

**STROKE
ACTION
PLAN
EUROPE
2018 – 2030**



SAP-E: ASPETOS ESSENCIAIS DOS CUIDADOS NO AVC

Uma visão geral das intervenções baseadas na evidência que abrangem toda a cadeia de cuidados no AVC.

Aspetos essenciais dos cuidados no AVC

Este documento destina-se a profissionais que trabalham com doentes com AVC; oportunamente, será publicado no website do SAP-E outro documento destinado a profissionais cujo âmbito de trabalho inclui o planeamento dos cuidados no AVC ou a defesa dos cuidados no AVC.

O manifesto Aspectos Essenciais dos Cuidados no AVC foi criado como uma ferramenta para o Plano de Ação para o AVC na Europa (Stroke Action Plan for Europe - SAP-E) [1] e foi aprovado pela Organização Europeia do AVC[2].

Devem ser prestados cuidados ao longo de toda a cadeia de tratamento do AVC, incluindo os cuidados em fase aguda, a prevenção secundária, a reabilitação e a vida após o AVC, para dar resposta a todas as necessidades dos doentes, assim como para evitar que estes fiquem com sintomas residuais desnecessários, défices cognitivos e psicológicos e um elevado risco de recorrência. A mortalidade após o AVC depende da qualidade dos cuidados prestados na unidade de AVC [1], e a melhoria do nível de cuidados prestados na unidade de AVC reduz a mortalidade [3] e a incapacidade a longo prazo [4]. A implementação de modelos que garantam a prestação de cuidados adequados a todos os doentes pode reduzir ainda mais a mortalidade, com efeitos sustentados ao longo do tempo [5].

O manifesto Aspectos Essenciais dos Cuidados no AVC estabelece normas essenciais para a prestação de cuidados no AVC em ambiente pré-hospitalar, no internamento agudo, na reabilitação e na vida após o AVC e inclui intervenções cirúrgicas, farmacológicas, não farmacológicas e de apoio.

São necessários requisitos essenciais para a prestação de cuidados suficientes no AVC aquando do planeamento e da atualização dos serviços, garantindo as competências necessárias aos profissionais de saúde, bem como para assegurar a profundidade dos protocolos hospitalares locais e, por último, para que os profissionais de saúde mais jovens estejam familiarizados com os padrões mínimos em toda a cadeia de cuidados no AVC.

Reconhecemos que poderão existir componentes adicionais para um nível de excelência no que respeita aos cuidados no AVC, além das intervenções básicas enumeradas neste documento. Embora sejam claramente importantes, a sua inclusão ultrapassa o âmbito deste trabalho, pelo que remetemos os leitores para as diretrizes relevantes da European Stroke Organisation (ESO).

O Manifesto Aspectos Essenciais dos Cuidados no AVC foi elaborado por um subcomité criado pelo Conselho de Normas de Orientação da ESO a pedido do Comité de Direção da Implementação do SAP-E (cujos membros se encontram listados no final). A lista de intervenções abrange o percurso do doente ao longo da cadeia de cuidados e baseia-se nas melhores orientações baseadas em evidência. Este documento foi elaborado por um subcomité criado pelo Conselho de Normas de Orientação da ESO a pedido do Comité de Direção da Implementação do SAP-E. O manual contém recomendações de diretrizes de elevada qualidade, sob a forma de uma lista prática do que fazer e do que não fazer. Utilizámos as orientações da ESO sempre que disponíveis. Na ausência de diretrizes, demos preferência às diretrizes baseadas no GRADE[4]. Na ausência destas últimas,

optámos pela melhor diretriz disponível baseada em consenso. Referimos a fonte e fornecemos informações sobre o tipo de fonte [por exemplo, recomendação baseada na evidência (RBE), revisão sistemática (RS), meta-análise (MA), ensaio controlado aleatorizado (ECA), declaração de consenso (DC), artigo de investigação (AI)], a fim de permitir ao leitor aferir a qualidade das evidências e facilitar o acesso a leituras adicionais. As abreviaturas encontram-se enumeradas no final do texto (Tabela 1).

