

13º CONGRESSO PORTUGUÊS DO AVC

31 de JANEIRO
1 e 2 de FEVEREIRO
2019
PORTO

**ESO reforça parceria com a SPAVC
marcando presença ativa neste grande fórum**



Profs. José Ferro, Valéria Caso e Castro Lopes



HOJE, DIA 1 DE FEVEREIRO DE 2019

15h15-16h05 | **Simpósio Daiichi Sankyo**

Abordagem multidisciplinar
na prevenção secundária

Moderador: Elsa Azevedo
Palestrante: Francisco Moscoso Costa
Palestrante: João Sargento

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE:



Sociedade Portuguesa do AVC

Rua de Cervantes 388-398
4050-186 Porto
Tel.: 226 168 681/2
Fax.: 226 168 683
secretariado@spavc.org



www.spavc.org



www.facebook.com/soc.por.avc



spavc_pt



SPAVC - Sociedade Portuguesa do AVC



@SPAVC_pt

© SPAVC, 2019. Todos os direitos reservados.

Os profissionais de saúde que colaboraram nesta edição da SPAVC não auferiram qualquer honorário por este motivo.

EDIÇÃO:

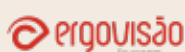
Gabinete de Comunicação e Conteúdos da SPAVC

Coordenação e redação:
Patrícia Rebelo (gabineteimprensa@spavc.org)

Revisão científica:
Direção SPAVC (dir@spavc.org)

Impressão:
Gráfica São João

APOIOS:



SEJAM BEM-VINDOS!

Prof. José Ferro

Presidente da Comissão Científica do Congresso

Bem-vindos ao 13.º Congresso Português do AVC! A reunião científica dos profissionais de Saúde que cuidam das pessoas com AVCs ou que de outra qualquer maneira se preocupam com elas. O Congresso mantém o formato que lhe tem permitido fidelizar uma audiência participativa, multiprofissional e sempre crescente. Iremos ter sessões de comunicações orais, cartazes eletrónicos, sessões temáticas, simpósios satélite da responsabilidade e iniciativa da Indústria, conferências, um curso e a sessão de informação à população. Os conteúdos versarão desde a fase hiperaguda até à prevenção e reabilitação. Das conferências proferidas por convidados estrangeiros salientaria a do Prof. Peter Rothwell sobre prioridades na investigação clínica do AVC; a da Prof.ª Valeria Caso sobre o plano de ação para o AVC na Europa, a do Prof. Antoni Davalos sobre trombólise, a da Prof.ª Anne Joutel sobre doença de pequenos vasos e a do Prof. Didier Leys sobre AVC criptogénico. Para lá da atualização temática, o Congresso proporcionará também, assim o esperamos, um espaço de diálogo e colaboração entre profissionais de Saúde, com formações diferentes e exercendo as suas funções em ambientes e locais diversos.

Formação Médica Pós-Graduada: “É necessário estreitar a ligação entre as universidades e o internato médico”



Prof. José Ferro, Prof. António Sousa Pereira, Prof. Castro Lopes, Dr. Miguel Guimarães, Dr.ª Marta Carvalho

Decorreu ontem, pelas 12h, a sessão de abertura do 13.º Congresso Português do AVC, cuja mesa foi composta pelo Prof. Castro Lopes, presidente da Direção da SPAVC; o Prof. José Ferro, presidente da Comissão Científica do Congresso; a Dr.ª Marta Carvalho, presidente da Comissão Organizadora do Congresso; o Dr. Miguel Guimarães, Bastonário da Ordem dos Médicos; e teve como convidado o Prof. António Sousa Pereira, Magnífico Reitor da Universidade do Porto.

