, a trombólise intravenosa associa-se a uma maior recuperação dos défices neurológicos à data da alta clínica em doentes com AVC isquémico lacunar com pontuações de NIHSS≤5 e >5. A interpretação destes resultados pode estar limitada pela inclusão de doentes com AVC menos incapacitantes no grupo dos doentes não submetidos a tratamento fibrinolítico, constituindo um eventual viés de seleção.

---

### **CO4. O acidente isquémico transitório entre outros sintomas neurológicos focais transitórios**

**Autores:** Rui Felgueiras<sup>1</sup>, Rui Magalhães<sup>2</sup>, Diogo Pereira<sup>1</sup>, José Pereira<sup>3</sup>, Joel Freitas<sup>4</sup>, Catarina Gomes<sup>5</sup>, Carolina Silva<sup>2</sup>, Manuel Correia<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 - Departamento Estudo de Populações, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar; 3 - Serviço de Neurorradiologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 4 - Serviço de Neurofisiologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 5 - Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

**INTRODUÇÃO** | O diagnóstico de um sintoma neurológico focal transitório (SNFT) é essencialmente clínico, pouco auxiliado por exames complementares, com baixa concordância entre peritos perante iguais anamneses. Um seguimento prolongado ajuda a esclarecer a etiologia do SNFT, sendo o AIT o mais temido dos SNFT dado o elevado risco de AVC subsequente.

**OBJETIVOS** | Identificação dos AIT entre todos os SNFT, determinando as mudanças de diagnóstico ao longo do percurso do doente, assim como o prognóstico de cada subtipo de SNFT.

**METODOLOGIA** | Foram incluídos prospectivamente os adultos inscritos num agrupamento de centros de saúde, que recorreram ao Serviço de Urgência (SU) hospitalar por um SNFT entre Novembro de 2019 e Março 2021. Foram excluídos doentes com vertigens com etiologia determinada por ORL e doentes com diagnóstico prévio de demência. Durante o primeiro ano, os doentes selecionados foram convidados a uma consulta presencial nos primeiros 7 dias após o episódio, com a possibilidade de realização no dia seguinte à consulta de exames complementares de diagnóstico (eco-Doppler cervical e transcraniano, ECG, RM cerebral e EEG), de acordo com o diagnóstico clínico. O seguimento anual foi realizado presencialmente ou por telefone. Determinou-se o prognóstico em termos de ocorrência de AIT, AVC ou morte.

**RESULTADOS** | De um total de 44797 episódios de urgência, foram revistos 6689 com diagnóstico passível de inclusão. Foram incluídos 507 doentes com SNFT, dos quais 278 tiveram consulta externa de Neurologia (180 do estudo, 98 de rotina). A vertigem sem etiologia foi o diagnóstico mais comum de alta do SU (n=143, 28.2%), seguida do AIT (n=77, 15.2%) e do SNFT sem etiologia (n=71, 14.0%). Na consulta externa foram alterados 107 (38.5%) diagnósticos. Globalmente, 109 doentes receberam um diagnóstico AIT (no SU ou na consulta externa); 86 tiveram consulta externa de Neurologia, confirmando-se o diagnóstico inicial de AIT em 49 doentes, alterando-se o diagnóstico inicial para AIT em 32 e para não-AIT em 5 doentes. Dos 32 não previamente reconhecidos como AIT, 84.4% tinham um diagnóstico prévio sindrômico. O cenário ideal no SU de diagnóstico correto, investigação completa (imagem cerebral, dos vasos extracranianos e ECG) e consequente tratamento do AIT cumpriu-se em 44% dos casos. Os AIT não tratados no SU (n=21), assim como os inicialmente não reconhecidos (n=32) tiveram tendencialmente um pior prognóstico. Considerando o diagnóstico final, apenas as crises epiléticas e os AIT tiveram recorrência para morte ou AVC durante o seguimento.

**CONCLUSÕES** | O diagnóstico e abordagem correta do AIT no SU ocorrem em menos de metade dos casos, influenciando negativamente o prognóstico destes doentes. A determinação em consulta do diagnóstico permite clarificar o prognóstico dos SNFT.

---

## **CO5. Trombólise no AVC isquémico por doença cerebral de pequenos vasos: estudo caso-controlo**

**Autores:** Miguel Miranda<sup>1</sup>, Sofia Galego<sup>2</sup>, Ana Paiva Nunes<sup>2</sup>

**Instituições:** 1 - Unidade Funcional de Neurologia, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, Cascais; 2 - Unidade Cerebrovascular, Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

**INTRODUÇÃO** | A doença cerebral de pequenos vasos (DCPV) diz respeito a um conjunto de processos patológicos que afetam pequenas artérias, arteríolas e capilares cerebrais. O AVC isquémico lacunar é uma consequência destes processos patológicos, estando associado a risco acrescido de mortalidade, AVC recorrente e disfunção cognitiva. A eficácia e a segurança da trombólise intravenosa em doentes com AVC isquémico lacunar não está devidamente estabelecida, sobretudo

em doentes com NIHSS inferiores ou iguais a 5, como demonstrado no ensaio ARAMIS.

**OBJETIVOS** | Avaliar benefício clínico da trombólise em doentes internados por AVC isquémico com diagnóstico etiológico (de acordo com a classificação TOAST-SS) de doença cerebral de pequenos vasos.

**METODOLOGIA** | Estudo retrospectivo com inclusão de doentes internados na Unidade CerebroVascular entre 01/01/2013 e 31/07/2023 com diagnóstico etiológico, à data de alta clínica, de doença cerebral de pequenos vasos (de acordo com classificação TOAST-SS). Comparação de resultados clínicos (shift da escala de Rankin modificada prévia a internamento e aos 3 meses após AVC; shift da pontuação na escala NIHSS entre alta e admissão hospitalar; percentagem de doentes funcionalmente independentes aos 3 meses após AVC (mRS 0-2); percentagem de mortalidade aos 3 meses após AVC) entre cohort de doentes submetidos a tratamento fibrinolítico e doentes submetidos a terapêutica médica otimizada.

**RESULTADOS** | Entre Janeiro-2013 e Julho-2023, foram realizadas 1265 fibrinólises, 12,8% (n=163) correspondendo a casos de AVC isquémico lacunar. Os doentes com AVC isquémico lacunar submetidos a fibrinólise foram maioritariamente do género masculino (70,7%), apresentando uma idade média de 67,96(± 11,33) anos, um NIHSS mediano à admissão de 6[IQR 5-8] e um tempo porta-agulha médio de 47,66(±55,9) minutos. Cerca de 38% dos doentes apresentava um NIHSS≤5 à admissão. Aos 3 meses após AVC, 63,4% dos doentes encontrava-se independente do ponto de vista funcional (mRS≤2), com uma mortalidade registada de apenas 1,8%.

No mesmo período, foram internados 101 doentes com AVC lacunar sem realização de tratamento fibrinolítico, 73,3% dos quais com NIHSS≤5 à admissão. Foi registada uma diferença estatisticamente significativa entre a mediana da pontuação do NIHSS à admissão entre grupos (p<.001), sendo inferior no grupo sem realização de fibrinólise (3 *versus* 6).

Estratificaram-se os doentes com base no NIHSS à admissão (NIHSS≤5 e NIHSS>5), não tendo sido detetada diferença estatisticamente significativa na variação do mRS aos 3 meses entre ambos os grupos (NIHSS≤5, p=0,57; NIHSS>5, p=0,687), ainda que, à data da alta clínica, os doentes submetidos a trombólise apresentassem uma maior recuperação clínica registada através da variação da pontuação do NIHSS (NIHSS≤5, p=0,019; NIHSS>5, p=0,039).

**CONCLUSÃO** | Apesar de não demonstrarmos benefício funcional através da escala de *Rankin* modificada, a trombólise intravenosa associa-se a uma maior recuperação dos défices neurológicos à data da alta clínica em doentes com AVC isquémico lacunar com pontuações de NIHSS≤5 e >5. A interpretação destes resultados pode estar limitada pela inclusão de doentes com AVC menos incapacitantes no grupo dos doentes não submetidos a tratamento fibrinolítico, constituindo um eventual viés de seleção.

---

## **CO6. Qualidade e duração do sono em sobreviventes ao Acidente Vascular Cerebral e seus cuidadores**

**Autores:** Líliliana Sousa<sup>1,2</sup>, Ana Moura<sup>1,2,3</sup>, Vítor Tedim Cruz<sup>1,2,4</sup>, Elisabete Alves<sup>5</sup>, Ana Rute Costa<sup>1,2,7</sup>

**Instituições:** 1 - EPIUnit (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto), Porto, Portugal; 2 - Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional (ITR), Porto, Portugal; 3 - Centro de Investigação e Intervenção Educativas, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal; 4 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, Portugal; 5 - Escola de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Évora, Portugal; 6 - Comprehensive Health Research Centrer (CHRC), Universidade de Évora, Évora, Portugal; 7 - Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses, e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

**INTRODUÇÃO** | Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento substancial da literatura sobre o efeito bidirecional entre sono e AVC. Contudo, os fatores associados às alterações na duração e na qualidade de sono após a ocorrência de um AVC, quer nos sobreviventes como nos seus cuidadores informais, têm sido pouco explorados.

**OBJETIVOS** | Estimar a associação entre características sociodemográficas, fatores relacionados com o AVC e estado geral de saúde, curta duração do sono, alterações na qualidade do sono após AVC e utilização de medicamentos para dormir, em sobreviventes ao AVC e seus cuidadores.

**METODOLOGIA** | Os sobreviventes ao AVC internados entre 2018 e 2019, nas 12 Unidades de AVC do Norte de Portugal, bem como os seus cuidadores, foram convidados a participar no estudo, 18 a 24 meses após o evento. Os participantes foram classificados em quatro grupos: 1) sobreviventes ao AVC sem cuidador informal (n=1332); sobreviventes com cuidador que responderam ao seu próprio questionário (n=155); 3) sobreviventes cujo questionário foi respondido pelos cuidadores informais (n=288); 4) cuidadores informais (n=433). As associações foram estimadas através de odds ratio e respetivos intervalos de confiança, calculados através de regressão logística.

**RESULTADOS** | Cerca de um quarto dos sobreviventes ao AVC e mais de metade dos cuidadores dormiam <7 horas/dia (25,6% e 54,6%, respetivamente). Alterações na qualidade do sono após AVC foram relatadas por 35,9% dos sobreviventes e 69,0% dos cuidadores. Por sua vez, o uso de medicação para dormir foi referido por 40,9% dos sobreviventes e 27,6% dos cuidadores. As alterações na qualidade do sono (65,2%) e o uso de medicamentos para dormir (64,2%) foram particularmente observadas nos sobreviventes cujo questionário foi respondido pelo cuidador.

Entre os sobreviventes que responderam ao seu próprio questionário, a curta duração do sono foi menos frequente entre os mais velhos e mais comum entre os empregados, com sintomas depressivos e sequelas pós-AVC. Os sintomas de ansiedade e/ou depressão e as sequelas pós-AVC estavam associados positivamente às alterações na qualidade do sono, enquanto que a idade mais avançada estava negativamente associada a este *outcome*. Sobreviventes do sexo masculino e com escolaridade mais elevada reportaram com menor frequência o uso de medicação para dormir; pelo contrário, os que apresentavam sintomas depressivos e sequelas pós-AVC referiram mais frequentemente esta condição do sono.

Os cuidadores com sintomas de ansiedade e/ou depressão apresentaram uma maior odds de dormir <7 horas/dia. As alterações na qualidade do sono foram também mais frequentes entre cuidadores mais velhos, com multimorbilidade, com sintomas depressivos e cujos sobreviventes correspondentes apresentavam queixas de dor, sendo menos comum entre cuidadores empregados. O uso de medicamentos para dormir foi mais comum entre os cuidadores que apresentavam multimorbilidade e sintomas de ansiedade e/ou depressão.

**CONCLUSÃO** | A curta duração do sono, as alterações na qualidade do sono e o uso de medicamentos para dormir são altamente prevalentes entre os sobreviventes ao AVC e seus cuidadores. Dado o seu impacto físico e psicológico, estes resultados destacam a importância de monitorizar a duração e a qualidade do sono a longo prazo entre sobreviventes e os seus cuidadores.

---

## **CO7. Factores de risco para Acidente Vascular Cerebral. Estudo de Caso-controle prospectivo multicêntrico num país da África subsaariana**

**Autores:** Evander Lucas<sup>1</sup>, Eucácia de Freitas<sup>1</sup>, Pedro Lamborne<sup>1</sup>, Mauer Gonçalves<sup>1</sup>, Adilson de Oliveira<sup>1</sup>

**Instituição:** 1 - Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, Luanda-Angola, Código-postal:01419-000

**INTRODUÇÃO** | O AVC é um importante problema de saúde pública, sendo uma causa relevante de incapacidade adquirida e de mortalidade em todo o mundo. A mortalidade varia de acordo com a categoria de rendimento dos países, sendo que mais da metade ocorre em países economicamente emergentes, afluindo nestes a parcela economicamente activa da população. A região da África Subsaariana apresenta uma das maiores taxas de prevalência de AVC do continente, porém ainda não se conhece a real magnitude das doenças cerebrovasculares nesta região devido a escassez de estudos epidemiológicos.

**OBJECTIVO** | Estudar os factores de risco para AVC em pacientes internados em Hospitais Terciários de Luanda/Angola nos anos de 2022-2023.

**METODOLOGIA** | Foi realizado um estudo Observacional do tipo Caso-controle Prospectivo em 4 unidades hospitalares terciárias, sendo duas públicas e duas privadas. Os casos corresponderam a 157 pacientes que acorreram aos hospitais com até 5 dias de manifestações de AVC ou que as apresentaram nas primeiras 72 horas de admissão, e os controles foram 157 pacientes sem história de AVC prévio, escolhidos arbitrariamente nas consultas externas e internamento de uma das unidades, numa razão 1:1 com base na idade e sexo dos casos. Foi utilizada estatística descritiva, a amostra tem distribuição normal, conforme teste de Kolmogorov, a diferença entre médias foi calculada usando testes paramétricos com nível de significância estatística em 0.01.

**RESULTADOS** | Dos 157 casos a maioria apresentou a forma isquémica do AVC (n=115, 73,2%), o sexo masculino foi o mais representativo (56,1%). A média de idades para os casos foi de 61 anos (DP±13,9) e de 62 anos para os controles (DP±14.8). Dos factores de risco avaliados, todos se revelaram significativos para AVC, sendo estes: História de hipertensão (87,3%; t=42.071, p<0,01; IC99% [1.051-1.189] vs 43,9%; p<0,01; IC99% [1.433-1.647]), tabagismo actual (2,6%; t=30.992; p<0,01; IC99% [1.160-1.373] vs 0,3%; p<0,01; IC99% [1.506-1.720]), relação cintura-quadril aumentada (89,2%; t=47.967; p<0,01; IC99% [0.922-1.0291] vs p<0,01; IC99% [0.927-1.022]); Sedentarismo (78,8%; t=53.237; p<0,01; IC99% [1.699-1.874] vs 98,7%; p<0,01; IC99% [1.976-2.011]); História de Diabetes mellitus (19,2%; t=55.964; p<0,01; IC99% [1.754-1.926] vs 37,6%; p<0,01; IC99% [1.523-1.730]); Ingestão de álcool (61,5%; t=32.319; p<0,01; IC99% [1.587-1.866] vs 73,3%; p<0,01; IC99% [1.820-2.114]); Sobre-peso e obesidade (47,4%; t=15.813; p<0,01; IC99% [14.609-20.383] vs 87,9%; p<0,01; IC99% [28.720-30.483]).

**DISCUSSÃO** | Nesta população verificou-se maior ocorrência de AVC em jovens, um contraste com os estudos em populações caucasianas em países desenvolvidos. A análise destes 7 factores de risco modificáveis mostrou-se estatisticamente significativa, pois os mesmos correspondem a factores “clássicos” de AVC, tendo sido amplamente associados ao fardo da doença em populações caucasianas e negras. Apesar da predominância da forma isquémica do AVC, verificou-se uma frequência relativamente maior da forma hemorrágica em relação à descrita mundialmente, devido a grande frequência de Hipertensão nessa população. Esses achados mostram que os factores de risco modificáveis são alvos importantes para a prevenção do AVC em áreas economicamente emergentes.

**CONCLUSÃO** | Nesta população os factores de risco para AVC foram história de hipertensão, tabagismo actual, relação cintura-quadril aumentada, sedentarismo, história de Diabetes *mellitus*, ingestão de álcool e aumento do IMC.

---

## **CO8. Impacto do empoderamento do utente na prevenção secundária do AVC**

**Autores:** Diana Martins Oliveira 1; Maria Jesus Torres 2

**Instituições:** 1 - Unidade de Reabilitação AVC, Centro de Reabilitação do Norte - Centro Hospitalar Vila Nova Gaia, Avenida Infante Sagres número 349, 4405-565 Valadares; 2 - Unidade de AVC, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal, Rua Dr. Eduardo Torres 1515, 4464-513 Senhora da Hora

**INTRODUÇÃO** | O AVC, isquémico ou hemorrágico, é a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal e tem um importante impacto social e económico.

O risco de recorrência é de 25% aos 5 anos e 40% aos 10 anos. A prevenção secundária pode minimizar os fatores de risco modificáveis (HTA, DM; FA; dislipidemia; tabagismo; sedentarismo; ingestão alcoólica excessiva, dieta) promovendo a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis e reduzir, em 80%, a sua reincidência.

Empoderamento é um conceito recente e dinâmico que consiste no processo através do qual a pessoa adquire a percepção que controla e é parte ativa do seu projeto de saúde. Pode ser conseguido através de intervenções educacionais estruturadas, multidimensionais e sistematizadas junto das pessoas, capacitando-as e aumentando a literacia em saúde, de forma a favorecer a tomada de decisão e a participação efetiva no projeto de saúde.

**OBJETIVOS:** Mapear a evidência científica relativa ao empoderamento das pessoas na prevenção secundária do AVC.

**METODOLOGIA** | Revisão integrativa da literatura com base na pergunta de investigação “Qual o impacto do empoderamento das pessoas na prevenção secundária do AVC?” através do EBSCO® com os descritores "empowerment"; "stroke or cerebrovascular accident or cva" e "prevention". Procedeu-se a uma leitura crítico-reflexiva, verificou-se a adequação à pergunta de investigação e aos critérios de inclusão/exclusão, realizou-se um processo de avaliação da qualidade metodológica e procedeu-se à extração de dados.

**RESULTADOS** | Os cinco artigos selecionados estão escritos em língua inglesa, quatro são ensaios clínicos randomizados e um é um estudo observacional. As datas de publicação vão de 2018 a 2023.

Todos os artigos salientam a importância do envolvimento e empoderamento das pessoas nos processos de decisão em saúde e referem que o sucesso de qualquer abordagem terapêutica, farmacológica ou não farmacológica, depende, entre outros, do nível de envolvimento e conhecimento da pessoa.

Os programas de gestão da doença como, por exemplo, o STROKE CARD® que tem o objetivo de reduzir o risco de eventos cardiovasculares e aumentar a qualidade de vida dos sobreviventes de AVC/AIT, são uma das formas de empoderar as pessoas. Também o coaching de saúde e as TIC têm tido resultados promissores no âmbito do empoderamento.

**CONCLUSÃO** | O empoderamento é um processo dinâmico e interativo em que a participação ativa e o envolvimento da pessoa, tal como a comunicação entre pessoa/equipa de saúde, são fundamentais e deve estar no cerne dos cuidados de enfermagem permitindo uma partilha de poderes e decisões de forma informada, livre, responsável e esclarecida em que a pessoa ocupa uma posição central na equipa de saúde.

Os enfermeiros são agentes promotores de processos de transição saudáveis: aumentar a consciência do impacto das DCV, fomentar a aquisição de competências que apoiem a tomada de decisão, o autocuidado responsável e a autogestão da doença, através do empoderamento, diminuirá a reincidência dos casos de AVC.

Atendendo à pertinência do tema, à parca evidência existente e ao seu possível contributo para uma prevenção secundária eficaz, sugere-se futura investigação, no âmbito da enfermagem, promovendo o desenvolvimento de conhecimento específico.

---

## **CO9. Otimização dos cuidados de enfermagem emergentes na Via Verde AVC de um hospital terciário**

**Autores:** Marta Margarida Gonçalves Matias, Catarina André Silva António, Mónica Salomé Carvalho Fernandes, Fernando Silva, Gustavo Santo, Egídio Machado, João Sargento Freitas

**Instituições:** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### **Via Verde Acidente Vascular Cerebral**

**INTRODUÇÃO** | O AVC corresponde a um défice neurológico focal de ocorrência súbita e provável origem vascular. É na penumbra, uma área parcialmente perfundida, mas ainda viável, que se concentram esforços terapêuticos em contexto de AVC isquémico. É por isso que o tempo desde o início do AVC até à restauração do fluxo sanguíneo é importante na sua evolução. O tratamento precoce é determinante para o tratamento do AVC. A VV (via verde) AVC é uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares.

**OBJETIVOS** | Analisar os resultados da implementação de um protocolo de Via Verde (V) do AVC ao nível da sala de emergência e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da sistematização das intervenções.

**MÉTODOS** | Para a elaboração do trabalho recorreu-se à observação de práticas no serviço de urgência no atendimento ao doente com suspeita de AVC, à pesquisa e análise bibliográfica bem como à validação das condutas com peritos do contexto clínico e à análise estatística dos tempos. Foi realizada uma análise quantitativa e retrospectiva dos casos referenciados

primariamente a um hospital terciário com ativação da VV-AVC e orientação através da sala de emergência, independentemente de diagnóstico final ou tratamento realizado desde janeiro de 2021 a dezembro de 2022. Os dados foram obtidos através de consulta dos registos eletrónicos, nomeadamente os doentes com ativação protocolar em sistema

**RESULTADOS** | A intervenção da equipa multidisciplinar do serviço de urgência do CHUC está claramente sistematizada, demarcando a diferença no atendimento do doente com sintomatologia sugestiva de AVC. Na pré-triagem o enfermeiro pesquisa os sinais de alarme e avalia os critérios de inclusão no sentido de ativar a VV AVC. Na sala de emergência o enfermeiro realiza uma avaliação de acordo com uma abordagem sistematizada ABCDE. O mais precocemente possível, o doente é acompanhado pelo médico e enfermeiro ao serviço de imagiologia para realização de TAC-CE. O doente volta à sala de emergência se a equipa da sala de angiografia ou da unidade de AVC não o puder receber.

Para a população analisada, no ano 2021, a mediana do tempo porta-TAC foi de 33 minutos (N=362) e no ano 2022 foi de 35 minutos (N=450). Para estes doentes, a mediana do tempo Porta – Agulha foi de 62.5 minutos (N=150) em 2021 e de 56 minutos (N=180) em 2022. No ano 2021, o tempo TAC-Agulha foi de 30 minutos (N=130) e em 2022 foi de 22 minutos (N=167). A mediana do tempo TAC-Punção femural foi de 145 minutos (N=332) em 2021 e 143 minutos (N=404) em 2022.

**CONCLUSÃO** | A elevada incidência e sequelas resultantes de AVC determinam um importante impacto social e económico. Torna-se então fundamental a operacionalidade multidisciplinar da via verde AVC com vista a redução cronológica entre o início dos sintomas/deteção e a resposta terapêutica adequada, com o objetivo de determinar a presença de lesões hemorrágicas ou isquémicas agudas de modo a otimizar a resposta terapêutica adequada e em tempo útil, com vista à redução/recuperação de possíveis sequelas com ganhos de qualidade de vida para o doente.

As métricas temporais identificadas são aceitáveis, mas podem e devem ser melhoradas especialmente pelo impacto clínico direto esperado dessa melhoria.

*Publicação - Os autores Marta Margarida Gonçalves Matias, Catarina André Silva António, Mónica Salomé Carvalho Fernandes, Fernando Silva, Gustavo Santo, Egídio Machado e João Sargento Freitas autorizam a publicação do presente trabalho no site da SPAVC, bem como no nº de Maio da Revista Sinapse, órgão da Sociedade Portuguesa de Neurologia.*

---

## **CO10. Alta para casa? Padrões de Alta Hospitalar em Sobreviventes de AVC**

**Autores:** Pedro Freixo Ribeiro<sup>1</sup>, Úrsula Martins<sup>2</sup>, Carla Esteves<sup>1</sup>, Joana Alberto<sup>1</sup>, Joana Romano<sup>1</sup>, Marta Paredes<sup>1</sup>, Raquel Vilela<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos; 2 Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel

**INTRODUÇÃO** | O AVC é primeira causa *major* de incapacidade permanente do adulto, sendo frequente a necessidade de integrarem programa de reabilitação especializado e individualizado após o evento, seja em internamento ou regime de ambulatório. Apesar disso, é escassa a literatura nacional sobre a orientação destes doentes após a alta hospitalar, assim como fatores preditivos da sua capacidade de regresso ao domicílio após o AVC.

**OBJETIVOS** | **(i)** Descrever o destino de alta hospitalar de doentes admitidos por AVC em fase aguda, incluindo os programas de reabilitação em ambulatório. Objetivos secundários **(ii)** Análise descritiva seu perfil demográfico, fatores de risco, tratamento de fase aguda e a duração do internamento. **(iii)** Identificar fatores preditores de destino de alta.

**METODOLOGIA** | Estudo *coorte* retrospectivo de doentes admitidos com AVC agudo durante o ano de 2021. Foi feita uma análise descritiva do perfil demográfico, clínico e orientação pós alta hospitalar; estudo comparativo com testes não paramétricos; regressão linear para definição de preditores de orientação para o domicílio.

**RESULTADOS** | Foram incluídos 204 doentes, com idade média 70,2 anos ( $\pm$  13,8), sendo 55,9% do sexo masculino. O AVC

isquémico representou 78,2% dos casos, sendo a etiologia mais frequente a cardioembólica (34,2%). O NIHSS médio na admissão foi de 8,03, diminuindo para 6,67 após o tratamento de fase aguda. A maioria (79,9%) dos doentes foram admitidos em Unidade de AVC (UAVC), com permanência média de 9,7 dias ( $\pm$  9.75). Após a alta, 28,9% tiveram alta para o domicílio e frequentaram tratamentos em ambulatório, 24,4% dos doentes foram orientados para o domicílio sem necessidade de tratamentos de reabilitação em ambulatório, 20,7% foram orientados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e 8,1% foram transferidos para um hospital especializado em reabilitação. Os cuidados terapêuticos em ambulatório incluíram fisioterapia em 80,6% dos casos, terapia da fala em 29,0% e terapia ocupacional em 6,5% dos casos. Os doentes com menor número de dias na UAVC têm uma orientação para o domicílio significativamente superior aqueles que permanecem mais dias na UAVC ( $U = 913,0$ ;  $p < 0.001$ ) e foi encontrada uma associação significativa entre a presença de comorbilidades (dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial, excesso ponderal e tabagismo) e a orientação para o domicílio ( $p < 0,001$ ). Um NIHSS  $\leq 10$  após tratamento de fase aguda foi um preditor significativo (OR=9,286; IC 95% 3.45-24,98) de regresso ao domicílio.

**CONCLUSÕES** | Apesar das limitações do estudo, nomeadamente a inclusão apenas de doentes com necessidade de internamento hospitalar, de único centro e a natureza retrospectiva do estudo, os nossos resultados fornecem informações valiosas sobre as características da alta hospitalar e o seu destino após o AVC. A compreensão dos fatores que influenciam os destinos pós-hospitalização, assim como a capacidade de prever a alta para o domicílio, é crucial para otimizar a reabilitação, reduzir tempos de internamento e custos associados.

---

## **CO11. Quanto custa um AVC após a alta hospitalar: uma abordagem de microcustos**

**Autores:** Miguel Rodrigues<sup>1,2</sup>, Patrícia Pereira<sup>1</sup>, Liliana Pereira<sup>1</sup>, João Cerqueira<sup>2,3</sup>, Miguel Viana Baptista<sup>4,5</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia/Unidade de AVC, Hospital Garcia de Orta, Almada; 2 - Escola de Medicina da Universidade do Minho; 3 - Serviço de Neurologia, Hospital de Braga, Braga; 4 - Serviço de Neurologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa; 5 - CEDOC - NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa

**INTRODUÇÃO** | Sendo o AVC muito prevalente, os custos associados têm potencialmente grande impacto económico, na perspetiva do pagador e sociedade. A abordagem de macrocustos tem a robustez associada à dimensão das grandes bases de dados, mas é imprecisa no diagnóstico clínico e não consegue abranger adequadamente custos diretos não médicos e custos indiretos. Utilizando a metodologia de microcustos, é possível identificar os custos unitários por doente das múltiplas vertentes do contínuo de cuidados.

**OBJETIVOS** | Numa coorte de doentes sobreviventes de AVC isquémico, pretendemos estimar os custos associados ao AVC após alta hospitalar, utilizando abordagem de microcustos, e comparar custos entre categorias de incapacidade.

**METODOLOGIA** | Numa coorte consecutiva de doentes com AVC isquémico submetidos a tratamentos de reperfusão num hospital terciário, recolhemos, entre fevereiro de 2022 e abril de 2023, dados demográficos, clínicos e recursos de saúde utilizados, usando questionários validados. Os preços unitários foram retirados de tabelas do Serviço Nacional de Saúde, INFARMED, estudos de mercado independentes e Instituto Nacional de Estatística. Apresentamos médias de custos diretos médicos com intervalos de confiança a 95% (IC95%), custos diretos não médicos e custos indiretos (perda de produtividade e presentismo) aos 3 meses e 1 ano, por doente, em euros. A incapacidade foi categorizada utilizando a escala modificada de Rankin (mRS) e os custos comparados por análise de variância.

**RESULTADOS** | Foram incluídos 106 doentes, mediana de idade 75 anos, 57% do sexo masculino, 28% com atividade laboral à data do AVC. A média de custos diretos médicos, custos diretos não médicos e custos indiretos foram respetivamente de 1052,75€ (IC95% 520,26-1585,23€), 2363,38€ (IC95% 1723,97-3002,79€) e 492,49€ (IC95% 263,53-721,43€), a 3 meses. A 1 ano foram 3338,31€ (IC95% 2463,17-4213,46€), 7060,06€ (IC95% 4627,41-9492,71€) e 2064,84€ (IC95% 1107,75-3021,93€).

Os custos médios totais aos 3 meses aumentaram significativamente entre categorias de incapacidade: 913,41€ para mRS 0-1, 4591,94€ para mRS 2-3 e 6913,09€ para mRS 4-5 ( $p < 0,001$ ). A 1 ano os custos aumentam entre categorias de mRS, mas sem diferença significativa entre as categorias de maior incapacidade: 4452,02€ para mRS 0-1, 15640,95€ para mRS 2-3 e 21222,62€ para mRS 4-5 (mRS 0-1 vs. 2-3,  $p < 0,001$ ; mRS 0-1 vs. 4-5,  $p < 0,001$ ; mRS 2-3 vs. 4-5,  $p = 0,213$ ).

Ao longo do tempo os custos são maioritariamente atribuíveis ao utente/família, que despense 2187,80€ aos 3 meses vs. 1720,82€ suportados pelo Estado, acentuando-se a diferença a 1 ano, com 8897,17€ vs. 3566,03€.

**CONCLUSÕES** | Confirmamos na nossa coorte que o peso económico do AVC em ambulatório, no primeiro ano, é elevado, em média superior a 16 salários mínimos. Verificámos que cerca de 60% dos valores são custos diretos não médicos, pelo peso da despesa social e pela participação dos familiares como cuidadores. Um terço dos custos ocorre nos 3 primeiros meses, o que decorre da maior utilização de recursos de institucionalização e reabilitação. É também relevante o aumento de custos com o incremento da incapacidade e o maior compromisso económico do utente/família ao longo do tempo, alertando para a necessidade de novos tratamentos que minimizem a incapacidade resultante do AVC.

*Compromissos: Bolsa de Doutoramento CUF.*

---

## **CO12. Cronologia e acuidade de diferentes metodologias para o diagnóstico de fibrilhação auricular em doentes com Acidente Vascular Cerebral isquémico**

**Autores:** Alexandre Roldão Alferes<sup>1</sup>, Maria Miguel Maldonado<sup>2</sup>, José Miguel Alves<sup>1</sup>, Catarina Bernardes<sup>1</sup>, João André Sousa<sup>1</sup>, Carolina Fernandes<sup>1</sup>, Ana Brás<sup>1</sup>, Ana Inês Martins<sup>1</sup>, Carla Cecília<sup>1</sup>, Bruno Rodrigues<sup>1</sup>, Luciano Almendra<sup>1</sup>, Cristina Machado<sup>1</sup>, Gustavo Santo<sup>1</sup>, Fernando Silva<sup>1</sup>, João Sargento-Freitas<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**INTRODUÇÃO** | A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia mais comumente diagnosticada na prática clínica. A sua prevalência global tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas, afetando atualmente cerca de 3 a 6 milhões de adultos nos Estados Unidos da América. Vários estudos apontam para a FA ter também uma elevada prevalência em Portugal.

O diagnóstico de FA após AVC isquémico reveste-se de especial importância pelo elevado risco de recorrência, necessidade de terapêutica dirigida e dificuldade no diagnóstico de uma patologia que frequentemente se apresenta de forma paroxística. Em contexto de prevenção secundária, vários métodos estão validados para o seu diagnóstico, contudo, a acessibilidade dos diferentes exames é heterogénea, sendo importante estratificar e protocolizar abordagem em função da acuidade e acessibilidade de cada exame.

**OBJETIVOS** | Comparar a cronologia e acuidade de diferentes metodologias para o diagnóstico de fibrilhação auricular após AVC isquémico.

**METODOLOGIA** | Estudo unicêntrico de coorte histórica, com inclusão de todos os doentes internados com AVC isquémico numa UAVC de hospital terciário, excluindo-se da análise os doentes com diagnóstico de FA prévio ao AVC.

A análise estatística compreendeu cálculo e comparação de sensibilidade de cada metodologia diagnóstica. Posteriormente, realizaram-se análises de sobrevivência e regressões binárias logísticas, ajustando para possíveis confundidores. Foi definido significado estatístico para valores de  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS** | Foram analisados 1036 doentes, dos quais 321 já apresentavam FA prévia. O diagnóstico de FA de novo foi realizado em 225 doentes. O método que diagnosticou FA em mais doentes foi a telemetria UAVC (42,7%), seguido de ECG urgência (30,7%), monitorização ECG  $\geq 24$ h após internamento (12,9%), ECG em enfermaria (12%), e ECG-Holter em enfermaria (1,8%). Os exames referidos apresentaram sensibilidades semelhantes para o diagnóstico de FA (42,7% para

telemétrica, 49,3% para ECG e 46,9% para ECG  $\geq$ 24h). A análise de sobrevivência identificou diferentes perfis evolutivos para o diagnóstico de FA, diferenciando-se o perfil da telemetria UAVC pela precocidade diagnóstica alcançada, mesmo após ajuste para confundidores.

**CONCLUSÕES** | Este trabalho vem esclarecer a importância relativa das diferentes modalidades diagnósticas para FA, destacando-se a sensibilidade semelhante entre exames e o elevado peso relativo da monitorização UAVC para este diagnóstico, reforçando a importância desta revisão em todos os doentes aí internados e reafirmando o impacto multidimensional do internamento em UAVC.

*Compromissos: Sem conflitos de interesses a reportar.*

---

## **CO13. Análise do tempo *door-in-door-out* num centro primário: O que, e como podemos melhorar?**

**Autores:** André Costa, Catarina Borges, Ana Graça Velon, Ricardo Almendra

**Afiliações:** Serviço de Neurologia / Hospital São Pedro, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., Vila Real, Portugal

**INTRODUÇÃO** | A eficácia do tratamento endovascular (EVT) no AVC está, em larga medida, dependente do tempo decorrido desde o início de sintomas até à recanalização. Apesar do incansável trabalho realizado nos últimos anos, Portugal apresenta assimetrias regionais no acesso ao EVT. O tempo *door-in-door-out* (DIDO) é uma métrica importante que deve ser avaliada periodicamente nos centros primários, sendo que a literatura recomenda que seja idealmente <45 minutos. Estão identificados múltiplos fatores que influenciam o tempo de chegada a um centro de referência e que potencialmente têm impacto no resultado clínico funcional destes doentes.

**OBJETIVOS** | Analisar o tempo *door-in-door-out* bem como os seus componentes num centro primário e a sua influência no resultado clínico.

**METODOLOGIA** | Estudo observacional e retrospectivo, que incluiu os doentes internados por AVC isquémico no CHTMAD (Unidade de Vila Real) submetidos a trombectomia no período de 1/01/2021 a 31/07/2023. Excluíram-se os doentes com ativação intra-hospitalar da VV AVC e/ou com recanalização após fibrinólise endovenosa (se aplicável). Caracterizou-se a amostra com parâmetros sociodemográficos e clínicos. O cálculo do tempo DIDO e seus componentes (tempo porta-contacto, contacto-saída) foi realizado através dos registos informáticos disponíveis. Independência funcional aos 3 meses (mRS 0-2) e EVT eficaz (mTICI 2b, 2c, 3) foram definidos como *outcome* primário e secundário, respetivamente. Utilizaram-se modelos de regressão logística binária na identificação de preditores de independência funcional aos 3 meses e de EVT eficaz.

**RESULTADOS** | Incluíram-se 77 doentes (59,7% do sexo feminino) com idade média de 74,6 $\pm$ 10,7 anos. A síndrome clínica mais frequente foi o enfarte total da circulação anterior (83,1%), e o cardioembolismo a etiologia mais prevalente (59,7%). O fator de risco vascular mais comum foi a HTA (74%). Administrou-se rtPA em 29 (37,7%) doentes. A mediana do tempo DIDO foi de 115 minutos (AIQ 93-143), sendo que, em média, cerca de metade (51%) correspondeu ao tempo de espera pelo transporte (tempo contacto-saída). A taxa de independência funcional aos 3 meses e a taxa de EVT eficaz foi de 41,6% e 90,9%, respetivamente. Em análise multivariada, apenas a idade avançada e um NIHSS admissão elevado mostraram ser preditores independentes de dependência funcional aos 3 meses (mRS 3-6) (OR 0,89 IC 95% 0,79-0,99; OR 0,92 IC 95% 0,87-0,97). Por outro lado, a obesidade foi o único fator de risco independente para ineficácia do EVT (OR 0,15 IC 95% 0,02-0,91).

**CONCLUSÕES** | A mediana do tempo DIDO no nosso estudo foi cerca de 2,5x superior ao recomendado na literatura, mas não teve influência na taxa de independência funcional aos 3 meses. A identificação dos fatores que influenciam estes resultados (inerentes ao doente, mas sobretudo inerentes à logística do transporte inter-hospitalar) levarão a uma melhoria

destas métricas de modo que se consiga, eventualmente, atenuar as assimetrias regionais que ainda existem no acesso à trombectomia. A realização de um estudo de carácter multicêntrico/prospetivo e com um tamanho amostral superior permitirá ultrapassar algumas das limitações do nosso trabalho.

*Agradecimentos: Ao Prof. Rui Araújo e ao Prof. Firmino Machado pela ajuda inicial na conceção e desenho do estudo.*

---

## **CO14. Tempo em trânsito: impacto do tempo de transferência inter-hospitalar no *outcome* clínico de doentes com AVC isquémico agudo submetidos a trombectomia mecânica**

**Autores:** Bárbara Lima<sup>1</sup>, João Saraiva<sup>2</sup>, José Manuel Amorim<sup>2</sup>, José Nuno Alves<sup>3</sup>, Carla Ferreira<sup>3</sup>, Ângelo Carneiro<sup>2</sup>  
(Bárbara Lima e João Saraiva em primeira autoria partilhada)

**Instituições:** 1 - Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga, Portugal; 2 - Departamento de Neurorradiologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal, 3Departamento de Neurologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal

**INTRODUÇÃO** | A trombectomia mecânica (TM) reduz significativamente a incapacidade e mortalidade do AVC isquémico agudo por oclusão de grande vaso, particularmente quando executada rapidamente. São várias as métricas temporais usadas para aferir a qualidade do serviço prestado na Via Verde do AVC, mas o impacto do tempo gasto na transferência inter-hospitalar (TTIH) no *outcome* clínico dos doentes alvo de TM permanece pouco explorado.

**OBJECTIVO** | Analisar retrospectivamente o *outcome* clínico dos doentes com AVC isquémico agudo submetidos a TM em função do TTIH.

**METODOLOGIA** | Estudo retrospectivo unicêntrico baseado no registo local de doentes consecutivos submetidos a tratamento endovascular de AVC isquémico agudo. Selecionaram-se todos os adultos referenciados no modelo drip-and-ship para TM no Hospital de Braga entre 2020 e 2022. Foram colhidos dados demográficos e dados desde o ictus até ao instante de revascularização. Registaram-se as seguintes métricas temporais: tempos entre instalação, admissão no hospital referenciador (primeira porta), TC cerebral inicial, admissão no Hospital de Braga (segunda porta) e revascularização, e TTIH (intervalo de tempo decorrido entre a primeira e segunda portas). Avaliaram-se os seguintes indicadores pós-TM: *score* mTICI e escala de Rankin modificada (mRS) aos 3 meses. Os grupos de “*outcome* clínico favorável” (mRS aos 3 meses entre 0 e 2 ou idêntico à pontuação pré-AVC) e “*outcome* clínico desfavorável” foram comparados.

**RESULTADOS** | Noventa e nove doentes referenciados no modelo drip-and-ship para TM foram incluídos no estudo, correspondendo a 23% do total de TM (n=436); o TTIH mediano foi de 159 minutos (IIQ=80), a revascularização foi bem sucedida (mTICI igual ou superior a 2b) em 93% dos doentes, e alcançou-se um *outcome* clínico favorável em 44% dos doentes. O grupo “*outcome* clínico favorável” apresentou doentes significativamente mais jovens (69 vs. 81, p<0.001) e com menor NIHSS à admissão (12 vs. 17, p<0.001). Os grupos “*outcome* clínico favorável” e “*outcome* clínico desfavorável” não diferiram significativamente quanto ao *score* ASPECT inicial (p=0.071), *score* das colaterais (p=0.074), prevalência da trombólise endovenosa (p=0.646), *score* mTICI final (p=0.282) e métricas temporais.

Considerando apenas o subgrupo de doentes tratados numa janela temporal curta (tempo entre o ictus e a revascularização até 406 minutos): demonstrou-se um TTIH mediano significativamente menor no grupo “*outcome* clínico favorável” (140 vs. 168, p=0.007); estimou-se uma redução de 16% nas odds de *outcome* clínico desfavorável por cada 30 minutos poupados no TTIH (p=0.279).

**CONCLUSÕES** | Uma fracção importante das TM realizadas deriva da estratégia drip-and-ship. Um maior TTIH associa-se a pior *outcome* clínico nos doentes tratados nas primeiras 6-7 horas; a eventual maior representatividade de progressores lentos nesta coorte e o tamanho amostral insuficiente poderão justificar a não significância do TTIH como preditor independente de *outcome* clínico desfavorável.