Abordagem pré-hospitalar

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Campanhas educativas para sensibilizar para a necessidade de chamar de imediato os serviços de emergência médica em pessoas com suspeita de AVC	[5]	RBE
2. Os técnicos e paramédicos dos serviços de emergência médica devem ter formação numa escala simples de AVC pré-hospitalar para identificar potenciais doentes com AVC.	[5]	RBE
3. Os serviços de emergência médica devem implementar um protocolo de “Via Verde de AVC” que inclua a atribuição da prioridade mais elevada, a notificação pré-hospitalar e a transferência rápida para o hospital “preparado para doentes com AVC” mais próximo	[5]	RBE
Não fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Uso sistemático de O ₂ ; administrar apenas se SpO ₂ <95%	[5]	RBE
2. Administração pré-hospitalar de insulina	[5]	RBE
3. Indução pré-hospitalar de hipotermia	[5]	RBE

Na admissão com suspeita de AVC ou AIT

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Os doentes devem ser admitidos num hospital com um percurso de Via Verde de AVC definido e com pessoal especializado em doentes com AVC agudo.	[6]	RBE
2. Os doentes devem ser submetidos a uma avaliação clínica rápida mas cuidadosa, incluindo um exame neurológico; utilizar uma classificação da gravidade do AVC, por exemplo, NIHSS.	[6]	RBE
3. Avaliação imagiológica cerebral imediata com TC sem contraste ou RMN (DWI, T2*/SWI, FLAIR) em doentes com sintomas persistentes.	[7]	RBE

4. A angiografia por TC ou RM deve ser efetuada em todos os doentes que cheguem < 6 horas ou que sejam potencialmente elegíveis para trombectomia.	[8]	RBE
5. Nos doentes que chegam com hora de início desconhecida entre as 6 e as 24 horas e potencialmente elegíveis para IVT ou EVT, deve ser efetuada RM com AngioRM e perfusão ou TC com angio-TC e perfusão.	[9]	RBE
6. Análises emergentes, incluindo aPTT, INR, eletrólitos, creatinina/eTFG, hemograma completo e ECG, mas não devem atrasar a terapêutica de reperfusão.	[10]	RBE
Considerar a possibilidade de fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. RM com DWI, FLAIR, T2*/SWI e TOF +/- angioRM das artérias cervicais em doentes com AIT após avaliação por um especialista.	[11]	RBE

Tratamento de reperfusão de fase aguda

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Deve medir-se a glicemia antes do início da IVT.	[11]	RBE
2. IVT com alteplase em acidentes vasculares cerebrais potencialmente incapacitantes, mesmo que os sintomas sejam ligeiros, no prazo de 4,5 horas após o início do quadro, independentemente da idade, exceto se existirem contraindicações.	[9]	
3. Tratamento de reperfusão (IVT e/ou MT com base em considerações individuais) na oclusão da artéria basilar dentro de 6 horas após o início de sintomas.	[8,9]	RBE
4. Tratamento de reperfusão (IVT e/ou MT) em doentes selecionados na janela temporal tardia com perfis imagiológicos favoráveis, conforme descrito em orientações específicas.	[8,9]	RBE

Iniciar terapêutica farmacológica de fase aguda

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Na admissão deve ser administrada aspirina, geralmente 250-300 mg, em caso de AVC isquémico ou AIT após avaliação imagiológica inicial em doentes não submetidos a terapêuticas de reperfusão.	[6]	RBE
2. A pressão arterial deve ser mantida <185/110 mmHg nas primeiras 24 horas após a IVT ou TM através de intervenções	[9,12,13]	RBE

farmacológicas e não farmacológicas.		
3. HIC: Na HIC aguda, a pressão arterial deve ser reduzida para uma pressão arterial sistólica igual ou inferior a 140 mmHg o mais rapidamente possível e no prazo de 6 horas, e a redução da pressão arterial deve ser mantida até 7 dias.	[13,14]	RBE
4. Em caso de crises convulsivas nos primeiros 7 dias, administrar medicação antiepiléptica durante 3 meses.	[6]	RBE
5. Nas crises epiléticas que ocorrem após o 7.º dia, iniciar medicação antiepiléptica de longa duração.	[6]	RBE
6. HIC: na HIC relacionada com ACO, considerar a terapêutica de reversão de acordo com o fármaco.	[15]	RBE
Não fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Redução da pressão arterial em doentes com AVC isquémico que não estejam a fazer terapêutica de reperfusão, a menos que a pressão arterial seja muito elevada (>220/120 mmHg) ou a redução da pressão arterial esteja indicada por outras razões.	[6]	RBE
2. A pressão arterial sistólica não deve ser reduzida mais de 90 mmHg na HIC aguda para prevenir a lesão renal.	[13]	RBE
3. Não utilizar medicação antiepiléptica para a prevenção primária de crises epiléticas.	[6]	RBE