A sessão arrancou com uma novidade que surpreendeu e divertiu os congressistas: a Sociedade Portuguesa do AVC apresentou o “Neuron”, a sua mascote oficial em forma de cérebro, personificando um super-herói que tem o poder de proteger os neurónios. Esta mascote faz parte de uma campanha global de sensibilização da SPAVC, com um formato atrativo e divertido para a transmissão de conhecimento sobre AVC, dirigido sobretudo aos mais jovens. Após o habitual momento musical, o Prof. Castro Lopes apresentou genericamente a 13.ª edição do Congresso, lembrando o modelo programático adotado desde a sua primeira edição: “para que todos aprendam com tudo”, ou seja, todo o programa decorre na mesma sala, sem sessões paralelas. O Dr. Miguel Guimarães, após parabenizar a Comissão Organizadora pelo sucesso de mais um evento e homenagear o Prof. Castro Lopes pela atribuição do Prémio Nacional de Saúde 2018, recordou que “ainda temos muito para fazer ao nível da promoção da saúde, sobretudo no campo da prevenção”. O palestrante convidado, Prof. António Sousa Pereira, refletiu sobre o tema “A Universidade

na formação médica pós-graduada”, salientando que “é necessário estreitar a ligação entre as universidades e o internato médico”, em prole de uma melhor formação dos profissionais de saúde. “Admitindo que a Universidade é o local onde existe um conhecimento mais atualizado, e atendendo a que a Universidade é o local onde se faz investigação multidisciplinar”, explicou o Magnífico Reitor da Universidade do Porto, “a formação pós-graduada em ambiente universitário é sem dúvida uma mais-valia”, considerada mesmo “fundamental” pelo orador. “Portanto, temos de equacionar seriamente uma maior ligação entre a universidade e os hospitais, para assegurar a qualidade de formação dos internos”, sublinhou, “tornando-os competentes para fazer Medicina do século XXI”.

Etiologia do AVC isquémico: o contributo das novas técnicas de imagem

Após uma sessão de comunicações orais a marcar o arranque do 13.º Congresso Português do AVC, foi organizada uma sessão sobre o tema “Novas técnicas de imagem para esclarecimento de etiologia do AVC isquémico”, moderada pelo Dr. Ângelo Carneiro e pelo Dr. Fernando Pita. Esta sessão contou com três palestras, apresentadas pela Prof.ª Catarina Fonseca, Dr.ª Luísa Biscoito e Prof.ª Ana Almeida, respetivamente.

“Métodos complementares de imagem utilizados atualmente” foi o título da primeira apresentação, a cargo da Prof.ª Catarina Fonseca, neurologista do Hospital de Santa Maria. Tendo em conta que “a investigação da causa de um AVC isquémico é parte integrante da avaliação dos doentes, é necessário avaliar os vasos intracranianos e extracranianos, o coração e avaliar o padrão de enfarte cerebral” para estudar a etiologia do AVC isquémico, avançou a especialista. Neste contexto, “os métodos complementares de imagem como a ultrassonografia, a tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética permitem-nos atualmente visualizar algumas destas estruturas”. Na sua apresentação, a Prof.ª Catarina Fonseca passou em revista as principais indicações, vantagens e limitações destes métodos. A palestrante frisou a importância da determinação de uma etiologia do AVC isquémico “uma vez que permite adequar a terapêutica de prevenção secundária e determinar o prognóstico”.

Seguiu-se a comunicação da Dr.ª Luísa Biscoito, sobre “Novas técnicas de imagem para investigação de vasculopatias”, tema justificado pela importância da imagem no estudo das vasculopatias do sistema nervoso, uma vez que “permite determinar a localização e extensão da doença”. A angiografia digital, explicou a oradora, continua a ser o método com maior definição para o estudo morfológico dos vasos, embora existam outras técnicas, tais como o *doppler*, a tomografia computadorizada com angio e a ressonância magnética com angio, que também “contribuem para o estudo das vasculopatias”.

“Inicialmente focado na caracterização morfológica do envolvimento da doença e sua repercussão no lume dos vasos, atualmente é possível o estudo da parede vascular e da sua composição recorrendo a novas técnicas de imagem”, avançou a neurorradiologista do Hospital de Santa Maria. Estes novos métodos, sobretudo de ressonância magnética, “permitem identificar diferentes



Prof.ª Ana Almeida, Dr. Fernando Pinto, Dr.ª Luísa Biscoito, Dr. Ângelo Carneiro e Prof.ª Catarina Fonseca

padrões de envolvimento da parede do vaso, contribuindo para o diagnóstico diferencial e a caracterização das lesões que poderão ter maior risco de causar um AVC e, assim, poder prevenir com a instituição do tratamento adequado”, rematou a palestrante. Por fim, a Prof.ª Ana Almeida apresentou a palestra “RM e TC cardíacas para avaliação de causas cardioembólicas”, lembrando desde logo que “uma percentagem importante dos AVC isquémicos devem-se a mecanismo cardioembólico”. Contudo, apontou a especialista, “após *workup* diagnóstico convencional, até 30% dos AVC permanecem como de causa indeterminada, sendo a sua maioria atribuída a um mecanismo embólico”.