**CO15. Residual stenosis after intracranial acute stenting: is good enough great?**

**Autores:** Fábio Gomes<sup>1</sup>, Henrique Coimbra Queirós<sup>2</sup>, Carolina Maia<sup>2</sup>, Carolina Fernandes<sup>1</sup>, Ana Brás<sup>1</sup>, Ana Inês Martins<sup>1</sup>, Luciano Almendra<sup>1</sup>, Carla Cecília Nunes<sup>1</sup>, Cristina Machado<sup>1</sup>, Bruno Rodrigues<sup>1</sup>, César Nunes<sup>2</sup>, Ricardo Veiga<sup>2</sup>, Gustavo Santo<sup>1</sup>, Fernando Silva<sup>1</sup>, João Sargento-Freitas<sup>1</sup>, Egídio Machado<sup>2</sup>, João André Sousa<sup>1</sup>

**Afiliações:** 1 - Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Serviço de Imagem Médica, Departamento de Neurorradiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**INTRODUÇÃO** | Intracranial arterial stenosis (ICAS) related to atherosclerosis remains a major cause of recurrent cerebrovascular events worldwide. Currently, the decision for angioplasty and/or stenting constitutes a major issue during the treatment of ICAD-related LVO. When treating these patients, it is important to consider the possibility that perfect recanalization may come with clinical deterioration associated with perforator occlusion or distal embolization.

**OBJETIVOS** | To evaluate the clinical and imaging impact of residual stenosis in patients with ICAS that are submitted to intracranial stent placement in the acute phase treatment by comparing patients with and without residual stenosis after endovascular treatment.

**METODOLOGIA** | Retrospective study with patients who underwent acute-phase treatment with intracranial stent placement, admitted to a tertiary stroke center between 2018 and 2023. We compared patients with angiographic residual stenosis (RS) and without residual stenosis (no-RS) regarding imaging and clinical data.

**RESULTADOS** | We included 33 patients with ICAD submitted to acute phase intracranial stenting [36.4% female, median age 76 (83-62)]. At the end of the procedure, two patients (6.1%) had an occlusive stenosis after stenting and were excluded from the analysis. A total of 14 (42.4%) patients had residual  $\geq 50\%$  stenosis (RS), while 17 (51.5%) had no or  $< 50\%$  residual stenosis (no-RS).

Successful recanalization (TICI 2c/3) was similar in both groups (RS= 55.6% vs. no-RS= 44.4%,  $p=0.275$ ). No differences were found in the rate of symptomatic ICH (RS= 7.1% vs. no-RS=11.8%,  $p=1.0$ ). In 8/14 (57.2%) RS vs. 10/17 (58.8%) no-RS patients there was infarct expansion from baseline to control CT ( $p=1.0$ ).

Median volume of infarct expansion was 6.7 (0.8-39.6) in RS vs 1.9 (0.6-2.3) in no-RS groups ( $p=0.29$ ). Median NIHSS point reduction from baseline to discharge was 6.5 (2.5-10.0) in RS patients vs 2 (1.0-9.5) no-RS patients ( $p=0.6$ ). In RS group 4/14 (28.5%) patients achieved 90-day functional independence (mRS 0-2) vs. 7/17 (41.2%) in no-RS group ( $p=0.7$ ).

**CONCLUSÕES:** These results show that the presence of residual stenosis after intracranial stent placement did not significantly alter the clinical and imaging *outcomes* of these patients. Therefore, we can argue that a more aggressive approach aiming for complete recanalization of ICAS does not provide additional benefits in the treatment of these patients. However, these conclusions would need to be validated through more robust studies.

---

**CO16. Utilização de inibidores da glicoproteína IIb/IIIa em contexto de stenting carotídeo de fase aguda**

**Autores:** José Miguel Alves<sup>1</sup>, Henrique Coimbra Queirós<sup>2</sup>, Ana Filipa Fernandes<sup>3</sup>, Ricardo Veiga<sup>2</sup>, César Nunes<sup>2</sup>, João André Sousa<sup>1</sup>, Carolina Fernandes<sup>1</sup>, Ana Brás<sup>1</sup>, Carla Cecília<sup>1</sup>, Bruno Rodrigues<sup>1</sup>, Luciano Almendra<sup>1</sup>, Cristina Machado<sup>1</sup>, Gustavo Santo<sup>1</sup>, Fernando Silva<sup>1</sup>, Egídio Machado<sup>2</sup>, João Sargento-Freitas<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; 2 - Centro de Referência de Neurorradiologia de Intervenção, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; 3 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

**INTRODUÇÃO** | O *stenting* carotídeo de fase aguda de AVC da circulação anterior por estenose suboclusiva ou oclusão da Artéria Carótida Interna (ACI) é um procedimento de recurso com potencial impacto no resultado funcional. Esta técnica implica a administração de agentes antiagregantes durante o procedimento para prevenção de oclusão *intra-stent*. Não obstante, o risco de transformação hemorrágica é particularmente presente em fase aguda de AVC e deverá ser tido em conta na seleção do protocolo de antiagregação, não havendo evidência clínica sustentada relativamente ao possível benefício de inibidores da glicoproteína IIb/IIIa neste contexto.

**OBJETIVOS** | Avaliar o impacto funcional aos 3 meses da utilização de um inibidor da glicoproteína IIb/IIIa (eptifibatide) no *stenting* carotídeo de fase aguda, bem como o risco de transformação hemorrágica e oclusão *intra-stent* associado. Metodologia: Estudo observacional, de coorte histórica. Avaliaram-se doentes submetidos a *stenting* carotídeo em fase aguda entre 2017 e 2023 num centro hospitalar terciário. Compararam-se os doentes a quem foi administrado eptifibatide peri-procedimento com os restantes.

**RESULTADOS** | Foram avaliados 54 doentes submetidos a *stenting* carotídeo em fase aguda. 30 (55.6%) apresentavam oclusão da ACI e 24 (44.4%) estenose/sub-oclusão. Em 50 (92.6%) doentes a etiologia era ateromatosa e em 4 (7.4%) disseção arterial. 37 (68.5%) eram do sexo masculino, a média de idades foi de 71.9 anos (DP 10.8), o NIHSS à admissão médio 14.2 (DP 6.38) e a mediana de ASPECTS 9 (AIQ 8-10). Em 35 (64.8%) foi administrado inibidor da glicoproteína IIb/IIIa (eptifibatide) peri-procedimento e em 19 (35.25) foram administrados outros antiagregantes. Estes dois grupos não apresentavam diferenças estatisticamente significativas relativamente a variáveis demográficas, fatores de risco vascular, ASPECTS à admissão e realização de antiagregante/anticoagulante prévio. Verificou-se que a instituição de fibrinólise prévia ao *stenting* foi mais frequente nos doentes sem eptifibatide (52%) do que nos restantes (17.1%) ( $p=0.006$ ). Foi realizada uma regressão logística ordinal do mRS aos 3 meses ajustada à instituição de fibrinólise, não se tendo verificado diferença estatisticamente significativa entre grupos, OR 1,89 (IC 95%: 0,65 – 5,48),  $p=0,242$ . Em análise multivariável também não se identificaram diferenças significativas relativamente à frequência de hemorragias intracranianas sintomáticas, hemorragias intracranianas PH2, hemorragias PH1+PH2 e oclusão *intra-stent* durante o procedimento.

**CONCLUSÕES** | Neste estudo verificou-se que a administração de inibidor da glicoproteína IIb/IIIa (eptifibatide) em contexto de *stenting* carotídeo de fase aguda não resultou num benefício significativo no impacto funcional aos 3 meses, em redução da frequência de oclusão *intra-stent* ou num aumento estatisticamente significativo de complicações hemorrágicas. Apesar de se tratar de um estudo com um número relativamente reduzido de doentes, este trabalho questiona a utilidade da administração de eptifibatide peri-procedimento e realça a importância de realização de ensaios clínicos randomizados com vista ao esclarecimento do protocolo de antiagregação mais adequado para cada perfil de doente.

---

## **CO17. O valor prognóstico da neuroimagem na encefalopatia posterior reversível: uma revisão de casos**

**Autores:** Carla Morgado<sup>1</sup>, Mariana Santos<sup>2</sup>, Luís Rufo Costa<sup>3</sup>, Ana Sofia Lopes<sup>1</sup>, Sofia Marques<sup>1</sup>, Carla Ferreira<sup>1</sup>, Célia Machado<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Hospital de Braga, Braga; 2 - Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Braga, Braga; 3 - Serviço de Neurologia, ULSAM, Viana do Castelo

**INTRODUÇÃO** | A encefalopatia posterior reversível (PRES) é uma síndrome clínico-radiológica com uma apresentação clínica diversa, que pode incluir alterações visuais, cefaleia, crise epiléptica e encefalopatia. Na ressonância magnética (RM) é possível identificar, habitualmente, áreas de edema vasogénico cortico-subcorticais, de predomínio posterior. Na maioria das vezes é uma condição reversível, contudo existem relatos de casos de elevada morbidade e até mortalidade.

**OBJETIVOS** | Este estudo teve como objetivo avaliar as alterações imagiológicas na RM de doentes com diagnóstico de PRES e a sua relação com parâmetros de prognóstico.

Critérios de inclusão e análise de dados: Foram incluídos os doentes internados no Hospital de Braga, entre janeiro de 2011 e junho de 2023, com diagnóstico de PRES, avaliados por Neurologia e que realizaram RM cerebral. Foram recolhidos dados demográficos (género e idade), clínicos (apresentação clínica à admissão, etiologia, melhoria às 48 horas, dias de internamento), imagiológicos (localização e extensão das lesões em RM, presença de hemorragia, presença de lesões com restrição à difusão de moléculas de água - DWI+, presença de lesões com realce pelo contraste - Gd+) e funcionais (mRankin à data de alta). Utilizou-se o programa SPSS® para cálculo de medidas de tendência central e dispersão, comparação de proporções (teste chi-quadrado) e estudo de %correlação (correlação de Spearman).

**RESULTADOS** | Foram incluídos 23 doentes com diagnóstico de PRES, a maioria do género feminino (61%) e com uma mediana de idades de 59 anos. A crise epiléptica e cefaleia foram as apresentações clínicas mais frequentes, afetando 61% e 52% dos doentes. Os doentes apresentavam, na maioria das vezes, mais do que um fator etiológico possível, sendo o mais frequente a hipertensão arterial (22%). Apresentaram melhoria clínica em 48 horas cerca de 52% dos doentes e a mediana de dias de internamento foi de 15 dias. À data de alta, 78% dos doentes apresentavam mRankin<2 e dois tiveram um desfecho fatal. Em RM, 35% apresentou envolvimento difuso do parênquima cerebral. O envolvimento do cerebelo e/ou o tronco foi observado em 48% dos doentes. Lesões DWI+ e Gd+ foram detetadas em 30% e 22% dos doentes, respetivamente. Lesões com componente hemorrágico foram observadas em 35% dos doentes, na forma petequial (9%) ou hematoma (26%). Observou-se uma correlação negativa entre a presença de lesões DWI+ e Gd+ com a melhoria clínica nas primeiras 48 horas e uma correlação positiva com o valor na escala mRankin à data de alta. As lesões DWI+ e Gd+ estavam presentes mais frequentemente nos doentes sem melhoria às 48 horas ( $p=0,022$  e  $p=0,17$ , respetivamente) e nos doentes com mRankin > 2 à data de alta ( $p=0,009$  e  $p<0,001$ , respetivamente).

**CONCLUSÃO** | Os resultados deste estudo reforçam a evidência científica de que, embora a maioria dos doentes diagnosticados com PRES apresentem bom prognóstico, uma percentagem importante destes doentes mantém défices que limitam o seu estado funcional. A presença de lesões DWI+ e Gd+ à admissão mostrou correlação com pior evolução clínica e *outcome* funcional à data de alta, podendo, assim, ser consideradas como potenciais fatores com valor prognóstico na avaliação destes doentes.

---

## **CO18. Reoclusão após trombectomia mecânica com sucesso no AVC isquémico por oclusão de grande vaso**

**Autores:** Rui Fernandes<sup>1</sup>, Rodrigo Lindeza<sup>2</sup>, Isabel Fragata<sup>2</sup>, Ana Paiva Nunes<sup>3</sup>, Diana Aguiar de Sousa<sup>3</sup>, Ana Paiva Nunes<sup>3</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal, Madeira, Portugal; 2 - Serviço de Neurorradiologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 3 - Unidade Cérebro-Vascular, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

**INTRODUÇÃO** | O Tratamento Endovascular (TEV) é o tratamento padrão AVC isquémico por oclusão de grande vaso. No entanto, cerca de metade dos doentes apresenta resultado funcional desfavorável após 90 dias apesar de recanalização bem-sucedida. A reoclusão pode ser uma das causas para este desfecho clínico desfavorável. Existem dados limitados sobre a frequência desta complicação e os seus preditores, assim como a eficácia e segurança da repetição precoce de tratamento endovascular nestes casos.

**OBJETIVOS** | Caracterizar a população de doentes que sofreram reoclusão vascular precoce após TEV com recanalização (TICI>2b) para AVC isquémico, assim como, a subpopulação de doentes submetidos a novo tratamento endovascular neste contexto. Pretende-se também analisar resultados clínicos e segurança de TEV repetido.

**METODOLOGIA** | Estudo retrospectivo observacional unicêntrico com análise de doentes adultos admitidos por AVC isquémico por oclusão de grande vaso entre 1/12/2014 e 31/7/2023 submetidos a TEV bem-sucedido (TICI final  $\geq 2b$ ) e com nova oclusão

vascular intracraniana durante o internamento em Unidade de AVC, documentada por exame de imagem (ultrassonografia, angioTC ou angioRM). Foram incluídas reoclusões do mesmo vaso ou de outro vaso intracraniano. Descrição das características e resultados clínicos, com subanálise dos doentes selecionados para novo TEV no contexto de reoclusão vascular.

**RESULTADOS** | No período estudado foram realizados 2793 TEV e identificados 23 casos de reoclusão de vaso intracraniano. A maioria dos doentes era do sexo masculino (16, 69,6%), com média de idades de 61.5 ( $\pm$  18,61) anos. Na apresentação a mediana de NIHSS foi de 13 (IQR 2-29) e a pontuação de ASPECT variou entre 5 e 10, com mediana de 10. Para além da oclusão intracraniana, 47,5% dos doentes apresentou oclusão extracraniana ipsilateral prévia ao TEV. Todos os casos documentados de reoclusão ocorreram nas primeiras 48h após TEV em 96.5% dos doentes a reoclusão foi do mesmo vaso. Repetição de TEV foi realizada em 6 doentes (26.1%). Foi possível obter reperfusão (TICI 2c ou TICI 3) em todos os casos. Observou-se transformação hemorrágica HI1/2 em 4 casos. Não foram registadas outras complicações. O NIHSS à data de alta nestes doentes foi inferior ao registado na admissão (média de redução de 14,3  $\pm$  8,98). Em contrapartida, nos doentes com reoclusão não tratada, o NIHSS médio à data de alta foi superior comparativamente ao registado na admissão (média de aumento 3,6  $\pm$  8.21). Nos doentes submetidos a TEV repetido, 3 dos 6 casos apresentavam independência funcional aos 90 dias.

**CONCLUSÕES** | A realização de uma segunda intervenção endovascular em doentes selecionados com reoclusão precoce de grande vaso após um primeiro procedimento com recanalização satisfatória mostrou-se promissora. São necessários mais dados para determinar as características clínicas e imagiológicas associadas a melhores resultados de eficácia e segurança nos doentes selecionados para intervenção neste contexto.

---

## **CO19. O acesso radial na trombectomia mecânica: Experiência de um hospital terciário**

**Autores:** Henrique Queirós, Carolina Maia, César Nunes, Ricardo Veiga, Egídio Machado

**Instituição:** Unidade Funcional de Neurroradiologia, Serviço de Imagem Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**INTRODUÇÃO** | As vantagens do acesso radial nos procedimentos endovasculares têm sido demonstradas ao longo dos últimos anos, nomeadamente por parte da Cardiologia de Intervenção. Entre elas, a diminuição das complicações hemorrágicas associadas ao local da punção é particularmente relevante nos doentes submetidos a trombectomia mecânica. Esta via de acesso alternativa deve ser explorada em maior detalhe, uma vez que ainda não é difusamente realizada pelos neurroradiologistas de intervenção.

**OBJETIVOS** | Pretendemos demonstrar a experiência do nosso centro relativamente às dificuldades técnicas, taxa de sucesso e complicações mais frequentemente encontradas nos doentes submetidos a trombectomia, por acesso radial, no contexto do AVC isquémico agudo.

**MÉTODOS** | Realizámos uma análise retrospectiva dos doentes submetidos a trombectomia mecânica via radial, entre maio de 2021 e novembro de 2023, incluindo o método de trombectomia utilizado, a taxa de revascularização e as principais complicações associadas.

**RESULTADOS** | Obtivemos um total de 27 doentes, 15 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com uma média de idades de 83 anos. O acesso radial foi utilizado como abordagem primária apenas num dos casos, o que significa que foi o método de segunda linha (após falência da abordagem femoral) em todos os outros casos. A abordagem foi sempre realizada pela artéria radial direita. A taxa de revascularização com sucesso (TICI  $\geq$ 2b) foi de 52% (14/27) e a recanalização após uma passagem foi possível em 8 dos casos. O método de trombectomia mais utilizado foi a tromboaspiração, tendo havido dois casos de reperfusão espontânea. As principais causas de insucesso terapêutico deveram-se a marcada tortuosidade vascular e ao calibre reduzido da artéria radial. Tivemos apenas um caso de complicação *major* associada ao acesso radial, em que houve rotura da artéria radial e que foi resolvida com compressão manual. Não foram descritas complicações hemorrágicas associadas ao local da punção.

**CONCLUSÃO** | Os nossos resultados demonstram que a abordagem por via radial é uma alternativa importante e segura, contribuindo para um aumento do sucesso terapêutico da trombectomia mecânica no contexto do AVC isquémico agudo, nomeadamente nos doentes em que a abordagem pela via femoral não é possível.

---

## **CO20. Implementação da Via Verde do acidente vascular cerebral em Cabo Verde: primeiros resultados**

**Autores:** Albertina Lima<sup>1</sup>, Antónia Fortes<sup>1</sup>, João Xavier<sup>1</sup>, Darius Lima<sup>1</sup>, Angela Fernandes<sup>1</sup>, Denis Gabriel<sup>2</sup>, Manuel Correia<sup>2</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Hospital Universitário Agostinho Neto, Praia, Cabo Verde; 2 - Serviço de Neurologia e Unidade de AVC do Hospital de Santo António, Porto, Portugal

**INTRODUÇÃO** | Cabo Verde é um país insular, emergente, e tem dos melhores indicadores de saúde de África, mas ainda apresenta desafios, nomeadamente a nível das doenças não transmissíveis. O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo e também em Cabo Verde. Neste contexto, a implementação da Via Verde do AVC (WAVC) é uma intervenção transformadora e com grande impacto na saúde do país. O Programa do Governo para o sector da saúde tem trabalhado para disponibilizar os recursos necessários para a implementação do projeto de diagnóstico e intervenção rápida para os doentes com AVC, tendo em conta o peso têm na morbi-mortalidade do país.

**OBJETIVOS** | Descrever o processo de implementação e expansão da WAVC nos hospitais de Cabo Verde e os seus principais resultados iniciais.

**METODOLOGIA** | Realiza-se uma análise retrospectiva descritiva do processo de implementação e expansão da WAVC e dos parâmetros avaliados. Os parâmetros analisados foram: sensibilização junto da população, dificuldades encontradas, evolução do número de doentes com suspeita de AVC; número de trombóliques realizadas; tempo porta-agulha; avaliação funcional aos três meses pós-acidente vascular cerebral.

**RESULTADOS** | Processo de implementação da WAVC nos hospitais de Cabo Verde iniciou-se em janeiro de 2020, com sensibilização da população e dos corpos dos bombeiros. A primeira trombólise realizada em Cabo Verde foi a 15 de junho de 2022, no Hospital Universitário Agostinho Neto e em janeiro de 2023 iniciou-se o processo de expansão para outros hospitais do país. A trombólise endovenosa foi realizada em 16 doentes. A mediana do tempo porta-agulha foi de 90 minutos. A recuperação funcional aos três meses foi total ou quase total em 50% dos casos. As principais dificuldades enfrentadas foram a insularidade do país, pouca sensibilização da população, escassa disponibilidade de meios de diagnóstico e acesso ao trombolítico e falta de uma Unidade de AVC.

**CONCLUSÕES** | A implementação da WAVC nos hospitais de Cabo Verde traduziu-se em ganhos em saúde, com progressivo acesso dos doentes a uma técnica eficaz de tratamento e uma melhoria da equidade do sistema, contribuindo para a redução da morbi-mortalidade por doença cerebrovascular no país. É necessária elaboração de políticas ou estratégias futuras para a melhoria da abordagem do AVC em Cabo Verde, nomeadamente a nível da informação à população, acesso aos meios complementares de diagnóstico e criação de uma Unidade de AVC. Os resultados alcançados, que podem ser favoravelmente comparados com outros internacionais, corroboram as estratégias adotadas.

---

## **CO21. O primeiro ano da Via Verde AVC inter-arquipélagos portugueses**

**Autores:** Leonor Neves<sup>1</sup>, Ana Sofia Coelho<sup>2</sup>, Carolina Barros<sup>2</sup>, Cátia Araújo<sup>2</sup>, Hugo Dória<sup>2</sup>, João Patrício Freitas<sup>2</sup>, José Franco<sup>2</sup>,

Pedro Lopes<sup>3</sup>, Tiago Freitas<sup>2</sup>

**Instituições:** 1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora; 2 - Hospital Dr. Nélcio Mendonça, Funchal, 3Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

**Introdução:** Encontra-se em vigor, desde janeiro de 2023, o protocolo de Via Verde AVC inter-arquipélagos portugueses. A região autónoma da Madeira (RAM) recebe doentes evacuados da região autónoma dos Açores (RAA) com AVC isquémico e evidência radiológica de oclusão de grande vaso para a realização de tratamento endovascular. Ainda não são conhecidos os resultados do primeiro ano de atuação deste protocolo.

**OBJETIVOS** | Caracterizar a população de doentes evacuados da RAA para a RAM no âmbito deste protocolo, as intervenções levadas a cabo na RAM e o impacto das mesmas na sua morbimortalidade.

**METODOLOGIA** | Estudo retrospectivo observacional de doentes evacuados da RAA para a RAM e internados na sua Unidade de AVC (U-AVC), de 1 de janeiro de 2023 a 15 de dezembro de 2023.

**RESULTADOS** | Foram realizados 12 transportes de doentes da RAA para a RAM, com idade média de 63,4 anos [40-81] e distribuição equitativa de género. À entrada do Serviço de Urgência (SU) da RAA, a classificação média na escala NIHSS foi de 16 [10-20] pontos, tendo 72,7% (n=8) dos doentes realizado terapêutica trombolítica. O intervalo médio de tempo entre o contacto com a RAM e a chegada do doente a este SU foi de 8:10h [5:25h-11:19h] e, entre a previsão de chegada e a chegada efetiva, de 01:51h [00:15h-03:59h]. Estes atrasos foram explicados, em 83,3% (n=10) dos casos, por constrangimentos inerentes à atividade da Força Aérea Portuguesa. À entrada do SU da RAM, a classificação média na escala NIHSS foi de 14 [3-24] pontos, tendo 100% dos doentes repetido tomografia computadorizada (TC), com classificação média na escala ASPECT de 8 [4-10] pontos e evidência radiológica de oclusão de grande vaso em 91,6% (n=11) dos casos, 45% dos quais no segmento M1 da artéria cerebral média esquerda. Apenas 66,7% (n=8) dos doentes evacuados realizaram tratamento endovascular, com um tempo porta-punção médio de 62,5 [32-110] minutos e um tempo médio de reperfusão de 42,5 [13-139] minutos. A recanalização foi obtida, com classificação  $\geq 2B$  na escala mTICI, em 87,5% dos casos. Cumprido o período de imobilização recomendada, 100% dos doentes integrou um programa de reabilitação precoce. Conforme a classificação TOAST, 33,3% (n=4) dos AVC foram cardioembólicos, 25% (n=3) por doença de grande vaso, 16,7% (n=2) de outras causas conhecidas e 25% (n=3) de etiologia indeterminada. A duração média de internamento foi de 14,8 [1-44] dias, tendo 2 doentes (16,7%) falecido. De entre os sobreviventes: à data de alta, o NIHSS médio foi de 7 [1-16] pontos e o mRankin médio de 2,8 [1-5] pontos; três meses pós-alta, tem sido alcançado um bom *outcome* funcional (mRankin score 0-3 pontos) em 100% dos doentes, com um mRankin médio de 1,8 pontos.

**CONCLUSÕES** | “Tempo é cérebro”, e mais esforços devem ser feitos no sentido de encurtar os tempos de evacuação para a RAM e de porta-punção na RAM. A repetição de TC à chegada da RAM evita procedimentos fúteis. Quando indicado, o tratamento endovascular, aliado ao internamento em U-AVC com disponibilidade de reabilitação precoce, é fundamental para o atingimento de bons *outcomes* funcionais aos 90 dias.

*Compromissos: Os autores não têm quaisquer compromissos ou conflitos de interesse a declarar.*

*Agradecimentos: Um especial agradecimento a todos os elementos da U-AVC, Serviço de Neurroradiologia e Serviço de Medicina Física e Reabilitação da RAM; e ainda a todos os elementos da U-AVC da RAA.*

---

## **CO22. PANORAMA da abordagem ao Acidente Vascular Cerebral em Portugal – estudo nacional multicêntrico**

**Autores:** Cristina Duque<sup>1</sup>, Carolina Guerreiro<sup>2</sup>, Diana Melancia<sup>2</sup>, Jorge Ferreira<sup>2</sup>, Mafalda Delgado Soares<sup>2</sup>, Tiago Oliveira<sup>2</sup>,

Jorge Mimoso<sup>3</sup>, Luís Soares<sup>3</sup>, Mauro Santos<sup>3</sup>, Dulcília Sá<sup>4</sup>, Tiago Valente<sup>4</sup>, Bruna Rodrigues Barbosa<sup>5</sup>, Bruno Bonito<sup>5</sup>, Ruben Reis<sup>5</sup>, Ana Rita Castro<sup>6</sup>, Daniela Oliveira<sup>6</sup>, Luís Fontão<sup>6</sup>, Sónia Matos Tomé<sup>6</sup>, Emanuel Araújo<sup>7</sup>, Bárbara Rodrigues<sup>8</sup>, Inês Carmo e Pinto<sup>8</sup>, João Pedro Marto<sup>8</sup>, Sofia Calado<sup>8</sup>, Janice Alves<sup>9</sup>, Joana Barbosa<sup>9</sup>, Rui Matos<sup>9</sup>, Carla Fonte<sup>10</sup>, Catarina Borges Silva<sup>10</sup>, Ricardo Almendra<sup>10</sup>, Isabel Vinhas<sup>11,12</sup>, Núria Cande<sup>11</sup>, Bernardo Silvério<sup>12</sup>, Joana Rodrigues<sup>13</sup>, Nuno Catorze<sup>13</sup>, Teresa Oliveira<sup>13</sup>, Ana Teresa Rocha<sup>14</sup>, Francisco San Martin<sup>15</sup>, Nuno Oliveira<sup>15</sup>, Carla Henriques<sup>16</sup>, Marina Coelho<sup>16</sup>, Joana Louro<sup>17</sup>, Manuel Xavier<sup>17</sup>, Helena Vilaça<sup>18</sup>, João Rocha<sup>18</sup>, Diogo Damas<sup>19</sup>, João André Sousa<sup>19</sup>, Patrícia Almeida<sup>19</sup>, Gonçalo Mesquita<sup>20</sup>, Sara Pinto<sup>20</sup>, Ana Gomes<sup>21</sup>, Catarina Silva<sup>21</sup>, Hugo Ventura<sup>21</sup>, Patrícia Gomes<sup>22</sup>, Ana Paula Fidalgo<sup>23</sup>, Ana Verónica Varela<sup>23</sup>, Catarina Frias<sup>23</sup>, Inês Simões<sup>24</sup>, Denis Gabriel<sup>25</sup>, Lénia Silva<sup>25</sup>, Diana Cruz<sup>26</sup>, Mariana Moraes Dias<sup>26</sup>, Ana Pastor<sup>27</sup>, Luísa Fonseca<sup>27</sup>, Mariana Branco<sup>28</sup>, Mariana Guimarães Rocha<sup>28</sup>, Mariana Rocha<sup>28</sup>, Pedro Almeida<sup>28</sup>, Nuno Inácio<sup>29</sup>, Vasco Fonseca, Carmélia Rodrigues<sup>30,39</sup>, Sabina Azevedo<sup>30</sup>, Ricardo Reis Veloso<sup>31</sup>, Jorge Cotter<sup>32</sup>, Sara Freitas<sup>32</sup>, Cláudia Ferrão<sup>33</sup>, Henrique Delgado<sup>34</sup>, Carla Ferreira<sup>35</sup>, João Saraiva<sup>35</sup>, Cátia Carmona<sup>36</sup>, Margarida Andrade<sup>36</sup>, Maria Brás Monteiro<sup>36</sup>, Catarina Coelho<sup>37</sup>, Sandra Tavares<sup>37</sup>, Andreia Meseiro<sup>38</sup>, Miguel Costa<sup>39</sup>, Beatriz Valadão<sup>40</sup>, Paulo Ávila<sup>40</sup>, Fernando Salvador<sup>41</sup>, Vanessa Costa Pires<sup>41</sup>, Inês Ambrioso<sup>42</sup>, Sara Nicolau<sup>42</sup>, Susana Santos<sup>42</sup>, Abílio Gonçalves<sup>43</sup>, Sónia Campos<sup>43</sup>, Pedro Miguel Lopes<sup>44</sup>, Diogo Duarte Dias<sup>45</sup>, Filipe Jorge Alfaiate<sup>45</sup>, Luísa Rebocho<sup>45</sup>, Margarida Massas<sup>45</sup>, Sandra Lucas<sup>45</sup>, Carolina Barros<sup>46</sup>, João Patrício Freitas<sup>46</sup>, Pedro Rebelo Freitas<sup>46</sup>, Roberto Franco<sup>46</sup>, Tiago Freitas<sup>46</sup>, Liliana Pereira<sup>47</sup>, Miguel Rodrigues<sup>47</sup>, Miguel Simões Rodrigues<sup>47</sup>, Sandra Palma<sup>47</sup>, Teresa Santana<sup>47</sup>, Amélia Nogueira Pinto<sup>48</sup>, André Rego<sup>48</sup>, Teresa Mesquita<sup>48</sup>, João Freitas Silva<sup>49</sup>, Teresa Fonseca<sup>49</sup>, Juan Urbano<sup>50</sup>, Lorena Lozano Real<sup>50</sup>, Joana Costa<sup>51</sup>, Ana Lúcia Oliveira<sup>52</sup>, Elisa Campos Costa<sup>52</sup>, Patrícia Grilo<sup>52</sup>, Ivanna Ostapiuk<sup>53</sup>, João Correia<sup>53</sup>, Jorcélio Vicente<sup>53</sup>, Maria João Lima<sup>1</sup>, Rita Noversa<sup>1</sup>, Jorge Poço<sup>54</sup>, Miguel Alves, Ilda Matos<sup>55</sup>, Raquel David Cabaços<sup>56</sup>, Soraia Proença e Silva<sup>56</sup>, Mariana Nápoles<sup>57</sup>, Pedro Costa<sup>57</sup>, Rosa Mendes<sup>57</sup>, Cátia Isabel Amador Albino<sup>58</sup>, Cláudia Vicente<sup>58</sup>, Mónica Silva<sup>58</sup>, Diana Aguiar Sousa<sup>2</sup>, Alexandre Amaral e Silva<sup>59</sup>, João Vasco Santos<sup>60</sup>, Vítor Tedim Cruz<sup>1</sup>, João Sargento Freitas<sup>19</sup>

**Instituições:** 1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital de Pedro Hispano; 2 - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José; 3 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Portimão; 4 - Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro; 5 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Hospital de Nossa Senhora do Rosário; 6 - Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Hospital de São Sebastião; 7 - Centro Hospitalar de Leiria; 8 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz; 9 - Centro Hospitalar De Setúbal; 10 - Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro, Unidade Hospitalar de Vila Real; 11 - Centro Hospitalar do Médio Ave, Unidade Hospitalar de Famalicão; 12 - Centro Hospitalar do Médio Ave, Unidade Hospitalar de Santo Tirso; 13 - Centro Hospitalar do Médio Tejo, Unidade de Abrantes; 14 - Centro Hospitalar Do Nordeste, Unidade Hospitalar de Bragança; 15 - Centro Hospitalar do Oeste, Unidade de Peniche; 16 - Centro Hospitalar do Oeste, Unidade de Torres Vedras; 17 - Centro Hospitalar do Oeste, Unidade de Caldas da Rainha; 18 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Hospital Padre Américo; 19 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 20 - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, Unidade da Póvoa de Varzim; 21 - Centro Hospitalar Tondela Viseu, Hospital de São Teotónio; 22 - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; 23 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Faro; 24 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Lagos; 25 - Centro Hospitalar Universitário do Porto, Hospital de Santo António; 26 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria; 27 - Centro Hospitalar Universitário São João; 28 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 29 - Hospital Beatriz Ângelo; 30 - Centro Hospitalar do Alto Minho, Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima; 31 - Hospital da Horta; 32 - Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães); 33 - Hospital das Forças Armadas, Polo Porto; 34 - Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa; 35 - Hospital de Braga; 36 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 37 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de Chaves; 38 - Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, Hospital de Nossa Senhora do Rosário; 39 - Unidade Local Saúde Alto Minho, Hospital de Santa Luzia; 40 - Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira; 41 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital Distrital de Lamego; 42 - Hospital Distrital de Santarém; 43 - Hospital Distrital Figueira da Foz; 44 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 45 - Hospital do Espírito Santo de Évora; 46 - SESARAM, Hospital Dr. Nélio Mendonça; 47 - Hospital Garcia de Orta; 48 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 49 - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente; 50 - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Hospital Santa Luzia de Elvas; 51 - Hospital Santa Maria Maior; 52 - Hospital Vila Franca de Xira; 53 - Unidade de Saúde Local da Guarda; 54 - ULS Nordeste, Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros; 55 - ULS Nordeste, Unidade Hospitalar de Mirandela; 56 - Unidade Local de Saúde Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano; 57 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Hospital José Joaquim Fernandes; 58 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 59CUF Tejo, 60CINTESIS

**INTRODUÇÃO** | A complexidade na organização de cuidados multidisciplinares de fase aguda, subaguda e pós-hospitalar em contexto de AVC, obriga a uma precisa avaliação de todo este processo, permitindo a adopção de medidas que possam

optimizar cuidados assistenciais. O objectivo do estudo PANORAMA-AVC foi de caracterizar o trajecto assistencial de um doente com AVC em Portugal, avaliando o seu resultado clínico e reportado pelo doente.

**MÉTODOS** | Incluímos todos os doentes internados por diagnóstico de AVC isquémico ou hemorrágico (exceto hemorragia subaracnoideia) no dia 30 de maio de 2023 às 9h00, nas Unidades Hospitalares pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde em Portugal num estudo observacional, de coorte, prospectiva. Excluímos doentes com internamento superior a 30 dias. Foram recolhidas informações demográficas, caracterização clínica e imagiológica do AVC na altura da inclusão. Os doentes foram contactados em visita telefónica aos 3 e 6 meses após o AVC, com avaliação do seguimento em cuidados de saúde primários, hospitalares e de reabilitação. Registaram-se métricas de desempenho clínicas e reportadas pelos doentes (PROMS).

**RESULTADOS** | Foram incluídos 738 doentes, de 59 hospitais, 392 (53.1%) do sexo masculino, idade média de 74.43 anos. A doença cerebrovascular mais comum foi o AVC isquémico, com 637 doentes (83.6%). Entre fatores de risco vascular, destaca-se hipertensão arterial como o mais prevalente (79.8%) e a presença de fibrilhação auricular em 27.42% dos AVCs isquémicos. Nos doentes com AVC isquémico, fibrinólise endovenosa foi utilizada em 14.13% e trombectomia foi realizada em 18.05%. O internamento envolveu orientação inicial em Unidade de AVC para 43.1%. A avaliação por equipa médica de Medicina Física e Reabilitação (MFR) não ocorreu em 11.3%. Aos 3 meses após AVC 29.9% dos doentes atingiram independência funcional, 31.3% tiveram consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF), 8.5% não haviam conseguido iniciar terapia de reabilitação prescrita e 13,4% consideraram que o destino pós-hospitalar não foi adequado às necessidades. O acompanhamento médico após alta por MGF, MFR e prevenção cerebrovascular (Medicina Interna/Neurologia) foi considerada boa/muito boa em 68-80% dos casos. Seis meses após AVC 55.4% residem em casa própria, 26.55% retomaram atividade profissional.

**CONCLUSÕES** | O estudo PANORAMA-AVC identificou diversos domínios em que a orientação de doentes com AVC segue recomendações e alvos internacionais, contudo, precisaram-se também vários aspectos problemáticos e merecedores de melhoria.

---

## **CO23. Impacto da qualidade assistencial nos Resultados Clínicos Reportados pelos doentes após AVC**

**Autores:** Sara Bernardo-Castro<sup>1</sup>, Ana Margarida Ferreira,<sup>2</sup> Maria do Ceu Nunes,<sup>1</sup> Fernando Silva,<sup>1</sup> Carolina Sousa<sup>1</sup>, Carla Cecília Nunes,<sup>1</sup> Bruno Rodrigues,<sup>1</sup> Ana Inês Martins,<sup>1</sup> Gustavo Cordeiro,<sup>1</sup> Carlos Cardoso,<sup>3</sup> Miguel Bajouco<sup>4</sup>, David Cano,<sup>5</sup> Giorgio Colangelo,<sup>5</sup> Francisco Purroy,<sup>6</sup> Xavier Ustrell,<sup>7</sup> Joaquín Serena,<sup>8</sup> Alejandro Bustamante,<sup>9</sup> Carlos Molina,<sup>10</sup> João Sargento-Freitas<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; 2 - Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; 3 - Serviço de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar de Condeixa, Coimbra, Portugal; 4 - Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; 5 - Nora Health research department, Barcelona, Espanha; 6 - Serviço de Neurologia, Unidade de AVC, Hospital Univesitari Arnau de Vilanova, Lleida, Espanha; 7 - Serviço de Neurologia, Unidade de AVC, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, Espanha; 8 - Serviço de Neurologia, Unidade de AVC, Hospital Universitari Dr. Jose Trueta, Girona, Espanha; 9 - Serviço de Neurologia, Unidade de AVC, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Espanha; 10 - Serviço de Neurologia, Unidade de AVC, Hospital Universitário Vall d'Hebron -VHIR, Barcelona, Espanha

**INTRODUÇÃO** | As escalas de experiências relatadas pelos doentes (PREMs) avaliam a satisfação da hospitalização e do acompanhamento e podem contribuir significativamente para os resultados reportados pelo doente (PROMs) e resultado funcional, chaves para atingir cuidados em saúde de alto valor.

**OBJETIVO** | estudar o impacto dos PREMs no resultado clínico e PROMs após o AVC.

**METODOLOGIA** | Incluímos todos os doentes admitidos por AVC em 6 hospitais (um português e 5 catalães) e seguidos no âmbito de projecto internacional de implementação de seguimento pós-hospitalar de alto-valor. Através de aplicação desenvolvida especificamente para o projecto (NORA, NoraHealth Barcelona Spain) foram recolhidos após o internamento hospitalar os PREMs e PROMs dos doentes ou cuidadores. As PREMs, incluem qualidade dos cuidados hospitalares (7 dias) e do acompanhamento (90 dias). As PROMs (90 dias) incluem HADs (ansiedade/depressão), PROMIS-10 (saúde física e mental), qualidade de vida (QV), além do resultado funcional, avaliado pela modified rankin scale (mRS).

**RESULTADOS** | Foram incluídos 1372 doentes (60.8% homens, idade média de 68 anos, DP: 14.2). Uma melhor percepção na qualidade dos cuidados hospitalares foi associada a menor incidência de depressão (OR:0.860 (IC95%: 0.764-0.968),  $p=0.013$ ), limitações mentais e físicas auto-reportadas (OR:0.883 (IC95%: 0.795-0.982)  $p=0.021$ ; OR:0.900 (IC95%:0.813-0.997),  $p=0.044$ ). A qualidade do acompanhamento pós-hospitalar associou-se ainda com diminuição de ansiedade, depressão (OR:0.876 (IC95%: 0.797-0.964),  $p=0.007$ ; OR:0.824 (IC95%: 0.746-0.910),  $p<0.001$ ), alterações físicas ou mentais (OR:0.804 (IC95%:0.768-0.919),  $p<0.001$ ; OR:0.825 (IC95%:0.755-0.903),  $p=0.007$ ). Observou-se que a qualidade dos cuidados e do acompanhamento (B:1.002 (IC95%:0.19-2.026),  $p=0.046$ ; B:2.125 (IC95%:1.326-2.924),  $p<0.001$ ) aumenta a QV e diminui os valores de mRS (OR:0.880 (IC95%:0.81-0.960),  $p=0.005$  e OR:0.840 (IC95%:0.78-0.90),  $p<0.001$ ).

**CONCLUSÕES** | A qualidade dos cuidados hospitalares e do acompanhamento pós-hospitalar percecionado pelo doente influencia positivamente o resultado funcional e o bem-estar mental e físico após AVC. Estes resultados identificam um novo marcador e alvo de abordagem organizacional com potencial de otimizar o resultado clínico após AVC e de alterar a prática habitual.

*Compromissos: Este estudo integra o projeto HARMONICS, financiado pela EIT-Health e cofinanciado pela União Europeia.*

## **CO24. Estudo endoscópico da deglutição em doentes com AVC isquémico submetidos a trombectomia mecânica**

**Autores:** João Pinho<sup>1</sup>, Tareq Meyer<sup>1</sup>, Bettina Mall<sup>1</sup>, Bettina Maring<sup>1</sup>, Annalena Döpp<sup>1</sup>, Johanna Becker<sup>1</sup>, Anneke Wehner<sup>1</sup>, Sara Thissen<sup>1</sup>, Beate Schumann-Werner<sup>1,2,3</sup>, Omid Nikoubashman<sup>4</sup>, Martin Wiesmann<sup>4</sup>, Jörg. B. Schulz<sup>1,5</sup>, Cornelius J. Werner<sup>1,2</sup>, Arno Reich<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Department of Neurology, University Hospital, RWTH Aachen University, Germany; 2 - Department of Neurology and Geriatrics, Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal GmbH, Germany; 3 - Institute of Cognitive Neurology and Dementia Research, Otto Von Guericke University Magdeburg, Germany; 4 - Department of Diagnostic and Interventional Neuroradiology, University Hospital, RWTH Aachen University, Germany; 5 - JARA-BRAIN Institute Molecular Neuroscience and Neuroimaging, Forschungszentrum Jülich GmbH and RWTH Aachen University, Germany

**INTRODUÇÃO** | A disfagia é uma das manifestações de AVC mais frequentes e está associada a ocorrência de pneumonia pós-AVC e pior prognóstico vital e funcional. O rastreio precoce de disfagia é recomendado nos doentes com AVC, mas a sua utilidade em doentes com oclusão de grande vaso submetidos a trombectomia mecânica (TM) é desconhecida. Entre os métodos auxiliares de diagnóstico de disfagia, o estudo endoscópico da deglutição (FEES) é especialmente útil por poder ser realizado à cabeceira do doente.

