

O impacto do Acidente Vascular Cerebral está aumentando em toda a Europa, conforme destacado em dois relatórios da SAFE: "The Burden of Stroke in Europe" e "At What Cost? – The Economic Impact of Stroke in Europe". A menos que sejam tomadas medidas rápidas, o número de pessoas sofrendo um AVC e o número de pessoas que morrerão por causa de um AVC estão prestes a aumentar. Além disso, terão mais sobreviventes de AVC vivendo com sequelas, como incapacidade permanente. Os custos para os pacientes e para as economias estão todos prestes a aumentar.

Embora as taxas de mortalidade por AVC tenham caído nos últimos 20 anos, a chance de morrer por um AVC varia muito dependendo de onde você vive na Europa. Atualmente, a taxa de mortalidade por AVC em diferentes países varia de 30 por 100.000 (Islândia) da população a 170 por 100.000 (Macedônia) da população. A queda nas taxas de mortalidade devido a tratamentos melhores e mais rápidos significa que haverá mais pessoas sobrevivendo ao AVC e vivendo com suas consequências. Assim, o custo total estimado do AVC na Europa (cuidados de saúde e não saúde), que foi de cerca de €60 bilhões em 2017, deve aumentar em 44% até 2040.

Há também uma enorme disparidade na qualidade dos cuidados com o AVC disponíveis em diferentes partes da Europa, inclusive com algumas regiões lutando para fornecer os cuidados que as diretrizes clínicas recomendam que estejam disponíveis para todos. O que acontece com você se tiver um AVC varia muito dependendo de onde você mora - desde o AVC ser reconhecido e tratado como uma emergência até receber cuidados especializados em uma unidade de AVC e terapia de reabilitação contínua após deixar o hospital.

Por exemplo, conforme mostrado no relatório "Burden of Stroke", apesar de mais de 30 anos de evidências mostrando a diferença que as unidades de AVC fazem, apenas cerca de 30% dos pacientes recebem cuidados nessas unidades em toda a Europa. A proporção de pessoas que são tratadas em uma unidade de AVC varia de menos de 10% a mais de 80%, dependendo de onde você mora. As diretrizes existentes da ESO ou nacionais, não são aplicadas de forma consistente, e um sistema especializado de cuidados com o AVC baseado em evidências em todo o continente ainda não foi realizado.

É por isso que a Organização Europeia de AVC e a Aliança para o AVC na Europa lançaram o Plano de Ação para o AVC na Europa, com uma série de passos baseados em evidências para melhorar drasticamente o padrão dos cuidados com o AVC na Europa.

O plano é sustentado pelos Elementos Essenciais para o Cuidado com o AVC, que, em termos médicos, propõe um padrão mínimo para a prestação de cuidados com o AVC no ambiente pré-hospitalar, durante a estadia hospitalar aguda, durante a reabilitação e durante a vida após o AVC. Cumprir esses padrões básicos por completo transformaria a vida dos pacientes com AVC. O tratamento que salva vidas no hospital deve ser seguido por reabilitação comunitária e suporte, permitindo que as pessoas vivam a melhor vida possível após o AVC.

Os Elementos Essenciais para o Cuidado o AVC foram criados para servir como um guia para profissionais de saúde e planejadores de cuidados com o AVC - esta versão é destinada ao público em geral. Os 12 indicadores-chave de desempenho do Plano de Ação para o AVC também estão incluídos. Juntos, eles armam os sobreviventes de AVC (bem como seus parentes, cuidadores e defensores) com uma lista de verificação para avaliar a qualidade dos cuidados que estão recebendo.

