

HCP VERSION- TRADUÇÃO

Elementos Essenciais para o cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Um panorama de intervenções baseadas em evidência cobrindo toda a linha de cuidado do AVC.

Este documento é destinado a pessoas que trabalham com AVC; outro documento voltado para pessoas que trabalham com planejamento de cuidados para AVC ou advocacia para cuidados com AVC será publicado no site do SAP-E oportunamente.

O manifesto Elementos Essenciais para o cuidado do AVC foi criado como uma ferramenta para o Plano de Ação para o AVC na Europa (SAP-E) [1] e foi endossado pela Organização Europeia de AVC (ESO) [2].

Os cuidados com o AVC devem ser administrados ao longo de toda a cadeia de tratamento, incluindo cuidados agudos, prevenção secundária, reabilitação e vida após o AVC, para atender a todas as necessidades dos pacientes e evitar que eles fiquem com sintomas residuais desnecessários, déficits cognitivos e psicológicos e alto risco de recorrência. A mortalidade após o AVC depende da qualidade dos cuidados na unidade de AVC [1], e melhorar o padrão dos cuidados na unidade de AVC reduz tanto a mortalidade [3] quanto a incapacidade a longo prazo [4]. Implementar modelos que garantam a prestação de cuidados adequados a todos os pacientes pode reduzir ainda mais a mortalidade, com efeitos sustentados ao longo do tempo [5].

O Manifesto Elementos Essenciais para o cuidado do AVC estabelece um padrão essencial para fornecer cuidados com o AVC no ambiente pré-hospitalar, durante a internação hospitalar aguda, durante a reabilitação e durante a vida após o AVC, e inclui intervenções cirúrgicas, farmacológicas, não farmacológicas e de suporte.

Requisitos essenciais para cuidados razoáveis com o AVC são necessários ao planejar e atualizar os serviços, garantindo as competências necessárias aos profissionais de saúde, bem como para garantir a execução dos protocolos hospitalares locais, e, finalmente, para que os profissionais de saúde mais jovens estejam familiarizados com o padrão mínimo em toda a cadeia de cuidados com o AVC.

Reconhecemos que pode haver componentes adicionais de cuidados excelentes para o AVC além das intervenções básicas listadas neste documento. Embora sejam claramente importantes, não foi possível incluí-los neste trabalho, e remetemos os leitores às diretrizes relevantes da ESO.

O Manifesto Elementos Essenciais para o cuidado do AVC foi preparado por um subcomitê estabelecido pelo Conselho de Diretrizes da ESO a pedido do Comitê Diretor de Implementação do SAP-E (membros listados no final). A lista de intervenções cobre o percurso do paciente através dos cuidados e é baseada nas melhores diretrizes baseadas em evidências. Este documento foi preparado por um subcomitê estabelecido pelo Conselho de Diretrizes da ESO a pedido do Comitê Diretor de Implementação do SAP-E. O manual contém recomendações de diretrizes de alta qualidade, traduzidas em uma lista prática do que fazer e do que não fazer. Utilizamos diretrizes da ESO sempre que disponíveis. Se não havia nenhuma, preferimos diretrizes baseadas no GRADE [4]. Se não existia uma diretriz baseada no GRADE, escolhemos a melhor diretriz disponível baseada em consenso. Referenciamos a fonte e fornecemos informações sobre o tipo de fonte (por exemplo, recomendação baseada em evidências (EBR), revisão sistemática (SR), meta-análise

(MA), ensaio clínico randomizado (RCT), declaração de consenso (CS), artigo de pesquisa (RA)) para permitir ao leitor julgar a qualidade da evidência, além de oferecer fácil acesso a leituras adicionais. As abreviações estão listadas no final do texto (Tabela 1).