**OBJECTIVOS** | Caracterizar os achados do FEES precoce em doentes com AVC isquémico submetidos a TM. Analisar a performance diagnóstica de um método de rastreio de disfagia (Standardized Swallowing Assessment, SSA). Estudar o impacto da disfagia precoce definida por FEES no resultado funcional e qualidade de vida 3 meses pós-AVC.

**METODOLOGIA** | Estudo retrospectivo de doentes com AVC isquémico submetidos a TM durante o período de 1 ano, após implementação na prática clínica de realização sistemática de FEES neste grupo de doentes nos primeiros 5 dias após admissão.

Caracterização clínica, imagiológica e disfagiológica (através do SSA e do FEES) dos doentes. Comparação dos grupos de doentes com e sem disfagia definida por FEES. Usando modelos de regressão binária, ordinal e linear uni- e multivariáveis foram calculados predictores de resultado funcional (mRS) e da qualidade de vida (valores índice da escala EQ-5D, EQ-5D-iv) 3 meses pós-AVC.

**RESULTADOS** | Após exclusão de 110 doentes em que a realização de FESS nos primeiros 5 dias não foi possível, incluímos 137 doentes na população final, de idade mediana 74 anos, 43% do sexo feminino, NIHSS mediano 12. Pneumonia pós-AVC ocorreu em 8% dos doentes. Disfagia definida por FEES foi encontrada em 81% dos doentes e 31% dos doentes apresentaram aspiração silenciosa. A sensibilidade do SSA para identificação de disfagia foi de 67% e para identificação de aspiração silenciosa foi de 77%. A presença e gravidade crescente de disfagia definida por FEES associaram-se independentemente a uma pontuação crescente de mRS após 3 meses (odds ratio = 2.86, IC95%=1.08-7.57 e common odds ratio = 1.92, IC95%=1.28-2.87. respectivamente). A gravidade crescente da disfagia definida por FEES associou-se independentemente a valores decrescentes de EQ-5D-iv (coeficiente  $\beta$  = -0.09, IC95%= -0.16 a -0.01).

**CONCLUSÕES** | A disfagia pós-AVC pode ser detectada precocemente por FEES em 4 de cada 5 doentes com AVC isquémico submetido a TM. Métodos de rastreio de disfagia como o SSA apresentam uma performance subótima na identificação de disfagia e aspiração silenciosa neste grupo de doentes. A presença e a crescente gravidade de disfagia pós-AVC definida por FEES são predictores independentes não só de pior resultado funcional aos 3 meses como de pior qualidade de vida reportada pelo doente aos 3 meses.

---

## **CO25. O papel da massa dos músculos da deglutição na disfagia pós-AVC**

**Autores:** João Pinho<sup>1</sup>, Tareq Mayer<sup>1</sup>, Beate Schurmann-Werner<sup>2,3</sup>, Johanna Becker<sup>1</sup>, Simone Tauber<sup>1</sup>, Omid Nikoubashman<sup>4</sup>, Martin Wiesmann<sup>4</sup>, Jörg B. Schulz<sup>1,5</sup>, Cornelius J. Werner<sup>1,2\*</sup>, Arno Reich<sup>1\*</sup>

**Instituições:** 1 - Department of Neurology, University Hospital, RWTH Aachen University, Germany; 2 - Department of Neurology and Geriatrics, Johanniter-Krankenhaus Stendal GmbH, Germany; 3 - Institute of Cognitive Neurology and Dementia Research, Otto Von Guericke University Magdeburg, Germany; 4 - Department of Diagnostic and Interventional Neuroradiology, University Hospital, RWTH Aachen University, Germany; 5 - JARA-BRAIN Institute Molecular Neuroscience and Neuroimaging, Forschungszentrum Jülich GmbH and RWTH Aachen University, Germany

*\* Ambos os autores contribuíram de forma igual para este trabalho*

**INTRODUÇÃO** | A disfagia pós-AVC está associada a ocorrência de pneumonia pós-AVC e pior prognóstico vital e funcional. É importante reconhecer os factores de risco para disfagia pós AVC, dos quais os mais estudados são a idade, gravidade clínica do AVC e localização da lesão isquémica. Outros factores independentes do AVC são pouco estudados, mas podem contribuir para a patofisiologia da disfagia pós-AVC.

**OBJECTIVOS** | Investigar o papel da massa dos músculos da deglutição na disfagia pós-AVC.

**METODOLOGIA** | Estudo retrospectivo de doentes com AVC isquémico submetidos a TM durante o período de 1 ano, após implementação na prática clínica de realização sistemática de estudo endoscópico da deglutição (FEES) neste grupo de doentes nos primeiros 5 dias após admissão. Caracterização clínica, imagiológica e disfagiológica (através do FEES) dos doentes. Medição da área de músculos da deglutição seleccionados em cortes axiais da Angio-TC na admissão como marcador da massa dos músculos da deglutição. Derivação do índice músculo-esquelético (SMI) através da área de músculos cervicais a nível de C3 em cortes axiais da Angio-TC na admissão, como marcador de massa muscular global. Usando modelos de regressão binária e ordinal uni- e multivariáveis foram calculados predictores para a gravidade de disfagia definida por FEES e para medidas de eficiência e segurança da deglutição no FEES.

**RESULTADOS** | Após exclusão de 110 doentes em que a realização de FESS nos primeiros 5 dias não foi possível, incluímos 137

doentes na população final, de idade mediana 74 anos, 43% do sexo feminino, NIHSS mediano 12. A disfagia definida por FEES foi encontrada em 81% dos doentes. A área total dos músculos da deglutição correlacionou-se com a idade ( $\rho = -0.39$ ,  $p < 0.001$ ) e com o SMI ( $\rho = 0.705$ ,  $p < 0.001$ ). Uma decrescente área total dos músculos da deglutição associou-se à crescente gravidade da disfagia (common odds ratio = 0.08, IC95%=0.01-0.15) e à presença de resíduos faríngeos moderados a severos (odds ratio = 0.90, IC95%=0.81-0.99), após ajuste para variáveis confundidoras relevantes incluindo idade, índice de massa corporal, NIHSS, ASPECTS e localização da isquemia em território vertebrobasilar. O SMI não foi predictor independente de nenhuma das medidas do FEES.

**CONCLUSÕES** | A massa dos músculos da deglutição contribui para a fisiopatologia da disfagia pós-AVC. Uma menor massa dos músculos da deglutição está associada de forma independente a uma maior gravidade de disfagia pós-AVC e à presença de resíduos faríngeos moderados a severos.

---

## **CO26. O impacto do treino orientado para tarefas específicas em circuito na recuperação de doentes pós Acidente Vascular Cerebral**

**Autores:** Ana Filipa Pires<sup>1</sup>, Carla Correia<sup>1</sup>, Cláudia Abreu<sup>1</sup>, Ana Borges<sup>2</sup>, Miguel Saianda Duarte<sup>3</sup>

**Instituição:** 1 - Fisioterapeuta no serviço MFR do Hospital Beatriz Ângelo; 2 - Médica Fisiatra no serviço MFR do Hospital Beatriz Ângelo; 3 - Serviço de Neurologia do Hospital Beatriz Ângelo

**INTRODUÇÃO** | O treino em circuito é um modelo de intervenção em grupo, focado na prática repetida de tarefas funcionais e exercícios, que progridem continuamente, à medida que a função dos participantes melhora. Este programa de reabilitação, com nível de evidência A, para doentes pós AVC, consiste em séries de estações de trabalho organizadas em circuito ou séries de atividades individuais, diferindo dos programas de reabilitação convencionais porque se foca no treino específico orientado para as tarefas motoras diárias.

**OBJETIVOS** | Avaliar o impacto de 8 semanas de treino em circuito na mobilidade, equilíbrio e risco de queda em pacientes vítimas de AVC há menos de 1 ano.

**MATERIAIS E MÉTODOS** | Trata-se de um estudo prospectivo de séries de caso, com recolha da amostra por conveniência e análise descritiva dos dados. Os participantes realizaram sessões em circuito, contruídas com base no protocolo FAME (*fitness and mobility exercise program*). As sessões decorreram entre Abril de 2023 e Novembro de 2023. Foram sessões bissemanais, com a duração de 60 minutos cada e num total de 14 sessões. Cada sessão foi organizada em 6-10 estações, com duração de 5 minutos cada e ênfase no treino de força funcional, equilíbrio, flexibilidade e treino aeróbio, iniciando com um período de aquecimento e terminando com relaxamento. Os participantes foram avaliados na primeira sessão e reavaliados na última em relação à sua mobilidade, equilíbrio e risco de queda, aplicando-se o teste Timed Up and go Test (TUG) e o 5 times sit to stand e a Escala de Equilíbrio de Berg..

**RESULTADOS** | Participaram no estudo um total de 23 pessoas (14 homens e 7 mulheres), com uma média de idades  $63,62 \pm 11,07$  anos. A intervenção mostrou ser segura não tendo sido reportado nenhum efeito adverso. Os resultados mostraram diferenças significativas, entre a primeira avaliação e a reavaliação de acordo com os valores mínimos clinicamente detectáveis para cada uma das escalas aplicadas. No teste 5 times sit to stand o valor médio reduziu de 14,36 para 8,53 segundos; no TUG o tempo médio passou de 11,6 para 7,4 segundos e na Escala do Equilíbrio de Berg a pontuação média melhorou de 49,39 para 52,39.

**CONCLUSÃO** | O treino em circuito é eficaz na recuperação de doentes pós AVC com ganhos na mobilidade, velocidade da marcha, caminhar com mais independência e segurança. Este estudo vai de encontro ao encontrado na bibliografia para doentes com até 1 ano pós AVC, tendo em conta que os resultados indicam melhorias no equilíbrio e diminuição do risco de queda, sendo importante incluir um maior número de participantes. Será também relevante perceber o impacto desta intervenção na qualidade de vida e índice de depressão dos indivíduos.

**CO27. Retorno à condução após o Acidente Vascular Cerebral – Uma realidade?**

**Autores:** Nuno Matias Pereira<sup>1</sup>, Rita Santos<sup>2</sup>, Maria da Paz Carvalho<sup>3</sup>, Filipa Faria<sup>3</sup>

**Instituições:** 1 - Médico interno da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão; 2 - Médica interna da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação no Centro Hospitalar de Leiria; 3 - Médica especialista em Medicina Física e de Reabilitação no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

**INTRODUÇÃO** | O AVC pode afetar a capacidade de condução automóvel pelas sequelas motoras, perceptivo-cognitivas entre outras, sendo a manutenção da capacidade de conduzir de elevada relevância para a independência, reintegração social e profissional e qualidade de vida. A condução de um veículo automóvel é uma tarefa rotineira, quase automatizada, que, no entanto, apresenta elevada complexidade pela necessidade de interligar a coordenação motora dos quatro membros, a percepção dos estímulos sensoriais, a orientação espacial e a percepção das condições da via. Por outro lado, é necessário apresentar capacidade de raciocínio mental, comportamental e psicomotor para reagir às adversidades e executar decisões estratégicas céleres durante a condução. O Centro de Mobilidade tem como objetivo a avaliação da capacidade de condução automóvel em ambiente laboratorial e encontrar formas alternativas de condução para pessoas com incapacidades, sendo avaliada a força muscular, a capacidade de compreensão, a reação a estímulos visuais/auditivos e a destreza global. Nos casos em que há potencial para licenciamento da condução são equacionadas e relatadas as adaptações necessárias a realizar no veículo.

**OBJETIVOS** | Este trabalho de investigação tem como objetivos: analisar o retorno à condução após um AVC; verificar a realização e uso de adaptações sugeridas no centro de mobilidade; avaliar o impacto na qualidade de vida, do retorno à condução, após o AVC.

**METODOLOGIA** | Foi realizado um estudo observacional transversal, que incluiu doentes com o diagnóstico de acidente vascular cerebral independentemente da sua etiologia, com idade máxima de 75 anos até 01/08/2023, que realizaram avaliação no centro de mobilidade, entre 2016 e 2020. Destes, selecionaram-se os considerados aptos para a condução de veículos de categoria B (com ou sem adaptações). A recolha de dados foi realizada por consulta do processo clínico e questionário telefónico, sendo avaliado o género; a idade; a atividade da condução; adaptações ao veículo; condução no período noturno, no meio urbano; ocorrência de acidentes de viação. A análise estatística foi realizada com o software SPSS Statistics® v26. Considerou-se um valor p inferior a 0,05 como estatisticamente significativo. Este estudo foi aprovado pela comissão de ética do centro.

**RESULTADOS** | Foram incluídos 175 doentes na amostra inicial, sendo excluídos 48 doentes por não ser possível realizar o questionário (falecimento, recusa na participação, não atenderem o telefone ou número não atribuído). Da amostra final de 127, distribuída em 24 doentes do género feminino e 103 do género masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 75 anos (56.9 anos de média de idade) observámos que a maioria dos doentes 78,7% voltou a conduzir, sendo que destes 40% o fazem num carro com adaptações. No entanto, 21.3% não voltaram a conduzir sendo 48,2% refere não ter capacidade económica para suportar as adaptações necessárias.

**CONCLUSÕES** | O retorno a uma vida ativa, independente e integrada na sociedade, é facilitada pelo uso de automóvel próprio, sendo que esse retorno é uma realidade para a maioria dos doentes reportada como um marco importante no processo de reabilitação.

---

**CO28. Como um ortopedista pode despertar no Neurologista, as vantagens da cirurgia da espasticidade nos pacientes pós-AVC: a Neurectomia Hiperselectiva**

**Autores:** José Alexandre Marques<sup>1</sup>, João Constantino<sup>2</sup>

**Instituições:** 1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Ortopedia – sector da cirurgia da mão, Coimbra; 2 - Centro de

Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais, Fisiatra, Tocha

**INTRODUÇÃO** | A Espasticidade, é definida pelo aumento no tônus muscular, dependente da velocidade em reflexos tónicos de estiramento, reflectindo lesões nas vias corticoespinais, com perda do efeito inibitório supraespinhal, frequente nos doentes com AVC. As sequelas do membro superior resultam frequentemente com contraturas, deformidades funcionais-estéticas, com comprometimento da função e dor. A postura sequelar habitualmente: adução e rotação interna do ombro, cotovelo em flexão, pronação do antebraço, flexão do punho em desvio ulnar e flexão dos dedos/polegar. A abordagem da espasticidade é um desafio, tradicionalmente tratada por neurolíticos ou quimiodesnervação, mas com efeitos temporários, geralmente até 6 meses (toxina botulínica e fenol). A necessidade de preconizar um tratamento cirúrgico eficaz do membro superior espástico tem o objectivo: reequilibrar e estabilizar as forças dominantes, de forma permanente. A actuação incide em articulações, músculotendões (alongamentos/transferências/tenodeses), ou ósseo-articular (artrodese/artrólise). No tratamento da espasticidade, apenas procedimentos sobre o nervo em diferentes níveis, podem reduzir o tônus. Contudo, as técnicas de neurectomia ou neurotomia tronculares ou selectivas, apresentam recidiva e podem ter sequelas neurológicas indesejáveis. Os autores, apresentam os resultados da Neurectomia Hiperselectiva (NHS), técnica microcirúrgica que actua na junção dos ramos motores terminais. Apresentam-se 11 casos, com NHS a nível dos flexores/extensores do cotovelo e flexores do punho, para eliminar ou diminuir significativamente a espasticidade de modo permanentemente. A NHS permite que outros procedimentos miotendinosos (alongamentos/transferências/tenodeses) sejam realizados com sucesso.

**OBJETIVOS** | Avaliar os resultados da HSN, a médio/longo prazo do membro superior espástico em doentes com sequelas de AVC: grau de espasticidade, melhoria postural e mobilidade .

**METODOLOGIA** | Incluíram-se 11 pacientes com sequelas superiores a 1 ano, avaliados pré e pós-cirurgia por fisiatra e cirurgião, operados entre agosto de 2018 e 2022, pelo mesmo cirurgião. A espasticidade foi avaliada pela escala Tardieu e de Ashworth. O seguimento: 12-58 meses. Registo pré e pós-cirurgia: postura em repouso, mobilidades passivas/activas e marcha. Procedimentos acessórios: alongamento flexores do cotovelo e punho. A HSN incidiu nos músculos: tríceps, bíceps, braquial, braquiorradial, pronador redondo, flexores do carpo. A neurectomia realiza-se a nível dos ramos motores terminais, imediatamente antes da entrada no músculo. Neurectomia segmentar de 5-15 mm , de 2/3 a 3/5 da totalidade dos ramos.

**RESULTADOS** | Os resultados apresentados, confirmam os resultados recentemente descritos na literatura: melhoria da espasticidade, que se manteve, apenas com uma muito leve recidiva a longo prazo. Sem complicações cirúrgicas ou neurológicas. Em todos os doentes houve uma melhora significativa na postura em repouso, na função do membro (mobilidade activa, passiva e força) e no balanço da marcha.

**CONCLUSÕES** | A NHS é uma técnica eficaz a longo prazo no tratamento da espasticidade, e sem evidenciar recidiva. A NHS aliada a procedimentos miotendinosos, é uma opção de tratamento a implementar no tratamento da espasticidade do membro superior em doentes com sequelas de AVC, pois os resultados apresentados podem evitar o uso de toxina, e melhoram a qualidade de vida de forma significativa.

---

## **CO29. Incidência de quedas no pós AVC em utentes com alta para o domicílio**

**Autores:** Carla Pinto<sup>1</sup>, Sandra Martins<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Jesus Torres<sup>1</sup>, Manuela Pereira<sup>1</sup>, Juliana Mota<sup>1</sup>, Liliana Silva<sup>1</sup>, David Silva<sup>2</sup>, Bruno Couto<sup>2</sup>, Adriana Costa<sup>2</sup>, Ana Moreira<sup>2</sup>, Andreia Lopes<sup>2</sup>, Raquel Gonçalves<sup>3</sup>, Carla Araújo<sup>3</sup>, Silvia Fernandes<sup>3</sup>, Fernanda Lobo<sup>3</sup>

**Instituições:** 1 - Unidade de AVC, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal; Rua Dr. Eduardo Torres 1515, 4464-513 Senhora da Hora; 2 - ECCI Vila do Conde, UCC Vila do Conde, Portugal; Rua das Donas 20, 4480-768 Vila do Conde; 3 - ECCI Póvoa de Varzim, UCC Póvoa do Varzim, Portugal; Rua José Moreira de Amorim, 133, 4490-099 Póvoa do Varzim

**INTRODUÇÃO** | O AVC é uma das principais causas de incapacidade, podendo provocar danos físicos, distúrbios sensoriais,

depressão, perturbações cognitivas e alterações do controlo postural. Após um AVC 22% a 48% dos utentes sofrem pelo menos uma queda no hospital ou no centro de reabilitação. No primeiro mês pós AVC prevê-se um risco de queda de 14%, ocorrendo com mais frequência no domicílio, sendo que o maior risco de queda ocorre em utentes com capacidade funcional moderada.

**OBJETIVOS** | Avaliar a incidência de quedas após alta hospitalar em utentes com AVC, contribuindo para a segurança e melhoria de cuidados.

**METODOLOGIA** | Estudo observacional, retrospectivo, realizado em um hospital do norte de Portugal. Foram incluídos todos os utentes que passaram pela unidade de e que tiveram alta para o domicílio. A incidência de quedas foi avaliada através do contato com as pessoas/cuidadores passadas 72h.

**RESULTADOS** | Foram incluídos no estudo 198 utentes com AVC, com média de idades de 64,5 anos (DP 15,9), 55,6% dos utentes do sexo masculino. Dos quais, 70,5% apresentaram AVC isquémico. O nível de dependência médio de acordo com o índice de Barthel foi 91,93 e 23% apresentava mRankin >2. A incidência de quedas após alta hospitalar foi de 2,52% (n=5). A média de idade dos utentes que caíram foi de 74,60 anos (DP 10,29), dos quais 60% eram do sexo masculino. O evento mais prevalente foi o AVC isquémico (60%), sendo que 60% apresentaram lesão no hemisfério direito. O nível de dependência médio de acordo com o índice de Barthel foi de 83 (DP 20,80) e 60% apresentava mRankin >2. Segundo a escala de morse à alta hospitalar 20% (n=1) apresentava alto risco de queda, 60% (n=3) apresentava baixo risco de queda e 20% (n=1) não apresentava risco de queda.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** A incidência de quedas foi muito inferior à incidência relatada na literatura. Comparando a idade e a incidência de quedas, verificamos que ocorre em utentes com idade superior a 65 anos, com nível moderado de funcionalidade (Barthel médio 83) e incapacidade leve a moderada (mRankin <=3). Neste estudo, a incidência de quedas está relacionada com baixo risco de quedas segundo a escala de morse, à alta hospitalar.

Constatamos igualmente que utentes com AVC no hemisfério direito têm maior incidência de quedas, tal como descrito na literatura. A incidência de quedas após alta hospitalar em utentes com AVC é baixa, contudo pode levar a complicações graves, devendo ser uma problemática de relevância para a prática de cuidados. Esta problemática deverá ser alvo de atenção dos cuidados hospitalares, sendo necessário a sensibilização de todos para que ainda durante o internamento sejam dirigidas intervenções aos utentes/famílias para o desenvolvimento de estratégias, adequadas e individualizadas, no âmbito da prevenção de quedas e possíveis lesões subsequentes. Estas estratégias devem ser aplicadas a todos os utentes com AVC independentemente do resultado da escala de morse, sendo importante o desenvolvimento de estudos para validar a sensibilidade desta escala para a população com AVC ou construção de novas ferramentas.

---

## **CO30. Custo-efetividade dos itinerários de reabilitação no primeiro ano após AVC em Portugal**

**Autores:** Pedro Maciel Barbosa<sup>1,2</sup>, Helena Szrek<sup>2</sup>, Lara Noronha Ferreira<sup>3,4,5</sup>, Vitor Tedim Cruz<sup>1,2</sup>, João Firmino-Machado<sup>6,7,8</sup>

**Instituições:** 1 - Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; 2 - Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde, EPE; 2 - Centre for Economics and Finance, University of Porto; 3- ESGHT, Universidade do Algarve; 4 - Centre for Health Studies and Research of the University of Coimbra; 5 - Research Centre for Tourism, Sustainability and Well-Being (CinTurs), Portugal; 6 - EPIUnit, Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; 7 - Centro Académico Clínico Egas Moniz; 8 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

**INTRODUÇÃO** | O impacto do AVC constitui um desafio para as políticas de saúde, sociais e económicas a nível mundial. Embora a recuperação do AVC englobe uma vasta gama de cuidados, incluindo a reabilitação hospitalar, ambulatória e comunitária, não existem estudos publicados sobre a identificação, caracterização e avaliação da relação custo-efetividade dos percursos de reabilitação pós-AVC em Portugal.

**OBJETIVOS** | Determinar os itinerários de reabilitação com melhor relação custo-efetividade durante os primeiros 12 meses após o primeiro AVC.

**METODOLOGIA** | Uma *coorte* de sobreviventes foi seguida após alta hospitalar durante 12 meses, incluindo 460 indivíduos com primeiro evento de AVC, em que 51% são mulheres, com uma média de idades de 74,4 (12,9) anos, uma média de 11,7 (8,5) na National Institute of Health Stroke Scale e uma moda de 3 na modified Rankin Scale. Foi desenvolvido um modelo de árvore de decisão com nove itinerários de cuidados de reabilitação organizados em três fases (3, 6 e 12 meses). Cada itinerário resultou da combinação de oito modelos de cuidados de reabilitação disponíveis na rede de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com dados extraídos da coorte em estudo. A análise econométrica considerou as perspetivas do sobrevivente de AVC e do Serviço Nacional de Saúde. Os resultados em termos de saúde foram expressos em anos de vida ajustados pela qualidade (QALY) num horizonte temporal de 1 ano. Em termos de custos este modelo considerou os seguintes resultados: i) custo por QALY, ii) custo por itinerário e iii) custo por sobrevivente de AVC. Os custos incluíram gastos com cuidados de saúde, assistência social e perdas de produtividade do sobrevivente e do principal cuidador. Todos os custos foram determinados no ano de referência e obtidos a partir de fontes de dados portuguesas, pelo que não houve correção da inflação ou do poder de compra. Foram efetuadas análises de sensibilidade relativamente aos valores de QALY e custos incluídos no modelo.

**RESULTADOS** | Do ponto de vista do sobrevivente de AVC, a via 3 (Unidade de Convalescença » Clínica Convencionada Comunitária) foi a mais rentável, seguida da via 1 (Centro de Reabilitação » Clínica Convencionada Comunitária). Do ponto de vista do Serviço Nacional de Saúde, a via 3 (Unidade de Convalescença » Clínica Convencionada Comunitária) foi a mais rentável, seguida da via 7 (Hospital de Ambulatório » Clínica Privada). Todas as outras vias foram consideradas fortemente dominadas e excluídas da análise. O custo médio total a um ano variou entre €12104 e €23024 na perspetiva do sobrevivente de AVC e entre €10992 e €31319 na perspetiva do Serviço Nacional de Saúde.

**CONCLUSÕES** | Assumindo um limiar de disponibilidade para pagar de uma vez o produto interno bruto nacional (20.633 euros/QALY), a via 3 é a estratégia mais rentável, tanto do ponto de vista do sobrevivente de AVC como do ponto de vista do Serviço Nacional de Saúde. Os dados dos itinerários de reabilitação contribuem para uma política futura de organização e planeamento de um sistema de cuidados integrados adaptado a diferentes perfis de AVC.

# RESUMOS DE POSTERS

## **P1. Planear o Futuro, Inovando no Presente - Análise da Abordagem da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência (2019-2023)**

**Autores:** Altina Sandra Domingues<sup>1</sup>, Arlindo Cruz<sup>1</sup>, José Tiago Barro<sup>1</sup>, João Correia<sup>1</sup>, Liliana Silva<sup>1,2</sup>, Nuno Araújo<sup>3</sup>

**Instituição:** 1 - Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde Matosinhos; 2 - CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto; 3 - Instituto Politécnico de Saúde do Norte - CESPU/ESSVA, Gandra

**INTRODUÇÃO** | O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morbilidade e incapacidade a nível mundial, tendo forte impacto, quer nos sistemas de saúde quer nas vidas familiar e profissional do doente. Atualmente, existe um défice nos registos de monitorização sobre a Via Verde (VV) AVC, especialmente no contexto do Serviço de Urgência (SU), que é determinante na resposta compreensiva e efetiva da gestão do AVC agudo.

**OBJETIVO** | Caracterizar a abordagem hospitalar, no contexto do SU, ao doente com AVC Agudo e ativação da WAVC, identificando um padrão de desempenho e alicerçando uma proposta estratégica que crie valor acrescentado na eficácia e eficiência na gestão da resposta ao AVC, contribuindo para a qualidade dos Cuidados de Saúde.

**METODOLOGIA** | Estudo transversal de análise processual retrospectiva qualitativa e quantitativa dos episódios de urgência de AVC, com ativação da WAVC, admitidos no SU. Os doentes com quadros neurológicos agudos, não compatíveis com o diagnóstico diferencial de AVC foram excluídos das WAVC ativadas.

**RESULTADOS** | O número total de pessoas admitidas na WAVC entre janeiro de 2019 e outubro de 2023 foi de 1102. Os dados indicam uma diminuição no total de episódios de urgência de 2019 para 2020, seguida de um aumento em 2021, que se manteve até 2023. Paralelamente, a percentagem de WAVC identificadas e validadas em relação ao total de episódios de urgência mostrou uma tendência de crescimento ao longo dos anos. A maioria dos doentes encontra-se na faixa etária dos 60 aos 89 anos e do sexo masculino, sendo admitidos principalmente durante o período vespertino. O encaminhamento dos doentes pelo INEM manteve-se constante em todos os anos analisados. A prioridade laranja (segundo a STM), prevaleceu com valores percentuais superiores 97,2%, indicando uma condição muito urgente e a admissão no hospitalar ocorreu predominantemente dentro de 2 a 3 horas após o início dos sintomas. O AVC isquémico foi o diagnóstico mais identificado e a Trombólise o tratamento mais comum. Em simultâneo, houve um aumento na percentagem de doentes submetidos a Trombólise e Trombectomia no período analisado. O número de casos de “Wake-up-Stroke” que realizaram Trombólise e/ou Trombectomia aumentou ao longo dos anos.

**CONCLUSÕES** | Os dados indicam progressos significativos na identificação e tratamento de AVCs mas também destacam a necessidade de monitorizar variações na capacidade do SU e na incidência de AVC, adaptando serviços e recursos. A implementação de ferramentas digitais integradas no atendimento, na WAVC permitirá a identificação de tendências, desvios e padrões e criação de bases de dados, com o intuito de melhorar o atendimento ao AVC através da tomada de decisões informadas. A articulação do modelo organizacional, com ferramentas digitais, pode ser determinante para a concretização do Plano Nacional de Saúde 2021-2030.

*Agradecimentos: Fátima Pinho, Fernando Rosa, Sónia Tomás.*

## P2. O papel do ecocardiograma na deteção de fonte cardioembólica

**Autores:** Sara Bento<sup>1</sup>, Vanessa Silva<sup>1</sup>

**Instituição:** 1 - Hospital de Vila Franca de Xira, EPE

**INTRODUÇÃO** | O acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de mortalidade e morbilidade de todo o mundo. O AVC de origem cardioembólica ocorre em aproximadamente 15-30% dos acidentes vasculares isquémicos e cerca de um quarto desses pacientes, têm mais do que uma fonte cardioembólica. O papel da imagem cardíaca - Ecocardiograma Transtorácico e o Ecocardiograma Transesofágico com ou sem recurso a contraste, são duas ferramentas bastante úteis para a pesquisa de fonte embólica.

**CASOS CLÍNICOS** | Os presentes casos clínicos pretendem demonstrar a importância do ecocardiograma transtorácico, sendo este um exame de primeira linha, de fácil acesso, de baixo custo e não invasivo. Expomos neste trabalho quatro casos clínicos, em que todos os doentes apresentavam diagnóstico prévio de AVC ou AIT e todos realizaram ecocardiograma transtorácico no laboratório de ecocardiografia. Como achados ecocardiográficos detetados nestes doentes, destaca-se um defeito do septo interauricular, neste caso o foramen ovale patente (FOP), a existência de trombo apical no ventrículo esquerdo, presença de vegetações numa válvula nativa e a existência de placa de ateroma no arco aórtico e numa porção da aorta descendente.

Todos os casos clínicos apresentados tiveram orientações terapêuticas diferentes. No primeiro caso, o achado encontrado foi um foramen ovale patente, identificado com recurso a contraste e posterior realização de ecocardiograma transesofágico. Este foi proposto para encerramento percutâneo de FOP com respetiva terapêutica médica adequada. No segundo caso apresentamos um doente com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio com áreas de reduzida contratilidade, favorecendo o aparecimento de trombos nesta região. Este doente foi medicado corretamente com terapêutica apropriada para a causa. O caso com presença de vegetações na válvula nativa realizou posteriormente ecocardiograma transesofágico para melhor avaliação das dimensões das vegetações e foi-lhe administrado terapêutica médica adequada. O doente com placa de ateroma ulcerada realizou outras exames de imagem para melhor avaliação da lesão e posteriormente foi medicado com estatinas de alta potência e realizou ainda endarterectomia. De ressaltar que todos os casos realizaram ecocardiogramas transtorácicos seriados para continuação da avaliação das suas patologias.

**CONCLUSÃO** | Pretende-se com estes quatro casos demonstrar a relevância do ecocardiograma transtorácico na procura da causa da fonte cardioembólica e a sua importância para uma terapêutica adequada.

---

## P3. Sinal de Bielchowsky: Um achado patognomónico de paresia do 4º par

**Autores:** Sofia Perdigão<sup>1</sup>, Rita Gamboa<sup>1</sup>, Mariana Nunes<sup>1</sup>, Cristiana Sousa<sup>2</sup>, Fernando Salvador<sup>3</sup>

**Instituições:** 1 - Interno de Formação específica do Serviço de Medicina Interna do CHTMAD, unidade de Chaves; 2 - Assistente Hospitalar do Serviço de Medicina Interna do CHTMAD, unidade de Chaves; 3 - Diretor do Serviço de Medicina Interna do CHTMAD

**INTRODUÇÃO** | O nervo troclear (IV par craniano) é responsável pela inervação do músculo oblíquo superior responsável pelo movimento inferior e intorção. O nervo troclear é o par craniano com maior trajeto intracraniano e por isso mais sujeito a lesões e é um nervo puramente motor. Entre as causas mais comuns de paresia deste par estão as causas traumáticas, seguida da doença microvascular. A apresentação clínica típica é hipertropia e exciclotorção do olho afetado em posição primária do olhar que agrava com a inclinação da cabeça sobre o ombro homolateral. Consequentemente, desencadeia queixas de diplopia que pode ser vertical, diagonal ou torsional. Na tentativa de anular a diplopia, é adotada uma posição anormal da cabeça, mais frequentemente torcicolo com inclinação da cabeça sobre o ombro contralateral.

**CASO CLÍNICO** | Mulher de 66 anos, autónoma e cognitivamente íntegra, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência (SU) por diplopia com 3 dias de evolução, binocular (presente com olhos abertos, corrigida com oclusão ocular de um dos olhos), agravada quando descia as escadas. No exame objetivo era possível observar torcicolo para a direita e discreto desvio externo para cima do olho. O exame neurológico sumário não apresentava alterações com exceção da diplopia, que corrigia com inclinação da cabeça para a direita e separa-se com inclinação para a esquerda, também conhecido como Sinal de Bielchowsky.

Analiticamente não apresentava alterações de relevo e a angiografia por tomografia axial computadorizada. crânio e pescoço sem apresentava eventos sugestivos de isquemia aguda ou oclusões ou estenoses de grande vaso. A doente foi diagnosticada com paresia de 4º par craniano esquerdo. A doente teve alta antiagregada com aspirina e medicada com estatina de alta potência, indicação de oclusão ocular alternada e encaminhada para consulta externa de medicina interna estratificação e avaliação de risco cardiovasculares.

**CONCLUSÃO** | O nervo troclear é um dos pares cranianos com maior trajeto intracraniano, o que torna particular vulnerável a trauma, lesões compressivas e lesões isquémicas, que pode ocorrer desde o mesencéfalo até a sua emergência junto do nervo troclear, motivo pelo qual na presença de diplopia vertical binocular, em particular se concomitantemente verificada desvio externo e superior do olho, o Sinal de Bielchowsky é patognomónico e deve nos fazer pensar na paresia do troclear.

#### **P4. Síndrome de Wallenberg – a complexidade do diagnóstico**

**Autores:** Clara Pinto, João Faia, Maria Beatriz Dias Vieira, Ana Sofia Martins, Dulcília Sá, Sandra Rodrigues, Ana Rita Barbosa, Susana Cavadas

**Instituição:** Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

**INTRODUÇÃO** | O Síndrome de Wallenberg, também chamado de síndrome medular lateral, resulta de uma lesão a nível do tronco cerebral, em que é afetada a artéria cerebelar postero-inferior. A clínica pode ser variada, podendo estar presente disfasia, ataxia, tonturas, ptose ipsilateral e hemihipostesia contralateral à lesão.

**DESCRIÇÃO DO CASO** | Homem de 54 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) por tonturas com 2 dias de evolução e por quadro de cefaleia de predomínio esquerdo associada a sensação de dormência do membro superior direito com 8 horas de evolução. Sem outros sintomas associados. De antecedentes a destacar hipertensão arterial com mais de 20 anos de evolução, dislipidemia, obesidade e consumos alcoólicos no passado. Medicado em ambulatório com anti-hipertensor e ácido acetilsalicílico. À admissão hipertenso (TA 179/106 mmHg) e com hemihipostesia no membro superior direito. Sem outros défices. Estudo analítico sem alterações de relevo. Realizou TC-CE sem alterações. Durante a permanência no SU, com agravamento do quadro clínico, com desenvolvimento de ptose da pálpebra esquerda, dismetria na prova dedo-nariz à esquerda, disfagia, anisocoria, disфонia. Pontuava na escala de NIHSS 3. Realizou Angio-TC em que se identificou estenose da artéria cerebelar póstero-inferior esquerda, sem indicação para terapêutica reperfusora, também sem evidência de placas ateromatosas carotídeas. Fez dose de carga de clopidogrel e iniciou estatina em alta dose.

Admitida síndrome de Wallenberg, dada a clínica de disfagia, disфонia e síndrome de Horner. No internamento, realizou estudo complementar nomeadamente Holter de 24 horas sem alterações. Ecocardiograma transtorácico a revelar hipertensão pulmonar. Fez angio-ressonância magnética cerebral que identificou uma pequena lesão infra-centimétrica, sem resíduos hemáticos associados, que afetava a porção póstero-lateral esquerda do bolbo raquidiano, sendo compatível com pequena área de isquemia recente, concordante com a clínica. À data de alta, com recuperação quase total dos défices, mantinha ligeira disfagia, disфонia e hemihipostesia álgica no hemisfério direito (NIHSS 1).

**DISCUSSÃO E CONCLUSÕES** | Com este caso pretende-se alertar para a dificuldade do diagnóstico de um AVC da circulação posterior. A variedade, pouca especificidade e início insidioso dos sintomas pode levar ao atraso no seu diagnóstico e, consequentemente, no seu tratamento. É fundamental a suspeita clínica para a orientação o mais precoce possível destes doentes.

## P5. AVCs que simulam infecções do SNC

**Autor:** Francisco Javier Ros Forteza<sup>1,2</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.; 2 - Departamento de Ciências Médicas, Faculdade de Ciências da saúde, Universidade da Beira Interior

**INTRODUÇÃO** | O diagnóstico diferencial entre o AVC isquémico agudo e a infecção do SNC pode ser difícil em algumas situações clínicas, sendo necessário recorrer às sequências de difusão por RM. São apresentados três casos que são um desafio para o clínico.

**CASOS CLÍNICOS** | O 1º caso, homem de 80 anos, previamente autónomo, com antecedentes de rino-sinusite crónica e sem fatores de risco vascular (FRV), que estava medicado com amoxicilina-ácido clavulâmico e azitromicina por pneumonia da comunidade. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por crises focais no hemisfério esquerdo sendo controladas com fenitoína. A TC-CE foi normal, seguidamente fez punção lombar (PL) que revelou 11 células (7 PMN, 4 mononucleares), proteínas 55 mg/dl e glucose normal. Foi medicado empiricamente com meropenem em doses meníngeas e aciclovir com melhoria clínica. No dia seguinte a punção lombar já se revelou normal. O *screening* séptico foi negativo. A RM-CE confirmou um enfarte agudo no território da ACA direita e o EEG revelou um foco epileptogénico frontal direito. A investigação etiológica do AVC foi negativa. À data da alta o paciente foi medicado com antiagregante, estatina e anti-epiléptico (Rankin 0).

O 2º caso, homem de 69 anos, previamente autónomo com múltiplos FRV que recorreu ao SU por afasia global. A TC-CE foi normal. Às 72 h, iniciou febre e agitação psicomotora sem melhoria da afasia. Sem sinais meníngeos. A PL revelou 9 MN, proteínas 69.1 g/dl e glucose normal. Realizou tratamento com aciclovir y ampicilina. O *screening* séptico foi negativo. A RM-CE confirmou enfarte na zona de confluência do território da ACM/ACP esquerda. Na 2ª semana, estava comatoso, hipotenso (em shock). A TC abdominal foi compatível com isquemia intestinal extensa e o doente falece de forma iminente.

O 3º caso, homem de 33 anos, sem FRV com cefaleia inaugural, de severa intensidade, na região occipital acompanhada de vômitos e alteração da fala com déficit motor direito de instalação súbita; a recuperação do déficit foi completa às 24h, sem sinais meníngeos. A TC-CE foi normal. Angio-TC revelou irregularidade da basilar e artéria vertebral direita. A PL mostrou 8 PMN e 1 MN, 60.6 g/dl proteínas e glucose normal. Iniciou ceftriaxona em doses meníngeas y aciclovir iv durante 14 dias. O *screening* séptico e auto-imune foram negativos. A RM-CE confirmou a presença de lesões isquémicas recentes cortico-subcorticales cerebelosas y occipital esquerda. Na 4ª semana a Angiografia clássica unicamente revelou um falso aneurisma congénito. A ECO-TE confirmou a presença de septo não aneurismático com presença de *Foramen Oval Patente* (FOP) na manobra de Valsalva. O risco de embolismo paradoxal (RoPE score) foi de 9. O restante estudo cérebro-vascular foi negativo. O paciente foi hipocoagulado com apixabano e fez encerramento posterior do FOP, sem recorrências.

**CONCLUSÃO** | Na literatura unicamente existem casos clínicos esporádicos de AVCs que simulam infecções do SNC cujo mecanismo patogénico é desconhecido. Nestes casos deveremos sempre excluir um AVC embólico de origem indeterminado (ESUS).

---

## P6. Ombro doloroso do hemiplégico - Relato de caso clínico

**Autores:** Ana Vieira<sup>1</sup>, João Capelo<sup>1</sup>

**Instituição:** 1 - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

**INTRODUÇÃO** | O ombro doloroso do hemiplégico (ODH) é comum após o AVC. Este quadro implica dor, limitação nos programas de neuroreabilitação, nas AVD e subsequente resultado funcional. A prevenção e tratamento podem reduzir a frequência e intensidade da omalgia, melhorando o prognóstico funcional.

**CASO CLÍNICO** | Doente do sexo feminino, 65 anos, esquerdina. AP: HTA; Dislipidemia e Neoplasia da mama esquerda. A 22/06/2023 iniciou quadro de diminuição da força no hemicorpo direito e recorreu ao SU do hospital de agudos. Internada com diagnóstico de AVC isquémico subcortical do hemisfério esquerdo - síndrome lacunar motor puro. NIHSS inicial de 1, com evolução para NIHSS9. Alta clínica a 27/06/2023, não efectivada.

Internada em centro especializado em reabilitação a 14/09/2023, ao exame objectivo destacava-se: hemiparesia direita, com força muscular do membro superior grau 4, exceto grau 2 no punho e dedos; membro inferior com força muscular grau 4, exceto grau 2 tornozelo e pé. Marcha independente sem auxiliares, para curtas distâncias. Após 3 semanas, refere omalgia direita à mobilização ativa e passiva, com repercussão negativa no programa de reabilitação.

À reavaliação do ombro objetivou-se: limitações nas amplitudes articulares, rotação externa (RE) 10°, abdução 75°, características sugestivas de Capsulite Adesiva, uma das etiologias para o ODH.

Atendendo à hipótese diagnóstica, foram realizados bloqueio do nervo supraescapular direito, hidrodistensão da cápsula gleno-umeral e infiltração com cortico-anestésico intra-articular ecoguiados. Verificou-se melhoria parcial imediata da dor, e posteriormente resolução total da dor, com melhoria das amplitudes articulares (RE 10°->40°; abdução 75°->100°). Doente reavaliada 1 mês após o procedimento, sem recidiva das queixas prévias.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO** | O primeiro objetivo clínico do ODH é a prevenção, o que inclui: posicionamentos adequados; reabilitação motora; uso de slings durante o treino de marcha, para evitar lesões por tração. As opções de tratamento são variadas, considerando a etiologia multifatorial do ODH: acupuntura; *dry needling de trigger-point*; eletroestimulação; injeção de corticosteróide na articulação glenoumeral ou no espaço subacromial; injeção de plasma rico em plaquetas; injeção de toxina botulínica; bloqueio de nervos e tenotomia cirúrgica dos músculos peitoral maior, grande dorsal, redondo maior e subescapular. Um ensaio clínico randomizado mostrou que o bloqueio do nervo supraescapular foi superior às injeções de placebo na redução da dor hemiplégica no ombro até 12 semanas após o tratamento.