Cuidados agudos na Unidade de AVC

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Admissão na unidade de AVC à chegada ao hospital; a unidade de AVC é adequada para todos os tipos de AVC/AIT.	[11]	RBE
2. O rastreio da disfagia deve ser efetuado na admissão e antes de o doente receber qualquer alimento, líquido ou medicamento por via oral. Se existirem problemas de deglutição, está indicada uma avaliação por um especialista (enfermeiro, TO, etc.), de preferência no prazo de 24 horas, para decidir se é necessária uma modificação da dieta ou uma alimentação por sonda, e iniciar treino de deglutição.	[16]	RBE
3. Ajudar o doente a sentar-se na cama, a levantar-se ou a andar se o estado clínico geral permitir a mobilização nas primeiras 24 horas.	[17]	RBE
4. Rastreio e avaliação inicial por profissionais de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, terapeuta da fala) no prazo de 48 horas utilizando um protocolo definido.	[17]	RBE
Não fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Se for necessária ajuda para se sentar da cama, ficar de pé ou	[14]	RBE

andar, não oferecer mobilização em doses elevadas nas primeiras 24 horas.		
---	--	--

Reabilitação e cuidados na unidade de AVC/alta precoce com apoio

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Todas as pessoas que necessitem de reabilitação em regime de internamento após um AVC devem ser admitidas numa unidade especializada em AVC para reabilitação e prestação de cuidados.	[18]	RBE
2. Na unidade de AVC, deve existir uma equipa multidisciplinar composta por profissionais com experiência em AVC, nomeadamente médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistentes sociais e dietistas clínicos.	[18]	RBE
3. Os componentes básicos da avaliação devem incluir a deglutição, o humor e a cognição, a temperatura, a nutrição, função intestinal e vesical, a integridade da pele, a mobilidade, a avaliação funcional, o planeamento da alta, a profilaxia do tromboembolismo venoso.	[18]	RBE
4. Envolver os doentes e os cuidadores no processo de reabilitação e fornecer educação e informação sobre o AVC.	[18]	RBE
5. A equipa de reabilitação segue as melhores práticas clínicas definidas pelas orientações científicas.	[18]	RBE
6. A alta precoce com apoio (APcA), se disponível, é benéfica para os doentes com sintomas de AVC ligeiros a moderados, que estão clinicamente estáveis e têm os recursos para cuidados e apoio em casa. A melhor forma de realizar a APcA é através da equipa que realizou a reabilitação do doente em regime de internamento e deve ser iniciada no prazo de 3 dias após a alta.	[18]	RBE

Reabilitação e cuidados na unidade de AVC/alta precoce apoiada

Não fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Não negar os cuidados da unidade de AVC a doentes com potencial de reabilitação incerto.	[19]	RBE

Prevenção de complicações

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Utilizar a compressão pneumática intermitente (CPI) sequencial à altura da coxa para prevenir a TVP e a EP em doentes imobilizados devido a AVC isquémico ou hemorragia intracraniana (HIC). Se a CPI não estiver disponível, utilizar HBPM em doses profiláticas em doentes com HIC, aguardando pelo menos até 48 a 72 horas.	[20] (HIC)	RBE

2. Avaliar o volume residual pós-micção por ecografia e utilizar o cateterismo intermitente para prevenir infeções do trato urinário.	[11]	RBE
3. Prevenir o delírio através de uma observação estruturada, de intervenções não farmacológicas e utilização de medidas clínicas, de acordo com a prática local, em caso de quadros de delírio grave.	[21]	RBE
4. Prevenir as quedas de acordo com a prática habitual.	[22]	RBE
Não fazer	Fonte	Tipo de fonte
5. Utilização de meias de compressão graduadas.	[23]	RBE
6. Utilização de heparina não fracionada, exceto em doentes com insuficiência renal grave.	[23]	RBE
7. Utilização de cateteres de algaliação devido ao risco de infeções do trato urinário e de síndrome do trato urinário inferior.	[11]	RBE