Manejo pré-hospitalar

Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Campanhas educacionais para aumentar a conscientização da população em ligar para o SAMU em caso de suspeita de AVC	(5)	EBR
2. Técnicos e paramédicos do atendimento pré-hospitalar devem receber treinamento para identificar casos potenciais de AVC	(5)	EBR
3. O atendimento pré-hospitalar deve implementar um "código AVC" que permita que os casos suspeitos de AVC recebam prioridade máxima, pré notificação hospitalar e sejam transferidos o mais rápido possível para o hospital mais próximo capacitado em atender AVC	(5)	EBR
Não deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Uso rotineiro de O ₂ , somente usar se a SpO ₂ < 95%	(5)	EBR
2. Administração pré-hospitalar de insulina	(5)	EBR
3. Indução de hipotermia pré-hospitalar	(5)	EBR

Chegada do paciente com suspeita de AVC ou AIT

Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Paciente deve ser admitido ao hospital com um fluxo bem definido para AVC agudo e equipe bem treinada para isso	(6)	EBR
2. Paciente deve receber uma avaliação rápida, porém cuidadosa, incluindo exame neurológico. Use uma escala para determinar gravidade do AVC (ex: NIHSS)	(6)	EBR
3. Imagem cerebral imediata, podendo ser TC ou RNM (DWI, T2/SWI, FLAIR) sem contraste para pacientes com sintomas	(7)	EBR
4. AngioTC ou AngioRNM devem ser realizadas em todos os pacientes que chegarem em até 6h do ictus ou forem potenciais candidatos a tromboectomia	(8)	EBR
5. Em pacientes que não tiverem ictus indefinido,	(9)	EBR

entre 6-24h e que forem potenciais candidatos a trombólise ou trombectomia, devem realizar angioTC ou angioRNM		
6. Exames laboratoriais de fase aguda incluindo (TTP, INR, eletrólitos, creatinina/TFG, hemograma) e ECG devem ser realizados, mas não podem atrasar a terapia de reperfusão	(10)	EBR
Considere fazer	Fonte	Tipo de fonte
RNM, com DWI, FLAIR, T2/SWI e TOF +/- CE-RNM das artérias cervicais em pacientes com AIT, depois de avaliação por especialista	(11)	EBR

Terapia de reperfusão aguda

Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Glicemia deve ser medida antes do início da trombólise	(11)	EBR
2. Trombólise com Alteplase em pacientes com AVCs potencialmente incapacitantes, mesmo que menor, com até 4,5 horas do Ictus, independentemente da idade, a não ser que haja alguma contraindicação	(9)	EBR
3. Terapia de reperfusão (trombólise e/ ou trombectomia baseadas em indicação individual) em oclusão de artéria basilar, com até 6 horas de ictus	(8,9)	EBR
4. Terapia de reperfusão (trombólise e/ ou trombectomia) em pacientes selecionados fora da janela terapêutica, mas com imagem favorável, como detalhado em guidelines específicos	(8,9)	EBR

Início da terapia de fase aguda farmacológica

Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. AAS deve ser administrado na admissão em pacientes com AVCi ou AIT, naqueles pacientes que não receberem terapia de reperfusão, usualmente 250-300mg de AAS	(6)	EBR
2. PA deve ser mantida <185/110mmHg nas primeiras 24 horas após a trombólise e trombectomia, usando intervenções farmacológicas e não farmacológicas	(9,12,13)	EBR
3. AVCh: em pacientes com hemorragia intracerebral a PA deve ser mantida igual ou menor a 140mmHg o mais	(13, 14)	EBR

rápido possível, até 6h após o ictus e deve ser mantida nesses níveis nos primeiros 7 dias.		
4. Em crises convulsivas que aconteçam até o sétimo dia, prescrever antiepiléptico por 3 meses	(6)	EBR
5. Para pacientes que apresentem crise convulsiva após o sétimo dia, prescreva antiepilépticos para uso contínuo	(6)	EBR
6. AVCh: em AVCh por discrasia, considerar reversão farmacológica de acordo com o medicamento usado.	(15)	EBR
Não fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Abaixar PA em pacientes com AVCi e que não receberam terapia de reperfusão, a não ser que PA > 220x 120mmHg ou indicação de reduzir PA por outros motivos	(6)	EBR
2. PAS não deve ser reduzida mais que 90mmHg em AVCh agudo, para prevenir injúria renal	(13)	EBR
3. Não usar antiepilépticos para prevenção primária de crises convulsivas	(6)	EBR