Conscientização sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Reconhecimento dos Sintomas

Cuidados na unidade de emergência, incluindo:

- Chegada ao Hospital – admissão e avaliação
- Tratamento Imediato para AVC Isquêmico (causado por um coágulo de sangue) para restaurar o fluxo sanguíneo no cérebro
- Tratamento Geral Imediato e Cuidados de Suporte tanto para AVC Isquêmico quanto Hemorrágico

Cuidados na Unidade de AVC, incluindo:

- Cuidados na Unidade de AVC – admissão e avaliações
- Reabilitação e Cuidados na Unidade de AVC/Alta Antecipada com Suporte
- Prevenção de Complicações – avaliações esperadas na unidade de AVC
- Monitoramento do Sobrevivente de AVC na unidade de AVC

Prevenção Secundária, incluindo:

- Opções de Tratamento – incluindo início da prevenção farmacológica secundária
- Abordagem para Doença da Artéria Carotídea (estenose das artérias carótidas)
- Modificações no Estilo de Vida

Alta do Hospital:

- Planejamento da Alta – a alta do hospital deve ser planejada e cobrir reabilitação e cuidados contínuos
- Acompanhamento

Vida Após o AVC:

- Avaliação
- Reabilitação
- Exames Anuais
- Planejamento de Cuidados

Essenciais mínimos para o cuidado com AVC são vitais ao planejar e atualizar serviços, incluindo:

- Resposta de Emergência Regional ao AVC
- Treinamento de Médicos e Profissionais de Saúde Aliados
- Organização, Financiamento e Protocolos para o Cuidado Agudo de AVC
- Adequada Provisão de Serviços de Reabilitação

Este documento deve, portanto, ser leitura essencial não apenas para a equipe especializada em AVC, mas também para planejadores e gestores de saúde hospitalar e regional, e para as instituições políticas responsáveis pela saúde, local e nacional.

Os Essenciais do Cuidado com AVC

✓ = Faça + = Não faça

Este documento deve, portanto, ser leitura essencial, não apenas para a equipe especializada em AVC, mas também para planejadores e gestores de saúde hospitalar e regional, e para as instituições políticas responsáveis pela saúde, tanto local quanto nacional.

O caminho do cuidado com AVC é, de forma resumida:

- O AVC tratado como uma emergência pelo público, paramédicos e hospitais
- Chegada ao hospital com acesso a equipe especializada em AVC, exames de imagem cerebral e intervenções imediatas
- Cuidados agudos, avaliações essenciais e monitoramento necessários
- Cuidados na unidade de AVC para prevenir complicações, fornecer mobilização e reabilitação
- Redução do risco de um novo AVC
- Alta do hospital
- Vida após o AVC

O AVC é uma emergência médica

- O AVC é uma emergência médica. Deve haver apoio governamental para campanhas de conscientização para garantir que todos na Europa possam reconhecer os sintomas de AVC e saibam chamar uma ambulância.
- Todos os paramédicos, equipe de linha de frente dos hospitais e pessoal médico de emergência devem ser treinados em um sistema de reconhecimento de AVC clinicamente comprovado, para que possam identificar todos os possíveis pacientes com AVC.
- Em cada região, deve haver um protocolo de emergência para AVC estabelecido, de modo que o despacho de paramédicos tenha a mais alta prioridade e os pacientes com AVC sejam rapidamente levados ao hospital especializado mais próximo, que deve ser notificado com antecedência.

-
- Dar oxigênio para o paciente, a não ser que a saturação periférica caia para menos de 95%
 - Induzir hipotermia (esfriar o corpo)
 - Administrar insulina