Mais ações durante o internamento na unidade de AVC

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Análises ao sangue: glicose plasmática em jejum ou HbA1C, perfil lipídico, avaliação hepática.	[11]	RBE
2. Medições frequentes da pressão arterial, por exemplo, de 15 em 15 ou de 30 em 30 minutos, em função do controlo da tensão arterial e até que este seja satisfatório.	[11]	RBE
3. Telemetria durante 24 horas ou mais, dependendo também das necessidades clínicas (controlo da pressão arterial, análise do ritmo cardíaco, saturação de oxigénio).	[11]	RBE
4. Avaliação clínica de doença cardíaca estrutural (história, exame físico, auscultação).	[11]	RBE
5. Avaliação das carótidas para deteção de estenose carotídea (Doppler ou angioTAC/angioRM))	[11]	RBE
6. Monitorização adicional em doentes com suspeita de mecanismo cardio-embólico que são potenciais candidatos a ACO.	[24]	RBE
Considerar a possibilidade de fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Deve ser utilizada a ecocardiografia sempre que se suspeite de uma potencial etiologia cardíaca [história clínica, aspeto da imagem embólica (TAC, RMN), ECG, etc.].	[25]	RBE
2. AngioTC para doença de grandes vasos do arco aórtico e vasos intracerebrais.	[11]	RBE

Prevenção secundária farmacológica

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Prestar um tratamento personalizado para os fatores de risco cardiovascular que inclua intervenções farmacológicas e de alteração de estilo de vida.	[26]	RBE
2. As abordagens devem ter em conta as incapacidades físicas e cognitivas após o AVC e a capacidade da pessoa para compreender e tomar a medicação.	[26]	RBE
3. As medidas de prevenção secundária devem ser iniciadas o mais rapidamente possível e, de preferência, no prazo de uma semana; antitrombóticos no prazo de 24 horas.	[26]	RBE
<i>Anti-hipertensores</i>		
1. O objetivo do tratamento da pressão arterial é atingir uma pressão arterial sistólica inferior a 130 mmHg de forma consistente. Poderá justificar-se um limiar mais elevado em pessoas com doença carotídea bilateral, em idosos ou em pessoas frágeis e com uma esperança de vida limitada.	[27]	RBE
2. A escolha do agente anti-hipertensor varia de acordo com a prática local. Devem ser tidos em consideração os problemas de adesão, o preço, o número de doses diárias e o perfil de efeitos secundários.		GCP
3. Deve ser proposto o tratamento a longo prazo com estatina a todas as pessoas com AVC isquémico, a menos que haja contraindicação.	[12]	DC
4. Nas pessoas com HIC, podem ser administradas estatinas se houver outra indicação, mas não são necessárias por rotina para a HIC.	[12]	DC
<i>Antitrombóticos</i>		
5. Em caso de AVC isquémico ou AIT sem fibrilhação auricular, administrar antiplaquetários a longo prazo, exceto se contraindicado.	[28]	RBE
6. Em caso de AVC isquémico ou AIT com fibrilhação auricular, administrar anticoagulantes a longo prazo, a menos que seja contraindicado. A escolha do medicamento varia consoante a prática local, mas os anticoagulantes orais diretos são mais seguros do que os antagonistas da vitamina K.	[28]	RBE
Considerar a possibilidade de fazer		
	Fonte	Tipo de fonte
1. AVC isquémico: considerar o encerramento do forame oval patente em doentes com menos de 60 anos e sem causa alternativa de AVC.	[29]	RBE
2. AVC isquémico: considerar o encerramento do apêndice auricular esquerdo (EAPE) na fibrilhação auricular com contraindicações para anticoagulação.	[30]	RBE
3. HIC relacionada com a terapêutica anticoagulante oral devido a fibrilhação auricular: incluir num ensaio ou considerar o reinício da terapêutica anticoagulante oral a longo prazo após análise	[12]	DC

individual dos riscos e benefícios.		
Não fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Não administrar antiplaquetários em caso de fibrilhação auricular, exceto se houver outra indicação.	[31]	RBE
2. Não fazer ponte com heparina antes de iniciar anticoagulantes.	[31]	RBE