A fibrilhação auricular foi apontada pela palestrante como a causa mais frequente de AVC cardioembólico, associado ou não a cardiopatia estrutural, sendo que a imagem cardíaca foi considerada “indispensável” para identificar “não só a presença de massas cardíacas, mas também patologias estruturais com caráter tromboembólico potencial, nomeadamente miocardiopatias, cardiopatia isquémica, *shunts* (congénitos e adquiridos), vegetações valvulares, dis-

função de próteses valvulares, patologias da aorta torácica”. Neste contexto, a docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa referiu a ecocardiografia transtorácica (ETT) e a ecocardiografia transesofágica (ETE) como métodos de imagem de primeira linha para esta avaliação, ressaltando a importância da TC cardíaca e a RMC enquanto métodos coadjuvantes, “quando a imagem do ETT e do ETE é duvidosa ou de qualidade insuficiente”.

“A TC cardíaca permite confirmar com fiabilidade a presença de trombos/massas localizadas na aurícula esquerda e no apêndice auricular esquerdo, excluir trombo ou *pannus* nas próteses valvulares, identificar *shunts* extracardíacos e avaliar placas complexas da aorta. A RMC, por seu lado, é adjuvante importante do diagnóstico ecocardiográfico, ao permitir o estudo rigoroso da função ventricular e auricular, a identificação de cardiopatias não detetadas por ETT/ETE (como várias miocardiopatias), bem como a quantificação precisa de *shunts* cardíacos e o estudo da fibrose miocárdica que poderá associar-se a risco embolígeno”, acrescentou a cardiologista do Hospital de Santa Maria.

O CONGRESSO EM NÚMEROS



Dr.ª Marta Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora do Congresso

Referindo-se à submissão de trabalhos registada no 13.º Congresso Português do AVC, a Dr.ª Marta Carvalho, presidente da Comissão Organizadora, referiu que “foi mais participativa que em anos anteriores, sobretudo na área da Reabilitação”. O balanço do número de trabalhos recebidos é “muito positivo”, pela “grande qualidade e multidisciplinaridade” dos seus temas e abordagens. Aqui ficam alguns números do Congresso:

+ 900 Participantes

34 Comunicações Orais

7 Casos Clínicos

64 Posters

10 Conferências

6 Sessões Temáticas

4 Sessões de Comunicações Orais





“Novas *guidelines* reforçam HTA como fator de risco primordial para o AVC”

Dr. Fernando Pinto

Cardiologista do Hospital de Santa Maria da Feira

Ontem, pelas 11h30, o Dr. Fernando Pinto proferiu uma conferência dedicada ao tema “Guidelines de HTA: Como ser bem-sucedido na sua aplicação”, moderada pelo Dr. Rui Cernadas. Em entrevista, o cardiologista do Hospital de Santa Maria da Feira analisa a recente publicação de várias guidelines sobre HTA por diferentes sociedades internacionais, refletindo sobre as suas implicações na abordagem do doente hipertenso. À luz da realidade nacional, o especialista convidado da SPAVC salienta a centralidade do controlo da HTA como forma de combate ao AVC.

Notícias do Congresso (NC) | Qual a importância de organizar uma conferência sobre hipertensão arterial (HTA) num Congresso de AVC?

Dr. Fernando Pinto (FP) | A HTA é o principal fator de risco (FR) para o AVC, sendo que o AVC representa aproximadamente 2/3 das doenças do aparelho circulatório que são a principal causa de morbi-mortalidade no nosso país (30% de todas as mortes). Assim, o diagnóstico atempado da HTA – patologia muito prevalente e na maioria das vezes assintomática ou com sintomas inespecíficos – e principalmente seu correto tratamento, são o principal meio de combater este enorme flagelo de saúde pública. Deste modo, salvo melhor opinião, é fundamental que no principal congresso nacional dedicado ao AVC, se debatam as novidades no diagnóstico e terapêutica da HTA.