Chegada no hospital

- Indivíduos com suspeita de AVC devem ser levadas a um hospital com equipe multidisciplinar especializada em AVC e um caminho de emergência rápido para o tratamento do AVC agudo.
- Os pacientes devem passar por uma avaliação completa e rápida dos sintomas, da condição neurológica e de quaisquer déficits causados pelo AVC, usando uma ferramenta reconhecida como a Escala de AVC dos Institutos Nacionais de Saúde (NIHSS - <https://neurotoolkit.com/nihss/>).
- Qualquer pessoa com sintomas de AVC deve realizar uma tomografia computadorizada (TC) ou uma ressonância magnética (RM) imediatamente para verificar o tipo de AVC e avaliar as opções de tratamento.
- Angiografia - uma TC ou RM - que possa detectar um coágulo em um grande vaso deve ser realizada em pessoas que chegam dentro de 6 horas do início dos sintomas para verificar se são adequadas para trombectomia (remoção mecânica de um coágulo sanguíneo).
- Para pessoas com tempo de início dos sintomas desconhecido que chegam dentro de 6 a 24 horas e que provavelmente são candidatas a trombólise ou trombectomia, devem realizar exames de imagem para avaliar a viabilidade do tecido cerebral e se há um coágulo em um grande vaso.
- Exames de sangue para verificar a condição geral do paciente e um eletrocardiograma (ECG) para verificar o ritmo cardíaco devem ser realizados, mas não devem atrasar o tratamento imediato para restaurar o fluxo sanguíneo no cérebro (tratamento de reperfusão).
- Para pessoas cujos sintomas foram resolvidos (ou seja, tiveram um ataque isquêmico transitório ou AIT), a RM na chegada deve ser considerada.

Tratamento de reperfusão de emergência

- Se a TC ou RM mostrar que o fluxo sanguíneo para o cérebro está restrito devido a um coágulo, o tratamento deve ser iniciado para restaurar o fluxo sanguíneo. Esses tratamentos são chamados de trombólise intravenosa (que usa um medicamento para dissolver o coágulo) e trombectomia mecânica, onde o coágulo é removido.
 - Os níveis de açúcar no sangue devem ser medidos antes de administrar trombólise, pois níveis muito elevados de glicose no sangue também podem apresentar sintomas semelhantes aos de um AVC.
 - A trombólise deve ser administrada dentro de 4,5 horas do início do AVC e a trombectomia dentro de 6 horas. As diretrizes clínicas mais recentes ajudam a identificar os pacientes selecionados que podem ser tratados após 4,5 e 6 horas.
-
- Dar AAS para pacientes elegíveis a trombólise ou trombectomia (X)

Tratamento para AVC agudo

- Controle de espessura do sangue: após a primeira tomografia de crânio, pacientes com AVC isquêmico ou ataque isquêmico transitório devem receber AAS, normalmente 250-300 mg. (O AAS não deve ser administrada àqueles que estão recebendo trombólise ou trombectomia).
- Controle da pressão arterial: pessoas com hemorragia intracerebral aguda (um AVC causado por sangramento no cérebro) devem ter a pressão arterial sistólica reduzida para 140 mmHg ou menos o mais rápido possível e dentro de 6 horas, mantendo esse nível por até 7 dias. Após trombólise e trombectomia mecânica, a pressão arterial deve ser mantida abaixo de 185/110 mmHg nas primeiras 24 horas.
- Para pessoas em uso de anticoagulantes orais com hemorragia intracerebral aguda, considere reverter o anticoagulante com medicamentos, na fase aguda para interromper o sangramento.
- Controle de crises convulsivas: se um paciente apresentar crise convulsiva dentro de 7 dias após o AVC, deve receber medicação antiepiléptica por três meses. O tratamento antiepiléptico de longo prazo deve ser iniciado para aqueles que tiverem uma crise após o sétimo dia do AVC.

X

- A equipe especializada deve considerar a suspensão do uso de anticoagulantes orais se o paciente tiver uma hemorragia intracerebral.
- Reduzir a pressão arterial na fase aguda do AVC isquêmico, a menos que a pressão arterial esteja extremamente alta (<220/120 mmHg) ou que o paciente esteja recebendo terapia de reperfusão.
- Reduzir a pressão arterial sistólica mais de 90 mmHg em hemorragia intracerebral aguda para prevenir lesões renais.
- Utilizar medicamentos antiepilépticos para a prevenção primária de convulsões.