Doença carotídea

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. A menos que a fragilidade ou as comorbilidades contraindiquem obviamente as intervenções, deve ser efetuada uma avaliação da estenose da artéria carótida (ultrassonografia com Doppler e/ou angio-TC ou angio-RM), de preferência nas 48 horas seguintes ao início dos sintomas, se ainda não tiver sido feita na admissão.	[32]	RBE
2. As pessoas com 70-99% de estenose sintomática devem ser imediatamente encaminhadas para um cirurgião vascular. Em pessoas com 50-69% de estenose sintomática, considerar a endarterectomia carotídea.	[33]	RBE
3. A endarterectomia ou a angioplastia com <i>stent</i> deve ser realizada preferencialmente no prazo de 14 dias após o início do AVC, exceto se houver contraindicação.	[33]	RBE
4. A endarterectomia é preferível à angioplastia com <i>stent</i> em pessoas com mais de 70 anos.	[33]	RBE

Prevenção secundária não-farmacológica – modificações do estilo de vida

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Aconselhar cessação tabágica e oferecer apoio à cessação, que pode incluir farmacoterapia.	[34]	RBE
2. Aconselhar a limitação do consumo de álcool a 14 unidades/semana nos homens e a 7 unidades/semana nas mulheres, oferecer apoio se necessário.	[34]	RBE

3. Dar orientações sobre o regime alimentar. Esta medida varia consoante a prática local, mas pode incluir:	[34]	RBE
a. ingerir cinco ou mais porções de fruta e legumes por dia		
b. reduzir e substituir as gorduras saturadas da alimentação por gorduras polinsaturadas ou monoinsaturadas		
c. reduzir o consumo de sal		

4. O exercício e a atividade física devem ser encorajados tendo em conta as capacidades individuais.	[34]	RBE
--	------	-----

Após a alta

Fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. A alta deve ser planeada com a participação do doente e dos familiares, de modo a garantir a prestação dos cuidados necessários e a informar os doentes e os cuidadores sobre o apoio mínimo que podem esperar.	[18]	RBE
2. A pressão arterial deve ser monitorizada regularmente após a alta hospitalar.	[18]	RBE
3. É planeado o acompanhamento da prevenção secundária farmacológica e não farmacológica, incluindo a utilização de uma lista de verificação (“check-list”) pós-AVC.	[35,36]	AI

A vida depois do AVC

Aspeto	Fazer	Fonte	Tipo de fonte
Seguimento	Os doentes devem ser acompanhados após o AVC, pelo menos uma vez por ano, no que diz respeito ao declínio funcional e a novos sintomas, incluindo a dor, por exemplo, através da utilização da lista de verificação pós-AVC, [37] e referenciados, se necessário.	[38]	RBE
Envolvimento, apoio e educação dos doentes e familiares	Os doentes e os familiares devem ser envolvidos na elaboração do plano de cuidados e noutros planos ou decisões para a vida após o AVC e receber apoio e informações adequadas.	[38]	RBE
Condução	A avaliação da capacidade de condução deve ser efetuada de acordo com a legislação local.	[38]	RBE
Participação (social, profissional, atividades de lazer)	Deve ser efetuada uma avaliação individual e, se for caso disso, deve oferecer-se orientação e aconselhamento.	[38]	RBE
Relações/sexualidade	Deve prestar-se informações e aconselhamento.	[38]	RBE
Apoio às pessoas com incapacidades	Os planos de cuidados devem ser concluídos e os pedidos devem ser apresentados de forma atempada.	[38]	RBE
Diretivas antecipadas de vontade	As diretivas antecipadas de vontade devem ser elaboradas e revistas periodicamente.	[38]	RBE

Transição para cuidados continuados	<p>O resumo da alta e o plano de cuidados devem estar presentes aquando da admissão nos cuidados de longa duração.</p> <p>No caso de objetivos de reabilitação em curso, deve haver acesso a serviços de reabilitação relevantes.</p> <p>Em caso de alteração do estado, deve haver acesso a reavaliação e reabilitação.</p>	[38]	RBE
-------------------------------------	--	------	-----

Este documento foi desenvolvido pelo grupo de redação abaixo indicado, criado pelo Comité de Direção da Implementação do SAP-E, aprovado por este comité e subscrito pelo Comité Executivo da ESO.