Existem estudos limitados sobre o uso de injeção de corticosteróides no ODH. Estudos observacionais demonstraram uma redução significativa na dor após injeção glenoumeral ou subacromial, mas a redução da dor a longo prazo não foi verificada. No caso clínico supramencionado, e atendendo à evidência clínica e opções de tratamento disponíveis no nosso centro, optou-se pela combinação das técnicas previamente referidas no caso, com o objetivo do controlo da dor a curto e médio prazo, objetivo que foi alcançado até à data.

## P7. Discinésia pós-AVC do tálamo

**Autores:** Maria Monteiro, Sandra Sousa, Fernando Pita

**Instituição:** Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

**INTRODUÇÃO** | O AVC é uma das causas mais frequentes de perturbações do movimento secundárias. Contudo, as perturbações do movimento são manifestações raras no AVC agudo. Associam-se sobretudo a lesões isquémicas ou hemorrágicas que afetam os gânglios da base e o tálamo. Incluem um espectro vasto de apresentações, incluindo movimentos hiperkinéticos e hipocinéticos. Estes sintomas podem ter início agudo ou tardio, sendo as manifestações tardias, que decorrem de degeneração e alterações da plasticidade das vias com envolvimento dos gânglios da base e do tálamo, mais raras. As discinésias pós-AVC são mais frequentemente auto-limitadas, resolvendo espontaneamente entre seis a doze meses.

**CASO CLÍNICO** | Apresentamos o caso de uma mulher de 64 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes melitus tipo 2, que recorre ao serviço de urgência por quadro com três dias de evolução de movimentos involuntários do membro superior esquerdo, que iniciaram de forma súbita. Negava outros sintomas nomeadamente alterações motoras ou sensitivas, queixas visuais de novo, disfagia ou desequilíbrio da marcha. Negava, também, alterações da consciência ou cefaleia. Referia mau controlo da diabetes com valores de glicémia superiores a 250mg/dL. À admissão encontrava-se apirética, eupneica em ar ambiente, normocárdica e hipertensa com uma tensão arterial de 184-77mmHg.

Ao exame neurológico, a destacar apenas movimento coreoatetósico do membro superior esquerdo, que não agrava com oclusão ocular, parésia grau 4+ no membro superior esquerdo e ligeira ataxia do membro superior esquerdo condicionada pelo movimento hipercinético, sem outras alterações. Colocadas as hipóteses diagnósticas de perturbação hipercinética do membro superior esquerdo secundária a AVC isquémico dos gânglios da base ou tálamo do hemisfério direito versus estriatopatia diabética direita. Realizado TC-CE no SU que revelava apenas uma hipodensidade circunscrita no braço posterior da cápsula interna direita, sugestivo de enfarte lacunar de cronologia imprecisa. Posteriormente realizada RM-CE que revelou uma lesão isquémica talamo-capsular posterior direita. Ao longo do internamento, observada melhoria progressiva dos sintomas neurológicos, nomeadamente do défice motor do membro superior esquerdo, bem como dos movimentos involuntários do mesmo membro.

**CONCLUSÃO** | As discinésias agudas podem ser o sintoma de apresentação aguda de um AVC, podendo a avaliação neurológica revelar a presença de défices neurológicos subtis subjacentes. Os estudos de neuroimagem são importantes para confirmar o diagnóstico de AVC e excluir a presença de outras lesões mimetizadoras de AVC, que terão implicações terapêuticas distintas.

---

## P8. Estratégias de intervenção na Síndrome de Wallenberg

**Autores:** Margarida Martins

**Instituição:** Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

**INTRODUÇÃO** | O síndrome de Wallenberg, também chamado de síndrome da artéria cerebelosa pósterio inferior, é um distúrbio neurológico causado pelo enfarte do bulbo lateral após oclusão desta mesma artéria. Está associado a vários sintomas que resultam da lesão do segmento lateral da medula posterior ao núcleo olivar inferior.

**CASO CLÍNICO** | Homem de 56 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por alterações de sensibilidade na hemiface direita. Na primeira avaliação apresentava-se hipertenso, com apagamento do sulco nasogeniano esquerdo, tonturas e desequilíbrio na marcha. Realizou TC-CE sem alterações, tendo alta para o domicílio. No dia seguinte regressou ao SU por quadro de tonturas, alterações da mímica facial, incapacidade marcha e mantinha as alterações anteriores. Após RM-CE assume-se lesão isquémica bulbar direita. 19 dias depois foi transferido para internamento de reabilitação. Na avaliação neurológica apresentava diplopia, hipostesia da hemiface direita e hipostesia térmico-álgica do hemicorpo esquerdo. Funcionalmente apresentava défice de coordenação nas provas dedo-nariz e calcanhar-joelho; equilíbrio estático eficaz em sedestação e dinâmico pouco eficaz. Equilíbrio não eficaz em posição ortostática com pontuação de 17 na escala de equilíbrio de Berg (EEB). Realizava marcha com ajuda de terceiros e caracterizada por aumento da base de sustentação, com diminuição dos limites médio-laterais, tendência para queda à direita, diminuição da fase oscilante no MIE e ausência de dissociação de cinturas.

Durante o internamento realizou fisioterapia bi-diária e hidroterapia 2x por semana. A intervenção da fisioterapia convencional baseou-se em exercícios de equilíbrio, de coordenação, de forma a combater os défices motores comumente associados ao AVC. Priorizou-se também o treino orientado para a tarefa e treino de marcha no exterior. Em paralelo foi realizado fisioterapia em meio aquático com os mesmos objetivos da fisioterapia convencional, mas usufruindo dos benefícios do meio, nomeadamente meio não estacionário, implicando a contínua ativação muscular e dos receptores somatossensoriais, a sustentação do corpo pela baixa densidade da água aumentando o tempo de reação para os reajustes posturais e a promoção do relaxamento pela temperatura. Todas as intervenções foram significativas e desafiantes, mantendo o utente envolvido e motivado no processo de reabilitação.

Após 10 semanas de intervenção o utente apresenta melhoria a nível motor e funcional significativa. Melhoria da sensibilidade térmica, equilíbrio estático e dinâmico eficaz em ambas as posições, com 52 pontos na EEB; 30STS de 26 (não realizado inicialmente por incapacidade do utente); capacidade para marcha e escadas apenas com supervisão e com melhoria da qualidade do movimento.

**CONCLUSÃO** | A Síndrome de Wallenberg principalmente em idade jovem afeta severamente a atividade e participação do doente nas atividades de vida diária, diminuindo assim a sua funcionalidade e qualidade de vida. Este caso, pretende demonstrar a relevância do rápido diagnóstico diferencial, a importância da fisioterapia no pós AVC, mais evidentemente realçar as estratégias da fisioterapia e da hidroterapia como terapias que se complementam e oferecem um melhor prognóstico ao utente.

---

## **P9. Nistagmo posicional paroxístico como sinal clínico isolado de um enfarte cerebeloso**

**Autores:** Maria Carlos Pereira<sup>1</sup>, Lénia Silva<sup>1</sup>, Ângela Rego<sup>2</sup>, Diogo Costa<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto; 2 - Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto

**INTRODUÇÃO** | Diferenciar se uma síndrome vestibular tem origem numa etiologia central ou periférica é um desafio frequente na prática clínica. Um nistagmo e as suas características oferecem alguma da informação mais valiosa para essa distinção. O nistagmo posicional central paroxístico (NPCP) é um tipo raro de nistagmo que ocorre logo após a mudança da posição cefálica relativamente à gravidade, com duração <1 minuto e sem melhoria com as manobras de reposicionamento da vertigem posicional paroxística benigna (VPPB). Este é normalmente puramente vertical ou torsional, e é causado por disfunção das vias vestibulo-cerebelosas com uma integração anormal da informação dos sinais dos canais semicirculares.

**CASO CLÍNICO** | Homem de 67 anos, hipertenso, admitido no Serviço de Urgência por cefaleia holocraniana de instalação progressiva com 2 dias de evolução, à qual se associaram tonturas desencadeada pelos movimentos cefálicos, náuseas, vômitos e oscilopsias com 1 dia de evolução.

O doente foi inicialmente avaliado por Otorrinolaringologia, sendo objetivado nistagmo upbeat na manobra de Dix-Hallpike direita. Na suspeita de vertigem paroxística posicional benigna (VPPB) do canal semicircular posterior, foi realizada a manobra de reposicionamento de Epley, sem melhoria. Pela refratariedade após o reposicionamento, foi pedida observação por Neurologia.

Ao exame neurológico o doente não apresentava nistagmo na posição primária ou com a versão do olhar em sedestação, mas quando assumia o decúbito surgia de imediato nistagmo upbeat na posição primária do olhar com duração de alguns segundos e resolução espontânea, que era também evidente na suproversão. Era ainda visível discreto nistagmo esquerdo na levoversão que desaparecia nas restantes posições do olhar. O restante exame neurológico não apresentava alterações, inclusive dismetria apendicular ou alterações da marcha.

Dada instalação e duração da vertigem, presença de cefaleia e ausência de melhoria com as manobras, considerou-se a possibilidade de um NPCP - pela idade, factores de risco e ausência de história conhecida de enxaqueca, favoreceu-se o diagnóstico diferencial de enfarte em território vertebrobasilar em desfavor de episódio de enxaqueca vestibular. A TC cerebral mostrou um enfarte subagudo em território da artéria cerebelosa póstero-inferior esquerda, com efeito de massa a desviar o vérmis cerebeloso.

A angio-TAC mostrou ausência de preenchimento do segmento V3 da artéria vertebral esquerda e irregularidades dos restantes segmentos extracranianos desta artéria e o eletrocardiograma encontrava-se em ritmo sinusal. Assumimos como etiologia mais provável a aterosclerótica e o doente iniciou ácido acetilsalicílico e estatina como prevenção secundária. À alta, 3 dias depois, o doente encontrava-se assintomático e sem alterações ao exame neurológico.

**CONCLUSÃO** | A presença de um nistagmo vertical posicional puro, mesmo quando isolado, deve ser sempre um sinal de alarme na avaliação de um doente com síndrome vestibular agudo. O NPCP é uma entidade rara, mas que pode constituir o único sinal clínico de uma doença neurológica grave. Este caso ilustra a importância de uma avaliação neuro-otológica cuidadosa na avaliação da síndrome vestibular aguda, nomeadamente com o doente em diferentes posições, e reforçar o conhecimento das possíveis apresentações, mesmo que incomuns, de lesões vasculares da fossa posterior.

## **P10. Tratamento endovascular de oclusão de grande vaso da circulação posterior: quem beneficia?**

**Autores:** Sara Gomes<sup>1</sup>, Leonor Francisco<sup>2</sup>, Rita Coutinho<sup>3</sup>, Carla Morgado<sup>1</sup>, Luís Rufo Costa<sup>2</sup>, Carla Ferreira<sup>1</sup>, José Nuno Alves<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Hospital de Braga; 2 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 3 - Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Braga

**INTRODUÇÃO** | O benefício do tratamento endovascular de oclusão de grande vaso da circulação posterior ainda permanece incerto. Vários estudos têm sido realizados no sentido de perceber o prognóstico deste tratamento versus tratamento médico, tendo sido avançados diversos fatores preditores, nomeadamente NIHSS à admissão, tempo até ao início do tratamento, volume do enfarte, mismatch core-penumbra, circulação colateral, técnica de trombectomia utilizada e etiologia da oclusão, por forma a se conseguir concluir quais os doentes que devem ser submetidos a este procedimento.

**CASO CLÍNICO** | Homem de 78 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de AVC isquémico em território da ACM direita, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulinocontrolada, dislipidemia, estenose aórtica moderada e doença renal crónica. Admitido como via verde de AVC, com hora de início desconhecida, no hospital da área de residência por quadro de hemiparesia esquerda grau 4 com face e dismetria na prova dedo-nariz à esquerda, pontuando 3 na escala de NIHSS. O estudo de imagem revelou oclusão em tandem: segmento P1 da ACP direita e segmento V3 da artéria vertebral direita, pelo que foi transferido para o Hospital de Braga para realização de tratamento endovascular.

Realizou trombectomia com mTICI 3 em P1, não se abordando a oclusão da vertebral. Após o procedimento, apresentou agravamento do estado clínico com desvio do olhar para a direita, paresia facial central esquerda, disartria severa e hemiplegia esquerda. A TC excluiu complicações hemorrágicas, mas a angio-TC mostrou alteração do local da oclusão da vertebral (V4). Realizou RM-CE que mostrava múltiplas lesões a nível da ponte, cerebelo e hipocampo. Optou-se por não reintervir, tendo realizado antiagregação endovenosa.

Durante o internamento teve flutuação dos défices com repetição do estudo de imagem que demonstrava múltiplos enfartes em território posterior bilaterais, tendo-se assumido como etiologia doença aterosclerótica e optado por melhor tratamento médico com dupla antiagregação.

À data de transferência para o hospital da área de residência, com hemiextinção sensitiva esquerda, quadrantanópsia superior esquerda, disfagia para líquidos e hemiparesia esquerda grau 4 com face.

Durante o tempo de internamento nesse hospital teve evolução favorável com a realização de fisioterapia e terapia da fala, mantendo apenas disfagia para líquidos à data de alta.

**CONCLUSÃO** | A abordagem terapêutica de oclusões na circulação posterior continua a ser alvo de debate, sobretudo em doentes com NIHSS baixo. Dado que inicialmente o doente apresentava NIHSS de 3 e oclusão de P1, decidiu-se não abordar a doença ateromatosa da vertebral. Esta decisão pode ter levado à recorrência de lesões isquémicas, mas, e apesar da flutuação dos défices ao longo da fase aguda, a evolução acabou por ser favorável.

## **P11. A importância do diagnóstico diferencial na Hemorragia Intraparenquimatosa**

**Autores:** Catarina Guedes Vaz<sup>1</sup>, Francisco Almeida<sup>2</sup>, Carlos Andrade<sup>1</sup>, Diogo Pereira<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal; 2 - Serviço de Neurorradiologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

**INTRODUÇÃO** | A hemorragia intracerebral engloba um vasto conjunto de entidades clínicas, decorrendo predominantemente de doença de pequenos vasos (arteriopatía hipertensiva e angiopatía amilóide cerebral (AAC)), enquanto as restantes, macrovasculares (malformações arteriovenosas, trombose venosa) detêm outras implicações terapêuticas.

**CASO CLÍNICO** | Mulher de 75 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, admitida no Serviço de Urgência após ter sido encontrada por terceiros, com alteração do discurso e movimentos involuntários da hemiface direita. Sem história de cefaleias, sintomas visuais ou outros défices focais. À admissão, apresentava-se vígil, com afasia global e clonias ininterruptas braquiofaciais direitas; estava apirética, com perfil tensional 224/114 mmHg. Perante a apresentação clínica congruente com estado de mal focal motor direito, foi instituído diazepam endovenoso com cessação de crises epiléticas. O estudo neuroimagem documentou hemorragia aguda na região frontal inferior cortico-subcortical esquerda e sinais de doença de pequenos vasos (extensa leucoencefalopatia isquémica e lacunas isquémicas estriato-cap-sulares). Sem evidência de malformações vasculares. Iniciadas medidas de controlo tensional rigoroso. Do restante estudo contrastado, documentadas irregularidades em segmentos das artérias cerebrais anteriores e médias, assim como ausência de preenchimento do seio sigmóide esquerdo, embora sem imagens sugestivas de trombose de veia cortical e dúvidas quanto à temporalidade do trombo. Estudo analítico, incluindo coagulação, sem alterações de relevo. À reavaliação precoce, com afasia motora e hemiparesia direita grau 4/5 com recuperação gradual dos défices. Perante incerteza diagnóstica e respectivas implicações de estratégia terapêutica adicional, foi realizada RMN-CE na fase aguda com evidência de hemorragia hiperaguda frontal supra-silviana esquerda e sinais de trombose recente do seio transversal esquerdo. Não se documentaram outras hemorragias, nomeadamente superficiais, evocativas de diagnóstico etiológico alternativo. Apesar da distância entre a hemorragia e o seio transversal, a drenagem venosa da área lesional decorre através da veia de Labbé que, por sua vez, drena para o seio trombosado, assim e na ausência de causas concorrentes, foi assumida hemorragia intraparenquimatosa no contexto de trombose venosa cerebral. Iniciada hipocoagulação em dose terapêutica faseada, instituída full dose após controlo imagiológico sem aumento do componente hemorrágico. A doente permaneceu assintomática.

**CONCLUSÕES** | A trombose venosa cerebral constitui uma manifestação rara de hemorragia intraparenquimatosa, o seu reconhecimento atempado e abordagem terapêutica dirigida tem implicações prognósticas. O caso clínico supracitado demonstra o impacto da RMN-CE na fase aguda, permitindo estabelecer um nexo de causalidade, com esclarecimento da temporalidade do trombo e exclusão de causas concorrentes, particularmente AAC, dando segurança ao clínico na estratégia terapêutica a adotar.

---

## **P12. Vasculopatia induzida por radiação: Um Desafio Diagnóstico e Terapêutico**

**Autores:** Ângelo Fonseca<sup>1,2</sup>, Jorge Machado<sup>1,2</sup>, Ana Beatriz Ferreira<sup>1,3</sup>, Sandra Moreira<sup>1,2</sup>, Diogo Fitas<sup>1,2</sup>, Sofia Tavares<sup>1,3</sup>, Sofia Silva<sup>1,3</sup>, Cristina Duque<sup>1,2</sup>

**Filiação:** 1 - Serviço de Neurologia, Hospital Pedro Hispano, ULS-Matosinhos, Portugal; 2 - Unidade de AVC, Hospital Pedro Hispano, ULS-Matosinhos, Portugal; 3 - Serviço de Medicina, Hospital Pedro Hispano, ULS-Matosinhos, Portugal

**INTRODUÇÃO** | O uso de radioterapia (RT) representa uma ferramenta importante no tratamento de tumores cerebrais. No entanto, o seu uso está relacionado com diversos efeitos secundários que podem ser graves, entre eles as complicações vasculares tardias que incluem AVC (tanto hemorrágico como isquémico), síndrome de moyamoya e malformações vasculares. Fisiopatologicamente, caracteriza-se pela lesão das células endoteliais induzida por radiação com fibrose, aumento da espessura endotelial, inflamação crónica, aterosclerose, estenoses intracranianas e microhemorragias, podendo manifestar-se vários anos depois da exposição. Apesar de todos os vasos poderem ser afetados, as artérias de pequeno calibre e os capilares são particularmente sensíveis. Estima-se que a incidência é de 12-21% aos 20 anos pós-exposição. O diagnóstico é clínico e suportado por achados imagiológicos como a presença de lesões isquémicas lacunares em territórios menos frequente afetados e microhemorragias. Apesar da evidência limitada, o tratamento consiste na antiagregação e, em caso de estenoses hemodinamicamente significativas, revascularização com *stent*.

**CASO CLÍNICO** | Apresentamos o caso de uma mulher de 53 anos, previamente autónoma e cognitivamente íntegra, com dislipidemia, hábitos tabágicos (25 UMA) e antecedentes pessoais de meduloblastoma cerebeloso diagnosticado em 2010 submetida a ressecção tumoral seguida de quimioterapia (Vincristina e, posteriormente, Cisplatina + Lomustina) e

RT (irradiado todo o neuroeixo com dose total de 36 Gy e dose adicional de 20 Gy no leito tumoral). Como antecedentes apresentava também episódios paroxísticos de alteração da fala interpretados como epilepsia (em 2022) e, em Julho 2023, trombose venosa do seio sagital com extensão à veia jugular, de etiologia indeterminada após estudo extenso e tratada com hipocoagulação (DOAC, que suspendeu dois meses depois por iniciativa própria). É admitida no Serviço de Urgência em dezembro de 2023 por instalação súbita, no dia anterior, de hemiparesia esquerda e disartria (pontuava 11 na escala de NIHSS). Na TC não foi detetada lesão vascular aguda e na AngioTC não apresentava oclusão de grande vaso ou estenoses de grande vaso, pelo que não foi submetida a tratamento de fase aguda com trombólise ou trombectomia. Foi completado estudo com ressonância magnética (RM) que revelou lesão isquémica aguda protuberancial direita, lacunas isquémicas protuberanciais, núcleo-capsulares, talâmicas bilaterais e microhemorragias hemisféricas bilaterais. O restante estudo serológico e analítico (incluindo ANA, anticorpos anti-PR3, -MPO e anti-SAAF) não demonstraram alterações. Perante os achados na RM (que não estavam presentes nas RM prévias à realização de RT) levantaram a suspeita de vasculopatia pós-RT. Por este motivo foi iniciado tratamento profilático com mono-antiagregação plaquetária (Aspirina 100 mg) e estatina de alta dose (Rosuvastatina 20mg).

**CONCLUSÕES** | A presença de microhemorragias bi-hemisféricas, eventos vasculares de repetição (com trombose de seio venoso, lesão isquémica e evidência de lacunas isquémicas) em doente jovem, sem fatores de risco vasculares que justifiquem completamente estes episódios e estudo etiológico analítico negativo, sugerem, no contexto de tratamento prévio com radioterapia, vasculopatia induzida por radiação. Trata-se de uma consequência rara deste tratamento e de difícil gestão terapêutica, exigindo um equilíbrio entre risco trombótico e hemorrágico.

---

### **P13. Mimetizadores de hemorragia cerebral – desafios em doentes submetidos a procedimentos cardíacos**

**Autores:** Filipa Assis Jacinto<sup>1</sup>, Maria João Lima<sup>1</sup>, Axel Ferreira<sup>1</sup>, Sandra Moreira<sup>1</sup>

**Instituição:** 1 - Serviço de Neurologia, ULS Matosinhos – Hospital Pedro Hispano

**INTRODUÇÃO** | O AVC isquémico é uma complicação rara de cateterismo cardíaco. As complicações hemorrágicas são, contudo, mais frequentes, dada a administração de agentes hipocoagulantes durante estes procedimentos. Em situações de disrupção da barreira hematoencefálica, como acontece no AVC agudo, pode haver extravasamento do contraste para o espaço subaracnoide, o que pode mimetizar hemorragia na TC cerebral.

**CASO CLÍNICO** | Doente do sexo feminino de 78 anos, com múltiplos fatores de risco vascular e doença renal crónica, recorreu ao serviço de urgência por dor torácica retrosternal com uma semana de evolução. O estudo cardíaco inicial revelou inversão da onda T nas derivações V4-V6, com áreas de hipocinesia nas paredes inferiores e posteriores, e elevação das troponinas em cinética ascendente. O quadro foi interpretado como síndrome coronária aguda, tendo realizado dose de carga de AAS e revascularização por cateterismo cardíaco, que decorreu sem intercorrências.

Uma hora após realização de cateterismo cardíaco, foi notada assimetria facial e alteração de linguagem, pelo que foi ativada via verde AVC. Ao exame neurológico, apresentava lentificação psicomotora, afasia transcortical motora, neglect esquerdo, parésia facial central esquerda e queda ligeira do membro superior esquerdo na prova de Barré, pontuando 6 na escala NIHSS. Realizou TC e AngioTC cerebral e dos troncos supra-aórticos sem evidência de lesão vascular aguda nem oclusão de grande ou médio vaso. Por estar em janela para trombólise, foi revertida hipocoagulação com administração de protamina e iniciado tratamento com alteplase, completado tardiamente por manutenção de aPTT prolongado com necessidade de dose adicional de protamina.

Na TC cerebral de controlo às 24 horas pós-trombólise, foram documentadas áreas hiperdensas dispersas extra-axiais bihemisféricas levantando a suspeita de hemorragias subaracnoide e subdural. Dada indicação para manter dupla antiagregação devido ao elevado risco trombótico após implantação de stent cardíaco, optou-se por realização de RM cerebral de modo a esclarecer a etiologia dos achados e excluir contra-indicação para manutenção desta terapêutica.

A RM cerebral mostrou alterações compatíveis com pequenas lesões vasculares isquémicas recentes bilaterais (parietais bilaterais, occipital interna esquerda e hipocampal esquerda), sem documentação de complicações hemorrágicas. Atendendo à evolução clínica favorável (ausência de défices neurológicos), ao volume de contraste realizado num intervalo inferior a 24 horas em doente com doença renal crónica e aos achados imagiológicos, foi colocada como hipótese mais provável tratar-se de evento isquémico agudo pós cateterismo cardíaco associado a extravasamento de contraste a mimetizar complicação hemorrágica.

**CONCLUSÃO** | Este caso pretende alertar para a possibilidade de achados sugestivos de componente hemorrágico em TC cerebral após cateterismo cardíaco ou outro procedimento que utilize contraste iodado poderem corresponder a extravasamento de contraste. Nestes casos deve haver um alto índice de suspeita clínica, pois só o uso de RM cerebral pode evitar atrasos na introdução de terapêutica anti-trombótica adequada.

---

## **P14. Abordagem às dissecções cervicais: uma revisão retrospectiva de uma causa rara de AVC**

**Autores:** Jorge M. Ferreira Machado<sup>1</sup>, Cristina Duque<sup>1</sup>, Raquel Rocha<sup>1</sup>, Luís M. Ribeiro<sup>1</sup>

**Afiliações:** Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

**INTRODUÇÃO** | As dissecções arteriais, embora raras, são uma das principais causas de AVC em jovens. A evidência científica atual ainda não estabeleceu qual a melhor estratégia de prevenção secundária nestes doentes.

**OBJETIVOS** | Caracterizar doentes com dissecção cervical; identificar fatores que influenciem a escolha de prevenção secundária e os resultados aos 3 meses.

**METODOLOGIA** | Estudo coorte retrospectivo das dissecções cervicais internadas no nosso hospital entre janeiro de 2017 e novembro de 2023. Utilizamos análise descritiva e estudo comparativo univariado com testes t, qui-quadrado e ANOVA quando aplicáveis.

**RESULTADOS** | 35 doentes foram incluídos na nossa análise, 21 (60%) do sexo masculino e 14 (40%) do sexo feminino. A média de idades foi de  $54,63 \pm 14,49$  anos. Clinicamente, 68,6% dos doentes apresentaram-se com cefaleia, 31,4% com síndrome de Horner e 20% com história de trauma. As dissecções carotídeas representaram 68,6% da amostra e as vertebrais 31,4%. Não existiam diferenças significativas nos fatores de risco vasculares entre os tipos de dissecção. Os doentes com dissecção carotídea apresentavam significativamente mais achados clássicos no AngioTC (“bico de lápis” e “duplo lúmen”) do que os doentes com dissecção vertebral (23 vs. 8,  $p=0,046$ ) assim como um NIHSS mais alto à admissão ( $7,96 \pm 8,3$  vs.  $1,36 \pm 1,86$ ;  $p<0,001$ ) e à data de alta ( $4,73 \pm 7,48$  vs.  $0,91 \pm 1,58$ ;  $p=0,031$ ), contudo não houve diferenças significativas no mRankin após 3 meses. Os 3 doentes que realizaram trombólise apresentavam dissecção carotídea. Os doentes com oclusão de grande vaso apresentavam NIHSS à admissão significativamente mais alto ( $8,71 \pm 8,49$  vs.  $1,64 \pm 2,59$ ;  $p<0,001$ ) assim como à data de alta ( $5,58 \pm 7,77$  vs.  $0,57 \pm 1,16$ ;  $p=0,006$ ) do que os doentes sem oclusão. A maioria dos doentes ( $n=3$  de 5) que iniciou hipocoagulação apresentava diagnóstico prévio de FA, contudo não houve diferenças significativas na escolha do esquema de prevenção secundária consoante os antecedentes, a idade, o mRankin prévio ou o tratamento de fase aguda. Apenas um doente teve recorrência de AVC no mesmo território. 6 (22,2%) doentes apresentavam um mRankin aos 3 meses  $\geq 3$  contudo, comparativamente, não foram diferentes dos doentes com mRankin  $< 3$  na idade, nos fatores de risco, no NIHSS inicial ou à data de alta, no tratamento de fase aguda ou no esquema de prevenção secundária.

**DISCUSSÃO** | Este estudo teve como objetivo analisar os casos de dissecção cervical admitido no nosso centro, bem como a abordagem escolhida para prevenção secundária. As dissecções carotídeas foram identificadas mais rapidamente devido a sinais imagiológicos mais distintos, embora apresentem uma maior gravidade clínica em comparação com as dissecções vertebrais. Os pacientes com oclusão de grande vaso tiveram resultados mais desfavoráveis, sendo que outros estudos de-

monstraram a eficácia da trombectomia nestes casos. Embora os estudos randomizados não tenham demonstrado diferenças significativas entre anticoagulação e antiagregação na recorrência de eventos, observamos uma tendência para a escolha de antiagregação como método de prevenção secundária, possivelmente devido ao menor risco hemorrágico associado. A principal razão que levou à escolha de anticoagulação foi o diagnóstico concomitante de FA. No futuro mais estudos são necessários para compreender de que forma o esquema de prevenção secundária pode ser personalizada para cada doente.

---

## **P15. Angiopatia pós-parto: três casos clínicos e revisão da literatura sobre síndrome de encefalopatia posterior reversível no puerpério**

**Autores:** Rita Coutinho<sup>1</sup>, João Saraiva<sup>1</sup>, Mariana Santos<sup>1</sup>, Leonor Francisco<sup>2</sup>, Sara Gomes<sup>3</sup>, Ângelo Carneiro<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Braga; 2 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 3 - Serviço de Neurologia, Hospital de Braga

**INTRODUÇÃO** | A síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) representa um estado de neurotoxicidade que resulta em manifestações clínicas, mais comumente encefalopatia, crises epiléticas, alteração do estado de consciência, cefaleias, alterações visuais e/ou sinais focais, e neurorradiológicas, predominantemente áreas de edema vasogénico cortico-subcorticais bilaterais em regiões da circulação posterior, reversíveis na generalidade dos casos. A gravidez e o pós-parto são estados descritos como associados à ocorrência de PRES.

No presente trabalho são apresentados três casos clínicos de PRES em puérperas em contexto de eclâmpsia pós-parto tardia. Paralelamente, é feita uma revisão da literatura a contemplar a ocorrência de PRES associada ao puerpério.

**CASOS CLÍNICOS** | Mulher de 31 anos, puérpera, sem antecedentes de relevo ou intercorrências durante a gravidez e o parto (cesariana eletiva), recorreu ao SU no sexto dia pós-parto por cefaleias e quatro episódios de crises tónico-clónicas generalizadas (CTCG) sem recuperação pós ictal, com necessidade de entubação. Fez tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (CE) que demonstrou hipodensidades cortico-subcorticais em topografia parietal posterior paramediana direita alta e hemisférica cerebelosa direita. Na angio-TC observaram-se pequenas irregularidades focais nos contornos das artérias cerebrais médias e posteriores. A ressonância magnética (RM) CE demonstrou predominantemente lesões edematosas bilaterais cortico-subcorticais parietais e corticais/justacorticais occipitais. Durante o internamento, sem alterações ao exame neurológico (EN) ou intercorrências, com alta clínica ao nono dia. TC-CE e angio-TC de controlo aos seis meses com evolução imagiológica favorável, com resolução lesional e das irregularidades luminiais/estenoses focais.

Mulher de 38 anos, puérpera, com diabetes gestacional, sem intercorrências durante o parto (cesariana eletiva), ainda internada, teve duas CTCG com alteração do estado de consciência no quarto dia pós-parto. Previamente apresentou cefaleias persistentes que foram interpretadas em contexto de hipotensão do líquido por punção da dura devido a raquianestesia, que terão sido tratadas. Ao EN, sem resposta verbal, não cumpria ordens, sem resposta à ameaça visual e sem movimento do membro superior esquerdo. Fez TC-CE sem alterações de relevo. A RM-CE demonstrou lesões multifocais cortico-subcorticais parieto-occipitais bilaterais e temporal direita, sem alterações da morfologia ou do calibre vasculares pelo estudo de angio-RM. Durante o internamento não houve intercorrências e apresentou resolução dos sintomas ao terceiro dia. À data de reavaliação na consulta de Neurologia, assintomática e sem novos défices neurológicos.

Mulher de 19 anos, puérpera, consumidora regular de heroína, com diabetes gestacional, parto por cesariana por estado fetal não tranquilizador, ainda internada, teve três CTCG ao terceiro dia pós-parto. Faz TC-CE que não revelou alterações de relevo. No estudo por RM identificaram-se lesões cortico-subcorticais multifocais bilaterais com edema vasogénico fronto-parieto-occipitais, bem como nos hemisférios cerebelosos. Sem alterações ao EN ou intercorrências durante o internamento, com alta clínica ao sexto dia. RM-CE de controlo aos dois meses com evolução imagiológica favorável, com resolução lesional completa.

**CONCLUSÃO:** O reconhecimento da síndrome e a orientação terapêutica adequada dos doentes podem reverter o quadro clínico e os achados neurorradiológicos. A PRES é uma síndrome incomum, mas potencialmente devastadora se não for reconhecida e tratada corretamente.

## P16. Enfarte medular após manipulação endovascular de artéria vertebral

**Autores:** Leonor Francisco<sup>1</sup>, Sara Gomes<sup>2</sup>, Rita Coutinho<sup>3</sup>, José Nuno Alves<sup>2</sup>, José Cruz Araújo<sup>2</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 - Serviço de Neurologia, Hospital de Bra; 3 - Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Braga

**INTRODUÇÃO** | O enfarte medular é uma entidade rara quando comparado com os eventos isquémicos cerebrais. Em parte, isto acontece porque ao eixo de irrigação da medula, composto por uma artéria espinhal anterior e duas artérias espinhais posteriores, associam-se redes anastomóticas e a contribuição de outras artérias, em particular as radiculares. Os mecanismos patogénicos podem ter causa espontânea ou iatrogénica, englobando disseção de vaso (vertebral, subclávia ou aórtica), embolismo (cardioembólico, aterotrombótico), vasculites, estados de hipercoagulabilidade, hipotensão severa e malformações vasculares.

**CASO CLÍNICO** | Mulher, 75 anos, antecedentes de hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia, hipotireoidismo e história de paraganglioma jugulotimpânico esquerdo. Foi internada para realização eletiva de embolização do paraganglioma. Na fase diagnóstica do procedimento, enquanto se efetuava o estudo angiográfico da artéria vertebral esquerda para avaliar a sua contribuição para a vascularização do tumor, constatou-se oclusão do seu segmento V4, logo após a emergência da artéria cerebelosa posteroinferior. Efetuou-se trombectomia mecânica que resultou na remoção do trombo e repermeabilização da artéria vertebral. Por persistência de trombo oclusivo na PICA foi efetuada tentativa de aspiração e posteriormente administração de rTPA intra-arterial, com recanalização parcial da oclusão mais distal. Durante a intervenção não ocorreram episódios de instabilidade hemodinâmica e não se registaram outras intercorrências.

No final, a doente apresentava-se em mutismo e com tetraparésia flácida. A TC-CE pós-procedimento foi normal; a angio-TAC demonstrou oclusão da PICA esquerda. Foi, então, realizada RM cerebral que revelou lesão cerebelosa posteroinferior esquerda com restrição na difusão. Posteriormente, por persistência da tetraparésia, realizou-se RM da coluna cervical, que mostrou lesão intramedular desde C6 a C7, preferencialmente envolvendo a substância cinzenta central, com restrição na difusão e hipersinal em T2/STIR. A investigação cardíaca e analítica excluiu arritmia ou estado protrombótico. A doente foi antiagregada com aspirina e medicada com enoxaparina profilática. Durante a permanência na unidade de AVC e na enfermaria manteve-se normotensa e não se registaram intercorrências relevantes. Assistiu-se a evolução neurológica favorável, apresentando-se à data de alta com tetraparésia grau 4 (MRC) globalmente simétrica e de tónus diminuído, hemiataxia ligeira esquerda, marcha possível com apoio unilateral.

**CONCLUSÕES** | Neste caso, a complicação isquémica medular não seria a mais previsível como causa dos sintomas neurológicos. Destaca-se a importância de reconhecer a artéria vertebral como vaso de irrigação de dois órgãos nobres (cérebro e medula), com a peculiaridade do fluxo sanguíneo para cada um destes órgãos ocorrer em sentidos opostos. Assume-se provável mecanismo embólico através da origem da artéria espinhal anterior ou em alternativa de artéria radicular, também ramo da artéria vertebral. A RM é o método de eleição no diagnóstico de lesões isquémicas ao nível medular, embora possa ser normal na fase hiperaguda. Desta forma, a alta suspeição clínica de enfarte medular é fundamental, uma vez que poderiam ser tomadas mais precocemente medidas terapêuticas diferentes para tratamento desta complicação.

---

## P17. Contributo do Enfermeiro de Reabilitação no doente com AVC com necessidades paliativas: revisão da literatura

**Autores:** Mónica Ferreira<sup>1</sup>, Luis Fernandes<sup>2</sup>, Carla Gonçalves<sup>3</sup>, Patrícia Coelho<sup>4</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Medicina do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 - Unidade AVC do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 3 - Unidade AVC do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 4 - Escola Superior de Enfermagem do Porto

**INTRODUÇÃO** | O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um acontecimento que pode produzir incapacidade, conduzir à morte e deixar uma variabilidade de sequelas mentais, físicas, familiares e sociais que se manifestam de forma diferente de pessoa para pessoa. Decorrentes do AVC surgem alterações a nível cognitivo, da funcionalidade com impacto na autonomia e qualidade de vida dos doentes, podendo gerar sofrimento. A abordagem dos cuidados paliativos possibilita uma resposta eficaz na prevenção e alívio do sofrimento, através da definição de um plano de cuidados individualizado e centrado nas necessidades, articulando com as intervenções do enfermeiro de reabilitação para obter o maior potencial possível de recuperação e manutenção do mesmo.

**OBJETIVOS** | Identificar o contributo do Enfermeiro de Reabilitação no doente com AVC com necessidades paliativas.

**MATERIAL E MÉTODOS** | Revisão da literatura norteadada pela questão "Qual o contributo do enfermeiro de reabilitação no doente com AVC com necessidades paliativas?" Como critérios de seleção, foram considerados artigos disponíveis em texto integral, revistos por pares e no idioma de português e inglês. Foram excluídos artigos sem relevância para o tema. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE com os descritores DeCS/MeSH resultando na equação booleana "(rehabilitation or therapy or intervention) AND stroke patients AND palliative care needs AND (nurse or nurses or nursing) NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)". A seleção dos artigos foi realizada segundo o fluxograma PRISMA, por dois revisores de forma independente.

**RESULTADOS** | Da pesquisa resultaram um total de 6 artigos. Da análise emergiu que a ação dos enfermeiros de reabilitação contribui, mediante uma abordagem paliativa, para ajudar o doente e família no processo de transição e adaptação às novas condições, ao restabelecimento do equilíbrio físico, emocional, espiritual e social através da minimização das incapacidades, no controlo de sintomas, na redução do sofrimento pelo impacto das sequelas causadas pelo AVC, na reintegração familiar e social, na melhoria da função e autonomia, no autocuidado, na promoção da independência e, nas medidas de conforto. Outro contributo relevante são os ensinamentos ao doente e família, na utilização das ajudas técnicas, na realização dos posicionamentos, na regularização do padrão de sono e na realização das tarefas de vida diárias, diminuindo o impacto dos fatores de perturbação emocional, pelo impacto de viver após um AVC.

**CONCLUSÕES** | A enfermagem de reabilitação dirigida às necessidades paliativas dos doentes com AVC, permite desenvolver medidas de suporte que visam atenuar a dependência, a nível da mobilidade e do autocuidado através do recurso a estratégias que contribuem para a manutenção e, se possível, promoção da máxima independência. O enfermeiro de reabilitação participa ativamente e contribui na reabilitação destes doentes, mobilizando estratégias para superar as necessidades dos doentes, através de uma comunicação assertiva, de apoio emocional, na gestão dos sintomas, na melhoria da funcional e, em cuidados de conforto. Contudo, dado o reduzido número de artigos encontrados, propõe-se a realização de mais estudos que permitam reconhecer o contributo do enfermeiro de reabilitação, dirigido ao doente com AVC, com necessidades paliativas.

## **P18. Barreiras e Emoções vivenciadas pelos Enfermeiros na comunicação com a Pessoa com afasia**

**Autores:** Catarina Ramos<sup>1</sup>, Joana Pacheco<sup>1</sup>, Ana Fontes Botelho<sup>1</sup>, Adelaide Dias<sup>1</sup>, Sandra Martins<sup>1</sup>, Maria de Jesus Torres<sup>1</sup>

**Instituição:** 1 - Unidade de AVC, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal

**INTRODUÇÃO** | Afasia é uma perda total/parcial das competências linguísticas, decorrente de lesões cefálicas, nem sempre associada a alterações cognitivas. As *guidelines* preconizam o ensino de estratégias comunicativas e relações terapêuticas eficazes aos profissionais de saúde.

A partilha de informações e o poder de decisão do utente com afasia pode interferir na relação terapêutica, podendo conduzir a erros de diagnóstico e tratamento, colocando em causa o progresso do programa de reabilitação.

**OBJETIVOS** | Conhecer as principais barreiras e necessidades dos enfermeiros na comunicação com a pessoa com afasia e identificar as emoções vivenciadas pelos enfermeiros durante o processo comunicativo, contribuindo para a melhoria de cuidados.

**METODOLOGIA** | Revisão integrativa da literatura, sobre a pergunta “Quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação com a pessoa com afasia?”. Foram utilizadas as bases: CINAHL Complete e Medline Complete. A frase booleana utilizada foi: (“Aphasia or “Afasia”) AND (“Stroke” OR “AVC”) AND (“Struggles” OR “Difficulties” OR “Dificuldades”) AND (“Healthcare professionals” OR “Profissionais de saúde”). Os artigos incluídos são de texto integral, língua portuguesa e inglesa, com um espaço temporal de 10 anos.

**RESULTADOS** | Foram revistos cinco artigos e uma dissertação de mestrado; cinco na língua inglesa e um em português. Os fatores potencializadores de competências comunicativas eficazes parecem ser a idade, as habilitações literárias e a experiência profissional. As principais barreiras identificadas são a falta de tempo e a sobrecarga de tarefas associadas à prestação de cuidados, bem como a escassez de formação sobre as estratégias de comunicação com utentes afásicos. As dificuldades são a emissão da informação, nomeadamente o tipo de questões e os temas de conversação, assim como a confirmação da aquisição do conteúdo transmitido ao utente. A presença de familiares/pessoas significativas pode ser uma oportunidade e também um desafio, quando estes assumem o controlo e respondem a todas as perguntas. Identificaram-se sentimentos de frustração, sensação de incompetência, culpabilização e preocupação com o utente. As principais barreiras à comunicação são: influências organizacionais e ambientais; função e papel dos enfermeiros, existência de apoios na comunicação e identificação de estratégias adequadas e gestão de sentimentos.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO** | As pessoas afásicas apresentam poucas oportunidades para desenvolver a conversação, entrando num padrão de pergunta fechada e resposta simples. A condição física e psicológica do utente influencia a utilização de estratégias e a troca de informações prolongada, que muitas vezes está também associada ao estado de consciência do utente. Os enfermeiros manifestam o desejo de melhoria através da formação, maior apoio de outras profissões e aprendizagem de métodos de comunicação eficazes. É necessário estudar as dificuldades, observar padrões de comunicação e procurar soluções eficazes para auxiliar a relação enfermeiro-pessoa com afasia.