Unidade de AVC agudo

Deve fazer:	Fonte	Tipo da fonte
1. Admitir paciente em unidade de AVC na hora da admissão hospitalar. A unidade pode acomodar todos os tipos AVC/ AIT	(11)	EBR
2. Avaliação da deglutição deve ser realizada em todos os pacientes na admissão e antes de o paciente receber qualquer alimentação, medicação ou líquido VO. Se disfagia for percebida, avaliação especializada (enfermeira, TO, fonoaudióloga) é indicada, preferencialmente em até 24 horas, para decidir modificação na dieta ou necessidade de SNE, além de iniciar a terapia de deglutição	(16)	EBR
3. Ajudar os pacientes a sentarem fora da cama, levantar-se ou caminhar, se a condição clínica permitir, nas primeiras 24 horas	(17)	EBR
4. Triagem e avaliação por profissionais da reabilitação (fonoaudióloga, TO, fisioterapeuta) nas	(17)	EBR

primeiras 48 horas, usando um protocolo padronizado		
Não fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Se o paciente precisar de ajuda para sentar-se fora da cama, levantar-se ou andar, não ofereça doses altas de mobilização nas primeiras 24 horas	(14)	EBR

Reabilitação na Unidade de AVC e cuidados da alta precoce

Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Todos os pacientes que necessitarem reabilitação após o AVC devem ser admitidos em uma unidade de AVC especializada em cuidados e reabilitação	(18)	EBR
2. Na unidade de AVC deve haver uma equipe multiprofissional com experiência em AVC, incluindo médicos, enfermeiros, TOs, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e nutricionistas.	(18)	EBR
3. A avaliação básica deve analisar: deglutição, humor e cognição, temperatura, nutrição, função intestinal e urinária, feridas de pele, mobilidade, avaliação funcional, plano de alta, e profilaxia para tromboembolismo venoso.	(18)	EBR
4. Envolver o paciente e os cuidadores na reabilitação e fornecer educação e informações sobre AVC	(18)	EBR
5. O time de reabilitação deve seguir as melhores práticas definidas pelos guidelines	(18)	EBR
6. Alta precoce com suporte, se disponível, é benéfica para o paciente com sintomas leves ou moderados, estáveis e que tenham boas condições e suporte em domicílio.	(18)	EBR
Não fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Não prive os pacientes com potencial de reabilitação incerto do cuidado das Unidades de AVC	(19)	EBR

Prevenção de complicações

Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Usar dispositivos de compressão pneumática para prevenir TVP e TEP em pacientes imobilizados por AVCi ou AVCh. Se esses dispositivos não estiverem disponíveis, usar heparina de baixo peso	(11)	EBR

molecularem doses profiláticas para pacientes com AVCh, esperar pelo menos 24- 48 horas do ictus.		
2. Avaliar o volume residual pós-miccional por ultrassom e usar cateterismo interno para prevenir infecção de trato urinário	(11)	EBR
3. Prevenir delirium através de observação, intervenções não farmacológicas, e farmacológicas, dependendo da prática local	(21)	EBR
4. Prevenir queda através de práticas usuais	(22)	EBR
Não fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Usar compressas graduadas	(23)	EBR
2. Usar heparina não fracionada, exceto em pacientes com falência renal severa	(23)	EBR
3. Usar sonda de demora, devido ao risco de infecção urinária e sintomas de trato urinário inferior	(11)	EBR