NC | Porque é que, na sua opinião, a HTA continua a representar o principal fator de risco de AVC no nosso país?

FP | A prevalência da HTA na população adulta no nosso país é de aproximadamente 42% – um pouco superior à da maioria dos países europeus – mas quase 24% dos hipertensos desconhe-

cem que têm esta doença. Acresce que alguns dos doentes diagnosticados não estão medicados e muito dos doentes tratados não têm a sua pressão arterial (PA) nos valores desejados, pelo que globalmente apenas pouco mais de 56% dos hipertensos estão controlados.

NC | De que forma os profissionais de saúde podem contribuir para a gestão da HTA, ajudando no seu combate desde a prevenção ao controlo e educação para a saúde?

FP | Os profissionais de saúde têm um papel chave na gestão da HTA, desde logo na educação contínua da população para os importantes riscos/malefícios da HTA, na prevenção da doença (ativa e frequentemente reforçando a importância de hábitos de vida saudáveis, com particular realce para a redução da ingestão de sal); no diagnóstico precoce (preconizamos medir a PA a todas as pessoas em todos os “contactos” com os profissionais de saúde); e no início atempado de tratamento, que deve incluir sempre as medidas não farmacológicas, mas sem protelar, sempre que apropriado, a utilização de fármacos, com o desiderato de atingir (e manter!) os valores-alvo da PA.

NC | Quais são as novidades relativas às novas *guidelines* internacionais publicadas para a HTA?

FP | Nos últimos meses foram publicadas várias *guidelines* sobre HTA de diferentes sociedades internacionais de que destaco a Latino-Americana (LASH), Canadiana (CHEP), Americanas de Cardiologia e de Hipertensão (ACC/AHA/ASH), Europeias de HTA e de Cardiologia (ESH/ESC). Tal profusão de *guidelines* (e o facto de se tratarem de documentos extensos, a maioria com perto de 100 páginas cada) tem provocado algum “ruído/confusão” mesmo junto dos profissionais de saúde, particularmente porque elas divergem ligeiramente em alguns pontos, do *workout* diagnóstico e seguimento, à(s) melhor(es) estratégia(s) terapêutica(s) e, inclusive na definição dos valores de normalidade/

doença. No entanto, todas elas enfatizam a relevância desta doença e a importância do diagnóstico/seguimento e, principalmente, do correto tratamento como forma de diminuir a enorme morbi-mortalidade das doenças cerebro-cardiovasculares (DCCV).

NC | De que forma encara os avanços farmacológicos dos últimos anos para controlo desta patologia?

FP | Nos últimos anos não têm surgido novas classes terapêuticas para o tratamento da HTA, no entanto, surgiram alguns (infelizmente muito poucos) novos fármacos das classes convencionais. Acresce que a expectativa inicialmente suscitada pelos aparentemente muito promissores tratamentos invasivos (desnervação renal) e/ou com dispositivos (estimulação carotídea) foi entretanto “arrefecida” com os resultados dos estudos clínicos em grupos maiores.

No entanto, isto não significa que não tenham surgido importantes avanços no tratamento da HTA, principalmente com disponibilidade cada vez maior (e diria mesmo melhor) de associações de dois e mais anti-hipertensores em comprimido único, que são um forte contributo para melhorar o controlo da PA. Desde logo porque se associam fármacos que não só são sinérgicos na redução da PA, potenciando-se simultaneamente, como contribuem para a redução dos eventuais efeitos adversos de cada um deles, visto que contrariam/reduzem os efeitos laterais dos restantes elementos presentes na associação, contribuindo fortemente para minimizar os principais determinantes da não adesão dos doentes à terapêutica com consequente não controlo da PA.

NC | Quais são as mensagens a reter à luz destas novas evidências?