## **P19. O papel da Medicina Física e de Reabilitação no AVC agudo grave com necessidade de cuidados neurocríticos**

**Autores:** Rui Peres<sup>1</sup>, Ricardo Nunes<sup>1</sup>, Filipa Ramalho<sup>1</sup>, Patrícia Teixeira<sup>1</sup>, João Micaelo<sup>1</sup>, Filomena Baptista<sup>1</sup>, Madalena Graça<sup>1</sup>, Anabela Alves<sup>1</sup>, David Patinha<sup>1</sup>, André Carvalho<sup>2</sup>, Catarina Matos<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.; 2 - Departamento de Saúde Mental do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

**INTRODUÇÃO** | O AVC hemorrágico pode decorrer com complicações que carecem de cuidados neurocríticos. Em paralelo com as terapêuticas de suporte de órgão, a reabilitação multidisciplinar do doente crítico é fundamental na abordagem precoce e tratamento dos problemas funcionais decorrentes. A Medicina Física e de Reabilitação (MFR) em hospital de agudos é essencial para maximizar os resultados hospitalares e a qualidade de vida do sobrevivente.

**CASO CLÍNICO** | Homem de 41 anos, autónomo, dextro, jardineiro, a residir com companheira e 3 filhos menores. História pessoal de HTA. Foi internado em Neurologia por AVC hemorrágico supratentorial talâmico direito de provável etiologia hipertensiva, transferido de unidade de Neurocríticos de centro hospitalar central, após derivação ventricular externa. Evoluiu com estado de mal não convulsivo por ventriculite, sendo transferido às 24h para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Necessitou de suporte ventilatório prolongado, terapêutica anticonvulsivante múltipla, controlo tensional complexo e antibio-terapia prolongada. Foi iniciado programa de reabilitação, cumpridas as condições de segurança. Apresentava lentificação

psico-motora, disgnosia e inatenção à esquerda, disfagia neurogênea com necessidade de sonda naso-gástrica (SNG), traqueostomia e tosse ineficaz, fraqueza muscular adquirida em UCI e hemiparésia esquerda atáxica, hemihipostesia postural grave, equilíbrio em sedestação não eficaz, dependência total na mobilidade e nas AVD. Implementaram-se estratégias de estimulação cognitiva. Conseguiu-se autonomização ventilatória e tosse eficaz. Foi recuperada comunicação com válvula fonatória. Inicialmente colocada PEG, prosseguiu reeducação de deglutição em paralelo com descanulação. Houve ganho progressivo de força muscular dos membros esquerdos, mantendo no entanto, à saída do SMI, incoordenação MSE e função manual esquerda pobre. Adquiriu equilíbrio em sedestação eficaz, com reeducação do controlo postural, ortostatismo assistido e reeducação da marcha com andador de alto suporte. Ainda no SMI, iniciou treino de AVD.

Regressou à Neurologia ao fim de 11 semanas no SMI, onde manteve programa multidisciplinar. Foi referenciado desde logo a Centro de Reabilitação (CR). Na enfermaria prosseguiu intervenção de Terapia da Fala, recuperando fonação e deglutição eficazes. Melhorou o controlo seletivo do membro inferior esquerdo e recuperou marcha em terrenos regulares. Pelos défices cognitivos, mantinha supervisão nas AVD. Teve alta para domicílio prosseguindo reabilitação em ambulatório hospitalar, a aguardar vaga no CR.

A avaliação Neuropsicológica documentava um declínio cognitivo ligeiro de predomínio disexecutivo com ligeira diminuição das praxias construtivas e da velocidade de processamento em tarefas de sustentação da atenção-focada, a par de um quociente mnésico global normal-reduzido. Em Terapia Ocupacional prosseguiu estimulação cognitiva e reeducação funcional do membro superior e otimização do desempenho nas AVD., com progressão favorável. Em Fisioterapia recuperou marcha em terrenos irregulares, uso de escadas e endurance. Quando chamado para o CR, já não cumpria critérios de internamento, terminando o programa de reabilitação no ambulatório hospitalar. Aos 8 meses em consulta de MFR, aferiu-se boa re-integração familiar, social e profissional.

**CONCLUSÕES** | A reabilitação em hospital de agudos adquire um papel fundamental na gestão e tratamento do doente com AVC agudo grave, já que, decorrendo em paralelo com os restantes cuidados médicos agudos, proporciona a optimização da recuperação funcional durante o período subagudo, de maior neuroplasticidade.

## P22. Proposta de um programa de exercício para melhorar a fadiga após AVC em fase subaguda

**Autores:** Cátia Ferreira<sup>1</sup>, Sílvia Queirós<sup>1,2</sup>, André Barreira<sup>1</sup>, Ana Campolargo<sup>1</sup>, Joaquim Alvarelhão<sup>2</sup>, Ana Rita Pinheiro<sup>3</sup>

**Instituições:** 1 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNGE), Vila Nova de Gaia; 2 - Escola Superior de Saúde (ESSUA), Universidade de Aveiro, Aveiro; 3 - Instituto de Biomedicina (iBiMED) e Escola Superior de Saúde (ESSUA), Universidade de Aveiro, Aveiro

**INTRODUÇÃO** | Na perspetiva dos sobreviventes de AVC, a fadiga após AVC parece muitas vezes ser desencadeada no momento do próprio AVC, persistindo a longo prazo, mesmo quando as sequelas sensoriomotoras são ligeiras. O nível inicial de fadiga parece ser um determinante importante do aumento da fadiga ao longo do tempo, pelo que intervir o mais rapidamente possível pode ser importante para evitar que a fadiga persista. O exercício, a reabilitação e um bom sono parecem reduzir a sensação de fadiga.

**OBJETIVOS** | O presente trabalho pretende descrever uma proposta de programa de exercício, com o objetivo de melhorar a fadiga após o AVC em fase subaguda, em indivíduos com alterações sensoriomotoras ligeiras.

**METODOLOGIA** | O programa destina-se a sobreviventes de AVC em fase subaguda que apresentam fadiga, que possuem capacidade para realizar marcha autónoma, não possuem alterações evidentes na ativação e controlo motor do lado afetado ou apresentam hemiparesia residual e/ou défices ligeiros de equilíbrio, sem alterações de tónus. Este programa é contraindicado a sobreviventes que apresentem contraindicações clínicas para a prática de exercício e não prevê a inclusão de sobreviventes com alterações cognitivas e de linguagem, que condicionem a realização do programa. O programa, é realizado bissemanalmente ao longo de 8 semanas, com uma duração de sessão de 60 minutos, que consiste em 5 minutos

de aquecimento, 25 minutos de treino aeróbio, 25 minutos de treino de equilíbrio e coordenação motora e 5 minutos de arrefecimento. A intensidade do treino será monitorizada através da FC e da percepção de esforço, medida através da escala de Borg modificada. Os parâmetros vitais (TA, FC e SpO2) serão avaliados no início e no final de cada sessão. A monitorização dos efeitos do programa integra a versão portuguesa da Escala de Avaliação da Fadiga (FAS), para avaliação da fadiga, o teste dos 10 metros de marcha, para avaliação da aptidão física, a Escala de Equilíbrio de Berg e o Timed Up and Go, para avaliação do equilíbrio e a versão portuguesa da *Patient Global Improvement Change Scale* (PGIC), para avaliar a percepção global de mudança e satisfação com o tratamento.

Resultados esperados: Com a implementação do programa, espera-se uma diminuição da fadiga, a par de uma melhoria do equilíbrio e do desempenho da marcha. Espera-se ainda satisfação da parte dos sobreviventes, traduzindo uma boa aceitação do programa.

**CONCLUSÕES** | Um programa de exercício estruturado, com a intensidade, duração e frequência adequadas, é um aspeto essencial não só para a recuperação após AVC como para a gestão da saúde. Atualmente as orientações internacionais advogam que a intervenção após AVC deve iniciar-se o mais rapidamente possível. A prática de exercício está recomendada desde a fase aguda. A gestão da fadiga após AVC poderá integrar programas de exercício desde a fase subaguda, caso estes se revelem impactantes para os utentes, traduzindo-se numa diminuição da mesma, numa melhoria da aptidão física entre outros, com potencial consequente aumento da participação dos indivíduos.

---

## **P23. Efeito da terapia de espelho na recuperação da funcionalidade do membro superior em indivíduos com AVC crónico: revisão sistemática**

**Autores:** Cláudia Patrocínio<sup>1</sup>, Beatriz Fernandes<sup>1</sup>, Ana Filipa Pires<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa esteve diretamente envolvida na elaboração desta revisão sistemática uma vez que a mesma foi desenvolvida como trabalho final (dissertação) do Mestrado em Fisioterapia- Especialização em Fisioterapia Neurológica, 2023

**INTRODUÇÃO** | A terapia de espelho (TE) é usada para melhorar a função motora após o acidente vascular cerebral (AVC). A TE consiste em colocar um espelho medialmente, no plano sagital, entre os dois MS enquanto o indivíduo realiza movimento ativo com o membro superior (MS) não afetado e observa o seu reflexo no espelho, criando a ilusão de movimento do MS afetado.

**OBJETIVOS** | Rever e sintetizar a evidência sobre a terapia de espelho e sobre os seus efeitos na recuperação da funcionalidade do MS em indivíduos com AVC em fase crónica.

**MÉTODOS** | Como critérios de inclusão da revisão sistemática a) estudos que incluam indivíduos com diagnóstico de AVC há, no mínimo, 6 meses, b) intervenção com TE no MS ou que a comparem com outras intervenções, c) artigos publicados até 2023, d) artigos publicados em língua inglesa ou portuguesa, e) estudos controlados randomizados; como critérios de exclusão a) estudos com animais; b) estudos que não forneçam descrição detalhada da intervenção; c) estudos que utilizem estimulação elétrica central serão excluídos. A pesquisa de literatura foi realizada nas plataformas PubMed, Web of Science e PEDro e a avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi avaliada através da escala PEDro. 18 artigos cumpriram os critérios de inclusão e foram considerados elegíveis.

**PRINCIPAIS RESULTADOS** | A qualidade dos estudos incluídos varia entre 5 e 8, na escala PEDro. Um artigo comparou o treino de FM com TE vs sem TE e quatro artigos compararam a utilização da TE vs terapia convencional (TC), um estudo comparou a terapia de choque extracorporal com e sem espelho e um outro estudo comparou a utilização de estimulação elétrica funcional (EEF), TE e *biofeedback*, três estudos compararam a TE com Mesh Glove (MG) ou Sham Therapy, cinco artigos compararam a realização de exercícios bimanuais com e sem TE e três estudos compararam a TE com realidade virtual

(RV) ou treino com robô (TR). A maioria dos estudos apresentou resultados superiores quando utilizada a TE em conjunto com as técnicas anteriores comparativamente à utilização da TE sozinha. A avaliação das alterações na função e estrutura (parâmetro da CIF) foi realizada, em cada artigo, principalmente pela escala Fugl Meyer Assessment- Upper Limb, a atividade e participação (parâmetro da CIF) foram avaliadas por variadas escalas, em cada estudo. Os resultados positivos verificaram-se nestes parâmetros, de forma global.

**CONCLUSÕES** | A TE demonstrou ser mais eficaz em conjunto com outras técnicas do que estas utilizadas sozinhas, ainda que os resultados tenham sido modestos na grande maioria. Verifica-se, igualmente, uma melhoria mais significativa nos movimentos distais da mão afetada do que no restante MS. Não se verificam alterações significativas e consistentes no que respeita à sensibilidade do MS afetado.

*Palavras-chave: Fisioterapia; Terapia de espelho; AVC crónico; Funcionalidade.*

## **P24. Abordagem da terapia ocupacional na pessoa com Acidente Vascular Cerebral em contexto de Unidade Cérebro Vascular – a imagética motora como abordagem complementar**

**Autores:** Alexandra Guimarães; Joana Simão.

**Instituição:** Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital de São José

**INTRODUÇÃO** | O Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem um impacto muito significativo na independência funcional e mais de 90% dos sobreviventes apresentam sequelas que condicionam o seu desempenho nas atividades de vida diária, sendo que a maioria dos indivíduos com AVC tem défices no membro superior. As sequelas dependem em grande parte da extensão e localização do AVC, como resultado da perda de circuitos neuronais ligados às funções sensoriais, motoras e cognitivas. A literatura atual refere efeitos positivos na recuperação do sobrevivente com AVC em fase aguda relacionados com a intervenção precoce da Terapia Ocupacional. Vários estudos clínicos indicam que o treino mental através da imagética motora (IM) parece ser eficaz quando associado à Terapia Ocupacional, na recuperação da função do membro superior.

A capacidade única dos seres humanos de criar e manipular representações mentais, particularmente através da IM, tem suscitado um renovado interesse nos domínios da reabilitação. Nos últimos anos, os avanços na neuroimagem mostraram potencial da IM, especialmente na neuroreabilitação de pessoas que sofreram AVC.

**OBJETIVOS** | Analisar e atualizar os aspetos teóricos e práticos inerentes à intervenção da Terapia Ocupacional na fase aguda em pessoas com AVC e à utilização da imagética motora na reabilitação funcional do membro superior.

**METODOLOGIA** | Realizou-se uma revisão das linhas orientadoras dos últimos 10 anos, sobre a intervenção do terapeuta ocupacional na pessoa com Acidente Vascular Cerebral, e uma revisão da literatura sobre a imagética motora como abordagem complementar à reabilitação neuromotora, após as 24h do ACV, e a sua aplicabilidade no contexto de Unidade Cérebro Vascular.

**RESULTADOS** | Os artigos analisados nesta revisão apontam para uma relação positiva entre os efeitos da intervenção da terapia ocupacional após 24h de AVC e do treino mental na recuperação funcional, nomeadamente do membro superior, sobretudo quando esta técnica é aplicada como à terapia ocupacional, reforçando a importância de introduzir o treino mental nos programas de reabilitação.

**CONCLUSÃO** | A intervenção precoce do terapeuta ocupacional parece trazer benefícios na recuperação neuromotora da pessoa que sofreu um AVC, nomeadamente na redução da incapacidade, promoção da autonomia funcional e redução do período de internamento. A imagética motora, pode ter relevância na reabilitação neuromotora pós- AVC,

nomeadamente do membro superior. De salientar o facto de esta técnica poder ser uma ferramenta para facilitar a ativação de padrões neuronais semelhantes aos padrões responsáveis pela execução do movimento. E pela possibilidade de treinar estratégias para facilitar a reorganização das áreas corticais, promovendo a capacidade de recrutar neurónios ou redes neuronais que até à lesão não assumiam esse papel. A IM assume-se assim como uma estratégia terapêutica que parece promover a plasticidade neuronal.

Contudo, é necessária mais investigação sobre a utilização da IM na reabilitação do membro superior pós-AVC, particularmente em estudos com amostras maiores e explorando melhor os aspetos relativos à duração e intensidade das intervenções.

---

## **P25. Início da dupla antiagregação nos doentes AVC *minor* e AIT de alto risco: uma prática amplamente reconhecida?**

**Autores:** Ana Lúcia Oliveira, Patrícia Grilo, Tiago Jesus, Elisa Campos Costa

**Instituição:** Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Hospital de Vila Franca de Xira, EPE

**INTRODUÇÃO** | O risco de recorrência de um evento vascular agudo é particularmente elevado nos primeiros três meses após um AVC isquémico *minor* ou um AIT de alto risco. A instituição precoce da dupla antiagregação com dose de carga de um dos fármacos e durante 21 dias mostrou reduzir a recorrência de eventos isquémicos nos primeiros 90 dias, sem aumento do risco hemorrágico nestes doentes. Reconhecer quem beneficia desta abordagem é particularmente importante de forma a evitar um desfecho menos favorável a longo prazo.

**OBJETIVOS** | Caracterizar clinicamente os doentes com diagnóstico de AVC isquémico *minor* ou AIT de alto risco, assim como, identificar quais realizaram dupla antiagregação plaquetária de acordo com as recomendações científicas.

**METODOLOGIA** | Estudo prospetivo observacional de coorte de doentes admitidos na Unidade de AVC entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2022, com o diagnóstico de AVC isquémico *minor* (NIHSS  $\leq 3$ ) e AIT de alto risco (ABCD2  $\geq 4$ ). Foi realizada caracterização demográfica, fatores de risco vascular, características de AVC e tratamento de recanalização aguda. Analisou-se, também, o timing de introdução da dupla antiagregação e respetivas doses.

**RESULTADOS** | Foram incluídos 44 doentes, com idade mediana de 65 (amplitude: 43 a 91 anos) anos, 33 (75,0%) do sexo masculino, sendo os fatores de risco mais prevalentes nesta população: hipertensão arterial (65,9%), dislipidemia (70,5%), hábitos tabágicos ativos/passados (50,0%) e Diabetes Mellitus (27,3%).

Dos 44 doentes, 41 apresentaram como diagnóstico final AVC isquémico *minor* e três AIT de alto risco. A mediana da pontuação no NIHSS à admissão foi de 2. Clinicamente, 70,5% apresentaram quadros compatíveis com enfarte lacunar, 22,7% com enfarte da circulação posterior e 6,8% enfarte parcial da circulação anterior. Nenhum doente foi submetido a tratamento de revascularização de fase aguda.

O início da dupla antiagregação foi realizado nas primeiras 24h em 17 doentes (38,6%), nos restantes, a dupla antiagregação foi iniciada após a observação por especialistas com maior conhecimento na área cerebrovascular. Apenas nove doentes (20,5%) realizaram dose de carga com clopidogrel 300mg. Verificou-se que quatro doentes (9,1%) realizaram, como dose de carga, ácido acetilsalicílico numa dose de 500mg.

**CONCLUSÕES** | De acordo com a AHA/ASA *guidelines* de 2021, a dupla antiagregação deve ser iniciada o mais precocemente após o evento vascular agudo, de preferência, nas primeiras 12h a 24h e continuada durante 21 dias. A primeira toma deva cumprir a dose de carga de um dos fármacos. Neste sentido, o cumprimento adequado das recomendações terapêuticas foi mais evidente quando a abordagem destes doentes foi realizada por especialistas com maior conhecimento na área cerebrovascular. Ainda assim, admite-se que, na prática clínica, o conhecimento e aplicação destas *guidelines* ainda é deficitária.

## P26. Preditores de recorrência de AVC isquémico em doentes tratados com fibrinólise na região do Algarve

**Autores:** Teresa Abegão<sup>1,2,3</sup>, Teresa Tomásia<sup>1,3</sup>, Sofia Andraz<sup>3</sup>, Cláudia Fitas<sup>3</sup>, Catarina Frias<sup>1</sup>, Tiago Branco<sup>2</sup>, Carlos Candeias<sup>2</sup>, Ana Marreiros<sup>2</sup>, Maria Queirós Gonçalves<sup>2</sup>, Hipólito Nzwalo<sup>1,2</sup>, Ana Paula Fidalgo<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Unidade de AVC, Centro Hospitalar Universitário do Algarve; 2 - Aging and Cerebrovascular Research Group, Algarve Biomedical Research Institute; 3 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**INTRODUÇÃO** | O AVC isquémico recorrente (AVCIr) é evitável e está associado a elevada morbimortalidade. O conhecimento dos fatores associados é fundamental para a definição dos indivíduos em risco e otimização da prevenção secundária. Apesar da sua importância, existem muito poucos estudos sobre o tema, nenhum realizado na nossa região.

**OBJECTIVOS** | Identificar factores preditores de recorrência de AVC isquémico, em doentes tratados com fibrinólise.

**MÉTODOS** | Estudo de caso-controlo, com inclusão de doentes AVCIr e respectivos controlos por pareamento temporal ( rácio 1:2) provenientes de uma série consecutiva de doentes com AVC isquémico tratados com fibrinólise (n=556, 2006-2018). Analisados factores sociodemográficos (idade, sexo, rendimento de inserção, concelho), clínicos (Rankin modificado/mRS, factores de risco cerebrovasculares, comorbilidades) e processo de cuidados (consultas pós AVC, médico de família). A identificação de preditores foi feita por análise de regressão logística.

**RESULTADOS** | Foram identificados 84 casos de AVCIr e seleccionados 168 controlos. A média de idades foi de 69.8 anos (71.1 anos nos casos e 69.2 anos nos controlos). A inexistência de seguimento específico em consulta de AVC (odds ratio [OR]: 3,230; 1,588-6,573, p = 0,001) e a dislipidemia não tratada (OR: 4,484; 2,226-9,031; p=0,000) emergiram como preditores de AVCIr. O seguimento regular em consultas de Medicina Geral e Familiar (OR:0,532; 0,339-0,836; p=0,006) e um mRS ≤ 2 na alta (OR: 0,280; 0,138-0,568; p=0,000) reduziram a chance de ter AVCIr.

**CONCLUSÕES** | Factores relacionados com processo de cuidados, em concreto seguimento específico em consulta de AVC (identificação e tratamento das causas, controlo dos factores de risco cerebrovasculares) e seguimento regular nos cuidados de saúde primários (controlo dos factores de risco cerebrovasculares, prevenção secundária) tem um papel determinante na ocorrência do AVCIr. Este estudo reforça a necessidade de garantir o acesso regular ao seguimento pós-AVC de forma a reduzir a recorrência do mesmo.

---

## P27. Poderá a reversão dos anticoagulantes orais diretos mudar o panorama dos AVC hemorrágicos?

**Autores:** Sandra Palma, Teresa Santana, Pedro Laranjo, Liliana Pereira, Miguel Rodrigues

**Instituição:** Serviço de Neurologia do Hospital Garcia de Orta

**INTRODUÇÃO** | Os anticoagulantes orais diretos (DOAC) têm substituído os antagonistas da vitamina K em várias indicações, nomeadamente na prevenção de eventos cardioembólicos. Foi recentemente aprovado na Europa um antídoto dos antagonistas do fator X, que poderá ser usado na reversão da anticoagulação em situações hemorrágicas emergentes, como o AVC hemorrágico.

**OBJECTIVOS** | Identificar numa coorte retrospectiva de vida real, os fatores de risco associados a AVC hemorrágico, nomeadamente uso de anticoagulação, e sua repercussão sobre o prognóstico.

**METODOLOGIA** | Foram identificados os AVC hemorrágicos admitidos pela Via Verde do AVC entre janeiro de 2020 e dezembro de 2022. Foi usada estatística descritiva e análise univariada e multivariada (SPSS® 29).

**RESULTADOS** | Foram incluídos 155 doentes (53,5% homens), com idade mediana de 71 anos, dos quais 82,6% eram previamente independentes nas atividades da vida diária. À avaliação no serviço de urgência a maioria dos doentes apresentava um NIHSS entre 11 e 30 (mediana 18), com um tempo mediano de sintomas-porta de 1h52m.

Como fatores de risco 75% tinham hipertensão arterial, 16% tinham hábitos alcoólicos moderados/altos, 14,2% estavam antigregados e 9% anticoagulados (7 com DOAC). A mortalidade aos 30 dias foi de 32,3% e 42,6% dos que tiveram alta encontravam-se dependentes de terceiros.

Aos 12 meses apenas 21,3% dos doentes eram independentes. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre aumento da mortalidade e idade, NIHSS à admissão, hábitos alcoólicos, volume do hematoma na TC inicial e uso de DOAC ( $p < 0,05$ ). Na análise multivariada a relação entre uso de DOAC e mortalidade não permanece estatisticamente significativa, por forte associação entre uso de DOAC e volume de hematoma.

**CONCLUSÃO** | O AVC hemorrágico em doente sob terapêutica com DOAC foi infrequente na nossa coorte. O pior prognóstico neste subgrupo de doentes foi mediado pelo maior volume do hematoma. Nos doentes atendidos na Via Verde do AVC, o reconhecimento precoce da entidade permitirá o uso de agentes reversores com potencial impacto benéfico sobre a extensão do hematoma e consequentemente melhorar o prognóstico nesta população.

---

## **P28. Associação entre função tiroideia e prognóstico funcional em doentes com AVC isquémico agudo**

**Autores:** Inês Carmo e Pinto<sup>1</sup>, Bárbara Alves Rodrigues<sup>1</sup>, João Pedro Marto<sup>1,2</sup>

**Instituições:** 1 – Serviço de Neurologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa; 2 – Centro Clínico Académico de Lisboa (CCAL), NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

**INTRODUÇÃO** | A relação entre a função tiroideia e o sistema cardiovascular é amplamente conhecida. Existem, contudo, resultados contraditórios sobre uma possível associação entre a função tiroideia e o prognóstico funcional de doentes após AVC isquémico. Estudos prévios sugerem que a existência de um pré-condicionamento isquémico em doentes com hipotireoidismo subclínico possa conferir um efeito protetor nos doentes com AVC isquémico.

**OBJETIVOS** | Analisar a associação entre o valor de TSH à admissão e o prognóstico funcional aos 3 meses, em doentes com AVC isquémico agudo submetidos a tratamento endovascular.

**METODOLOGIA** | Estudo observacional, retrospectivo, unicêntrico, de doentes consecutivos com AVC isquémico agudo submetidos a tratamento endovascular, entre Janeiro 2016 e Abril 2022. Excluímos doentes sem valor de TSH à admissão. Diagnóstico de hipotireoidismo subclínico considerado nos doentes com  $TSH \geq 4,5$  mU/L e fT4 sem alterações. Gravidade do AVC à admissão avaliada pela escala NIHSS. Dependência funcional aos 3 meses definida como mRS 3-6 e superior a mRS prévio. Realizada regressão linear múltipla para estudo de associação entre TSH e NIHSS admissão. A associação entre TSH e dependência funcional aos 3 meses foi avaliada por regressão logística binária. Numa análise de subgrupo, avaliámos a associação entre TSH e dependência funcional aos 3 meses em doentes com recanalização bem-sucedida.

**RESULTADOS** | Foram incluídos 418 doentes, 230 (55%) do sexo feminino, com idade média de  $72 \pm 13,38$  anos. NIHSS médio à admissão de  $16 \pm 6,15$ . 221 (53%) dos doentes foram também tratados com trombólise endovenosa. 35 (8%) doentes apresentavam  $TSH \geq 4,5$  mU/L à admissão. A associação entre TSH e NIHSS à admissão não se revelou estatisticamente significativa ( $\beta_{TSH} = -0,082$ , IC=95%,  $p = 0,110$ ) e os doentes com hipotireoidismo subclínico não apresentaram diferença significativa no valor de NIHSS à admissão ( $\beta_{HipoT} = 0,018$ , IC 95%,  $p = 0,726$ ). Não se documentou uma associação entre o valor de TSH

à admissão e dependência funcional aos 3 meses após AVC (OR 0,936, IC 95% 0,833-1,052,  $p=0,268$ ) nem entre a presença de hipotireoidismo subclínico e o grau de dependência funcional aos 3 meses após AVC (OR 1,205, IC 95% 0,545-2,667,  $p=0,645$ ). No subgrupo de doentes com recanalização bem-sucedida, não se documentou uma associação entre TSH à admissão e dependência funcional aos 3 meses após AVC (OR 0,927, IC 95% 0,799-1,075,  $p=0,317$ ).

**CONCLUSÕES** | Não identificámos qualquer associação entre a função tiroideia ou valores de TSH à admissão com a gravidade do AVC e prognóstico funcional aos 3 meses.

---

## **P29. Caracterização de uma população com eventos cerebrovasculares isquémicos agudos e seus fatores de risco**

**Autores:** Inês da Costa<sup>1</sup>, Juliana Chen Xu<sup>2</sup>, Paula Salgado<sup>3</sup>, Vítor Tedim Cruz<sup>3</sup>

**Instituições:** 1 - USF Eça de Queirós, ACeS Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde; 2 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde; 3-Serviço de Neurologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

**INTRODUÇÃO** | O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte em Portugal. Não obstante, existem relativamente poucas casuísticas face à magnitude do problema. Como fatores de risco são convencionalmente apontados oito: fatores comportamentais (excesso de peso/obesidade, tabagismo, sedentarismo), história pessoal e/ou familiar de AVC e fatores biomédicos [hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia e fibrilhação auricular].

**OBJETIVOS** | Caracterizar uma população de doentes com eventos cerebrovasculares agudos isquémicos, no que diz respeito aos fatores de risco vascular identificados e respetivo controlo, com particular enfoque na DM.

**METODOLOGIA** | Estudo observacional, retrospectivo e descritivo baseado em dados de um serviço de neurologia de hospital distrital, relativos aos anos de 2019 e 2020, aprovado pela comissão de ética local. Foi efetuada análise estatística descritiva simples no Microsoft Office Excel®.

**RESULTADOS** | Amostra de 300 doentes com diagnóstico de AVC isquémico ou Acidente Isquémico Transitório (AIT), a maioria (67.0%) com 65 ou mais anos de idade (média de 70 anos) e um predomínio do sexo masculino (57.3%). Verificou-se um predomínio do AVC isquémico (89%) versus AIT (11%). Quanto às comorbilidades, verificou-se uma maior prevalência da hipertensão arterial (76.3%), seguida da dislipidemia (69.3%), diabetes mellitus (DM) (32.3%), tabagismo (31.7%), arritmias (20%), obesidade (15.7%), excesso de peso (10.3%). Considerando os valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) na admissão, e aplicando os critérios definidos pela American Diabetes Association, verificou-se que: 30.7% dos doentes tinham pré-diabetes (pré-DM) e 32.3% DM tipo 2 (28.7% diagnóstico prévio e 3.7% diagnóstico inaugural). O valor médio de HbA1c na admissão foi de 5.6%, nos não diabéticos, e de 7.4% nos diabéticos. Ademais, nos diabéticos verificou-se uma prevalência considerável de mau controlo glicémico à data do evento: 37.2%, considerando o alvo genérico recomendado.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÕES** | Destaca-se a prevalência e o mau controlo da DM, que constitui o terceiro fator de risco mais prevalente a seguir à HTA e à dislipidemia, tal como anteriormente descrito numa casuística de um hospital central em Portugal (2010). De referir ainda, a considerável prevalência de pré-DM, muito semelhante à da DM tipo 2, o que leva à reflexão sobre esta entidade. Questionamos se será um fenómeno emergente, subdiagnosticado, ou até ambos. Estes resultados reforçam a relevância prognóstica de um controlo adequado dos fatores de risco vascular e da manutenção dos alvos terapêuticos. Em suma, é fundamental continuar a investir na literacia em saúde e na realização de rastreios, para diagnóstico e intervenção precoces, nomeadamente da DM.

### **P30. Eficácia e segurança da dupla antiagregação durante 21 dias como prevenção secundária do AVC na vida real**

**Autores:** Ana Lúcia Oliveira, Patrícia Grilo, Tiago Jesus, Elisa Campos Costa

**Instituição:** Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Hospital de Vila Franca de Xira, EPE

**INTRODUÇÃO** | O risco de recorrência de um novo evento vascular agudo é considerável após um AVC isquémico não cardioembólico *minor* ou um AIT de alto risco. Nos últimos 10 anos, o uso da dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel durante 21 dias mostrou ser uma estratégia eficaz na redução da recorrência de eventos vasculares isquémicos agudos, sem aumento do risco hemorrágico consequente nos 30 dias após o evento, tal como demonstrado nos estudos CHANCE e POINT.

**OBJETIVOS** | Avaliar a segurança e a incidência de eventos isquémicos ou hemorrágicos em doentes sob dupla antiagregação plaquetária (DAPT) durante 21 dias após o diagnóstico de AVC isquémico *minor* e AIT de alto risco.

**METODOLOGIA** | Estudo prospectivo observacional de coorte de doentes admitidos na Unidade de AVC entre um de janeiro e 31 de dezembro de 2022. Selecionaram-se os doentes com o diagnóstico de AVC isquémico *minor* (NIHSS  $\leq 3$ ) e AIT de alto risco (ABCD2  $\geq 4$ ). Para além de características demográficas e clínicas, foram analisadas a ocorrência de transformação hemorrágica durante a fase aguda e de novos eventos isquémicos ou hemorrágicos do sistema nervoso cerebral (SNC) ou extra SNC aos 30, 90 e 365 dias após o evento inicial.

**RESULTADOS** | Foram incluídos 44 doentes, com idade mediana de 65 (amplitude: 43 a 91 anos) anos, 33 (75,0%) do sexo masculino, sendo os fatores de risco mais prevalentes nesta população: hipertensão arterial (65,9%), dislipidemia (70,5%), hábitos tabágicos ativos/passados (50,0%) e Diabetes Mellitus (27,3%).

A mediana da pontuação no NIHSS à admissão foi de 2. Clinicamente, 70,5% apresentaram quadros compatíveis com enfarte lacunar, 22,7% com enfarte da circulação posterior e 6,8% enfarte parcial da circulação anterior. Nenhum doente foi submetido a tratamento de revascularização de fase aguda.

Durante o internamento e nos primeiros 30 dias, não se verificou recorrência de eventos cerebrovasculares isquémicos ou a ocorrência de eventos cardíacos, nomeadamente, enfarte agudo do miocárdio.

No que concerne a complicações hemorrágicas: durante o internamento, não foram reportadas transformações hemorrágicas das lesões isquémicas iniciais ou hemorragia de outro local. Nos 30 primeiros dias, foram reportados eventos adversos em três doentes: um caso de hemorragia digestiva alta, um caso de hemorragia intracraniana e o último de hematúria. Não se observaram, aos 90 e aos 365 dias, novos reinternamentos por eventos isquémicos de novo ou hemorrágicos do SNC ou extra SNC. Dos 44 doentes, aos 365 dias, registaram-se dois óbitos, um dos quais na sequência da hemorragia do SNC e o outro por intercorrências médicas não relacionadas com o AVC.

**CONCLUSÕES** | O uso de dupla antiagregação no AVC parece ser eficaz a prevenir a recorrência de novos eventos isquémicos nos doentes com o diagnóstico de AVC isquémico *minor* e AIT de alto risco. De acordo com a literatura, esta estratégia terapêutica é segura, sendo o seu benefício superior ao risco hemorrágico consequente nos 30 dias após o evento. Contudo, a decisão de iniciar dupla antiagregação deve ser ponderada e individualizada, uma vez que apesar de segura, a possibilidade de eventos hemorrágicos não é negligenciável.

---

### **P31. Acidente vascular cerebral no jovem: quando o NOTCH3 não é o único culpado...**

**Autores:** Patrícia Grilo, Ana Lúcia Oliveira, Tiago Jesus, Mafalda Moreira, Gil Nunes, Elisa Campos Costa

**Instituição:** Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Hospital de Vila Franca de Xira, EPE

**INTRODUÇÃO** | A arteriopatía cerebral autossómica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia (CADASIL) é uma causa conhecida de AVC no jovem que se manifesta geralmente por eventos -isquémicos lacunares, e, em muitos casos com enxaqueca sem aura e defeito cognitivo.

**CASO CLÍNICO** | Mulher, 58 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, AVC isquémico aos 53 anos em topografia lenticulocapsular posterior e coroa radiária à direita por Doença de Pequenos Vasos [identificada mutação em heterozigotia C677T do gene Metileno tetrahidrofolato Redutase (MTHFR)], hirsutismo e síndrome depressiva. Tem história familiar de AVC isquémico em idade jovem. Medicada com estatina e antiagregação simples. Sem cefaleia.

Aos 56 anos foi admitida no Serviço de Urgência por quadro, ao acordar, de assimetria facial e alteração da articulação verbal. Ao exame neurológico apresentava disartria moderada e apagamento sulco nasogeniano direito (NIHSS: 3). A TC-CE não revelou lesão isquémica ou hemorrágica aguda e a angioTC excluiu estenoses ou oclusão de grande vaso. O ECG encontrava-se em ritmo sinusal e as análises sem alterações de relevo. Admitiu-se diagnóstico provável de AVC isquémico *minor* do hemisfério esquerdo, tendo ficado internada para vigilância e investigação etiológica, sob dupla antiagregação plaquetária e estatina. Do estudo realizado, destaca-se na RM-CE lesão isquémica aguda na região superior do braço posterior da cápsula interna esquerda. Adicionalmente áreas extensas e confluentes de hipersinal em T2/FLAIR dispersas pela substância branca - leucoencefalopatia microangiopática crónica (Fazekas 3) assim como, múltiplas áreas focais de hipersinal T2, com tradução mista em FLAIR, em localização talâmica, cápsulo-estriada, pântica e hemisférica cerebelosa direita e presença de sequela de microhemorragia pântica esquerda.

Foi realizado extenso estudo analítico, com défice ligeiro de ácido fólico. No HolterECG 24h foi identificada taquicardia auricular e no ecocardiograma transtorácico dilatação auricular esquerda e hipertrofia ventricular esquerda. No estudo ultrassonográfico apresentava ligeira infiltração ateromatosa carotídea bilateral. Teve alta sob dupla antiagregação por 21 dias, passando depois a antiagregação simples indefinidamente, assim como, estatina, ácido fólico e indicação para controlo estrito de fatores de risco. No exame neurológico apresentava paresia facial de tipo central direita e disartria ligeiras (NIHSS: 2). Tendo em conta a extensa doença cerebrovascular e história pessoal e familiar de AVC em idade jovem, optou-se por realizar estudo genético de leucoencefalopatias hereditárias que revelou uma variante em heterozigotia no gene NOTCH3: c619C>T (p.(Ar 207Cys)), no exão 4. Estão descritas variantes patogénicas neste gene em doentes com diagnóstico de CADASIL.

**CONCLUSÃO** | Perante um doente com AVC isquémico com fatores de risco vascular mal controlados, devemos estar alerta para a história de eventos em idade jovem no próprio e/ou familiares, bem como achados em neuroimagem que façam ponderar etiologias adicionais, como causas genéticas. Nesta doente foram identificadas duas mutações associadas a maior risco de eventos cerebrovasculares: nos genes NOTCH3 e MTHFR. Estes achados reforçam a necessidade de minimizar o impacto dos fatores de risco vasculares modificáveis. No caso do CADASIL permitem abordar precocemente manifestações clínicas conhecidas da doença, como seja iniciar treino cognitivo, e, referenciar o doente e familiares para o devido aconselhamento genético.

## **P32. Monoparésia do hipoglosso como apresentação de disseções carotídeas bilaterais induzidas por tosse**

**Autores:** Pedro Almeida<sup>1</sup>, Andrea Cabral<sup>1</sup>, Ana Cristina Mota<sup>1</sup>, André Araújo<sup>2</sup>, Tiago Gregório<sup>3</sup>, Ludovina Paredes<sup>3</sup>, Henrique Costa<sup>1</sup>, Miguel Veloso<sup>1</sup>, Mariana Rocha<sup>1</sup>, Pedro Barros<sup>1</sup>, Maria João Malaquias<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, 2 - Unidade de Neurorradiologia, Serviço de Imagiologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, 3 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

**INTRODUÇÃO** | A disseção das artérias carótidas é um evento raro, com uma incidência de 2-3 casos/100000 habitantes por ano. Considerando apenas casos de disseção bilateral, a sua incidência é ainda menor. A apresentação clínica típica

consiste numa cefaleia, geralmente ipsilateral ao local da disseção, associada a sintomas locais como a síndrome de Horner, e/ou eventos cerebrais isquémicos. Em 8% dos casos, pode haver lesão de nervos cranianos baixos, mais comumente do nervo hipoglosso. O presente caso relata uma apresentação incomum de disseção carotídea sob a forma de monoparésia ipsilateral do hipoglosso, precedida por tosse.

**CASO CLÍNICO** | Doente do sexo feminino, 33 anos, com antecedentes de obesidade, sem antecedentes familiares de relevo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por noção de desvio da língua para a esquerda com aproximadamente 12h de evolução. Nos 10 dias precedentes à vinda à urgência, a doente tinha apresentado quadro de tosse seca persistente e 2 dias antes da admissão teve queixas de parestesias no andar inferior da hemiface esquerda com irradiação para o pavilhão auricular ipsilateral, que resolveram espontaneamente. Sem queixas de zumbidos, disфонia, disartria, disfagia ou cervicalgia. Sem história de trauma *major* ou manipulação cervical recente. Ao exame objetivo no SU apresentava apenas desvio esquerdo na protrusão da língua, sem outros défices focais. O estudo analítico inicial e a TC-CE não mostraram alterações. A AngioTC-CE revelou tortuosidade das artérias carótidas internas, com disseção ao nível do segmento cervical bilateralmente: à direita com trombo mural condicionando estenose luminal >70%; à esquerda com pseudoaneurisma adjacente ao óstio externo do canal do hipoglosso ipsilateral.

Tendo em conta a presença de trombo endoluminal, foi iniciada hipocoagulação e posteriormente foi internada para continuação do estudo. Da investigação adicional realizada: clinicamente sem estigmas de hiperlaxidez cutânea ou articular; o estudo analítico, incluindo autoimune e pesquisa de défice de alfa1-antitripsina, foi negativo; a RM-CE confirmou ausência de lesão isquémica e a Angio-RM corroborou os achados descritos na AngioTC; o *Ecodoppler* das artérias renais revelou irregularidades da parede da artéria renal direita, levantando a suspeita de Displasia Fibromuscular. Após estes resultados, e uma vez que se encontrava assintomática, a doente teve alta orientada para realização de AngioTC abdominal em contexto de ambulatório.

**CONCLUSÃO** | Embora se trate de uma apresentação rara, a disseção carotídea deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de uma monoparésia do nervo hipoglosso. No presente caso, os achados imagiológicos mostram de forma clara a possível compressão do nervo no seu orifício de saída da base do crânio pelo pseudoaneurisma resultante da disseção carotídea. O correto diagnóstico destes quadros paucissintomáticos e tratamento atempado é de extrema importância para evitar complicações, nomeadamente eventos isquémicos. De referir ainda que as disseções podem ocorrer no contexto de trauma *minor*, como a tosse, embora condições predisponentes, como as doenças do tecido conjuntivo, devam também ser sempre investigadas.

### **P33. Desafios na implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação**

**Autores:** Susana Góis, Ana Filipa Valente, Ana Luísa Costa, Alexandra Madeira, Rosa Mendes

**Instituição:** Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

**INTRODUÇÃO** | As doenças cerebrais representam um dos principais problemas de saúde, pois envolvem custos elevados e induzem, normalmente a incapacidade transitória ou definitiva assim como sofrimento individual intenso. Dessas, relevamos o Acidente Vascular Cerebral (AVC) A mortalidade no nosso concelho é de 14,3%, acima da média portuguesa em 4 pontos percentuais. Ao prestar cuidados num serviço de medicina, onde nos deparamos diariamente com pessoas que enfrentam as incapacidades decorrentes da patologia, sentimos necessidade de adquirir competências na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) à pessoa/família com alteração neurológica não traumática. Atendendo ao reconhecimento de que o acesso universal aos cuidados de saúde é um direito de todos, consideramos que devem ser concebidos e implementados programas de intervenção que permitam melhorar a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos doentes, suas famílias e comunidade em geral. Neste sentido, a realização de programas de intervenção em reabilitação assume uma relevância crucial. Na nossa realidade profissional são admitidas, com muita frequência, pessoas em situação de AVC. A inexistência de um programa de atuação perante a pessoa com AVC, levou-nos a refletir sobre a necessidade da

existência de um programa de intervenção especializada em ER, de forma a uniformizar procedimentos, minimizar os riscos da avaliação empírica e aumentar os ganhos em saúde

**OBJETIVO** | Iniciar o programa de reabilitação o mais precocemente possível, ou seja, assim que a pessoa esteja hemodinamicamente estável. Para uma recuperação de sucesso, este deve ser um programa contínuo ao longo do tempo e deve existir cooperação e coordenação multidisciplinar entre todos os elementos da equipa de profissionais de saúde.