Outros exames durante a internação na unidade de AVC

Deve fazer	Fonte	Tipo de fonte
1. Exames de sangue: HbA1C, perfil lipídico e função hepática	(11)	EBR
2. Medidas repetidas da PA, sugestão: a cada 115 ou 30 minutos dependendo dos níveis da PA até controle adequado das medidas	(11)	EBR
3. Telemetria pro 24 horas ou mais, também dependendo das necessidades clínicas do paciente (controle da PA, análise do ritmo cardíaco, saturação de oxigênio)	(11)	EBR
4. Avaliação clínica de doença estrutural cardíaca (anamnese, exame físico e ausculta)	(11)	EBR
5. Avaliação carotídea, para estenose da aréria carótida (doppler ou angioTC/ RNM)	(11)	EBR
6. Monitoramento adicional de pacientes com suspeita de etiologia cardioembólica, que são potencial candidatos a anticoagulação oral	(24)	EBR -
Considere fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Ecocardiograma deve ser usado sempre que houver potencial etiologia cardioembólica (anamnese,	(25)	EBR

imagem embólica (TC, RNM), ECG, etc)		
2. AngioTC para doença de grandes vasos no arco aórtico e vasos intracerebrais	(11)	EBR

Prevenção secundária farmacológica

Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Disponibilizar tratamento individualizado para fatores de risco cardiovascular, que incluem estilo de vida e medidas farmacológicas	(26)	EBR
2. Abordagens devem considerar as dificuldades físicas e cognitivas que o paciente pode apresentar após o AVC, e a capacidade da pessoa de entender e fazer uso regular das medicações	(26)	EBR
3. Medidas de prevenção secundária devem ser iniciadas assim que possível, de preferência ainda na primeira semana. Antitrombóticos nas primeiras 24 horas.	(26)	EBR
Anti-hipertensivos		
1. O objetivo do tratamento é manter uma PAS < 130mmHg, na maior parte do tempo. Um limite maior pode ser estabelecido para pacientes com doença carotídea bilateral, idosos frágeis ou com expectativa de vida limitada	(27)	EBR
2. A escolha do anti-hipertensivo varia de acordo com a prática local. Questões de conformidade, preço, número de doses diárias e efeitos colaterais devem ser levados em consideração		GCP
3. Tratamento contínuo com estatina deve ser oferecido para pacientes com AVCi, a não ser que haja alguma contraindicação.	(12)	CS
4. Em pacientes com AVCh, normalmente não necessitam estatinas. Apesar disso, elas podem ser oferecidas, caso haja necessidade	(12)	CS
Antitrombóticos		
5. Em pacientes com AVCi ou AIT, sem fibrilação atrial, prescrever antiplaquetários de uso contínuo, a não ser que haja contraindicação	(28)	EBR
6. Em pacientes com AVCi ou AIT e fibrilação atrial, prescrever anticoagulante	(28)	EBR

de uso contínuo, a não ser que haja contraindicação. A escolha do fármaco varia com a prática local, mas anticoagulantes diretos são mais seguros que antagonistas da vitamina K		
Considere fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. AVCi: considere fechamento do forame oval patente em pacientes com menos de 60 anos, sem outra causa para o AVC	(29)	EBR
2. AVCi: considere oclusão do apêndice atrial esquerdo em pacientes com fibrilação atrial e contraindicação de anticoagulação	(30)	EBR
3. AVCh relacionado a anticoagulação por FA: considerar reiniciar a anticoagulação depois de analisar riscos e benefícios individuais	(12)	CS
Não fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Não prescrever antiplaquetários para fibrilação atrial, a não ser que haja outra indicação	(31)	EBR
2. Não fazer ponte com heparina antes de iniciar anticoagulantes orais	(31)	EBR

Doença de carótida

Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. Avaliação da artéria carótida deve ser realizada, preferencialmente nas primeiras 48 horas da internação (doppler e/ou antioTC/RNM), a não ser que já tenha sido feito na admissão ou haja contraindicação.	(32)	EBR
2. Pacientes com estenose de 70-99% devem ser encaminhados para um cirurgião vascular imediatamente. Se a estenose for de 50-69% e sintomática, considerar endarterectomia.	(33)	EBR
3. A endarterectomia e colocação de stent carotídeo, quando indicados, devem ser feitos até 14 dias depois do AVC.	(33)	EBR
4. Endarterectomia é mais indicada do que a colocação de stent em pacientes > 70 anos.	(33)	EBR