Unidade de AVC

- Todos os pacientes devem ser admitidos em uma unidade de AVC ao chegar ao hospital, ela deve contar com uma equipe multidisciplinar composta por especialistas em AVC, incluindo médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e nutricionistas clínicos.
- A capacidade de deglutição do paciente deve ser avaliada imediatamente na admissão à unidade de AVC e antes de qualquer administração oral de alimentos, líquidos ou medicamentos. Se houver problemas de deglutição, o paciente deve ser avaliado por um especialista dentro de 24 horas para que sejam tomadas decisões sobre modificação da dieta ou necessidade de alimentação por sonda, e iniciada a terapia de deglutição.
- Os pacientes devem receber ajuda para sair da cama, ficar em pé ou caminhar, se possível, nas primeiras 24 horas. Para aqueles que precisam de ajuda para sair da cama, ficar em pé ou caminhar, ofereça apenas mobilização leve nas primeiras 24 horas.

- Todos os pacientes devem passar pela triagem e avaliação inicial por profissionais de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia) dentro de 48 horas, utilizando um protocolo padronizado. Os componentes básicos da avaliação devem incluir deglutição, humor e cognição, temperatura, nutrição, função intestinal e da bexiga, integridade da pele, mobilidade, avaliação funcional, planejamento da alta e prevenção de trombose venosa profunda.
- Sobreviventes de AVC que necessitam de reabilitação devem ser tratados em uma unidade de AVC com equipe especializada no assunto que deve seguir as melhores práticas conforme estabelecido nas diretrizes clínicas. Sobreviventes de AVC e seus familiares/cuidadores devem ser envolvidos no processo de reabilitação e receber educação e informações sobre o AVC.
- A alta antecipada com suporte deve ser oferecida ao paciente, se disponível. A alta antecipada é benéfica para sobreviventes de AVC com sintomas leves a moderados, que estão clinicamente estáveis e têm os recursos necessários para cuidados e suporte em casa. Ela é melhor aconselhada pela equipe que realizou a reabilitação hospitalar do paciente e deve ser iniciada dentro de 3 dias após a alta.

Prevenção de Complicações na Unidade de AVC

- Reduzir o risco de trombose venosa profunda. Para pacientes que não conseguem se mover, o risco de coágulos em veias (trombose venosa profunda, ou TVP) ou nos pulmões (embolia pulmonar) é alto. Portanto, deve-se usar um dispositivo que cubra as pernas até a coxa e forneça uma sequência de compressão intermitente (compressão pneumática intermitente, ou CPI). Se esses dispositivos não estiverem disponíveis, para pessoas que tiveram uma hemorragia intracerebral, aguarde entre 48 e 72 horas antes de administrar o medicamento heparina de baixo peso molecular.
- Prevenir infecção do trato urinário (ITU): a bexiga do sobrevivente de AVC deve ser avaliada por ultrassom e, se necessário, apenas a sonda vesical de alívio deve ser usada para prevenir ITU..
- Profissionais de AVC devem seguir práticas locais para prevenir quedas.
- Delírium: observação estruturada e, se suspeitado, intervenções para prevenir delírium devem ser realizadas.

X

- Utilizar meias de compressão pneumática.
- Usar heparina em pacientes de AVC com insuficiência renal severa.
- Usar sonda vesical de demora devido ao risco de infecções do trato urinário e síndrome do trato urinário inferior.

Monitoramento na unidade de AVC

- Glicemia, colesterol e enzimas hepáticas devem ser verificados.

- A pressão arterial dos pacientes deve ser monitorada a cada 15 a 30 minutos até que esteja controlada.
- A equipe de AVC deve monitorar o ritmo cardíaco por pelo menos 24 horas e conforme a necessidade clínica (controle da pressão arterial, análises do ritmo cardíaco, saturação de oxigênio).
- A equipe da unidade de AVC deve realizar uma avaliação clínica para doenças cardíacas estruturais.
- As artérias carótidas devem ser examinadas para verificar a presença de estenose (estreitamento ou obstrução).
- Pessoas que possam estar em risco aumentado de AVC devido à fibrilação atrial devem ter o ritmo cardíaco monitorado.
- Os profissionais de AVC também devem considerar o uso de ecocardiografia se o histórico médico, o ECG ou os exames indicarem possíveis problemas cardíacos, e angio tomografia para avaliar doenças de grandes vasos, e detectar o estreitamento das artérias.