Thorsten Steiner. Departamento de Neurologia, Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt, e Hospital Universitário de Heidelberg, Heidelberg, Alemanha

Guillaume Turc. Departamento de Neurologia, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Hopital Sainte-Anne, Université de Paris, Paris, França

Jesse Dawson. Instituto de Ciências Cardiovasculares e Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Veterinárias e da Vida, Universidade de Glasgow, Reino Unido

Katharina Sunnerhagen, Instituto de Neurociências e Fisiologia, Universidade de Gotemburgo, Suécia

Hanne Christensen, Departamento de Neurologia, Hospital Bispebjerg e Universidade de Copenhaga, Dinamarca

Tabela 1: Abreviatura

	Plano de Ação
AIS	AVC isquémico agudo
AIT	Acidente isquémico transitório
APcA	Alta precoce com apoio
CAS	Angioplastia carotídea com stent
CEA	Endarterectomia carotídea
CE-MRA	Angio-ressonância magnética com contraste
CPI	Compressão pneumática intermitente
CT	Tomografia computadorizada cerebral
CTA	Angiografia por tomografia computadorizada cerebral
DWI	Imagem ponderada por difusão (sequência de RM)
ECG	Eletrocardiograma
ECA	Ensaio controlado aleatorizado
ESO	Organização Europeia do AVC
EAAE	Encerramento do apêndice auricular esquerdo
FLAIR	Recuperação de inversão atenuada de fluidos (sequência de RM)

GRADE	Classificação da avaliação, desenvolvimento e apreciação das recomendações (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
HbA1c	Hemoglobina A1c
HIC	Hemorragia intracerebral
IVT	Trombólise intravenosa
LMWH	Heparina de baixo peso molecular
LVO	Oclusão de grande vaso
mmHg	Milímetros de mercúrio
MA	Meta-análise
MRA	Angiografia por ressonância magnética
MT	Trombectomia mecânica
NASCET	Ensaio norte-americano de endarterectomia carotídea sintomática
OAC	Anticoagulante oral
OT	Terapia ocupacional
PFO	Foramen ovale patente
PMR	Perfusão por ressonância magnética
PT	Fisioterapia
PTT = aPTT	Tempo de tromboplastina parcial = PTT ativado
RBE	Recomendação baseada na evidência
RS	Revisão sistemática
SaO2	Saturação de oxigênio
SEM	Serviços de emergência médica
SWI	Imagem ponderada por suscetibilidade (sequência de RM)
T2	Tempo de relaxamento transversal (sequência de RMN)

Referências

1. *Norrving B, Barrick J, Davalos A, et al. Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. Eur Stroke J 2018;3:309-336*
2. *(ESO) ESO. Stroke Action Plan for Europe. <https://actionplan.eso-stroke.org>, 2021*
3. *Steiner T, Norrving B, Bornstein NM, et al. Update on The European Stroke Organisation Guidelines standard operating procedure on guideline preparation and publishing. submitted to European Stroke Journal 2020*
4. *GRADE GRADE your evidence and improve your guideline development in health care. <https://gradepro.org>, 2020*
5. *Kobayashi A, Czlonkowska A, Ford GA, et al. European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. Eur J Neurol 2018;25:425-433*
6. *Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2019;50:e344-e418*