**METODOLOGIA** | O crescente aumento de internamentos por patologia neurológica predominantemente o AVC, que conduz frequentemente a internamentos prolongados, dispendiosos, em doentes com múltiplas alterações e com necessidades de intervenção céleres, precisas e persistentes. Posto isto, sentimos necessidade de proporcionar aos doentes com comorbilidade neurológica um tratamento efetivo centrado no doente, com vista à otimização da sua máxima funcionalidade e autonomia. O Plano de intervenção de EEER prevê a atuação em três fases distintas de acordo com a avaliação primária do doente no internamento. Seguiu-se o planeamento dos cuidados sustentado num programa de intervenção, que foi constituído por três fases: Fase 1 - exercícios deitado, Fase 2 - exercícios sentado e Fase 3 - exercícios em posição ortostática; tendo por base o programa habitual instituído no serviço para reabilitação de uma pessoa após AVC. Associado a este esquema de exercícios e ao planeamento de base todos os doentes são avaliados à admissão através de impresso próprio, criado pelo serviço, nas primeiras 24h-48h. Em seguida é iniciado o programa de intervenção a adotar: Fase I, II ou III (de acordo com a avaliação). Às 72h os doentes são novamente avaliados, bem como no momento de alta. Existem três momentos de avaliação ao longo do programa que prevê adaptações de acordo com as alterações evidenciadas que não se encontrem previstas.

**RESULTADOS** | A produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados para a saúde das populações, constitui uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER, para a qualidade dos cuidados por estes prestados. Os dados de análise quantitativa irão surgir aos seis meses e a um ano de implementação de projeto. Com este projeto pretende-se alcançar indicadores de Resultado que se referem aos próprios objetivos dos cuidados, ilustrando as mudanças no estado de saúde, corrente ou futuro dos utilizadores, atribuível a cuidados prestados 17 anteriormente (taxa de eficácia na prevenção de complicações; modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem; taxas de ganhos (possíveis/esperados), sensíveis aos cuidados EER no domínio da Neurologia.

**CONCLUSÃO** | A implementação de um programa efetivo de enfermagem de reabilitação proporcionará aos nossos utentes a excelência dos cuidados prestados e a potencialização dos seus benefícios. A Readaptação Funcional e a Reeducação Funcional são essenciais à adaptação eficaz do utente à sua condição com as limitações que possam persistir, bem como à melhoria da sua qualidade de vida e à sua reintegração e participação ativa na sociedade. No sentido da Readaptação Funcional, é importante o planeamento de intervenções que contribuam para a readaptação ao domicílio com os recursos existentes e de forma a maximizar as capacidades do utente. O envolvimento das pessoas significativas neste processo é essencial. No que respeita à Reeducação Funcional, devem ser identificadas as necessidades específicas da pessoa no sentido da realização das atividades de vida da forma mais autónoma possível. É necessário avaliar a situação individualmente e nos seus vários aspetos para poder planear com o utente quais as melhores estratégias a adotar para a concretização dos seus objetivos e para a continuidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

*Compromissos: Sem conflitos de interesses.*

*Publicação: Se se verificar esta situação as autoras dão a sua autorização para a publicação do trabalho.*

---

### **P35. A interioridade do AVC: A implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação - Que realidade?**

**Autores:** Ana Filipa Valente/Ana Luísa Costa/Susana Góis/Alexandra Madeira/Rosa Mendes

**Instituição:** Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

**INTRODUÇÃO** | A nossa região acolhe uma população de cerca de 33.394 habitantes, verificando-se uma marcada tendência para uma população envelhecida, com fracos recursos socioeconómicos e com níveis de literacia muito baixos. De uma forma geral, a população não dispõe de recursos de saúde públicos e nem tão pouco de outras entidades sociais ou particulares que possam cobrir e/ou apoiar a saúde desta população. O princípio de uma saúde geral e universal prevista na Constituição da República Portuguesa fica defraudado nesta região. As doenças cerebrovasculares (AVC) continuaram a estar na origem do maior número de óbitos em 2020 (11 439), representando 9,2% da mortalidade (INE, 2021). A mortalidade no nosso concelho é de 14,3%, acima da média portuguesa em 4 pontos percentuais.

A nossa realidade atual, é a inexistência total de um serviço específico para este tipo de doentes, um número elevado de internamentos e a falta de um programa de intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação (ER), de forma a uniformizar procedimentos, minimizar os riscos da avaliação empírica e maximizar o potencial de reconstrução da autonomia, quer no sentido de recuperar o nível de independência prévio, ou adaptar a pessoa à sua nova condição de saúde e restitui-lo à comunidade tão cedo quanto possível.

**OBJETIVO** | Surge a necessidade de, com os recursos existentes, contribuir para a população em cuidados de saúde os mais diferenciados possíveis dentro de todas as consternações existentes. O nosso objetivo consiste na criação de uma unidade específica para doentes com AVC, inserida no nosso serviço de medicina e a implementação de um programa de ER implementado de modo progressivo e individualizado com vista a promover a autonomia/funcionalidade dos doentes do distrito.

**METODOLOGIA** | Na nossa realidade profissional são admitidas, com muita frequência, pessoas com diagnóstico de AVC, sendo encaminhadas para os serviços de medicina, não existindo um serviço específico para estes doentes. A necessidade de gestão de camas e de recursos humanos escassos, nomeadamente de médicos e enfermeiros especializados, faz com que exista dificuldade em criar serviços específicos para doentes com AVC. A inexistência de um programa de atuação perante a pessoa com AVC, levou-nos a refletir sobre a necessidade da existência de um programa de intervenção especializada em ER, de forma a uniformizar procedimentos, minimizar os riscos da avaliação empírica e aumentar os ganhos em saúde.

Pretendemos a criação de um serviço de internamento diferenciado em cuidados de saúde ao doente com afetação neurológica em fase aguda e subaguda, com critérios de admissão previamente definidos. Os doentes são submetidos à aplicação de um programa estruturado de enfermagem de reabilitação, com início a setembro de 2023. O programa de ER foi devidamente estruturado e enquadrado na equipa multidisciplinar, de modo a permitir a maior potencialização possível de todas as áreas de intervenção.

Esta intervenção de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de reabilitação (EEER) integrada numa estrutura multidisciplinar, irá permitir ganhos em saúde para com os utentes/famílias, através da minimização de danos e maximização de autonomia/funcionalidade, assim como para as organizações de saúde mediante a redução da demora média de internamento.

**RESULTADOS** | A produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados para a saúde das populações, constitui uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER, para a qualidade dos cuidados por estes prestados. Os dados de análise quantitativa irão surgir aos seis meses e a um ano de implementação de projeto. Brevemente surgirão os dados preliminares da implementação do projeto, o que nos permitirá a reformulação ou reavaliação do mesmo.

**CONCLUSÃO** | Constatou-se durante o período decorrido, uma forte adesão dos utentes bem como uma perceção global de efetivação de resultados pela funcionalidade e autonomia observáveis na maioria dos doentes e reconhecido pelos pares. As dificuldades na implementação deste projeto num hospital público são inúmeras e relacionam-se na sua maioria com difícil gestão de camas, a escassez de recursos humanos e a dificuldade na aquisição de materiais e equipamentos. A implementação de um programa efetivo de ER proporcionará aos nossos utentes a excelência dos cuidados prestados e a potencialização dos seus benefícios.

*Compromissos: Sem conflitos de interesses.*

*Publicação: Se se verificar esta situação as autoras dão a sua autorização para a publicação do trabalho.*

### **P36. Risco de queda em doentes com Acidente Vascular Cerebral crónico num programa de fisioterapia aquática na comunidade: Serie de casos**

**Autores:** Andreia Cristóvão<sup>1,3</sup>, Anabela Correia<sup>2,3</sup>, Pedro Rebelo<sup>3</sup>

**Instituições:** 1 - GesLoures, Lisboa, Portugal; 2 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 3 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, Portugal

**INTRODUÇÃO** | Aproximadamente 80% dos sobreviventes de AVC apresentam défices de equilíbrio e até 58% apresentam risco de queda no primeiro ano após AVC. As quedas podem levar a vários problemas como fraturas, medo de voltar a cair, depressão e privação social, reduzindo a qualidade de vida dos sobreviventes. Face a esta problemática são necessários meios de reabilitação adequados e acessíveis. Uma das intervenções que tem sido utilizada para o tratamento destas sequelas é a fisioterapia aquática. No que diz respeito a este tipo de tratamento, a evidência tem demonstrado achados mistos, com variação considerável entre estudos, de técnicas terapêuticas, cronicidade do AVC e duração dos programas estudados.

**OBJETIVO** | Identificar os efeitos de um plano de fisioterapia aquática, na comunidade, em grupo, no risco de queda, em doentes com AVC crónico.

**MATERIAL E MÉTODOS** | Análise de uma série de casos de 3 sobreviventes de AVC crónico que apresentam risco de queda (tempo de instalação de 21 a 41 meses). A amostra foi recolhida por conveniência com os seguintes critérios de inclusão: (1) AVC ter ocorrido há mais de seis meses; (2) Realizar 10m de marcha, de forma independente. Foram excluídos da amostra aqueles que: (1) apresentem contra-indicação à prática de atividade em meio aquático; (2) incontinência de esfíncteres; (3) ter sofrido um AVC prévio e ter outras doenças neurológicas; (4) comprometimento cognitivo grave ou moderado, (5) não ter risco de queda. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: EEB, TUG e Escala de Confiança no Equilíbrio Específica para a Atividade (ECEEA). O programa teve a duração de 8 semanas, com a frequência de 2x por semana, com a duração de 45 minutos por sessão.

**RESULTADOS** | Os participantes obtiveram diminuições que variam entre 14 e 36 segundos no TUG. Contrariamente foi observado um aumento na EEB, valores entre (10 a 16 pontos) e da ECEEA (3,13 e 6,88%). Todos melhoraram o equilíbrio. Foram obtidos resultados clinicamente significativos no TUG e na EEB, revelando uma diminuição significativa do risco de queda. Os resultados obtidos pela ECEEA mostram-nos que os participantes mantêm o medo de cair. Realçar ainda que, facto de a intervenções ter sido realizada em grupo teve um impacto positivo, criando um ambiente motivacional e uma sensação de maior bem-estar.

**CONCLUSÃO** | Todos os participantes melhoraram o seu estado clínico tendo aumentado o equilíbrio e diminuído o risco de queda. O reduzido número de casos fragiliza a validade externa dos resultados obtidos não permitindo dar uma nova perspetiva ao problema descrito. Apesar disso, os resultados positivos deste trabalho justificam a utilização deste programa num projeto futuro. Ainda, este é um estudo realizado na comunidade e em grupo, sendo por isso vantajoso no que diz respeito à redução dos custos, inclusivo e que promove a componente social.

---

### **P37. Características Psicossociais do Acidente Vascular Cerebral: Um Estudo Qualitativo Sobre o Luto dos Sobreviventes**

**Autores:** Ana Luísa Oliveira da Rocha Pacheco<sup>1</sup>, Miguel Marques da Gama Barbosa<sup>2</sup>

**Instituições:** 1/2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

**INTRODUÇÃO** | Os sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) experienciam limitações de capacidades físicas e/ou

cognitivas, gerando vários tipos de perdas que requerem um processo de luto.

**OBJETIVOS** | Descrever as perdas vividas por sobreviventes de AVC decorrentes das limitações de capacidade física e/ou cognitiva resultantes do AVC; a percepção e experiência dessas perdas; a adaptação às perdas nos primeiros três meses após a alta hospitalar, descrevendo o seu processo de luto.

**MÉTODO** | Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo, através da realização de entrevistas semiestruturadas a seis sobreviventes de AVC, explorando a percepção sobre a existência de perdas resultantes do AVC; o impacto dessas perdas nas suas vidas; os sentimentos predominantes associados às perdas; o impacto das perdas sobre a identidade; os sintomas desenvolvidos resultantes das perdas; e as fontes de apoio no processo de adaptação. Os participantes foram identificados no internamento hospitalar e entrevistados três meses após a alta hospitalar. As entrevistas foram analisadas através do método de Análise Temática.

**RESULTADOS** | A perda primária experienciada foi a perda de autonomia, a qual levou a perdas secundárias, tais como a necessidade de venda da sua casa, perda de trabalho e isolamento social. No estudo destaca-se o predomínio de sentimentos negativos nos participantes, o significativo impacto na sua identidade e o foco na recuperação. Nenhum participante demonstrou aceitar a perda de autonomia ou as perdas secundárias como permanentes nos primeiros três meses após o AVC. Neste processo, a família desempenhou o maior papel de apoio psicossocial aos sobreviventes. Os profissionais de saúde estiveram sobretudo focados nos aspetos físicos da doença.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÕES** | A descrição do processo de luto presente neste estudo mostra uma dificuldade dos sobreviventes em transitar para manifestações de luto integrado, o que levou a um predomínio de descrições negativas sobre os três meses após a alta hospitalar. Os sobreviventes de AVC apresentam dificuldade na aceitação da perda de autonomia pela expectativa de recuperação, pelo que o papel da reabilitação é apontado pelos resultados deste estudo como fundamental para estabelecer objetivos realistas e permitir a aceitação das perdas. Os resultados enfatizam ainda o papel potencial dos restantes profissionais de saúde no apoio à integração destas perdas e na diminuição dos problemas associados. O facto do estudo ser realizado três meses após a alta constitui uma limitação, pelo que se considera importante explorar o luto destes sobreviventes com um maior espaçamento temporal. Outros estudos sobre o tema são escassos, contudo mostram também a vivência do pós-AVC como um processo de perda desafiante para os sobreviventes pela expectativa de recuperação.

### **P38. Via Verde da Reabilitação do AVC – rumo à integração plena**

**Autores:** Ana Campolargo, Sílvia Queirós, Cátia Ferreira, Sandra Branco, Cláudia Lima

**Instituição:** Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia

**INTRODUÇÃO** | O AVC constitui uma importante causa de morte e incapacidade em Portugal. Segundo a *European Stroke Association*, o AVC é a causa mais importante de morbilidade e incapacidade crónica na Europa. Após o internamento persistem, em cerca de 80% dos doentes, défices motores, sensoriais e cognitivos, que têm ganhos funcionais demonstrados com a instituição de um programa de reabilitação. A intervenção da reabilitação permite minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sócio-familiar e profissional na perspetiva da Classificação Internacional da Funcionalidade, que engloba as atividades, participação, qualidade de vida e fatores pessoais e ambientais que os condicionam. O plano de ação para o AVC na Europa (2018-2030) destaca a importância da reabilitação precoce e multidisciplinar. Este plano estabelece objetivos, incluindo assegurar 90% de acessibilidade à reabilitação precoce, apoiar a alta precoce para 20% dos sobreviventes e fornecer programas de atividade física para sobreviventes que vivem na comunidade. Neste contexto, surge a necessidade de desenvolver orientações para a continuidade de cuidados de reabilitação, após a alta hospitalar, em regime de ambulatório.

**OBJETIVOS** | O objetivo deste trabalho é a apresentação e descrição de um protocolo que visa dar resposta a esta necessidade, propondo um programa estruturado de reabilitação, destacando a intervenção precoce e multidisciplinar, a duração e a frequência como componentes críticos. Tendo em conta os recursos disponíveis em contexto hospitalar e no setor convencionado, torna-se crucial disponibilizar uma resposta imediata de forma a apoiar altas mais precoces, não sobrecarregando os serviços hospitalares, mas permitindo uma abordagem inicial, multidisciplinar e completa.

**METODOLOGIA** | O programa de reabilitação destina-se a doentes com internamento em contexto de AVC e que tiveram alta para o domicílio. Todos os doentes deverão ser avaliados no prazo máximo de 2 semanas após a alta hospitalar, sendo realizada a avaliação física, cognitiva e funcional, de forma sistemática e o encaminhamento do doente para um programa de reabilitação multidisciplinar. É igualmente organizada a continuação do programa de reabilitação após a alta hospitalar. Os doentes com indicação para integração em programa de reabilitação deverão ser chamados para os diferentes setores terapêuticos num prazo máximo de 3 semanas. Em cada setor terapêutico, o doente será submetido a uma avaliação antes e após a implementação do programa de reabilitação. A cada doente será garantida a primeira fase do programa de reabilitação, devendo ser reavaliado em consulta após o tratamento, para consolidar a orientação após a alta dos tratamentos. Manter-se-á em seguimento em consulta externa, com reavaliações aos 3, 6 e 12 meses após AVC, exceto se for atingida a recuperação funcional completa e reintegração plena antes desse prazo.

**CONCLUSÃO** | O desenvolvimento de soluções para responder às necessidades de reabilitação dos doentes com AVC reveste-se de especial importância após a alta hospitalar. Neste sentido, a criação de orientações para a continuidade de cuidados de reabilitação, após a alta hospitalar, em regime de ambulatório é essencial, com o objetivo final é integrar os pacientes de forma contínua na vida pós-reabilitação, garantindo cuidados e monitorização contínuos dos resultados funcionais.

*Palavras-chave: AVC, reabilitação, reabilitação precoce, multidisciplinar*

---

### **P39. Medicina Física e de Reabilitação no hospital de agudos: como a gestão e o tratamento precoces podem influenciar o prognóstico da Disfagia grave após AVC**

**Autores:** Ricardo Nunes, Rui Peres, Anabela Alves, Margarida Ferreira, Mafalda Soares, Catarina Matos

**Instituição:** Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**INTRODUÇÃO** | Está documentada uma incidência de disfagia cerca de 60% no AVC agudo, havendo fatores preditores de gravidade descritos. Embora a maioria curse com evolução inicial favorável, nalguns casos a disfagia é grave e de difícil gestão. A deglutição representa uma função fundamental na qualidade de vida do sobrevivente. A abordagem precoce, o tratamento intensivo por Terapia da Fala e a avaliação instrumentada são fatores relevantes no prognóstico.

**CASO CLÍNICO** | Homem de 58 anos, autónomo, divorciado, dextro, professor. História pessoal de HTA e dislipidémia. Foi internado por AVC isquémico da PICA esquerda (hemibulbar e pequeno foco cerebeloso), ESUS. Apresentou-se com parésia facial direita, hipostesia álgica da hemiface direita, disartria e disfagia, disфонia, disgeusia, hemihipostesia álgica direita (NIHSS 4).TC-CE inicial sem alterações. Angio-TC revelou trombo da PICA esquerda proximal. RM-CE com Fazekas 1, lesão isquémica aguda em território parcial da PICA esquerda, trombo na PICA esquerda. Iniciou dupla antiagregação plaquetária e atorvastatina 40 mg id. Apesar de rastreio precoce de disfagia com colocação de SNG à admissão, teve pneumonia de aspiração. Na avaliação inicial de MFR destaca-se disfagia neurogénea grave com necessidade de manter SNG, secreções brônquicas aumentadas e estase salivar relevante. Hipostesia álgica ligeira dos membros direitos. Marcha autónoma com razoável cadência em terrenos regulares, mas instável nas mudanças de direção. Iniciou programa precoce de reabilitação. Carecendo de intervenção intensiva por Terapia da Fala (TF) e de avaliação complementar por videoendoscopia de deglutição (VED), foi mandatário o internamento, que sem enfermagem de MFR, decorreu na enfermagem

de Neurologia, aguardando Unidade de Convalescença. Iniciou amitriptilina 10 mg/d para reduzir produção salivar. Após melhoria da gestão das secreções brônquicas sob fisioterapia respiratória e resolução da pneumonia (amoxicilina-clavulanato), iniciou intervenção de TF. VED aos 10 dias «estase salivar importante. Hipossensibilidade laríngea ao toque. Oferecidas 5,10 ml de consistência pastoso fino e grosso sem alterações. Oferecidos 20ml com resíduos mais seis piriformes sendo necessárias múltiplas deglutições» Iniciou treino de deglutição por TF, mantendo alimentação por SNG nas restantes refeições. Evoluiu para treino de dieta pastosa bidual, 5 dias por semana.

Doente muito motivado, manteve os exercícios ensinados. Evolução progressiva e favorável. VED às 4 semanas «granuloma na apófise vocal esquerda, discreta estase seio piriforme esquerdo. Oferecidos líquidos sem evidência de penetração ou aspiração, embora com alguma persistência no seio piriforme esquerdo; oferecida bolacha, com discretos resíduos na valécula que limpou com água. Sem alterações segurança». Teve alta para ambulatório sob dieta geral e líquidos ligeiramente espessados. Mantém seguimento ambulatório em TF e tem reavaliação com ORL ao 1º mês.

**CONCLUSÕES** | A reabilitação em hospital de agudos tem um papel fundamental no tratamento do doente com AVC agudo, já que ao assegurar uma intervenção atempada, otimiza o potencial de reabilitação e recuperação funcional, melhora os resultados hospitalares e a qualidade de vida do sobrevivente.

---

## **P40. Contributo para o *Benchmarking* aos ganhos funcionais, duração e eficiência do internamento, da população com Acidente Vascular Cerebral do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul – Centro Hospitalar Universitário do Algarve no ano de 2022**

**Autores:** Pedro Almeida, Teresa Mimoso, Gabriela Colaço

**Instituições:** Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul – Centro Hospitalar Universitário do Algarve, São Brás de Alportel

**INTRODUÇÃO** | No Plano de Ação Europeu prevê-se um aumento de trinta e quatro por cento (34%) do número de AVC até 2035, pelo que se torna importante melhorar a qualidade e eficiência da resposta. Neste sentido é objetivo do plano de ação para o AVC na Europa que os sobreviventes de AVC, tenham acesso a mais e melhores cuidados de reabilitação e é também notória a necessidade de melhorar a qualidade sobre toda a cadeia de cuidados.

Em Portugal existem “4 centros, integrados na RRHMFR – 3 pertencentes ao SNS (Sistema Nacional de Saúde) e um à SCML (Santa Casa de Misericórdia de Lisboa), mas cada um deles apresenta diferentes modelos de gestão, e regras de funcionamento também diferentes, nomeadamente no que diz respeito à referência dos doentes” (Sampaio et al., 2017). Esta realidade dificulta a implementação de processos de melhoria da qualidade, em particular os estudos de “*Benchmarking performance*”. O *Benchmarking* define-se como um método de medição do desempenho em relação aos padrões de melhor prática, mas em Portugal não estão instituídas metodologias e *outcomes* para realização de *Benchmarking* aos Centros Especializados de Reabilitação, perdendo uma oportunidade de conhecer, refletir e contribuir para a melhoria da efetividade clínica, a segurança dos utentes e a experiência dos sobreviventes com AVC.

**OBJETIVOS** | Este estudo consistiu na realização de uma análise de *Benchmarking* no CMRSul referente ao ano de 2022, sobre os *outcomes* de demora média desde a alta hospitalar ao internamento, demora média de internamento, quantificação do ganho FIM da população com AVC no CMRSul, tendo-se determinado a eficiência do internamento e comparado os resultados com a melhor evidência científica.

**METODOLOGIA** | Trata-se de um estudo de *Benchmarking performance* tendo-se analisado os dados referentes aos utentes com AVC, internados no CMRSul durante o ano de 2022, através dos registos do serviço de produção, do serviço de qualidade do CMRSul e da consulta dos processos clínicos. Os dados foram tratados com o *software* de tratamento estatístico SPSS

**RESULTADOS:** As pessoas com AVC (n=70) internadas no CMRSul, apresentaram uma demora média de internamento de

57,6 dias (Dp: 25,3). O ganho FIM situou-se nos 15,54 pontos (Dp: 12,42), com uma eficiência FIM média de 0,24 (Dp: 0,37). Para os novos internados (n=58) relativamente ao tempo decorrido entre o *onset* e a admissão em reabilitação intensiva no CMR Sul verificou-se uma demora média de 118,7 dias (Dp: 107,27). Os utentes com AVC ligeiro apresentaram uma diferença média de eficiência FIM (0,36; Dp=0,63) superior e estatisticamente significativa (T=2,975; g.l.=53; p=0,004) relativamente aos utentes com AVC moderado (0,24; Dp=0,130).

**CONCLUSÕES** | Os critérios de classificação de severidade do AVC em Portugal são diferentes dos utilizados noutros Países. É necessário determinar *Benchmarks* na área da reabilitação para esta população em Portugal. Sugere-se uma análise aos elementos que podem estar a contribuir para a demora média na admissão em reabilitação, e ainda necessidade de analisar os novos episódios separadamente dos casos de reinternamento. Simultaneamente, importa adequar o Sistema informático de apoio à equipa interdisciplinar. Seria interessante conhecer a realidade dos outros três centros de reabilitação de Portugal.

*Palavras-chave:* Acidente Vascular Cerebral (AVC); Centros Especializados de Reabilitação; Reabilitação Intensiva; Tempo de internamento; eficiência FIM; Qualidade; Benchmarking.

---

## **P41. Lesão Renal Aguda após AngioTC, um medo (in)fundamentado**

**Autores:** Ricardo Pescada, Rita Gonçalves, Isa Cordeiro, Isabel Taveira

**Instituição:** CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão

**INTRODUÇÃO** | A lesão renal aguda (LRA) pós-contraste é uma entidade cada vez mais controversa. Há literatura que defende que a LRA pós-contraste não existe, enquanto outros autores defendem que, na ausência de ensaios aleatorizados, existe um viés de seleção em que os doentes com maior risco basal para LRA pós-contraste são submetidos a menos contraste. Uma exceção a este viés é a realização de angiografia cerebral por tomografia computadorizada (AngioTC-CE) na Via Verde AVC.

**OBJETIVOS** | Determinar a incidência de LRA pós-contraste clinicamente significativa (com disfunção renal persistente, com necessidade de técnica dialítica, prolongamento do internamento ou morte) em doentes submetidos a AngioTC-CE emergente por suspeita de AVC e caracterizar a evolução da creatinina sérica nas 48-72h após administração de contraste.

**MÉTODOS** | Estudo retrospectivo observacional, de série consecutiva, de doentes admitidos como Via Verde AVC entre 1/1/2021 e 31/12/2022. Foram analisadas as variáveis idade, sexo, fatores de risco cardiovasculares conhecidos, medicação crónica potencialmente causadora de lesão renal, creatinina sérica (SCr) basal, taxa de filtração glomerular estimada (eTFG) basal, SCr à admissão, SCr 48 a 72h após Angio-TC-CE e ocorrência de LRA clinicamente significativa. A LRA foi definida de acordo com os critérios KDIGO (*Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*).

**RESULTADOS** | Apesar da ativação da VAVC em 340 doentes, apenas 258 realizaram AngioTC. A maioria eram mulheres (61%), com idade mediana 70 anos. Destes, 69% apresentava hipertensão arterial, 28% diabetes mellitus, 16% doença renal crónica conhecida (estádios II-IV), 20% insuficiência cardíaca, e 35% estava sob medicação potencialmente causadora de lesão renal. A eTFG basal mediana foi de 83mL/min. Nenhum doente cumpriu critérios para LRA pós-contraste clinicamente significativa. Às 48-72h, metade dos doentes apresentou elevação da SCr e a outra metade uma redução (mediana da variação de -0.03mg/dL).

**CONCLUSÃO** | Nesta população, a incidência de LRA pós-contraste clinicamente significativa foi nula. Por este motivo, e tendo eliminado o viés de seleção de doentes de acordo com o valor de creatinina basal, este não deve limitar a realização de AngioTC aos doentes que dele beneficiem, na Via Verde AVC ou em qualquer outra.

## P42. Bony Stroke – uma entidade rara ou um diagnóstico esquecido?

**Autores:** Sofia Vedor\*, Sara de Carvalho\*, Ana Isabel Almeida, José Maria Matos Sousa, Gonçalo Alves, Duarte Vieira

**Instituição:** Serviço de Neurorradiologia, Centro Hospitalar e Universitário São João, Porto, Portugal

*\* Os autores contribuíram de igual forma na realização do trabalho*

**INTRODUÇÃO** | Alterações ósseas ou da cartilagem articular constituem potenciais causas estruturais de AVC isquémico por modificação da normal anatomia, com inerente conflito de espaço para as estruturas vasculares. Devido à parca descrição destes casos (sobretudo pela sua raridade), não existe uma investigação ou terapêutica padronizadas.

**CASO CLÍNICO** | Mulher de 79 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de artrite reumatoide (AR) seropositiva, desenvolveu quadro insidioso de tonturas, confusão mental e alterações da marcha com 3 semanas de evolução, para além de 2 episódios de vômitos no dia anterior à admissão. Sem febre, cefaleias ou história de trauma cervical. Previamente acompanhada em consulta externa de Neurocirurgia e Ortopedia por subluxação cervical C1-2 e impressão basilar no contexto da AR (*cranial settling*).

À admissão no SU, apresentava-se hipotensa, taquicárdica, lentificada e com discreta dismetria à esquerda. A TC cranioencefálica demonstrou imagem sugestiva de lesão isquémica recente cortico-subcortical no hemisfério cerebeloso inferior esquerdo, território da artéria cerebelosa postero-inferior (ACPI), confirmada posteriormente por RM cerebral. Foram, ainda, documentados enfartes crónicos no hemisfério cerebeloso direito, confirmando episódios prévios de isquemia em território da circulação posterior. A angio-TC revelou estenose suboclusiva no segmento V3 distal da artéria vertebral (AV) esquerda, em relação com agravamento da impressão basilar e subsequente conflito de espaço para o trajeto arterial, entre a escama occipital (na vertente lateral do foramen magno) e a massa lateral do atlas.

Demonstrou também redução global do diâmetro da AV direita, provavelmente refletindo hipoplasia congénita, com discretas irregularidades do seu calibre no segmento V3 proximal. As ACPIs foram corretamente individualizadas. O estudo ultrassonográfico documentou fluxo de alta resistência nos segmentos V2, com normalização a jusante no compartimento intracraniano (segmentos V4). O ecocardiograma transtorácico não apresentou alterações de relevo. Com base nas características imagiológicas e apresentação clínica (prejudicada pela deterioração cognitiva da doente), foi proposto o diagnóstico clínico de síndrome de Bow Hunter (SBH).

**CONCLUSÃO** | Alterações ósseas podem representar uma causa estrutural de AVC isquémico, particularmente no contexto de eventos criptogénicos recorrentes. A AR associa-se a degeneração e instabilidade da coluna cervical, embora raramente se manifeste com sintomas de SBH. Neste caso, apesar do conhecido diagnóstico de AR e *cranial settling*, a deterioração cognitiva mascarou a história clínica de insuficiência vertebral dinâmica, atrasando o diagnóstico e tratamento. É fundamental ter presente esta associação, particularmente na ausência de uma anamnese clara e baixa suspeita clínica.

*Conflitos de interesse: Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.*

---

## P43. CADASIL – uma causa de acidente vascular cerebral a não ser esquecida

**Autores:** Catarina Tavares Valente, Sónia Coelho, João Correia.

**Instituição:** Hospital Sousa Martins – Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda

**INTRODUÇÃO** | A doença de pequenos vasos cerebrais, uma das etiologias de AVCs, está na sua maioria associada a aterosclerose, no entanto, e embora menos frequente, pode ser causada por alterações genéticas. A arteriopatia cerebral autosómica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia (CADASIL) é a causa genética mais comum, sendo uma importante causa de AVC em doentes jovens. Causada por mutações no gene NOTCH3 do cromossoma 19, a CADASIL pode

apresentar-se clinicamente com cefaleias tipicamente com aura, eventos isquémicos, perturbações psiquiátricas, défices cognitivos e encefalopatia aguda e imagiologicamente com lesões hiperintensas simétricas na substância branca, enfartes lacunares subcorticais e atrofia cerebral. O diagnóstico é confirmado pela presença da mutação em teste genético ou pela presença de depósitos característicos em material da biópsia da pele, se o teste genético não for definitivo. Na ausência de tratamento dirigido, torna-se importante assegurar medidas preventivas, com controlo dos fatores de risco cardiovasculares, e controlo sintomático.

**CASO CLÍNICO** | Homem, 38 anos, referenciado à consulta de Medicina Interna por alterações em TAC- crânio encefálica (“áreas de ténue hipodensidade na substância branca periventricular bifrontal, podendo representar leucoencefalopatia isquémica incipiente”) realizada no contexto de cefaleias. Antecedentes pessoais: dislipidémia controlada com estatina e sinusite. Nega hábito etílicos e tabágicos relevantes. Antecedentes familiares: pai com hepatite B, dislipidémia, sem antecedentes de AVC/AIT; tio paterno com défice cognitivo desde criança, falecido aos 14 anos; dois tios-avós paternos com AVC entre os 60 e 70 anos; mãe diabética com dislipidémia, sem antecedentes de AVC/AIT. À anamnese referia episódios de síncope em criança e cefaleias frontais intermitentes, do tipo tensão, associadas a diminuição da acuidade visual e fotofobia. Sem alterações ao exame físico e neurológico. Estudo análítico (serologias virais, eletroforese de proteínas séricas, ácido fólico, vitamina B12, função tiroideia, autoimunidade e pesquisa de mutação MTHFR), *eco-doppler* dos vasos do pescoço, ecocardiograma e holter 24 horas) sem alterações.

Manteve estatina, iniciou ácido acetilsalicílico e foi solicitada RM crânio-encefálica (RM-CE) que revelou “múltiplas pequenas lesões na substância branca subcortical frontoparietal e periventricular. Atendendo às suas características, coloca-se a hipótese de corresponderem a natureza vascular sequelar, por patologia de pequenos vasos”.

Teste genético: detetada variante c.2358C>T no NOTCH3 em heterozigotia, classificada como de significado clínico indeterminado; não confirmando nem excluindo um possível diagnóstico. Discutido o caso com a Genética: variante identificada sem clara associação segura fenotipo-genotipo, decidindo-se convocar os pais do doente para consulta, realização de avaliação de RM-CE e pesquisa da variante identificada no NOTCH3, aguardando os resultados. Programada realização de biópsia cutânea.

**CONCLUSÕES** | Num doente jovem com evidência de alterações características na RM-CE (enfartes lacunares subcorticais e hiperintensidade na substância branca), é importante considerar no estudo etiológico as causas genéticas, como a presença de mutação no gene NOTCH3, representativa de CADASIL. A ausência de fatores de risco cardiovasculares, como a hipertensão arterial e história familiar compatível, torna a exclusão desta entidade ainda mais pertinente. Na gestão da doença, o controlo sintomático torna-se relevante, bem como a vigilância de sinais de progressão da doença.

---

## P44. Ultrassonografia no Diagnóstico de Web Carotídeo: A Importância do Seguimento

**Autores:** David Passão<sup>1,2</sup>, Fátima Soares<sup>1,2</sup>, Tânia Rafael<sup>1,2</sup>, Patrícia Canhão<sup>2</sup>, Catarina Fonseca<sup>1,2</sup>

**Instituições:** 1 - Laboratório de Hemodinâmica Cerebral, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 - Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

**INTRODUÇÃO** | O Web Carotídeo (WC) é uma causa rara de AIT/AVC isquémico com elevada taxa de recorrência. O WC consiste numa membrana intraluminal na parede posterior da origem da Artéria Carótida Interna (ACI), resultante da hiperplasia da camada íntima. O estudo por Eco-Doppler (ED) tem demonstrado crescente potencial na identificação de WC. Através de descrição de dois casos clínicos, pretende-se evidenciar a pertinência do estudo ultrassonográfico para identificação de WC, salientando a necessidade de seguimento de lesões carotídeas com características ecográficas inespecíficas, de forma a aumentar a sensibilidade desta técnica para o diagnóstico de WC.

**CASO CLÍNICO** | 1) Doente de 42 A; sem antecedentes pessoais (AP) conhecidos; iniciou quadro súbito de alteração da articulação verbal e hemiparesia esquerda. A TC crânio-encefálica mostrou AVC isquémico do território da ACM direita. Não

foi realizada terapêutica de fase aguda, tendo sido submetida a craniectomia descompressiva por enfarte maligno. Realizou ED, 19 dias após início dos sintomas, que evidenciou presença de WC na ACI direita e espessamento parietal bulbar esquerdo. O estudo angiográfico, 14 dias após ED, confirmou WC na ACI direita e identificou pequena indentação no bulbo carotídeo esquerdo. A doente foi medicada com ácido acetilsalicílico. Repetiu ED 2 dias após a angiografia, que corroborou a presença de pequena estrutura parietal na ACI esquerda, compatível com WC, para além da WC na ACI direita já identificada no ED prévio.

2) Doente de 44 A; sexo feminino; AP de obesidade e enxaqueca com aura, sem medicação habitual; recorreu ao SU por diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo. No exame neurológico tinha disartria ligeira e hemiparesia grau 3 (NIHSS 10). A TC crânio-encefálica mostrou sinais precoces de enfarte no território da ACM direita. A angio-TC revelou oclusão M1, e suspeita de WC na ACI direita. Foi submetida a terapêutica endovascular, com recanalização TICI 3. Por agravamento neurológico foi submetida a craniectomia descompressiva. O ED, 5 dias após início dos sintomas, documentou presença de lesão carotídea compatível com provável placa ateromatosa, fibrosa, condicionando estenose cerca de 40% na ACI direita. A doente foi anticoagulada após deteção de mutação da protrombina. Por ter havido suspeita de WC na Angio-TC inicial, repetiu ED 7 meses após o estudo inicial, que confirmou características ecográficas de WC.

**CONCLUSÃO** | Em ambos os casos, a realização do seguimento por ED de pequenas estruturas carotídeas fibrosas, de características inespecíficas, interpretadas primariamente como ateroscleróticas em posição anatómica coincidente com WC, permitiu aumentar a acuidade diagnóstica do ED. Um dos fatores descritos na literatura como dificultador da identificação de WC por ED é a presença de trombos aderentes. O tempo passado entre os exames e a terapêutica médica aplicada poderão ser fatores que condicionam a reorganização da estrutura trombótica associada à WC e/ou a ecogenicidade da membrana parietal, conferindo, de forma mais inequívoca, as características ecográficas típicas de WC no exame de seguimento.

## **P45. Coexistência de acidente vascular cerebral bulbar medial bilateral e mielopatia espondilótica cervical – um desafio diagnóstico e terapêutico**

**Autores:** Irene Pinto<sup>1</sup>, Rita Raimundo<sup>2</sup>, Francisco Gonçalves<sup>3</sup>, Sara Lima<sup>2</sup>, Lúcia Dias<sup>1</sup>

**Instituições:** Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Tondela Viseu

**INTRODUÇÃO** | O acidente vascular cerebral (AVC) bulbar medial bilateral é um evento raro, afetando o trato corticoespinal com consequências catastróficas. O início agudo de tetraplegia pode ser diagnosticado erroneamente como mielite, mielopatia por compressão cervical ou neuropatia. Apresentamos o caso de um doente com tetraplegia motora exclusiva com dois achados relevantes: AVC isquémico bulbar e mielopatia espondilótica cervical (MEC).

**CASO CLÍNICO** | Homem de 71 anos com história de hipertensão, dislipidemia, hiperuricemia, obesidade e apneia obstrutiva do sono foi admitido no Serviço de Urgência com disartria e hemiparesia esquerda. A tomografia computadorizada (TC) com angiografia não revelou lesão isquémica aguda ou trombo endovascular. Após três horas do início dos sintomas, o doente apresentou recuperação significativa dos déficits motores (com exceção da disartria), motivo pelo qual não foi realizado tratamento trombolítico.

Nas 24 horas seguintes, o doente apresentou um agravamento clínico com tetraplegia com sinal de Babinski positivo bilateralmente, disfagia e disartria graves. As funções sensoriais encontravam-se preservadas e sem evidência de trauma. A ressonância magnética (RM) cerebral evidenciava hipersinal em T2 e sinal FLAIR na superfície ventral do bulbo medial e bilateralmente, com restrição à difusão. Realizou ainda RM cervical que revelou a presença de hipersinal medular, compatível com MEC entre C5-C6, levantando dúvidas sobre o diagnóstico. A instalação aguda dos sintomas na ausência de trauma, a falta de comprometimento sensorial e a presença de reflexo anorretal preservado aumentam a probabilidade de uma etiologia vascular, embora não possa ser excluída uma contribuição concomitante de ambas as causas.

Após avaliação de Medicina Física e de Reabilitação, o paciente iniciou programa intensivo de reabilitação incluindo mobilização, verticalização em standing frame e exercícios de condicionamento geral. O doente também realizou terapia ocupacional, com ênfase na reeducação funcional polissegmentar e terapia da fala. Após duas semanas, o doente foi transferido para um centro de reabilitação para continuação de cuidados.

**CONCLUSÕES** | A avaliação e o tratamento da tetraplegia aguda não traumática com lesões medulares permanecem um desafio diagnóstico, terapêutico e de prognóstico funcional. Uma suspeita apurada, juntamente com a reabilitação imediata, pode ser fundamental para a otimização prognóstica.

## P46. Um equívoco no olhar: a propósito de um caso clínico

**Autores:** Inês Rocha Bernardo 1, Helena Vilaça 2, Sofia Figueiredo 2, Manuel Ribeiro 3, Anabela Silva 2, Lindora Pires 2

**Instituições:** 1 Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, 2 Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, 3 Unidade de Neurorradiologia de Intervenção Cerebrovascular do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia e Espinho

**INTRODUÇÃO** | A síndrome do seio cavernoso (SSC) é uma condição clínica caracterizada por oftalmoplegia, perda da sensibilidade facial, congestão vascular ocular e diminuição da acuidade visual. A etiologia é vasta, abrangendo patologia vascular, infecciosa, traumática, neoplásica ou inflamatória. O reconhecimento atempado e o tratamento adequado influenciam o prognóstico clínico.

**CASO CLÍNICO** | Mulher, 66 anos, autónoma com risco vascular elevado. Recorre ao serviço de urgência por cefaleia peri-orbitária direita, associada a fotofobia e diminuição da acuidade visual ipsilateral, com 2 meses de evolução. Ao exame neurológico apresentava proptose e quemose conjuntival direita, anisocoria do olho direito (OD) com pupila fixa e midriática, oftalmoparésia dolorosa na abdução e supravversão do OD e hipostesia hemifacial direita (V1, V2, V3). Tomografia computadorizada com angiografia (angioTC) cerebral e das órbitas revelou exoftalmia associada a ectasia das estruturas vasculares intra-orbitárias à direita e assimetria do seio cavernoso com captação de contraste em tempo arterial à direita, sugerindo a presença de fístula arteriovenosa. No internamento realizou ressonância magnética cerebral com angiografia que confirmou fístula carotídeo-cavernosa (FCC) à direita. A doente foi submetida a tratamento cirúrgico endovascular com embolização com coils que resultou na exclusão completa do shunt arteriovenoso. Sem défices neurológicos de novo no pós-procedimento. Persistência de dor ocular direita por trombose da veia oftálmica, pelo que, iniciou hipocoagulação com indicação de manter durante 30 dias. Estabilidade clínica no restante período de internamento. Reavaliação em consulta, 1 mês após procedimento, objetivando-se resolução da cefaleia e da quemose conjuntival, mas persistindo ligeira proptose e anisocoria do OD, e oftalmoparésia à abdução na dextroversão.

**CONCLUSÕES** | As fístulas carotídeo-cavernosas são uma das causas vasculares de síndrome do seio cavernoso. A intervenção cirúrgica endovascular permanece como terapêutica de 1ª linha cuja morbimortalidade é praticamente nula.