Prevenção secundária

- Medidas de prevenção secundária para reduzir o risco de outro AVC devem ser iniciadas o mais rápido possível, e preferencialmente dentro de 1 semana.
- Cada paciente deve ter um plano personalizado para abordagens de estilo de vida e farmacológicas para reduzir o risco de um novo AVC. Esses planos devem considerar as deficiências físicas e cognitivas do sobrevivente de AVC, bem como sua capacidade de entender e tomar a medicação.
- Todos os pacientes devem ser orientados sobre as ações que podem tomar para reduzir o risco de um novo AVC. Mudanças no estilo de vida incluem: parar de fumar; limitar a ingestão de álcool a no máximo 14 unidades por semana para homens e 7 unidades por semana para mulheres; comer pelo menos 5 porções de frutas e vegetais por dia, reduzir o consumo de gorduras saturadas e sal; aumentar a quantidade de exercício e atividade física.
- O controle da pressão arterial é essencial – para a maioria das pessoas, deve estar abaixo de 130 mmHg. A escolha do tratamento pode variar de acordo com o local, mas deve levar em consideração a maximização da adesão (para incentivar o sobrevivente de AVC a tomar a medicação conforme prescrito); possíveis efeitos colaterais; número de doses diárias e custo.
- Estatinas devem ser prescritas a longo prazo para sobreviventes de AVC isquêmico, mas normalmente não para aqueles que tiveram uma hemorragia intracerebral.
- Para reduzir o risco de coágulos sanguíneos, antiagregantes plaquetários (por exemplo, AAS) devem ser oferecidos a pessoas que tiveram um AVC isquêmico ou AIT.
- Para pessoas com fibrilação atrial, anticoagulantes de longo prazo devem ser administrados – enquanto a prática local pode variar, novos anticoagulantes orais são mais seguros do que antagonistas da vitamina K, como a varfarina.

- Se a anticoagulação não for adequada, a cirurgia pode ser considerada para fibrilação atrial, utilizando um dispositivo para prevenir coágulos sanguíneos no coração.
- No AVC isquêmico, considere o fechamento de um forame oval patente (pequeno buraco no coração) para pacientes com menos de 60 anos e sem outra causa alternativa para o AVC. Se um paciente tiver uma hemorragia intracerebral relacionada ao uso de anticoagulantes, considere a inclusão em um estudo clínico e leve em conta todos os outros fatores de risco individuais, reiniciando a anticoagulação.
- A doença da artéria carótida, na qual há acúmulo de gordura na artéria carótida no pescoço, pode causar AVC e AIT, e deve ser diagnosticada preferencialmente dentro de 48 horas após o AVC usando ultrassom e/ou exames de TC ou RM. Se a estenose da artéria for severa, deve-se considerar o encaminhamento a um cirurgião vascular. O paciente pode se beneficiar de uma endarterectomia carotídea (onde os depósitos de gordura, ou placa, são removidos cirurgicamente da artéria) ou da inserção de um stent para alargar a artéria (conhecido como stent da artéria carótida). O stenting é menos eficaz do que a endarterectomia carotídea em pessoas com mais de 70 anos. Essas intervenções são mais eficazes se realizadas dentro de 14 dias após o AVC ou AIT.
- Pessoas com ritmo cardíaco anormal (fibrilação atrial) não devem receber antiagregantes plaquetários.
- A heparina não é recomendada como solução temporária antes de iniciar a anticoagulação.

Alta hospitalar

- O planejamento da alta é essencial. Deve envolver o paciente e seus familiares ou cuidadores. Deve garantir, por meio de coordenação com os prestadores de serviços locais, que os cuidados necessários serão fornecidos e que o sobrevivente de AVC saiba o que esperar.
- A pressão arterial deve ser monitorada regularmente após a alta hospitalar.
- Os pacientes devem sair do hospital com um plano de prevenção secundária que abranja tanto medicamentos quanto mudanças no estilo de vida.
- Uma lista de verificação pós-AVC deve ser usada nas consultas de acompanhamento para garantir a triagem abrangente de todos os pacientes para complicações frequentes do AVC.