7. Expert Panel on Neurologic I, Salmela MB, Mortazavi S, et al. ACR Appropriateness Criteria(®) Cerebrovascular Disease. *Journal of the American College of Radiology : JACR* 2017;14:S34-S61
8. Turc G, Bhogal P, Fischer U, et al. European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. *European Stroke Journal* 2019;4
9. Berge E, Whiteley W, Audebert H, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal* 2021;6:I-LXII
10. European Stroke Organization E. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovascular Disease* 2008;25:457-507
11. Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society* 2018;13:949-984
12. Ahmed N, Audebert H, Turc G, et al. Consensus statements and recommendations from the ESO-Karolinska Stroke Update Conference, Stockholm 11-13 November 2018. *Eur Stroke J* 2019;4:307-317
13. Sandset EC, Anderson CS, Bath PM, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on blood pressure management in acute ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage. *Eur Stroke J* 2021;0:23969873211012133
14. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. www.nice.org.uk/guidance/ng128, 2019
15. Christensen H, Cordonnier C, Kőrv J, et al. European Stroke Organisation Guideline on Reversal of Oral Anticoagulants in Acute Intracerebral Haemorrhage. *Eur Stroke J* 2019;4:294-306
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. nice.org.uk/guidance/cg32, 2013
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Rehabilitation after a stroke. nice.org.uk, 2013
18. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society* 2019:1747493019847334-1747493019847334
19. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke* 2016;11:459-484
20. Steiner T, Salman RA, Ntaios G. The European Stroke Organisation (ESO) guidelines. *Int J Stroke* 2015;9:838-839
21. (NHS) NHS. Delirium: prevention, diagnosis and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>, 2010
22. (NHS) NHS. Falls in older people: assessing risk and prevention. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>, 2013
23. Dennis M, Caso V, Kappelle LJ, Pavlovoc A, Sandercock PA. European Stroke Organisation (ESO) guidelines for prophylaxis for venous thromboembolism in immobile patients with acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal* 2016;1:6-19

24. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J* 2016
25. Pepi M, Evangelista A, Nihoyannopoulos P, et al. Recommendations for echocardiography use in the diagnosis and management of cardiac sources of embolism: European Association of Echocardiography (EAE) (a registered branch of the ESC). *European journal of echocardiography : the journal of the Working Group on Echocardiography of the European Society of Cardiology* 2010;11:461-476
26. Intercollegiate Stroke Working Party National clinical guideline for stroke, Fifth Edition, Royal College of Physicians, London, 2016
27. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-3104
28. Klijn CJ, Paciaroni M, Berge E, et al. Antithrombotic treatment for secondary prevention of stroke and other thromboembolic events in patients with stroke or transient ischemic attack and non-valvular atrial fibrillation: A European Stroke Organisation guideline. *Eur Stroke J* 2019;4:198-223
29. Messe SR, Gronseth GS, Kent DM, et al. Practice advisory update summary: Patent foramen ovale and secondary stroke prevention: Report of the Guideline Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2020
30. National Institute for Health and Care Excellence. Atrial fibrillation: management - Clinical guideline. www.nice.org.uk/guidance/cg180, 2014
31. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2018;39:1330-1393
32. Fonseca AC, Merwick Á, Dennis M, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack. *European Stroke Journal*;0:2396987321992905
33. Bonati LH, Kakkos S, Berkefeld J, et al. European Stroke Organisation guideline on endarterectomy and stenting for carotid artery stenosis. *European Stroke Journal*;0:23969873211012121
34. Wein T, Lindsay MP, Cote R, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. *Int J Stroke* 2018;13:420-443
35. Philp I, Brainin M, Walker MF, et al. Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2013;22:e173-180
36. Ward AB, Chen C, Norrving B, et al. Evaluation of the Post Stroke Checklist: a pilot study in the United Kingdom and Singapore. *International Journal of Stroke* 2014;9 Suppl A100:76-84
37. Heart and Stroke. Post-Stroke Checklist. https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/professional-resouces/csbp_post_stroke_checklist_en.ashx, 2020
38. Heart and Stroke. Transitions and Community Participation Following Stroke - Section 5: Transition to Long-Term Care Following a Stroke. <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/managing-stroke-transitions-of-care/transition-of-patients-to-long-term-care-following-a-stroke>, 2020

The translation is based on the original document written in the English language and approved by the Steering Committee of the Stroke Action Plan for Europe. This translation may not be entirely accurate or comprehensive due to the complexities and nuances of medical terminology, cultural differences, and the limitations of machine translation technology if this has been used. The SAP-E Steering Committee assumes no responsibility for any errors made in the translation process.