## P47. Ser “insistente” perante a “incoerência” de achados nos exames de imagem

**Autores:** Mafalda Moreira<sup>1,2</sup>, Ana Lúcia Oliveira<sup>2</sup>, Patrícia Grilo<sup>2</sup>, Orlando Galego<sup>3</sup>, Cândida Barroso<sup>2</sup>, Gonçalo Teles Simões<sup>3</sup>, Filomena Veloso<sup>3</sup>, Elisa Campos Costa<sup>1,2</sup>, Gil Nunes<sup>1,2</sup>

**Instituições:** 1 - Laboratório Neurosonologia, Hospital de Vila Franca de Xira, EPE; 2 -Serviço de Neurologia, Hospital de Vila

Franca de Xira, EPE; 3 - Serviço de Imagiologia, Hospital de Vila Franca de Xira, EPE

**INTRODUÇÃO** | A hemodinâmica cerebral é condicionada pela doença ateromatosa, mecanismos fisiológicos, compressões externas, patologias cardíacas entre outras condições. Na presença de mais do que uma destas condições o diagnóstico torna-se ainda mais desafiante.

**CASO CLÍNICO** | Sexo masculino, 76 anos, hipertenso controlado, com patologia degenerativa da coluna cervical e história de síncope de repetição desde 2012. Recorreu ao serviço de urgência por dor cervical esquerda muito intensa ao acordar com irradiação cefálica, acompanhada de vertigem rotatória, náuseas e dificuldade na deglutição, referindo também ligeira alteração da articulação verbal e incapacidade para a marcha. Ao exame neurológico apresentava ptose e miose esquerdas, hipostesia termo-álgica do membro superior direito, ataxia ligeira dos membros esquerdos (NIHSS 3). Realizou TC-CE sem alterações agudas e angio-TC revelando ausência de preenchimento da artéria vertebral esquerda desde a sua origem, com provável inversão do sentido de fluxo no segmento V4. Foi internado para estudo etiológico com hipótese diagnóstica de AVC isquémico em território vertebro-basilar. O ECG-Holter 24h demonstrou pausas sinusais, a maior com 12135ms, às 07:04h da manhã, tendo colocado *pacemaker* cinco dias após o evento. O estudo neurosonológico cervical documentou artéria vertebral esquerda (segmento V0-V1 e V2) sem alterações morfológicas com velocidades de fluxo de elevada resistência (sem componente diastólica) e menor amplitude que a contralateral no segmento intracraniano, sugestivo de hiperpermeabilização parcial. Por impossibilidade de realização de RM, repetiu angio-TC no dia seguinte, documentando novamente ausência de preenchimento da AV esquerda desde o segmento V1, com extremidade afilada sugestiva de possível dissecação arterial. Repetiu avaliação neurosonológica, observando-se fluxo normal na artéria vertebral esquerda. Perante a discrepância entre a angio-TC e o *ecoDoppler*, a equipa do Laboratório de Neurosonologia realizou várias manobras de hiperextensão, rotação cefálica e diferentes posições da cabeceira conseguindo documentar sinais de oclusão “transitória”, conforme descritos no exame de angio-TC.

Após discussão em equipa multidisciplinar optou-se por realizar nova angio-TC, replicando o posicionamento cervical que no estudo neurosonológico documentava patência arterial: elevação da cabeceira e ligeira rotação cervical para a direita. Nesta posição, a angio-TC demonstrou permeabilidade da artéria vertebral esquerda, mas com estenose focal grave na região do canal transversário de C4 (segmento V2), determinada pela associação de uncartrose e artrose facetária graves, justificando compressão arterial dinâmica/posicional. À data de alta apresentava no exame neurológico síndrome de Horner parcial à esquerda e hipostesia no membro superior direito, com marcha autónoma. Como prevenção secundária manteve antiagregação plaquetária simples e estatina. Aguarda realização de RM-CE em ambulatório para posterior abordagem multidisciplinar.

**CONCLUSÕES** | Com este caso pretendemos realçar a importância de efetuar uma investigação etiológica exaustiva quando existem resultados incoerentes nos exames de imagem e a colaboração em equipa multidisciplinar, bem como salientar que a compressão óssea também pode ser uma causa de AVC isquémico.

## **P48. Quando a semiologia é confusa, a ressonância magnética faz a diferença**

**Autores:** Maria Carlos Pereira<sup>1</sup>, José Sá Silva<sup>2</sup>, Rui Felgueiras<sup>1</sup>, Diogo Pereira<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto; 2 - Serviço de Neurorradiologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto

**INTRODUÇÃO** | O diagnóstico de um enfarte cerebral é sobretudo clínico e imagiológico, usando-se a TC e angio-TC como ferramentas habituais na Via Verde do AVC. Nem sempre a semiologia é clara e em casos raros a RM, nomeadamente o estudo de difusão (DWI), com sensibilidade  $\geq 88\%$  e especificidade  $\geq 95\%$ , pode ser uma mais-valia na tomada de decisão.

**CASO CLÍNICO** | Homem de 51 anos, sem fatores de risco vasculares, foi admitido no Serviço de Urgência por alteração

súbita do estado de consciência associada a movimentos involuntários pouco caracterizados por testemunha ocular, após esforço de corrida. À admissão, o doente pontuava 6 na Escala de Coma de Glasgow (O2V1M3). Pensando numa causa estrutural, nomeadamente numa embolia da basilar, foi realizado TC simples, perfusão e angioTC que foram normais. Recuperou lentamente a consciência e ao exame apresenta uma anosognosia, heminegligência esquerda e uma hemiparesia esquerda com face grau 4/5.

Perante a disfunção hemisférica direita e normalidade dos exames de imagem (parênquima e vasos), estando ainda dentro de janela terapêutica para trombólise, decidiu-se realizar de forma emergente uma RM com estudo DWI e FLAIR. A RM confirmou a presença de sinais isquémicos agudos talâmicos bilaterais de predomínio direito, com dissociação DWI-FLAIR a traduzir enfarte hiperagudo. O doente iniciou trombólise com alteplase, com melhoria total dos défices neurológicos. Retrospectivamente foi valorizada área de hipoperfusão talâmica medial bilateral evidente do estudo de perfusão, assim como discreto defeito de preenchimento na origem da artéria cerebral posterior direita na angio-TC.

No estudo posterior, foi documentado um forâmen oval patente em ecocardiograma, com *shunt* em cortina no “bubble-test”, tendo iniciado terapêutica profilática secundária com Rivaroxabano 20 mg.

**CONCLUSÃO** | Não sendo um exame amplamente disponível, em casos selecionados a informação da RM pode ser muito útil na abordagem do doente com AVC agudo. Salientamos a utilidade deste exame sobretudo quando há francas dificuldades de interpretação semiológica, dissociação clínico-imagiológica e consequentemente dúvidas da aplicabilidade de tratamentos agudos como a trombólise.

## P49. AVC no jovem – Para além do AVC, diagnóstico de um carcinoma de células renais

**Autores:** Ana Isabel Ribeiro, Adriano Neto, Carolina Fernandes, Cláudia Diogo, Tiago Seco, Ana Ponciano, Maria de Jesus Banza

**Instituição:** Hospital de Santo André - Centro Hospitalar de Leiria

**INTRODUÇÃO** | Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) em idade jovem são uma realidade cada vez mais frequente, segundo dados da World Stroke Organization. O seu diagnóstico etiológico constitui um desafio clínico. É importante notar que, para além dos tradicionais fatores de risco, existem etiologias específicas que nesta população são mais frequentemente encontradas nomeadamente trombofilias, malformações arteriovenosas, doenças cardíacas, neoplasias etc. Pretendemos com este caso clínico reforçar a importância deste estudo etiológico.

**CASO CLÍNICO** | Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino, 46 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia e enfarte do miocárdio ( com necessidade de revascularização e colocação de *stent*) 2 anos antes. Estava por isso, a cumprir terapêutica com dupla antiagregação, antihipertensor e antidislipidémico, que suspendeu 2 dias antes do evento. Natural do Brasil, em Portugal há cerca de 3 meses, tendo por isso, perdido o seguimento em consulta. Admitido no serviço de urgência por um quadro com 2 horas de evolução de instalação súbita de agitação. À observação identificou-se síndrome neurológico agudo, com alteração do estado de consciência, hemiparésia direita e afasia global, pontuando 11 pontos na *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS). Neste sentido realizou AngioTC cranioencefálica com tradução de provável isquémia recente do núcleo lenticular esquerdo e trombo endoluminal no topo da artéria carótida interna esquerda. O doente realizou fibrinólise e foi submetido a trombectomia. Identificou-se um trombo oclusivo terminal da Artéria Carótida Interna (ACI), procedida à tromboaspiração com recanalização da ACI e M1, persistindo trombo parieto-occipital distal, (TICI final de 2b). Posteriormente com transformação hemorrágica, PH 1 na classificação de Hemorragia de Heidelberg. Nesta fase, o doente apresentava-se com afasia de expressão, parésia facial central direita, hemiplegia direita, hemianopsia homónima direita e hipostesia direita, pontuando 20 pontos na NIHSS.

Durante o internamento realizou estudo etiológico com holter, ecocardiograma e *doppler* dos vasos do pescoço onde não se identificou nenhuma causa provável para o AVC. Realizou TC Toracoabdominopélvica onde se encontrou neoformação renal direita com características imagiológicas de um carcinoma de células renais.

A relação entre neoplasias e AVC é complexa e multifatorial. A presença de uma neoplasia pode justificar um evento trom-

bótico, como o AVC por diversas razões: pelo seu estado de hipercoagulabilidade e disfunção endotelial, pela sua invasão vascular, por efeitos paraneoplásicos ou até pela própria embolização do tumor.

**CONCLUSÕES** | Com este caso, os autores pretendem alertar para a falta de evidência de profilaxia de eventos trombóticos arteriais associados a neoplasia, contrariamente, a eventos trombóticos venosos. Neste caso específico: um doente com uma neoplasia e 2 eventos trombóticos arteriais importantes, discute-se a necessidade de uma profilaxia adicional. Adicionalmente, reforça-se a importância do estudo etiológico do AVC em doentes com idade jovem. Nestes doentes é necessária uma abordagem mais complexa, porque apesar destas populações partilharam um conjunto de fatores de risco cerebrovasculares clássicos, como a hipertensão arterial, a dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo... Existem outras etiologias menos comuns que não podem ser descuradas, sendo por isso, necessário, uma investigação mais extensa e uma melhor compreensão do AVC.

---

## **P50. AVC embólico recorrente no contexto de estado pró-trombótico paraneoplásico**

**Autores:** Inês Carmo e Pinto<sup>1</sup>, Bárbara Alves Rodrigues<sup>1</sup>, Filipa Serrazina<sup>1</sup>, João Pedro Marto<sup>1,2</sup>

**Instituições:** 1 – Serviço de Neurologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa; 2 – Centro Clínico Académico de Lisboa (CCAL), NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

**INTRODUÇÃO** | 25% dos AVCs isquémicos são classificados como embólicos de origem indeterminada após investigação completa (ESUS). Correspondendo a um grupo heterogêneo de doentes, cerca de 10% dos ESUS poderão ocorrer no contexto de estado pró-trombótico paraneoplásico. O envolvimento de diferentes territórios vasculares e a recorrência de eventos cerebrovasculares são fatores sugestivos desta etiologia.

**CASO CLÍNICO** | Homem de 50 anos de idade, com antecedentes pessoais de múltiplos fatores de risco vascular, nomeadamente, hipertensão arterial essencial, diabetes mellitus tipo 2 e tabagismo ativo (40UMA). Admitido no SU em 2020 por afasia ligeira. Realizou RM-CE com evidência de enfarte isquémico agudo cortical temporoparietal esquerdo e duas lesões embólicas crónicas, frontal e cerebelosa direitas. Investigação etiológica com estudo de vaso intra-/extracraniano, ECG-holter e ecocardiograma transtorácico e transesofágico sem alterações de relevo.

Três anos depois apresentou novo episódio de hemiparesia, hemi-hipostesia e hemianopsia homónima esquerdas no contexto de AVC isquémico no território da artéria cerebral posterior direita. A RM-CE documentou enfarte isquémico agudo neste território tal como outra lesão crónica, não presente em 2020, no território da artéria cerebral média direita.

Repetido novo estudo vascular completo sem alterações. Face aos episódios recorrentes, com lesões isquémicas em múltiplos territórios, realizou TC-TAP com evidência de neoplasia do urotélio alto à esquerda. Retrospectivamente foi possível apurar antecedentes de perda ponderal relevante (10%) um ano antes do primeiro evento vascular cerebral, e episódios intermitentes de hematúria macroscópica, com início seis semanas antes do segundo internamento. Assumiu-se assim o diagnóstico de AVCs isquémicos recorrentes no contexto de estado pró-trombótico paraneoplásico.

**CONCLUSÃO** | Este caso clínico pretende ilustrar a importância de se considerar a hipótese de neoplasia em doentes jovens com AVC embólico recorrente, principalmente quando a história clínica é sugestiva de neoplasia oculta ou existe envolvimento de múltiplos territórios vasculares.

---

## **P51. AVC isquémico recorrente como manifestação inaugural de neoplasia oculta do pulmão**

**Autores:** Bárbara Alves Rodrigues<sup>1</sup>, Inês Carmo e Pinto<sup>1</sup>, Cláudio Gouveia<sup>2</sup>, João Pedro Marto<sup>1,3</sup>, Sofia Calado<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 2 - Serviço de Medicina Interna, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 3 - Centro Clínico Académico de Lisboa (CCAL), NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal

**INTRODUÇÃO** | Doentes com neoplasia têm risco acrescido de AVC isquémico por diferentes mecanismos, principalmente pela indução de estado protrombótico paraneoplásico. Estas alterações hematológicas podem desenvolver-se numa fase precoce da doença, podendo o AVC isquémico corresponder à primeira manifestação da doença neoplásica. Assim, a identificação de características associadas a maior risco de AVC isquémico no contexto de estado protrombótico paraneoplásico poderá permitir um diagnóstico precoce de neoplasia oculta.

**CASO** | Mulher de 65 anos de idade, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e hábitos tabágicos no passado (50 UMA). Admitida por quadro de instalação ictal de vertigem e disartria. Do estudo completo realizado, a destacar RMN CE com evidência de múltiplos eventos isquémicos, bi-hemisféricos, na circulação anterior e posterior, e ecocardiograma transesofágico com placa complexa ao nível da crossa da aorta. Admitido AVC isquémico agudo multiterritório neste contexto, com alta sob terapêutica médica otimizada e referenciada a cirurgia cardiotorácica. 4 meses depois, admitida por novo AVC isquémico no território da artéria cerebral média esquerda. Submetida a trombólise, mas considerada sem indicação para tratamento endovascular por ASPECTS desfavorável. Repetido estudo vascular e considerada a hipótese de evento paraneoplásico. TC tóraco-abdómino-pélvica com lesão sugestiva de adenocarcinoma do pulmão, posteriormente confirmado por broncofibroscopia e estudo histológico. Ecocardiograma transesofágico documentou endocardite marântica da válvula aórtica. A doente foi encaminhada para consulta de Pneumologia oncológica, tendo iniciado terapêutica dirigida à neoplasia referida.

**CONCLUSÕES** | Apresentamos o caso de uma doente com AVC isquémico como manifestação inaugural de neoplasia oculta do pulmão. Salientamos como fatores preditores de maior risco para neoplasia oculta a apresentação clínica com enfartes em diferentes territórios vasculares e a recorrência de eventos cerebrovasculares.

---

## P52. Além dos *triggers*, na Síndrome de Vasoconstrição Reversível

**Autores:** Catarina Guedes Vaz<sup>1</sup>, Francisco Almeida<sup>2</sup>, Liliana Igreja<sup>2</sup>, Maria Carlos Pereira<sup>1</sup>, Francisco Repas Barbosa<sup>1</sup>, Diana Freitas<sup>3</sup>, Ricardo Soares-dos-Reis<sup>4,5</sup>, Denis Gabriel<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 - Serviço de Neurorradiologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 3 - Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital Trofa Saúde Alfena; 4 - Consulta Externa de Neurologia do Hospital Trofa Saúde Alfena; 5 - Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

**INTRODUÇÃO** | A Síndrome de Vasoconstrição Reversível (RVCS), em crescente reconhecimento, decorre da desregulação transitória da vasculatura cerebral. Manifesta-se por cefaleia *thunderclap* e está associada a múltiplos *triggers* e patologias.

**CASO CLÍNICO 1** | Homem de 49 anos, saudável, com história progressiva pontual de cefaleia noturna associada a palpitações, admitido por cefaleia *thunderclap* precedida de pequeno esforço. Com exame neurológico normal, a tomografia cranioencefálica documentou hemorragia subaracnoideia (HSA) da alta convexidade fronto-temporo-parietal direita e frontal esquerda e a angio-TC irregularidades em ramos das artérias cerebrais médias (M2 e M3), anterior direita (A1) e cerebrais posteriores, com ausência de formações aneurismáticas. RVCS score 9.

Iniciou terapêutica com nimodipina, obtendo-se controlo tensional. *Eco-doppler* transcraniano a cores em D6 com achados dentro dos parâmetros da normalidade. Por manutenção de um perfil tensional tendencialmente hipertensivo, prosseguiu no estudo de causas secundárias de HTA em regime de consulta externa, que documentou um aumento das

metanefrinas fraccionadas plasmáticas associada a lesão nodular na glândula supra-renal direita a sugerir o diagnóstico de feocromocitoma. Não se apuraram outras condições associadas.

**CASO CLÍNICO 2** | Mulher de 60 anos, sem antecedentes de relevo, admitida após 2 episódios de cefaleia thunderclap que surgiram durante o coito e cefaleia holocraniana intercrítica constante resistente à analgesia e de menor intensidade. Sem défices focais, a tomografia revelou HSA da alta convexidade fronto-parietal bilateral e o estudo angiográfico evidenciou estenoses multifocais dos segmentos distais da circulação anterior (M2, M3 e A2), sem sinais sugestivos de formações aneurismáticas. RVCS score 10. Iniciou, também, terapêutica com nimodipina com controlo tensional e da cefaleia. Realizou *eco-Doppler* 2 semanas após o evento, sem alterações de relevo. Não se apuraram outros precipitantes, nomeadamente farmacológicos, metabólicos e ambientais.

**CONCLUSÕES** | O reconhecimento e resolução da etiologia subjacente, assim como a evicção de possíveis *triggers*, são fundamentais no reconhecimento e gestão de RVCS. O feocromocitoma, apesar de manifestação rara de síndrome de vaso-constricção reversível, é um diagnóstico a considerar, pela sua potencial morbimortalidade.

---

### P53. Um culpado diferente?

**Autores:** Flavia Fleming, Isabel Taveira, Ana Paula Fidalgo

**Instituição:** CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**INTRODUÇÃO** | As doenças auto-imunes têm diferentes períodos evolutivos e, parece existir uma relação causal entre a inflamação provocada e o aumento do risco e gravidade do AVC. A própria terapêutica utilizada para controlar determinadas doenças auto-imunes parece estar associada a maior risco vascular. No controlo de determinadas doenças auto-imunes, o número de eventos vasculares *major* associados a Ustecinumab (anticorpo monoclonal IgG1k anti interleucina-12/23 humano) têm sido comparáveis aos da população geral, sugerindo-se no entanto um controlo periódico dos fatores de risco aquando da sua utilização.

**CASO CLÍNICO** | Os autores apresentam o caso de uma mulher de 51 anos, com antecedentes de Doença de Chron e Psoríase, medicada com ustecinumab (90 mg) a cada 6 semanas, tendo feito a última toma a 18/10. Admitida em Serviço de Urgência a 2/11 por défice neurológico focal súbito sugestivo de síndrome completo da ACM Esq. Submetida a trombectomia com benefício e admitida na UAVC para estudo etiológico e plano de reabilitação. De todo o estudo etiológico exaustivo realizado, há apenas a realçar estenose (50-59%) da ACI, e ANA e beta2glicoproteína positivas (na fase aguda). Embora o ustecinumab seja dos fármacos biológicos com menor risco vascular associado, poderá o mesmo ter tido uma importância causal para o caso?

**CONCLUSÕES** | Apesar do estudo etiológico se manter ativamente em curso, a hipótese do ustecinumab ter tido um impacto na patogénese deste evento vascular mantém-se como uma hipótese possível. Há um longo caminho por percorrer na Medicina, em particular nas doenças auto-imunes, sendo importante lembrar que nenhum fármaco é potencialmente inócuo.

---

### P54. Thunderclap Headache – um caso de trombose da artéria basilar

**Autores:** Francisco Repas Barbosa<sup>1</sup>, Ana Isabel Pereira<sup>2</sup>, Catarina Guedes Vaz<sup>1</sup>, Maria Carlos Pereira<sup>1</sup>, Diogo Pereira<sup>1</sup>, Denis Gabriel<sup>1</sup>

**Instituição:** 1 - Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA); 2 - Serviço de Neurorradiologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA)

**INTRODUÇÃO** | Apesar de não estar invariavelmente presente, a cefaleia também pode acompanhar os AVC isquémicos. Na literatura, a frequência relatada de cefaleia nos enfartes da circulação posterior varia entre 30% e 75%. As características da cefaleia são, na sua maioria, difusas e inespecíficas ou podem estar localizadas na área occipital, mas também podem incluir náuseas, vômitos, foto ou fonofobia, ou podem estar associadas a um déficit neurológico focal pouco evidente.

**CASO CLÍNICO** | Uma jovem de 29 anos, com antecedentes de excesso ponderal e hipotireoidismo, foi admitida no serviço de urgência por uma violenta cefaleia holocraniana de início súbito, com cerca de 1h e 30 minutos de evolução. À admissão encontrava-se sonolenta (Glasgow 14), sem défices neurológicos focais aparentes e com perfil tensional normal. Apesar da cefaleia, destacava-se a flutuação do grau de vigília, pautados por períodos de ligeira disartria. Numa observação mais atenta, objetivou-se reflexos cutâneo-plantares em extensão e ligeira síndrome cerebelosa cinética bilateral. Nessa altura, o quadro foi entendido como de um AVC hiperagudo. Na tentativa de estabelecer uma cronologia fidedigna da sintomatologia, a doente acabou por referir que, no início dessa manhã, não conseguiu manter uma trajetória linear ao dirigir-se para o trabalho no seu automóvel, assim como tendência a lateropulsão esquerda, que tinha desvalorizado. Por esse motivo, a abordagem foi realizada fora de janela temporal para realização de trombólise endovenosa. A angio-tomografia de troncos supra-aórticos revelou um defeito de preenchimento do terço médio e superior da artéria basilar, com bom preenchimento das artérias cerebrais posteriores por estabelecimento de colateralização pelas artérias comunicantes posteriores. Decidiu-se pela realização de trombectomia mecânica, obtendo-se recanalização (TICI 3) e imediata recuperação dos défices.

**DISCUSSÃO E CONCLUSÃO** | A cefaleia associada ao AVC tem um amplo espectro de apresentação, desde inespecífica até uma apresentação violenta, desde o início, na maior parte dos casos, embora possa associar-se a outros sintomas tardiamente, em cerca de 10-15%. Pode ser um sintoma cardinal na apresentação de um AVC (quer hemorrágico, quer isquémico) e o caso realça a importância de estar atento a sinais de alarme, de modo a não escapar um diagnóstico com importantes implicações no prognóstico.

## **P55. Descobrimo a Ameaça Escondida: AVC Isquémico Agudo no Contexto de Neurosífilis – Relato de Caso**

**Autores:** Teresa Abegão<sup>1,2</sup>, Pedro Gomes Santos<sup>1,2</sup>, Mariana Antão<sup>2</sup>, Carlos Cabrita<sup>2</sup>, Catarina Frias<sup>1</sup>, André Florêncio<sup>1</sup>, Ana Paula Fidalgo<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Unidade de AVC, Centro Hospitalar Universitário do Algarve; 2 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**INTRODUÇÃO** | A neurosífilis é uma infecção do sistema nervoso central causada pelo *Treponema pallidum*. Nos últimos anos, tem havido um aumento da incidência de sífilis; no entanto, a neurosífilis é rara, em comparação com a era anterior à descoberta da penicilina. Pode ser assintomática ou causar várias manifestações, como meningite sífilítica, meningoarterite sífilítica ou tabes dorsalis. A meningoarterite sífilítica pode causar arterite inflamatória das artérias cerebrais, levando à oclusão vascular e enfarte cerebral.

**CASO CLÍNICO** | Relatamos o caso de uma mulher de 63 anos com antecedentes pessoais de hemorragia cerebral e vários factores de risco cardio e cerebrovasculares (hipertensão arterial essencial não tratada, tabagismo e obesidade grau II), que recorreu à urgência por diminuição da força muscular à direita e alteração da fala com 3 horas de duração. Ao exame objetivo apresentava-se hipertensa, com tensão arterial de 173/81mmHg, normocárdica, com hemiparesia e hemi-hipoestesia direitas e disartria, correspondente a um *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) score de 4 pontos. A tomografia computadorizada com angiografia cranioencefálica e cervical não revelou alterações; no entanto, a ressonância magnética cranioencefálica demonstrou enfartes talâmico e da cápsula interna à esquerda. A doente iniciou anti-agregação e estatina de alta potência. Os anticorpos anti-*T. pallidum* foram positivos, bem como o Rapid Plasma Reagin (RPR). A análise do líquido cefalorraquidiano confirmou o diagnóstico de neurosífilis, e a doente foi tratada com ceftriaxone durante 14 dias

(escolha condicionada por alergia à penicilina). Após dois dias de internamento na Unidade de AVC os défices neurológicos começaram a melhorar, tendo a doente à data de alta um NIHSS score de 1 ponto (à custa de discreta hipoestesia direita). Um mês após a alta, a doente foi observada em consulta de Medicina AVC, com completa resolução do quadro.

**DISCUSSÃO E CONCLUSÃO** | Embora exista uma alta prevalência de acidentes vasculares cerebrais em doentes com neurosífilis, esta patologia é geralmente sub-diagnosticada. A neurosífilis não tratada acarreta um maior risco de recorrência de acidente vascular cerebral em comparação com outros factores de risco cerebrovasculares. Por esse motivo, o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais. Este caso destaca a importância de considerar o diagnóstico de neurosífilis em doentes com acidente vascular cerebral, mesmo quando idosos e/ou com vários outros factores de risco cerebrovasculares, de modo a prevenir recorrências e outras complicações.

---

## **P56. Polimorfismos do gene MTHFR na determinação do risco de AVC isquémico no adulto jovem e cardiopatia congénita na descendência**

**Autores:** Bárbara Alves Rodrigues<sup>1</sup>, Vítor Ferreira<sup>1</sup>, Inês Carmo e Pinto<sup>1</sup>, João Pedro Marto<sup>1,2</sup>, Miguel Viana-Baptista<sup>1,2</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Neurologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 2 - Centro Clínico Académico de Lisboa (CCAL), NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

**INTRODUÇÃO** | As variantes alélicas do gene da enzima metilenotetrahydrofolato redutase (MTHFR) 677 C>T e MTHFR 1298 A>C parecem estar associadas a um aumento do risco de eventos vasculares, incluindo AVC isquémico. Adicionalmente, parece haver uma associação entre a variante MTHFR 677 C>T e o aumento do risco de patologia cardíaca congénita na descendência. O presente caso ilustra a associação entre variantes alélicas MTHFR, AVC isquémico em idade jovem e presença de patologia cardíaca congénita na descendência.

**CASO** | Mulher 45 anos de idade, autónoma, com antecedentes pessoais de taquicardia de reentrada do nódulo aurículo-ventricular submetida a ablação, tromboembolismo pulmonar pós-procedimento, hábitos tabágicos ativos (10 UMA) e antecedentes familiares de filho com tetralogia de Fallot. Admitida no Serviço de Urgência por síndrome total da circulação anterior direita, com NIHSS 15. Submetida a trombólise e trombectomia no contexto do segmento M1 da artéria cerebral média direita, com melhoria clínica progressiva. Do estudo etiológico realizado, a destacar ecocardiograma transesofágico com *shunt* interauricular mínimo, e estudo de trombofilias genéticas a revelar a presença das variantes alélicas MTHFR 677 C>T e MTHFR 1298 A>C. A doente mantém seguimento em consulta de Neurologia, sob anticoagulação terapêutica e com mRS 2 aos 3 meses.

**CONCLUSÕES** | Apresentamos o caso de uma doente com polimorfismo genético de MTHFR, com história de eventos tromboembólicos arteriais e venosos e com filho com tetralogia de Fallot. Colocamos, deste modo, a hipótese de as variantes alélicas documentadas poderem justificar a maior predisposição para tais eventos tromboembólicos e para a história familiar de cardiopatia congénita na descendência. Em termos de gestão terapêutica, considerámos que a doente beneficiaria de anticoagulação terapêutica a longo prazo e suplementação de ácido fólico, não havendo história de recorrência de eventos até à data. Salientamos a importância de se reconhecer estas variantes como potenciais modificadores de risco de eventos futuros no sentido de otimização das medidas preventivas estabelecidas.

---

## **P57. Endocardite Infeciosa – mimetizador de AVC por embolização séptica**

**Autores:** João Gomes, Catarina Reis, Ana Luísa Rodrigues, Isabel Camões

**Instituição:** Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE

**INTRODUÇÃO** | A endocardite infecciosa (EI) representa um diagnóstico de suspeição que se associa a um elevado número de complicações e morbimortalidade. O acidente vascular cerebral (AVC) tem diversas etiologias e é fundamental considerar outros diagnósticos diferenciais quando existem sinais e sintomas sugestivos de outras patologias.

**CASO CLÍNICO:** Homem, 63 anos, portador de prótese mecânica desde 2020 por estenose aórtica grave, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, ex-fumador, fibrilhação auricular hipocoagulada. Esteve internado por AVC isquémico em território da ACME, não submetido a terapêutica de reperfusão, à admissão com NIHSS 7 (afasia mista sem resposta verbal, paresia facial central direita), à data de alta NIHSS 3. Regressa ao SU 2 dias depois por febre (temperatura máxima objetivada 38°C) e agravamento de défices neurológicos, com 8 horas de evolução. Associadamente, polaquiúria e dor abdominal supra-púbica. Ao exame neurológico, NIHSS 7. Toque retal com próstata volumosa, dolorosa ao toque. Sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente sem leucocitose, proteína C reativa 172 mg/dL, função renal e hepática normais, INR 1.17, exame sumário de urina com nitritos negativos, leucócitos 31/μL. Tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) sem lesões isquémicas ou hemorrágicas de novo. Ficou internado no serviço de Medicina Interna por prostatite aguda e iniciou antibioterapia com ciprofloxacina. Verificada melhoria neurológica às 48h (NIHSS 3). Foi isolado meticilina-sensível staphylococcus aureus (MSSA) em 2 hemoculturas de sangue periférico, urocultura negativa. Fez ecocardiograma transtorácico: prótese funcionante, sem vegetações.

Ao 3º dia de internamento, apresenta alterações do comportamento, agitação psicomotora e agravamento de défices neurológicos, com TC-CE a evidenciar múltiplas lesões hemorrágicas intraparenquimatosas com edema circulante. É transferido para a unidade de Neurocríticos. Do restante estudo, realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que demonstrou embolização séptica esplénica. Sem evidência de aneurismas micóticos em angiografia cerebral.

É estabelecido o diagnóstico definitivo de endocardite infecciosa segundo os critérios de Duke, com 1 *major* (bacteremia por MSSA) e 3 *minor* (febre > 38°C + fenómenos vasculares + fator predisponente), com escalada de antibioterapia (flucloxacilina + rifampicina que manteve durante 6 semanas). Já estabilizado a nível hemodinâmico e neurológico, é transferido para enfermaria de Medicina Interna.

Por quadro de insuficiência cardíaca aguda, realizou ecocardiograma transesofágico que evidenciou 2 massas nodulares na região da prótese, podendo corresponder a vegetação infecciosa, e um trombo séssil adjacente ao apêndice auricular direito. Realização seriada de TC-CE, com progressiva redução das dimensões das lesões hemorrágicas, tendo sido reiniciada hipocoagulação sem intercorrências. Uma semana após hipocoagulação otimizada, verificou-se diminuição do tamanho das massas cardíacas. Apresentou hemoculturas negativas desde o 7º dia de internamento, com evolução analítica favorável. Teve alta hipocoagulada com NIHSS 3.

**CONCLUSÕES** | Uma das complicações mais severas da EI é a embolização séptica, particularmente para a circulação cerebral, como se verificou no presente caso clínico. Adicionalmente, com evidência de trombos em ecocardiograma, é importante a reintrodução precoce da hipocoagulação para a prevenção de novos eventos, sendo muitas vezes um desafio encontrar o momento certo para o fazer.

---

## **P58. Cuidados de saúde, fatores clínicos, económicos e sociais preditivos da qualidade de vida após Acidente Vascular Cerebral: Estudo longitudinal multicêntrico**

**Autores:** Augusta Silva<sup>1</sup>, Mariana Vasconcelos, Sara Lata, Cláudia Silva<sup>1</sup>, Christine Cunha<sup>1</sup>, Andreia Sousa<sup>1</sup>, Rosália Ferreira<sup>1</sup>, Soraia Pereira<sup>1</sup>, Maria João Trigueiro<sup>3</sup>, Brígida Patrício<sup>3</sup>, Artemisa Rocha<sup>2</sup>, Diana Tavares<sup>5</sup>, Ana Silva Alexandrino<sup>1</sup>, Pedro Maciel Barbosa<sup>1</sup>

**Instituição:** Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Porto: 1 - Área Técnico-Científica de Fisioterapia; 2 - Área-Técnico-Científica de Ciências Sociais e Humanas; 3 - Área-Técnico-Científica de Terapia da Fala; 4 - Área-Técnico-Científica de Terapia Ocupacional; 5 - Área-Técnico-Científica de Neurofisiologia

**INTRODUÇÃO** | O acidente vascular-cerebral (AVC) configura um evento neurológico agudo, com consequências físicas, psicológicas, laborais e sociais de longo-prazo. A consequente diminuição da mortalidade, têm-se traduzido num aumento da prevalência de sobreviventes com sequelas incapacitantes. A heterogeneidade das sequelas observadas, nas fases crónicas, dos sujeitos pós-AVC interfere com a capacidade e participação funcional destes sobreviventes. No entanto, os estudos realizados em Portugal, não têm contemplado um levantamento atualizado dos principais preditores da qualidade de vida do sobrevivente em fase crónica, nem uma monitorização do acesso e da qualidade percebida a cuidados de neuro-reabilitação de longo-prazo. Existe um consenso crescente de que a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), auto-relatada, é uma métrica fundamental para a compreensão do impacto da doença na perspetiva dos sobreviventes após o AVC. Desta forma, esta proposta de investigação-ação procura contribuir para uma maior compreensão das necessidades sentidas por sobreviventes de AVC, permitindo o desenvolvimento e a implementação de futuros programas de reabilitação e de cuidados de saúde de longo-prazo, em Portugal.

**OBJETIVO** | Realizar um mapeamento nacional nos sobreviventes de AVC, em fase crónica, das necessidades de natureza económica (apoios sociais, formação complementar para retorno ao trabalho ativo, benefícios fiscais), social (acesso e integração em grupos de apoio, oportunidade de acesso a grupos de lazer, acesso a serviços domiciliários), profissional (adaptação do local de trabalho e/ou tarefas desempenhadas) e familiar (formação e apoio aos cuidadores informais); e das necessidades de acesso a serviços de saúde (cuidados de saúde e de neuro-reabilitação das áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e psicologia). Pretende-se, ainda, avaliar o valor preditivo destas necessidades na QVRS, com o objetivo futuro de implementar planos de reabilitação de longo-prazo, de acordo com as necessidades não-satisfeitas identificadas.

**METODOLOGIA** | Será constituída uma coorte de sobreviventes de AVC com representatividade amostral e geográfica da população portuguesa. Este estudo irá utilizar dados ao nível da pessoa, avaliados 6 meses após a data do primeiro evento cerebrovascular. Um modelo linear generalizado irá determinar preditores independentes da QVRS, avaliada através das escalas EQ-5D-3L e SF-6D. O modelo incluirá como variáveis as dimensões física, social e económica, testes funcionais preconizados para a avaliação das atividades para a participação (como o *Six-minute Walk Test*, *Timed Up and Go* e *Five Times Sit to Stand Test*) e testes laboratoriais, com recurso a eletroencefalograma, eletromiografia de superfície, plataforma de forças e sistema de aquisição de imagem 3D.

**RESULTADOS** | A partir do levantamento das necessidades, será desenvolvido um modelo vetorial que permita perceber o impacto das mesmas na QVRS dos sobreviventes, identificando quer a força das disposições, quer a sua direção (i.e., se favorecem ou se condicionam a qualidade de vida), que permita o desenvolvimento de um modelo preditivo de cuidados em saúde longitudinal.

**CONCLUSÃO** | O potencial do projeto de investigação-ação proposto, permitirá fornecer um levantamento estruturado de necessidades com impacto na QVRS, e desta forma contribuir para políticas de saúde dedicadas ao sobrevivente de AVC, em Portugal.

---

## **P59. Desafios da reabilitação no AVC vertebrobasilar em paciente com ectrodactilia congénita**

**Autores:** João Gomes, Ana Vaz, Diogo Ferreira, Diana Serra, Mafalda Guimarães, Helena Tavares, Rui Costa, Isabel Marantes, João Barroso

**Instituição:** Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE

**INTRODUÇÃO** | A ectrodactilia é uma malformação congénita rara que afeta o desenvolvimento das mãos e dos pés caracterizada pela ausência parcial ou completa dos dedos centrais, com um aspeto típico em “garra de lagosta”, afetando 1 em cada 90.000 a 120.000 nados-vivos. A reabilitação no AVC vertebrobasilar possui as suas particularidades e desafios, sendo fulcral adaptarmos os tratamentos às características do nosso doente.

**CASO CLÍNICO** | Homem, 53 anos, previamente autónomo, com antecedentes de hipertensão, tabagismo ativo, dislipidemia, doença arterial periférica e ectrodactilia congénita: nos membros superiores, apenas possui polegar e 5º dedo bilateralmente; nos membros inferiores, possui apenas retopé e retopé + mediopé, sem existência de dedos. Apesar disso, trabalhava há anos como taxista num veículo com mudanças manuais. Recorre ao SU por défice motor de início súbito à direita. Ao exame neurológico apresenta-se sonolento, com disartria, paresia facial central direita, paresia membro superior e inferior direitos com força muscular globalmente G3 e hemihipostesia direita (NIHSS 8). Efetuou tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) sem evidência de lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas. AngioTC com oclusão no segmento cervical da artéria carótida interna esquerda; sistema vertebrobasilar com calibre difusamente diminuído, com oclusão/estenose suboclusiva na junção vertebrobasilar. Realizou trombólise e foi internado na unidade de AVC, onde permaneceu 4 dias, tendo sido depois transferido para enfermaria de Medicina Interna, onde permaneceu 1 mês. Durante o internamento, ocorreram três novos eventos vasculares cerebrais. Efetuou ressonância magnética crânio-encefálica que evidenciou múltiplas áreas de isquemia recente cerebelosas direitas, interessando o vérmis cerebeloso e a protuberância, temporo-occipitais do lado direito e no tálamo do lado direito, pelo que é submetido a colocação de stent intracraniano vertebrobasilar. Foi transferido para o serviço de Medicina Física e de Reabilitação, apresentando os seguintes défices à admissão: disartria ligeira e hemiparesia esquerda G4+ não pontuável (NIHSS 1).

Apresentava ainda disfunção cognitiva multidomínios com particular afeção da capacidade visuoespacial, dismetria apendicular na prova dedo-nariz e calcanhar-joelho, sobretudo à esquerda, necessidade de auxílio de terceira pessoa para assumir e manter ortostatismo, com parco equilíbrio estático e dinâmico, marcha atáxica, com desequilíbrio marcado e necessidade de auxílio de terceira pessoa. Ao longo do internamento, verificada melhoria gradual, mas lenta, nomeadamente ao nível do treino de equilíbrio e marcha. Foi ponderada a introdução de ortóteses de tornozelo-pé personalizadas com o intuito de melhorar a capacidade de marcha e diminuir a instabilidade, mas posteriormente abandonada a ideia por habitualmente os doentes com malformações congénitas apresentarem maiores dificuldades de adaptação a estes produtos de apoio, com alterações propriocetivas, uma vez que ao longo da vida se foram adaptando às suas características e conseguindo ter uma vida (relativamente) autónoma, com alguma funcionalidade, apesar destes obstáculos. O doente terá alta para um outro centro de reabilitação, para continuação de tratamentos com vista ao restabelecimento de autonomia e funcionalidade prévios.

**CONCLUSÕES** | No AVC vertebrobasilar, o principal desafio prende-se com a ataxia da marcha, sendo particularmente difícil a reabilitação em casos de ectrodactilia ou outras malformações congénitas.

## **P60. Sobreviventes de AVC como voluntários em equipas de unidades de AVC: uma proposta de ação de suporte pelos pares**

**Autores:** Ana Rita Pinheiro<sup>1,2,3</sup>, Rui Vitorino<sup>3,4</sup>, Anabela Pinto<sup>3</sup>, Paula Bastos<sup>3</sup>, André Roque<sup>3,5</sup>, Joaquim Alvarelhão<sup>6</sup>, António Conceição<sup>7</sup>

**Instituições:** 1 - Instituto de Biomedicina (iBiMED) e Escola Superior de Saúde (ESSUA), Universidade de Aveiro, Aveiro; 2 - Centro de Investigação em Reabilitação, Instituto Politécnico do Porto, Porto; 3 - Grupo de Ajuda Mútua de Sobreviventes de AVC de Aveiro (GAM.AVC – Aveiro), Portugal AVC, Aveiro; 4 - Instituto de Biomedicina (iBiMED) e Departamento de Ciências Médicas (DCM), Universidade de Aveiro, Aveiro; 5 - Unidade de Saúde Familiar Santa Joana, Aveiro; 6 - Escola Superior de Saúde (ESSUA), Universidade de Aveiro, Aveiro; 7 - Portugal AVC - União de Sobreviventes, Familiares e Amigos, Pessoa Coletiva de Utilidade Pública, Instituição Particular de Solidariedade Social, Organização Não Governamental das Pessoas com Deficiência, Associação de Defesa dos Utentes de Saúde, Portugal

**INTRODUÇÃO** | O percurso de recuperação após AVC é uma vivência singular e ímpar. É frequente os sobreviventes sofrerem uma profunda alteração da autoimagem e perdas avassaladoras da vida prévia, resultando num turbilhão de emoções. Neste contexto, dialogar e manter-se informado pode ser um farol de esperança. O apoio pelos pares pode revelar-se uma estratégia de imenso valor, proporcionando conforto e melhorando a qualidade de vida dos que recentemente enfrentaram um AVC.

**OBJETIVOS** | Analisar a importância do apoio pelos pares para os recém-sobreviventes de AVC, também em unidades de AVC (UAVC), na perspetiva de membros de um Grupo de Ajuda Mútua (GAM) de sobreviventes de AVC.

**METODOLOGIA** | Realizou-se uma discussão em grupo focal, envolvendo adultos sobreviventes de AVC em fase crónica, participantes num GAM da Portugal AVC, a partir da questão: “Como a implementação de ações de apoio pelos pares pode influenciar o processo de recuperação?”. A sessão foi orientada por dois profissionais de saúde, dinamizadores de sessões do GAM. Os dados foram registados através de notas de campo anonimizadas. A sessão teve a duração de 90 minutos. Os dados foram analisados usando uma abordagem de análise temática.