Vida após o AVC

- Pacientes e seus familiares devem estar envolvidos na elaboração dos planos de cuidados e em outras decisões para a vida após o AVC, recebendo o apoio e a educação adequados.
- As necessidades e habilidades dos pacientes devem ser avaliadas, e os planos de cuidados devem ser completados rapidamente e atualizados regularmente. Deve haver aconselhamento e educação sobre relacionamentos e sexualidade após o AVC. A avaliação da capacidade de dirigir do sobrevivente de AVC deve ser feita de acordo com a legislação

local. Encaminhamentos oportunos para serviços de reabilitação e apoio devem ser providenciados quando necessário.

- Os pacientes devem ser acompanhados pelo menos uma vez por ano para verificar se suas habilidades funcionais diminuíram, se novos sintomas podem ter surgido, revisar e, se necessário, melhorar os serviços de apoio. A adesão às medidas de prevenção secundária também deve ser avaliada e os pacientes devem ser encaminhados para tratamento ou apoio se for relevante.
- Para aqueles que deixam o hospital para cuidados de longo prazo, o resumo da alta e o plano de cuidados devem estar disponíveis na admissão; e o suporte contínuo e de longo prazo para atender às necessidades e alcançar os objetivos deve fazer parte do pacote de cuidados de longo prazo.

Plano de Ação para Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Europa: Indicadores-chave de desempenho

Esses indicadores-chave de desempenho (KPI) podem ser utilizados para medir o progresso em relação aos objetivos do Plano de Ação para AVC na Europa. As questões, pontos de campanha e links para os Elementos Essenciais do Cuidado ao AVC para cada KPI estão abordados a seguir.

KPI 1: Um plano nacional de AVC que defina caminhos, cuidados e apoio após o AVC, incluindo a fase pré-hospitalar, a internação, a alta, a transição, e o acompanhamento.

Este é o primeiro passo para melhorar o cuidado do AVC. Embora algum progresso possa ser feito por médicos ou hospitais individuais, um plano nacional abrangente, apoiado e financiado em nível nacional, é um passo essencial. E, crucialmente, este plano deve cobrir todo o percurso do AVC – muitas vezes, a reabilitação do AVC e a vida após o AVC são esquecidas. A seção dos Elementos Essenciais do Cuidado ao AVC sobre o AVC como uma emergência médica requer um plano nacional que inclua educação pública sobre o reconhecimento dos sintomas do AVC; organização dos serviços de emergência e sua coordenação com os hospitais; treinamento de funcionários e protocolos nacionais/regionais entre as diferentes partes do sistema de saúde.

KPI 2: Pelo menos uma pessoa da respectiva Organização de Apoio ao AVC, se existente, será envolvida e apoiada de maneira igual durante o desenvolvimento do plano nacional de AVC ou diretrizes relacionadas a AVC de cada país.

É essencial que os sobreviventes de AVC e suas organizações de apoio desempenhem um papel ativo, não apenas por causa de sua experiência direta com os cuidados, mas também porque combinar sua expertise com a de profissionais de saúde e pesquisadores ajuda a produzir planos e diretrizes de AVC melhores e mais abrangentes.

KPI 3: Uma estratégia nacional para intervenções de saúde pública multi-setoriais que promovam e facilitem um estilo de vida saudável e o controle de fatores de risco foi implementada.

O AVC é uma doença prevenível e muito mais precisa ser feito para promover um melhor controle de fatores de risco modificáveis ao longo da vida, como tabagismo, dietas não saudáveis e sedentarismo.

KPI 4: Estabelecimento de sistemas em nível nacional e regional para avaliar e credenciar serviços clínicos de AVC, fornecendo apoio entre pares para a melhoria da qualidade e tornar os dados de auditoria disponíveis ao público.

KPI 5: Todas as unidades de AVC e outros serviços relacionados, independentemente do setor, passam por auditoria de qualidade de forma contínua ou em intervalos regulares (% auditados/certificados).