Medidas não farmacológicas de prevenção secundária

Deve fazer	Fonte	Tipo de fonte
-------------------	--------------	----------------------

1. Orientar sobre a necessidade de cessar tabagismo e oferecer suporte, podendo esse ser farmacológico	(34)	EBR
2. Orientar sobre o limite de consumo de bebidas alcoólicas de 14 doses/semana para homens e 7 doses/ semana para mulheres e oferecer suporte para atingir as metas.	(34)	EBR
3. Dar orientações sobre dieta. Isso varia de acordo com a prática local, mas deem estar inclusos: a) Comer cinco ou mais porções de frutas e vegetais por dia b) Reduzir e substituir gorduras saturadas por gorduras poli-insaturadas ou monossaturadas c) Reduzir consumo de sódio	(34)	EBR
4. Exercícios e atividades físicas devem ser encorajados considerando a capacidade individual de cada paciente.	(34)	EBR

Depois da alta

Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
1. A alta deve ser planejada juntamente com o paciente e seus familiares, para garantir que o cuidado necessário será fornecido e que todas as partes entendam o que esperar	(18)	EBR
2. PA deve ser monitorizada regularmente após a alta hospitalar	(18)	EBR
3. Consultas de acompanhamento sobre as medidas de prevenção secundária farmacológicas e não farmacológicas, devem ser planejadas e devem incluir um check list "pós AVC"	(35, 36)	EBR

Vida após AVC

Aspecto	Deve fazer	Fonte	Tipo da fonte
Consultas de acompanhamento	Pacientes devem ser acompanhados pelo menos 1x por a	(38)	EBR
Envolvimento, suporte e educação do paciente e dos envolvidos	Pacientes e cuidadores devem estar envolvidos no planejamento do cuidado e em outras decisões relacionadas a vida após o AVC.	(38)	EBR

	Esses também devem receber o suporte e educação necessários para essa fase.		
Dirigir	Avaliação para habilidade de dirigir deve ser realizada, de acordo com a legislação local	(38)	EBR
Participação (social, trabalho, atividades de lazer)	Avaliação individual deve ser realizada, aconselhamento pode ser indicado em alguns casos.	(38)	EBR
Relacionamentos/sexualidade	Educação e aconselhamento devem ser fornecidos	(38)	EBR
Suporte a deficiência	Planos de cuidado devem ser completos e aplicados de maneira oportuna	(38)	EBR
Plano de cuidado avançado	Um plano de cuidado avançado deve ser realizado e revisado periodicamente.	(38)	EBR

Este documento foi desenvolvido pelo grupo de redação listado abaixo, estabelecido pelo Comitê de Implementação do SAP-E, aprovado por este comitê e endossado pelo Comitê 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, Hôpital 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 Copenhague, Dinamarca

Tabela 1: abreviações

AIT	Acidente Isquêmico Transitório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCi	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCh	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AngioRNM	Angiorressonância Magnética
AngioTC	Angiotomografia
CS	Declaração de consenso

DWI	Diffusion weighted imaging (sequência da RNM)
EBR	Recomendação Baseada em Evidência

ESO	European Stroke Organization
FA	Fibrilação atrial
FOP	Forame Oval Patente
MA	Meta-análise
PA	Pressão Arterial
RCT	Ensaio Clínico Randomizado
SaO2	Saturação de oxigênio
SR	Revisão sistemática
T2	Transverse relaxation time (sequência RNM)
TO	Terapia Ocupacional
TTP	Tempo de Tromboplastina Parcial
FLAIR	Fluid-attenuated inversion recovery (sequência RNM)
RNM	Ressonância Magnética
TC	Tomografia Computadorizada
HbA1c	Hemoglobina Glicada
ECG	Eletrocardiograma
TOF	Time of flight (sequência RNM)
SWI	Susceptibility weighted imaging (sequência RNM)
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
INR	International Normalized Ratio

Please note that this document has been translated from English by the Associação Brasil AVC by medical student volunteer Yasmin Ramalho Mandarino.

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.