**RESULTADOS** | Foram auscultados 7 participantes, 4 do sexo masculino e 3 do feminino. Nenhum teve acesso a ações de apoio pelos pares em fase aguda. Houve um consenso inequívoco entre os participantes de que estabelecer um contacto precoce com sobreviventes recentes de AVC poderá ser extremamente benéfico para estes. Esta ideia ressoou fortemente no grupo, embora houvesse alguma divergência quanto ao momento ideal para iniciar tal interação. A maioria defendeu vigorosamente que esta possibilidade de apoio poderia mesmo existir durante a estadia nas UAVC, antes da alta hospitalar ou transferência para outra unidade de saúde, devendo ser sinalizada pelos profissionais de saúde. Esta sugestão foi endossada unanimemente como uma estratégia essencial para um processo de recuperação mais humano e eficaz.

Os participantes expressaram ainda grande entusiasmo em contribuir ativamente para a capacitação de outros sobreviventes, propondo a criação de uma rede de voluntários com capacidade de entreaajuda, ponderação e espírito moderadamente positivo, essencial no processo de reabilitação, prontos a colaborar estreitamente com as equipas das UAVC. Esta rede, a funcionar num modelo de apoio colaborativo, em que todas as atividades seriam articuladas conjuntamente pelos sobreviventes e profissionais de saúde, estabeleceria um elo vital entre os sobreviventes crónicos e os recentes, proporcionando suporte, partilha de experiências e orientação.

Foi também sugerido que a eficácia e a relevância destas ações deveriam ser regularmente avaliadas, não só pelos recentes sobreviventes mas também pelos seus familiares, cuidadores e profissionais de saúde envolvidos.

**CONCLUSÕES** | Parece existir disponibilidade e motivação por parte de sobreviventes de AVC em fase crónica, participantes de GAM, em dinamizar a implementação de ações de suporte junto de sobreviventes recentes de AVC, devidamente articuladas com as equipas das UAVC. Na opinião dos participantes de GAM, estas ações poderão melhorar o bem-estar, promover a colaboração ativa no processo de reabilitação e reduzir o isolamento social nos primeiros períodos de vivência da condição de saúde.

*Agradecimentos: Os autores agradecem à Portugal AVC e aos participantes dos GAM.*

## **P62. Cuidados de enfermagem na promoção do autocuidado controlo da tensão arterial na pessoa após AVC**

**Autores:** Sandra Martins<sup>1</sup>, Ana Maia<sup>1</sup>, Catarina Pinto Oliveira<sup>1</sup>, Maria de Jesus Torres<sup>1</sup>

**Instituição:** Unidade de AVC, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal

**INTRODUÇÃO** | A ESO prevê que as medidas de prevenção secundária podem reduzir em 80% a ocorrência de novos eventos após um AVC. Apesar de 80-90% das pessoas com AVC serem tratadas, menos de 40% tem a TA controlada, por falta de monitorização, subtratamento e/ou taxas de adesão ao regime medicamentoso baixas. O enfermeiro é uma peça fundamental no tratamento e seguimento das pessoas com AVC, contribuindo para a prevenção primária e secundária das DCV e controlo dos fatores de risco, nomeadamente da TA.

**OBJETIVOS** | Identificar quais os cuidados de enfermagem que promovem o autocuidado controlo da tensão arterial na pessoa após AVC, contribuindo para a melhoria de cuidados.

**METODOLOGIA** | Revisão sistemática da literatura, em novembro de 2023, com recurso aos motores de busca EBSCO e PubMed. A frase booleana utilizada foi: Nursing AND stroke AND prevention and control AND hypertension. Os artigos incluídos são de texto integral, língua portuguesa e inglesa, que abordem a temática em estudo e os cuidados de enfermagem.

**RESULTADOS** | Foram revistos 10 artigos. A existência de consultas de enfermagem regulares que forneçam informações sobre a medicação prescrita e dicas para a mudança de estilos de vida são vistas como facilitadores para a adesão ao tratamento da HTA. Níveis elevados de glicose, estenose da artéria carótida, tabagismo e etilismo constituem fatores de risco acrescido para a ocorrência de um AVC em utentes com HTA. A prática regular de exercício físico regular constitui um fator de proteção. Os facilitadores da adesão à medicação incluem a compreensão da medicação prescrita, disponibilidade dos fármacos, apoio familiar e existência de consultas regulares. Existe uma associação positiva entre a idade, sexo, nível de educação e estado civil. A falta de apoio financeiro, o uso de medicamentos analgésicos auto-prescritos e o estigma da toma da medicação foram identificados como barreiras e desafios à adesão. O conhecimento sobre as complicações da hipertensão, benefício do uso de medicamentos e ensinamentos regulares sobre a mudança de estilos de vida promovem maior adesão ao tratamento. As pessoas associam o consumo de sal à HTA, contudo poucas associam os estilos de vida. A falta de motivação constitui um dos principais problemas associados à mudança de estilos de vida, sendo fundamental apoiar as pessoas durante esta transição.

**DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO** | São necessárias abordagens precoces, estruturadas, integradas, multiníveis e alongadas no tempo, lideradas por enfermeiros, envolvendo a pessoa, família e estruturas da comunidade, sempre de acordo com os determinantes sociais e culturais. O recurso às novas tecnologias pode ser um elemento facilitador e motivador no processo de mudança de estilos de vida.

Durante a intervenção o enfermeiro deve motivar os utentes, reforçar as mudanças efetuadas, envolvendo o utente/família e redes de apoio. Intervenções breves com foco na educação para a saúde e prática de estilo de vida saudáveis são essenciais para a prevenção primária do AVC. Atendendo à importância do autocuidado controlo da tensão arterial, sugere-se futura investigação no âmbito de programas de intervenção de enfermagem.

---

### **P63. Perceção do conhecimento sobre o AVC: estudo transversal numa população adulta do concelho da Póvoa de Varzim**

**Autores:** Ana Sofia Lima, Rosa Santos

**Instituição:** Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico do Porto

**INTRODUÇÃO** | O AVC é uma emergência médica pelo que o seu reconhecimento precoce é fundamental. A aplicação de questionários que avaliem a autoperceção do conhecimento sobre o AVC, pode ser uma alternativa para o rastreio e sensibilização da população para o reconhecimento dos sinais de alerta de AVC para que assim haja uma eficaz atuação.

**OBJETIVOS** | Avaliar a perceção do conhecimento sobre AVC numa população adulta do concelho da Póvoa de Varzim. Secundariamente pretendeu-se avaliar o modo de atuação face a presença de sinais e sintomas compatíveis com AVC, assim como, determinar as diferenças do conhecimento sobre o AVC na população em estudo relativamente ao género, à faixa etária e à escolaridade.

**METODOLOGIA** | Estudo observacional e transversal realizado em 2023 a adultos do concelho Póvoa de Varzim, seguindo as recomendações da *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology, STROBE*. A avaliação da perceção do conhecimento sobre o AVC foi realizada com recurso à técnica de inquérito por questionário presencial de autopreenchimento, através do questionário “Conhecimento sobre AVC”. Definiram-se como critérios de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos de ambos os géneros e ser do concelho da Póvoa de Varzim. Foram considerados como critérios de exclusão, indivíduos com antecedentes de AVC e existência de défices comunicacionais. A análise estatística foi realizada com recurso

ao *Statistical Package for the Social Sciences, SPSS, Statistics 28*.

**RESULTADOS** | A amostra incluiu 123 indivíduos com uma idade média 45,18 anos (DP= 20,408) sendo maioritariamente composta por mulheres (65%). Relativamente ao conhecimento sobre o AVC neste estudo obteve-se uma pontuação média de 47,5% (DP= 13,223). Constatou-se que apenas 65,9% dos inquiridos identificaram o conjunto dos três principais sinais de alerta de AVC. Verificou-se ainda que 69,1% dos inquiridos identificou “dores no peito com irradiação para um dos braços” como sintoma de AVC. Quanto ao modo de atuação perante sintomas de AVC constatou-se que 28,5% dos inquiridos permaneceria junto da pessoa e esperando que esta melhorasse.

**CONCLUSÃO** | Este estudo verificou que em média a população do concelho da Póvoa de Varzim obtinha um conhecimento insuficiente sobre o AVC, independentemente do género e faixa etária. É fundamental apostar em estratégias de promoção educacionais sobre esta patologia, para aumentar o nível de conhecimento sobre o AVC na população.

## P64. Desafios na Implementação de uma Unidade de AVC no meio rural

**Autores:** Rosa Mendes, Ana Filipa Valente, Alexandra Madeira, Ana Luísa Costa, Susana Góis, Mariana Nápoles, Pedro Costa

**Instituição:** Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo- Hospital de Beja

**INTRODUÇÃO** | Um dos principais objetivos das organizações de saúde é a melhoria contínua dos serviços prestados e a qualidade e excelência dos mesmos. A existência de uma Unidade de AVC permite iniciar precocemente o tratamento e a reabilitação do doente, prevenir o agravamento e/ou a repetição do AVC e o desenvolvimento de um plano de alta adequado. No entanto a criação de uma Unidade de AVC num distrito do interior enfrenta diversas dificuldades. A maioria das mesmas prende-se com infraestruturas, aquisição de equipamentos e gestão de recursos humanos.

**OBJETIVO** | Avaliação da implementação de uma Unidade de AVC num distrito do interior de Portugal e determinação de oportunidades de melhoria.

**METODOLOGIA** | A Análise SWOT é uma ferramenta de planeamento estratégico que permite às organizações identificarem os seus pontos fortes e fracos internos, bem como as oportunidades e ameaças externas. Ao utilizar esta metodologia de análise pretendemos obter uma visão abrangente da situação atual da nossa unidade de forma a podermos tomar decisões estratégicas e identificar as áreas de melhoria.

**RESULTADOS** | Forças: Profissionais competentes e dedicados, critérios de admissão de utentes bem definidos. Equipa de Enfermagem de Reabilitação com Programa de Reabilitação ativo e em tempo dedicado para o efeito, Reuniões de Equipa Multidisciplinares semanais, Núcleo de Enfermagem de Reabilitação como grupo de apoio e consultadoria; Boa colaboração com Neuroradiologia, Cirurgia Vasculuar e Neurocirurgia do Hospital de referência; Fraquezas: Pouca tecnologia e equipamentos. Dificuldade no acesso e demora nos exames complementares de estudo cardiovascular, por falta de clínicos hospitalares para realização dos mesmos, ou por serem realizados no exterior, atrasando ou impossibilitando por vezes a tratamentos de intervenção endovascular/cirúrgica. Informação perdida e não centralizada pelo uso em simultâneo de suporte de papel e sistema informatizado. Alguns profissionais de saúde pouco sensibilizados para a área das doenças cerebrovasculares. Dificuldade na extração de *outcomes* de intervenção médica e de enfermagem de reabilitação. Poucos clínicos e nenhum em tempo exclusivo dedicado, nem em permanência. Poucas horas atribuídas ao planeamento e gestão de processo. Oportunidades: Adequação dos sistemas de registo. Equipa motivada para novos desafios e intervenções na área da Neurologia. Criação de consulta de *Follow Up* aos 3m/6m/1 ano pós alta. Formação e sensibilização da família/cuidadores e dos profissionais de saúde. Conselho de administração com *mindset* inovador para a criação de valor em saúde. Ameaças: Incumprimento dos critérios de admissão. Inexistência de Neurologista em permanência no Hospital. Não existência de atos vasculares de intervenção. Escassez de respostas sociais em tempo útil. Demora na avaliação inicial por Medicina Física de Reabilitação (MFR).

Inexistência de MFR ao fim de semana. Tempos porta-agulha grandes. Grandes distâncias ao acesso hospitalar.

**CONCLUSÃO** | Utilizando a Análise SWOT, realizou-se uma autoavaliação dos pontos fracos e fortes após 5 meses da implementação da Unidade de AVC no nosso distrito. Com esta metodologia avaliámos o desempenho organizacional e a criação de estratégias a implementar no futuro para um melhor acesso a meios complementares de diagnóstico e aos tratamentos médico, endovascular e de reabilitação, mais adequados e personalizados a cada doente com AVC.

*Compromissos: Sem conflitos de interesses.*

*Publicação: Se se verificar esta situação os autores dão a sua autorização para a publicação do trabalho.*

---

## **P65. Quando a desorientação se encontra camuflada: Um estudo de caso após Acidente Vascular Cerebral**

**Autores:** Mariana Vasconcelos<sup>1</sup>, Inês Gomes<sup>2</sup>

**Instituições:** 1 - Centro de Reabilitação do Norte Dr. Ferreira Alves, Valadares; 2 - FP-13ID, Instituto de Investigação, Inovação e Desenvolvimento Fernando Pessoa, Universidade Fernando Pessoa, e CINTESIS.UFP@RISE, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Rede de Investigação em Saúde, Porto

**INTRODUÇÃO** | A neuro-reabilitação pós-AVC é um campo vasto e multifacetado, que opera num contínuo desde a reabilitação em fase aguda até à prestação de cuidados de saúde na reintegração social e ocupacional. Ao longo deste contínuo, a capacidade de orientação assume-se como uma parte essencial da trajetória da neuro-reabilitação. Esta capacidade diz respeito a um estado psíquico funcional, caracterizado pela consciência do eu em relação ao contexto que o rodeia. O seu pleno funcionamento envolve uma complexa orquestração de processos atencionais, perceptivos e mnésicos, tornando a orientação dependente da respetiva integridade destes processos.

Consequentemente, trata-se de uma função fortemente vulnerável aos efeitos das lesões cerebrovasculares. A desorientação apresenta-se como um dos sintomas mais frequentes pós-AVC, impactando negativamente a reabilitação. Ainda que a orientação temporal e de lugar constituam os dois tipos mais comumente afetados, a avaliação compreensiva desta função requer que se considerem outras dimensões, designadamente, as orientações autopsíquica, corporal, direcional e espacial. O presente estudo de caso pretende ilustrar a importância de uma avaliação detalhada da orientação, nas suas diversas dimensões, e problematizar o respetivo impacto na reabilitação.

**CASO CLÍNICO** | A Sra. A, do sexo feminino, sofreu aos 83 anos um AVC isquémico, com episódio subsequente, um ano e três meses mais tarde, de AIT em território da artéria cerebral média direita. A avaliação da orientação foi efetuada dois meses após o AIT, através do Exame Breve do Estado Mental (MMSE, no original) e da Bateria de Avaliação de Comprometimento Cognitivo (BACC). No que diz respeito ao MMSE, a Sra. A. acertou na totalidade das 10 perguntas (metade relativa à orientação temporal e a outra à orientação de lugar), sugerindo a ausência de comprometimento ao nível da orientação alopsíquica. No entanto, quando se considera a BACC, verifica-se um baixo desempenho em ambos os tipos de orientação, com particular evidência ao nível da orientação do lugar.

Estas dificuldades na orientação de lugar resultam de uma apreciação inexata da direção e da distância, itens estes não contemplados no MMSE. Ao nível temporal, a desorientação observada resultou de uma menor consciência da passagem do tempo. Apesar de ser capaz de evocar corretamente o dia, mês e ano, demonstra um baixo sentido funcional da continuidade do tempo, dimensão não avaliada pelo MMSE. Foi, ainda, observado algum grau de desorientação espacial, ao nível da rotação mental, e de orientação direcional, ao nível do processamento de informação relativa aos lados direito e esquerdo de si, do outro e do espaço. No seu conjunto, estas dificuldades poderão comprometer a perceção de matriz corporal e condicionar o estabelecimento de um esquema interno de orientação e de movimento do corpo no espaço, bem como a sua relação com o ambiente externo, com implicações evidentes para a neuro-reabilitação.

**CONCLUSÕES** | Os resultados observados no estudo de caso apontam para a necessidade de se realizar uma avaliação detalhada das várias dimensões que caracterizam a orientação. A não deteção de problemas de orientação constitui um forte limitador do processo de neuro-reabilitação, condicionando as (re)aprendizagens e o funcionamento na vida diária.

## **P66. Análise linguística da descrição oral da figura Ladrão de biscoitos por uma população saudável**

**Autores:** José Fonseca<sup>1,2,4</sup>, Daniela Pinto<sup>4</sup>, Micaela Pereira<sup>4</sup>, Filipa Miranda<sup>1,3</sup>

**Instituições:** 1 - Laboratório de Estudos de Linguagem, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2 - Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes; 3 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 4 - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

**INTRODUÇÃO** | Os conceitos de macrolinguística e microlinguística discursiva foram descritos por Kintsch & van Dijk, em 1978, no entanto os padrões de normalidade continuam a ser muito escassos a nível global (Smith et al., 2003) e inexistentes em português europeu.

O estudo macrolinguístico do discurso permite identificar o significado contextual de uma palavra ou frase e a ligação entre frases através de mecanismos coerentes com a finalidade de formar tópicos discursivos (Glosse & Deser 1992). A dimensão microlinguística é responsável pela organização dos padrões fonológicos em sequências morfológicas e estas em palavras.

**OBJECTIVO** | Contributo para a obtenção de dados normativos macrolinguísticos e microlinguísticos do discurso descritivo em português europeu.

**MÉTODOS** | Elicitação do discurso através da descrição da figura “Ladrão de biscoitos” para análise dos constituintes microlinguísticos e dos conceitos e coerência. A segmentação dos enunciados foi efectuada através do contorno entoacional e da presença de pausas (Lund & Duchan (1993). A amostra é constituída por 52 sujeitos sem patologia neurológica ou psiquiátrica (28 mulheres), com idade média de 41,3±20,4 anos e escolaridade de 13,1±4,2 anos.

**RESULTADOS** | Obtiveram-se 7 conceitos principais, dos quais se salientam como tendo sido precisos, completos ou incompletos, a “mulher a lavar pratos” (49%), a “criança a roubar a bolacha” (42%), o “lava-loiça a transbordar” (36%) e o “rapaz no banco” (29%). Analisou-se a coerência do discurso através da coerência global (média de 3,0±0,5; da coerência média local (2,3±0,7 (0,0-3,7)) e da coerência do tópico: 3,2±1,3 (2-7) sub-tópicos, 4,6±1,4 (2-8) sub-sub-tópicos e 1,3±0,9 (0-4) sub-sub-sub-tópicos. O número médio de enunciados é de 9,6±4,7 (3-24), com uma extensão média 7,5±3,3 (3,4-20,3). O débito é de 124,5±30,4 (65,3-208,8) palavras. O número total de palavras é de 64,4±30,5 (27-188) e de palavras diferentes de 42,1±15,9 (19-88). A rácio Type-Token é de 0,7±0,1 (0,4-0,9) e o tempo médio do discurso é de 32,17±15,5 (10-76) segundos. Apresentam-se ainda os valores de frequência e de variedade das palavras de conteúdo e de função. Verificou-se a existência de uma relação negativa entre a idade e o débito ( $R=-,0377$   $p=0,006$ ) e positiva entre a escolaridade e o número de palavras diferentes ( $R=0,321$   $p=0,020$ ).

**DISCUSSÃO** | A descrição da figura “Ladrão de biscoitos” é a medida gold standard na avaliação do discurso em Portugal, mas desconhecem-se dados normativos para a população portuguesa.

A análise dos conceitos fornece informações sobre a quantidade de discurso relevante e preciso, mas não informa se o discurso é organizado (Nocholas & Brookshire, 1995). A análise da coerência do tópico permite verificar a organização conceptual do discurso e a interpretação do significado da mensagem (Wright et al., 2013). Os sujeitos mais velhos dizem o que pretendem com menos palavras (menor débito) e as pessoas com mais escolaridade como possuem um léxico mais rico, produzem um maior número de palavras diferentes. A obtenção de valores normativos macrolinguísticos e microlinguísticos é fundamental para a comparação com pessoas com patologia da linguagem.

## P67. A afasia é só uma alteração da linguagem. Mito ou realidade?

**Autor:** José Fonseca<sup>1,2</sup>

**Instituições:** 1 - Laboratório de Estudos de Linguagem, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2 - Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes

**INTRODUÇÃO** | Apesar de muitos autores entenderem a entidade afasia como uma alteração exclusiva da linguagem, essa definição nem sempre foi consensual. Trousseau (1865) afirma que a inteligência está sempre alterada na afasia e para Head (1926) na afasia existe sempre uma perturbação da inteligência. Sabe-se que a linguagem está intimamente relacionada com outros domínios cognitivos, incluindo a memória, as funções executivas e a atenção. Um debate recorrente centra-se na possibilidade da linguagem poder ser ou não desligada dos outros domínios cognitivos.

**CASOS CLÍNICOS** | Descrevem-se dois casos de pessoas com afasia ligeira e dois casos com afasia grave, em que em cada grupo de pessoas com afasia um dos sujeitos não tem alterações cognitivas e outro apresenta alterações da cognição. O teste de memória dos 5 objectos parece ser sensível às alterações da linguagem na condição de evocação imediata. Salienta-se que após uma interferência de 5 minutos a recuperação apresentou um desempenho normal. Este padrão de dissociação pode estar relacionado com uma capacidade de atenção mais flutuante ou com alterações nas redes fronto-parietais, que suportam a capacidade de memória de trabalho. O teste Camelos e Cactus avalia a memória semântica que está, intimamente, relacionada com a linguagem e, portanto, era esperado algum comprometimento.

**CONCLUSÃO** | Os testes para avaliação da memória semântica, episódica e imediata são os mais alterados na afasia e podem reflectir a existência de redes compartilhadas entre estas funções cognitivas e a linguagem ou a necessidade de utilização de estratégias linguísticas na utilização destas capacidades cognitivas.

Contudo, não se pode concluir de imediato que após uma afasia existem, ou não, alterações cognitivas. Embora os terapeutas da fala observem dificuldades cognitivas em algumas pessoas com afasia, a avaliação objectiva da cognição pode ajudar a entender o padrão de desempenho cognitivo geral e ajudar no planeamento de estratégias terapêuticas.

## P68. Desenvolvimento da versão portuguesa do *Aphasia Attitudes, Strategies, and Knowledge Survey*

**Autores:** Helena Guerreiro<sup>1</sup>, Pedro Sá Couto<sup>2</sup>, Isabel Costa<sup>1,3</sup>, Maria da Assunção C. Matos<sup>1,3</sup>

**Instituições:** 1 - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, Agra do Crasto; 2 - Center for Research and Development in Mathematics and Applications (CIDMA), Departamento de Matemática da Universidade de Aveiro (DMAT), Universidade de Aveiro; 3 - Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS@RISE), University of Aveiro, Aveiro, Portugal

**INTRODUÇÃO** | *A Supported Conversation for Adults with Aphasia* (SCATM) é o método de comunicação com maior evidência científica no treino de parceiros de comunicação (PC) de pessoas com afasia (PCAs). A nível mundial tem sido cada vez mais utilizado para treinar os profissionais de saúde (PS) que lidam diariamente com esta população.

O *Aphasia Attitudes, Strategies, and Knowledge Survey* (AASK) permite avaliar as componentes que se alinham diretamente com os objetivos e o foco de intervenção do SCATM: informações sobre a afasia e o seu impacto no acesso aos serviços de saúde, bem como a aprendizagem de estratégias facilitadoras da comunicação (Secções 1 e 2) e o conforto e confiança dos PC com a perspectiva de comunicar com PCAs (Secção 3). Apresenta um total de 11 questões: 4 questões de resposta curta; 3 questões de escolha múltipla; 4 questões com resposta através de uma Escala de Likert de 5 pontos (1–Muito desconfortável/Muito inseguro; 2– Desconfortável/Inseguro; 3–Neutro; 4–Confortável/Seguro; 5 – Muito confortável/Muito seguro).

**OBJETIVOS** | Pretendeu-se realizar a tradução, adaptação e validação de conteúdo do AASK para o português europeu (AASK-PE).

**METODOLOGIA** | Trata-se de um estudo metodológico, constituído pela tradução, adaptação e validação de conteúdo do questionário AASK-PE. Inicialmente, procedeu-se ao pedido de autorização de utilização do AASK à sua autora original. De forma a obter a versão portuguesa final do instrumento, foram consideradas as *guidelines* existentes a nível internacional, realizando-se as seguintes etapas: 1) tradução; 2) síntese das traduções; 3) retrotradução; 4) análise da tradução final de consenso e verificação da sua equivalência por um painel de peritos; 5) Envio da versão final, retrotraduzida, à autora original. De forma a integrar este painel de peritos, foram definidos alguns fatores de inclusão, nomeadamente ser terapeuta da fala (TF) e ter formação prévia em SCATM. Foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item do instrumento e a percentagem de concordância entre peritos. Considerou-se que cada item do questionário deveria ser classificado com valores de IVC acima de 0.9.

**RESULTADOS** | O painel de peritos integrou 6 TF do sexo feminino, com média de idades de  $36.0 \pm 7.9$  anos, com grau de licenciatura ( $n=3$ ) e/ou com grau de mestrado/doutoramento. Estes peritos referem ter, em média,  $12.3 \pm 7.9$  anos de experiência profissional e  $8.8 \pm 6.6$  anos de contacto com PCAs. Foi obtido um  $IVC=1$  para todos os itens do AASK-PE e uma concordância de 100% entre os peritos. Apesar do IVC obtido logo numa primeira ronda de avaliação, os peritos sugeriram pequenas sugestões de alteração da versão de consenso avaliada, tendo sido as mesmas analisadas e integradas.

**CONCLUSÃO** | A versão portuguesa do AASK apresentou bons níveis de validade de conteúdo e de concordância entre peritos, podendo ser utilizado na avaliação do conhecimento dos PS sobre a afasia e sobre as estratégias a utilizar para facilitar a comunicação com PCAs. Em estudos futuros pretende-se dar continuidade ao processo de validação, aplicando o mesmo a uma população alargada de PS e analisando as suas características psicométricas.

---

## **P69. Impacto devastador da disfunção cognitiva após Acidente Vascular Cerebral em idade jovem – a propósito de um caso clínico**

**Autores:** João Santos-Faria<sup>1</sup>, João Nuno Malta<sup>1</sup>, Carla Hovenkamp<sup>1</sup>, Flávio Ribeiro<sup>1</sup>, Ana Rita Silva<sup>2</sup>, Ana Margarida Ferreira<sup>1</sup>, João Paulo Branco<sup>1</sup>

**Instituições:** 1 - Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; 2 - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra

**INTRODUÇÃO** | O sobrevivente de AVC pode apresentar distúrbios cognitivos e comportamentais sequelares, que frequentemente resultam num prognóstico funcional desfavorável. Atendendo à evidência mais recente, a presença de algum grau de compromisso cognitivo atinge cerca de 30% destes doentes. A disfunção cognitiva pode variar substancialmente, desde um acometimento leve num domínio cognitivo específico até a um quadro demencial completo. É imperativo que os doentes sejam submetidos a rastreio para a disfunção cognitiva, tanto na fase aguda quanto durante o processo de reabilitação. Apresentamos um caso clínico que ilustra o impacto da disfunção cognitiva e comportamental como limitação funcional principal após AVC.

**CASO CLÍNICO** | Doente do sexo feminino, 39 anos, encarregada na hotelaria, com AVC isquémico POCl esquerdo de etiologia indeterminada por oclusão da artéria basilar. Quadro neuromotor inicial de humor depressivo, alterações do sono e da memória de trabalho, disartria e ataxia. Cumpriu programa de reabilitação com intervenção de neuropsicologia em Centro de Reabilitação na fase subaguda durante 2 meses. Reavaliada por MFR aos 41 anos, apresentando ausência de défice motor, autonomia na marcha e AVD (com necessidade de orientação estratificada e vigilância), mas socialmente isolada no domicílio. A nível cognitivo e comportamental com alterações marcadas, sendo solicitada reavaliação neuropsicológica e introduzido tratamento psicofarmacológico pelas alterações do sono, comportamento e humor depressivo,

embora sem benefício clínico evidente. Testada resposta ao metilfenidato e, posteriormente, à amantadina, não tendo sido obtida resposta favorável. Na reavaliação neuropsicológica, evidenciou deterioração cognitiva moderada em múltiplos domínios. Apresentava lentificação no processamento da informação e sintomatologia depressiva moderada com significado clínico. Adicionalmente, com défices de memória episódica visual grave, défices de memória episódica verbal moderada, sem benefício de pistas para a memorização, embora mantivesse preservação da atenção e de cálculo. Iniciou intervenção neuropsicológica com melhorias discretas, nomeadamente na capacidade de nomeação e processamento de informação, mas manteve um défice significativo de memória episódica e memória de trabalho. Referenciada para o CRP de Gaia, não reunindo condições de requalificação laboral. Na última avaliação, três anos e meio após o AVC, mantinha os défices cognitivos descritos, sem qualquer sequela a nível motor, e sem capacidade para retomar atividade laboral pela persistência das alterações neurocognitivas.

**CONCLUSÕES** | O caso apresentado sublinha a necessidade de efetuar o rastreio das alterações cognitivas decorrentes do AVC, dadas as suas implicações funcionais. Este quadro pode manifestar-se mesmo em doentes jovens, tendo impacto adverso nas dinâmicas familiares, interações sociais e no desempenho ocupacional, mesmo na ausência de défice motor significativo. A correlação entre depressão e disfunção cognitiva é uma observação comum e contribui para um ciclo de agravamento mútuo, frequentemente negligenciado na prática clínica, e o seu impacto na recuperação do paciente tende a ser subestimado. A abordagem apropriada dessas sequelas envolve a gestão de fatores de risco, intervenções farmacológicas, terapia cognitivo-comportamental, implementação de estratégias compensatórias e treino direcionado para os domínios cognitivos afetados. Contudo, apesar do progresso na estruturação dos programas de reabilitação destinados a sobreviventes de AVC, a resposta apropriada para abordar essas sequelas permanece subdesenvolvida e carece de recursos adequados.

---

## **P70. Tradução e validação do recurso *aphasia-friendly* "Talking To Your Nurse" para a população portuguesa**

**Autores:** Luna Barreto<sup>1,2</sup>, Ana Brígida Patrício<sup>1</sup>, Paula Valente<sup>2</sup>

**Instituições:** 1 - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal; 2 - Instituto Português da Afasia, Matosinhos, Portugal

**INTRODUÇÃO:** A falta de acessibilidade comunicativa nos contextos onde são prestados serviços de saúde é frequentemente um entrave à prestação de cuidados de saúde, na medida em que pode provocar exclusão da pessoa com afasia (PCA) dos serviços e da tomada de decisões, uma maior taxa de erros médicos, insatisfação do utente e frustração, tanto nos profissionais de saúde (PS), como nas PCA. Para realizar uma prática clínica adequada, é fundamental a existência de ferramentas que promovam uma comunicação eficaz entre PS e PCA, e.g., o uso de recursos comunicativos e a aprendizagem e treino de estratégias de comunicação. Para tal, o Aphasia Institute (Toronto, Canadá) elaborou uma série de recursos *aphasia-friendly* que têm demonstrado ser facilitadores deste processo e que, para utilização noutros países, carecem de adaptação.

**OBJETIVO** | Tradução, adaptação cultural e validação, para o português europeu (PE), do recurso pictográfico *aphasia-friendly* "Talking To Your Nurse", desenvolvido pelo *Aphasia Institute*, que visa promover uma comunicação mais eficaz entre enfermeiros e pessoas com afasia.

**MÉTODOS** | **(1)** Tradução do recurso da língua original (inglês) para o PE por uma equipa de 2 tradutores independentes entre si, nativos em PE e com domínio avançado do inglês; **(2)** Obtenção da versão de consenso das traduções; **(3)** Retroversão por parte de um tradutor nativo em PE e com domínio proficiente do inglês; **(4)** Painel de peritos onde foi harmonizada a versão de consenso; **(5)** Validade de conteúdo e *cognitive debriefing*, em que os 6 participantes selecionados eram enfermeiros que contactam com PCA no contexto de trabalho e frequentaram a formação em *Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA™)*; **(6)** Cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC) do recurso (IVC por categoria, por secção e IVC global).

**RESULTADOS** | Do painel de peritos resultaram adaptações culturais nas imagens. O recurso obteve um valor de IVC global satisfatório: 0,977 (IVC > 0,80). Todos os valores por categoria e secção foram superiores a 0,80.

**CONCLUSÕES** | De acordo com o parecer dos peritos e com o valor de IVC, considera-se que o recurso “Talking To Your Nurse” se encontra validado e adaptado cultural e linguisticamente à população portuguesa. A metodologia utilizada, envolvendo os PS diretamente interessados nos recursos, foi uma mais-valia no processo de validação.

Futuramente, a ferramenta será aplicada por enfermeiros a PCA, num processo de pré-teste, de onde poderão resultar, ainda, propostas de melhoria.

---

## **P71. Habilidades visuoestrutivas e executivas no Acidente Vascular Cerebral hemorrágico: Relato de dois casos**

**Autores:** Inês Gomes<sup>1</sup> e Mariana Vasconcelos<sup>2</sup>

**Instituições:** 1 - FP-I3ID, Instituto de Investigação, Inovação e Desenvolvimento Fernando Pessoa, Universidade Fernando Pessoa, e CINTESIS.UFP@RISE, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Rede de Investigação em Saúde, Porto; 2 - Centro de Reabilitação do Norte Dr. Ferreira Alves, Valadares

**INTRODUÇÃO** | A Figura Complexa de Rey é um dos principais instrumentos de avaliação neuropsicológica. Na tarefa de cópia, é pedido ao indivíduo que desenhe uma réplica de uma imagem com 18 padrões. A análise da precisão do desenho permite avaliar o processamento visuoperceptivo e visuoestrutivo. Este sistema de cotação tradicional, quantitativo, apresenta, todavia, algumas limitações, ao não permitir avaliar aspetos qualitativos da reprodução por cópia considerados relevantes, em particular, em situação de AVC.

Vários estudos têm demonstrado que este instrumento é útil na discriminação de indivíduos com lesões no hemisfério direito ou esquerdo ou entre lesões corticais e subcorticais. Recentemente, tem sido sugerido tratar-se de um dos testes mais preditivos da capacidade de aprendizagem motora a longo prazo, o que assume relevância na reabilitação pós-AVC. Esta aprendizagem, ao envolver as capacidades de aprender, adaptar e generalizar habilidades motoras, configura um determinante fundamental da resposta à reabilitação, já que o seu declínio poderá comprometer a recuperação das funções motoras afetadas.

O presente estudo tem como objetivo examinar dois sistemas de cotação, um quantitativo, para determinar o índice de precisão, e outro qualitativo, para determinar o índice de organização e de planeamento, em dois casos de AVC hemorrágico no hemisfério esquerdo.

**CASO CLÍNICO** | O presente estudo de caso incidiu sobre a análise de desempenho na cópia da Figura Complexa de Rey de dois pacientes. O paciente A, do sexo masculino, sofreu um AVC hemorrágico no lobo temporal esquerdo aos 41 anos de idade. As manifestações clínicas incluíram hemianópsia homónima direita, hemiparésia direita de predomínio braquiofacial e afasia global. Dois anos após, as sequelas centravam-se nas dimensões motora e cognitiva. A paciente B, do sexo feminino, sofreu um hematoma intracerebral occipital esquerdo aos 58 anos. A ressonância magnética realizada um ano mais tarde revelou uma sequela cavitada temporo-occipital esquerda cortico-subcortical. As principais dificuldades incidiram no domínio cognitivo, encontrando-se a componente motora relativamente preservada.

Em ambos os pacientes, os resultados observados na Figura Complexa de Rey evidenciaram uma reprodução de modo fragmentado, não contínuo, com recurso a uma abordagem detalhista em detrimento de uma abordagem gestáltica. No entanto, a cópia revelou-se menos precisa e com estratégias organizacionais mais primitivas na paciente B. Em ambos os índices (de precisão e de organização), o seu desempenho revelou-se bastante fraco. Já no caso A, o desempenho foi mais elevado no sistema quantitativo, sugerindo que boas habilidades de reprodução não requerem necessariamente estratégias conceptuais eficientes.

**CONCLUSÕES** | A conjugação de sistemas de cotação quantitativos e qualitativos na análise da Figura Complexa de Rey apresenta utilidade clínica, revelando-se importante para diferenciar indivíduos com AVC, em diferentes regiões cerebrais. Trata-se de um instrumento breve que, a partir da análise da forma como o indivíduo aborda a tarefa, permite avaliar o funcionamento executivo, para além das habilidades perceptivas com que originalmente foi desenvolvido. Acresce que as suas potencialidades na predição da capacidade de aprendizagem motora a longo prazo são promissoras para a reabilitação motora de sobreviventes de AVC, permitindo obter indicações do risco de não resposta à intervenção.

---

## **P72. Treino de Comunicação de Profissionais de Saúde com Pessoas com Afasia**

**Autores:** Helena Guerreiro<sup>1</sup>, Pedro Sá Couto<sup>2</sup>, Isabel Costa<sup>1,3</sup>, Maria da Assunção C. Matos<sup>1,3</sup>

**Instituições:** 1 - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, Agra do Crasto; 2 - Center for Research and Development in Mathematics and Applications (CIDMA), Departamento de Matemática da Universidade de Aveiro (DMAT), Universidade de Aveiro, 3810-193 Aveiro; 3 - Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS@RISE), University of Aveiro, Aveiro, Portugal.

**INTRODUÇÃO** | A Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCATM) é o método de comunicação com maior evidência científica no treino de parceiros de comunicação (PC) de pessoas com afasia (PCAs). A nível mundial tem sido cada vez mais utilizado para treinar os profissionais de saúde (PS) que lidam diariamente com esta população. Em Portugal existe ainda uma lacuna muito grande quanto à forma de comunicação e às estratégias utilizadas com as PCAs nos seus diferentes contextos, sendo uma dificuldade sentida pelos PS.

**OBJETIVOS** | Pretendeu-se analisar a eficácia de um programa de intervenção que visa o ensino de estratégias de comunicação a um grupo de PS que lida diariamente com PCAs.

**METODOLOGIA** | Tratou-se de um estudo experimental (Antes/Após e equilibrado). Foi feita uma formação teórico-prática (TP) aos PS de 3 estruturas hospitalares do norte do país, com base no Programa SCATM. Esta foi desenvolvida junto de 2 grupos e com 3 momentos de avaliação (linha de base, final da fase 1 e final da fase 2). Ambos os grupos foram medidos na linha de base e o Grupo 1 (G1) foi avaliado no final da fase 1 (considerado de controlo, sem formação) e no final da fase 2 (considerado experimental, com formação TP). O Grupo 2 (G2) foi avaliado no final da fase 1 (considerado experimental, com formação TP) e no final da fase 2 (considerado de seguimento). As hipóteses pretendem testar se os resultados apresentam diferenças significativas nos fatores grupo, nos momentos de avaliação e na interação entre o fator grupo e o fator momento de avaliação. Os métodos estatísticos utilizados foram o teste do qui-quadrado, teste U de Mann-Whitney e a ANOVA de 2 fatores mistos. Os resultados foram produzidos através do *software* IBM SPSS versão 28 e os resultados foram considerados significativos se  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS** | Ambos os grupos apresentaram uma amostra de participantes igual (N=14). Ocorreu um aumento do conhecimento do G1 no final de ambas as fases 1 e 2. Em alguns itens (1.1., 1.3., 1.4., 2.1., 2.2., 2.3.) ocorreu uma subida inesperada dos valores no final da Fase 1, uma vez que estes PS ainda não tinham realizado a formação TP. O G2 mostrou alguns resultados não esperados. Idealmente, este grupo deveria apresentar um aumento no conhecimento entre a linha de base e o final da Fase 1 e deveria manter o nível de conhecimento ao longo da Fase 2. Isso apenas aconteceu nos itens 2.2. e 2.3., enquanto nos restantes itens observou-se um padrão de aumento de conhecimento.

**CONCLUSÃO** | Concluiu-se que o programa de intervenção efetuado tem eficácia no ensino de estratégias de comunicação aos PS que lidam diariamente com PCAs. A formação é benéfica ao longo do tempo, não excluindo a necessidade de os PS continuarem a aprofundar os conhecimentos na área. Seria importante alargar o estudo a mais hospitais do país e constituir uma amostra mais diversificada, de forma a alcançar um maior número de PS apetrechados de estratégias de comunicação e melhorar a vida das PCAs que passam diariamente nos seus serviços.

## **P73. Avaliação da função cognitiva, dependência funcional e grau de incapacidade em doentes pós AVC**

**Autores:** José Gonçalves<sup>1,2</sup>, Manuel Teixeira Veríssimo<sup>3</sup>, Daniela Figueiredo<sup>4</sup>

**Instituições:** 1 - Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Aveiro; 2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; 3 - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra; 4 - CINTESIS@RISE, Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro

**INTRODUÇÃO** | O Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem uma prevalência de 8% em indivíduos com idades  $\geq$  a 50 anos, sendo a primeira causa de morte em Portugal. As sequelas mais comuns são a incapacidade física, défice cognitivo, fadiga e problemas psicológicos, que afetam para sempre a vida do doente com AVC crónico, resultando em dependência funcional e um grau de incapacidade muitas vezes elevado.

**OBJECTIVOS** | O objetivo deste estudo foi avaliar a função cognitiva, dependência funcional e grau de incapacidade em doentes com AVC crónico, após alta de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

**METODOLOGIA** | Foi realizado um estudo observacional, longitudinal e descritivo, em doentes com história clínica de AVC com alta em Hospitais da zona Centro, com idade  $\geq$  65 anos, sendo excluídos os que apresentavam demência prévia ao AVC, de qualquer tipo. Os doentes foram observados nos momentos de internamento e alta da UCCI e aos 6 e 12 meses mais tarde. Os dados foram recolhidos através de um protocolo composto por vários instrumentos, destacando-se o teste de MOCA (*Montreal Cognitive Assessment*), a escala modificada de Rankin (mRS) e o Índice de Barthel para avaliação do grau de incapacidade e dependência do doente, e a escala NIHSS para avaliar a gravidade do AVC na Emergência e as suas complicações. Os dados foram recolhidos de agosto/2019 a julho/2022 e analisados com o recurso a análises de estatística descritiva e inferencial.

**RESULTADOS** | Uma *coorte* de 154 pacientes com AVC foi avaliada (relação M/F=1,8; idade  $75 \pm 9$  anos). Um agravamento da severidade das complicações do AVC (escala NIHSS) foi acompanhado por um agravamento no grau de dependência da pessoa tanto na admissão (mRANKIN, 0,567,  $p < 0,01$ ; Barthel, -0,596,  $p < 0,01$ ) como na alta (mRANKIN, 0,595,  $p < 0,01$ ; Barthel, -0,593,  $p < 0,01$ ). Um grau de dependência maior à entrada hospitalar correlacionou-se com maior grau de dependência no momento da alta (mRANKIN, 0,855,  $p < 0,01$ ). Registaram-se melhorias significativas em todas as variáveis avaliadas do momento de admissão para a alta, destacando-se um aumento de 25,67 pontos no Índice de Barthel, o que evidencia uma melhoria no estado funcional da pessoa. As melhorias nas pontuações do MOCA entre o momento de admissão e alta hospitalar ( $p < 0,001$ ) representaram uma recuperação significativa das funções cognitivas ao longo do internamento.

**CONCLUSÕES** | Este estudo destacou a importância da avaliação contínua da capacidade funcional, considerando tanto a escala de RANKIN quanto o índice de Barthel, para obter uma visão completa da independência dos pacientes. Além disso, ressaltou-se a necessidade de intervenções abrangentes que abordem não apenas as dimensões físicas e funcionais, mas também as emocionais e sociais da recuperação pós-AVC.