Sem medir os cuidados relacionados ao AVC, não é possível avaliar a qualidade do atendimento ou se estão ocorrendo melhorias nos cuidados ao AVC. Em nível europeu, o "Stroke Service Tracker" permitirá comparações entre os países. A auditoria dos cuidados ao AVC ajuda profissionais e organizações de apoio a destacar deficiências e a promover campanhas por um atendimento melhor. Sem auditoria, não será possível saber se os padrões mínimos dos Elementos Essenciais do Cuidado ao AVC estão sendo seguidos. A acreditação e o apoio entre pares para a melhoria da qualidade, juntamente com as auditorias, demonstraram impulsionar melhorias na prestação de serviços e nos resultados.

KPI 6: Acesso aos cuidados em unidade de AVC para pacientes com AVC agudo (% admitidos em unidade de AVC em <24 horas).

KPI 7: Taxa de tratamento de recanalização fornecida a pacientes com AVC isquêmico (% recebendo trombólise intravenosa ou trombectomia mecânica, calculada a partir de todas as admissões por AVC isquêmico).

KPI 8: Acesso a: TC/RM, imagem vascular, ECG, monitoramento de ECG de longo prazo, ecocardiograma (TTE, TOE), triagem para disfagia e exames de sangue durante a admissão na unidade de AVC (% de unidades de AVC com acesso).

Esses três KPIs vitais cobrem os elementos-chave necessários para garantir que os cuidados imediatos e agudos para AVC, conforme os Elementos Essenciais do Cuidado ao AVC, sejam realizados. Garantir que a tomografia cerebral esteja imediatamente disponível; que todos que possam se beneficiar da trombólise ou da trombectomia recebam esses tratamentos; e que todos sejam admitidos em uma unidade especializada para AVC são fundamentais para reduzir a mortalidade e a deficiência causadas pelo AVC. As unidades de AVC são especialmente importantes para que a triagem vital de problemas de deglutição, por exemplo, possa ser realizada dentro de 24 horas.

KPI 9: Acesso à reabilitação precoce em unidade de AVC, incluindo alta precoce com apoio (% de acesso).

KPI 10: Acesso à prevenção secundária básica, incluindo antitrombóticos, anti-hipertensivos e estatinas, além de orientações sobre estilo de vida (% conforme dados da OMS).

KPI 11: Um plano de reabilitação personalizado, documentado e vinculativo, fornecido no momento da alta (% de pacientes que receberam o plano).

Esses três pontos referem-se aos cuidados na unidade de AVC após a fase aguda e abordam as partes dos Elementos Essenciais do Cuidado ao AVC sob o título de Cuidados em Unidade de AVC e Prevenção Secundária. O trabalho vital de monitorar os pacientes, reduzir seu risco de AVC existente e fornecer apoio à reabilitação precoce são fundamentais para os cuidados em unidade de AVC.

A reabilitação pode fazer uma enorme diferença na velocidade e na extensão da recuperação de uma pessoa, e as evidências mostram que quanto mais cedo um sobrevivente de AVC recebe terapia, melhor. É por isso que os profissionais de saúde aliados são uma parte essencial da equipe especializada em AVC. Quando o sobrevivente de AVC pode fazer parte de um sistema de Alta Suportada Precoce, é vital que ele receba o mesmo nível de apoio à reabilitação que tinha no hospital.

Independentemente das circunstâncias da alta, o plano de cuidados abordado nas seções "Saída do Hospital" e "Vida Após o AVC" dos Elementos Essenciais do Cuidado ao AVC visa garantir que os sobreviventes de AVC possam contar com a continuidade dos cuidados uma vez de volta a um ambiente comunitário. Muitas vezes, os cuidados ao AVC param na porta da unidade de AVC.

KPI 12: Acompanhamento de 3 a 6 meses após o incidente de AVC, incluindo uma lista de verificação pós-AVC, avaliação funcional e encaminhamento para intervenções relevantes (% de pacientes com acompanhamento).

Além das necessidades contínuas de reabilitação, os sobreviventes de AVC podem ter uma ampla variedade de outras necessidades. Algumas delas podem estar relacionadas a emprego, direção, saúde sexual e mental, e outras podem ser de natureza médica. Por isso, reuniões de acompanhamento dentro de 6 meses após a alta hospitalar e pelo menos anualmente a partir de então são vitais. É através dessas reuniões que os novos ou existentes efeitos colaterais do AVC podem ser identificados, que a medicação e as medidas de prevenção secundária podem ser revisadas e onde pode ocorrer o encaminhamento de volta para serviços de reabilitação ou para um especialista em AVC.

Prioridades de Campanha

O Plano de Ação para Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Europa e os Elementos Essenciais do Cuidado ao AVC fornecem um modelo para enfrentar o fardo do AVC em todo o continente. Em cada país da Europa, a aspiração é que um membro da ESO e uma organização de apoio ao AVC trabalhem juntos, em colaboração com outros defensores-chave, para implementar o plano em sua área. Confira o site do Plano de Ação para AVC na Europa (<https://actionplan.eso-stroke.org/nationalcoordinators/>) para descobrir quem está envolvido em seu país.

Conseguir que seu governo se comprometa com um plano nacional de AVC (o Plano Saúde Mais Saudável da União Europeia já faz esse compromisso) e com o financiamento da auditoria dos serviços de AVC é a principal prioridade – um assunto para lobby político e campanhas comunitárias. Quando os planos nacionais de AVC e a auditoria estiverem em vigor, será mais fácil destacar os serviços de AVC que não estão atendendo aos padrões mínimos e trabalhar com profissionais locais para identificar o que precisa ser feito para promover melhorias nos serviços e/ou destacar diferenças regionais, ou diferenças entre a oferta de serviços em áreas urbanas e rurais. Isso permitirá que organizações de apoio ao AVC colaborem com os sistemas de saúde locais para promover campanhas de conscientização pública sobre o reconhecimento dos sintomas do AVC e sobre a redução do risco de AVC.

Além disso, isso capacitará os tomadores de decisão e planejadores do sistema de saúde a planejar a recrutamento e treinamento da força de trabalho especializada em AVC, se necessário.

E, talvez o mais importante de tudo, os planos nacionais de AVC e as auditorias levarão a melhores resultados – menos pessoas morrerão em decorrência do AVC, e mais pessoas terão uma recuperação mais rápida e eficaz após o impacto do AVC, com redução da deficiência e melhor qualidade de vida.

Os **Elementos Essenciais para o Cuidado ao AVC** foram desenvolvidos e escritos pelo Professor Thorsten Steiner, Professora Katharina Sunnerhagen, Professor Jesse Dawson, Professor Guillaume Turc e Professora Hanne Christensen, e aprovados pelo Comitê Diretivo do Plano de Ação para AVC na Europa, além de serem endossados pelo Comitê Executivo da Organização Europeia de AVC. Este relatório foi editado por Joe Korner.

Uma das maiores iniciativas sobre AVC já realizadas.

As duas reuniões de consenso europeias anteriores, em 1995 e 2006, em Helsingborg, revisaram as evidências científicas e o estado dos serviços atuais para identificar prioridades em pesquisa e desenvolvimento, estabelecendo metas para o avanço dos cuidados com AVC na década seguinte. Essas reuniões resultaram na publicação da Declaração de Helsingborg 2006 sobre estratégias europeias para AVC.

Em 2017, a Organização Europeia de AVC (ESO) e a Stroke Alliance for Europe (SAFE) reuniram mais de 70 especialistas de toda a Europa para transformar essa Declaração em ação, culminando na publicação do Plano de Ação para AVC na Europa 2018 – 2030 (SAP-E). Em 2020, 52 países europeus participaram da reunião inaugural oficial de implementação do SAP-E, comprometendo-se a impulsionar a implementação em nível nacional.

Contato

Plano de Ação para AVC na Europa (SAP-E)

Reinacherstrasse 131

4053 Basel / Suíça

Email: StrokeActionPlan@eso-stroke.org

Telefone: +41 61 686 77 76

©2024

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.