FP | Apesar de terem algumas diferenças (mais aparentes que reais quando examinadas mais profundamente) as recentes *guidelines* reforçam significativamente a importância da HTA como FR primordial para as DCCV e todas elas enfatizam a necessidade de diagnosti-

“Alguns dos doentes diagnosticados não estão medicados e muito dos doentes tratados não têm a sua pressão arterial (PA) nos valores desejados, pelo que globalmente apenas pouco mais de 56% dos hipertensos estão controlados”

car correta e precocemente a HTA, de avaliar concomitantemente todos os restantes FR e/ou comorbilidades do doente e, principalmente da premência de tratar eficazmente a HTA, realçando o papel crucial de todos os profissionais de saúde e relembrando a necessidade de atualizarmos regularmente os conhecimentos nesta área vital para o bem-estar das nossas populações e, *last but not least*, transpô-los para a nossa prática clínica diária.

A título de conclusão, considero que diferentes entidades, onde se incluem/destacam as sociedades científicas nacionais, têm o dever de ajudar a divulgar estas mensagens (o que poderia passar também pela elaboração de documentos resumidos e em português) e contribuir para a formação contínua dos profissionais de saúde, como vem fazendo regularmente a Sociedade Portuguesa do AVC, quer no seu prestigiado congresso anual quer em múltiplas outras iniciativas, sendo, também neste campo, um verdadeiro exemplo de serviço público de excelência, pelo que considero um verdadeiro privilégio ter oportunidade de, uma vez mais, estar presente nesta magnífica reunião científica.

“As recentes *guidelines* reforçam significativamente a importância da HTA como FR primordial para as DCCV e todas elas enfatizam a necessidade de diagnosticar correta e precocemente a HTA”

Dupla antiagregação: quando, quem e como

“Dupla antiagregação: quando, quem e como” foi o tema da conferência apresentada ontem pela Dr.ª Luísa Fonseca, especialista de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de São João (CHUSJ), sob presidência do Prof. Miguel Viana Batista. A palestra refletiu sobre o papel da dupla antiagregação no tratamento do AVC isquémico não cardioembólico à luz da evidência mais atual, perspetivando novos desafios para o futuro.



Dr.ª Luísa Fonseca

Internista e coordenadora
da UAVC do CHUSJ
Coordenadora
do NEDVC da SPMI

A Dr.ª Luísa Fonseca começou por esclarecer que “a antiagregação plaquetária é um dos mecanismos existentes para prevenir a formação de trombos”, constituindo uma terapêutica “com eficácia comprovada, tanto na fase aguda do AVC isquémico (AVCI) ou acidente isquémico transitório (AIT), como em prevenção primária em doentes de alto risco e ainda em prevenção secundária”.

Embora os primeiros estudos que avaliaram a eficácia e segurança da dupla antiagregação no tratamento do AVCI ou AIT terem tido resultados desencorajadores, salientou a oradora, devido ao aumento de hemorragias e pela não diminuição de recorrência, “ensaios recentes sugerem que existe benefício e é segura a utilização de dupla antiagrega-

ção (ácido acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel) na fase aguda de eventos cerebrais isquémicos, não cardioembólicos”. Segundo dados apresentados pela coordenadora da Unidade de AVC do CHUSJ, o estudo CHANCE, publicado em 2013, demonstrou que nos doentes com AVCI *minor* ou AIT com alto risco de recorrência, o início de terapia combinada com AAS e clopidogrel, nas primeiras 24h após evento, foi superior à terapêutica isolada com AAS na redução do risco de AVC a 90 dias, sem aumento de eventos hemorrágicos. Já em 2018 foi publicado o estudo POINT, que mostrou uma redução de risco de eventos isquémicos *major* nos doentes com AVCI *minor* ou AIT que iniciaram dupla antiagregação nas primeiras 12 horas após

evento, apesar de aumento de risco de hemorragia *major* aos 90 dias.

“Com estes novos dados é importante definir quais os doentes que beneficiam desta terapêutica, em que altura está preconizado o seu início e durante quanto tempo se deve manter”, avançou a Dr.ª Luísa Fonseca, lembrando que “o grande desafio, em especial em relação à dupla antiagregação, é de como minimizar o risco hemorrágico. Outro aspeto importante”, continuou a médica, “será determinar o papel do ticagrelor na doença vascular cerebral”, referindo ainda “o papel reservado aos anticoagulantes em baixa dose em associação com aspirina, após os resultados do estudo COMPASS”. Como grande mensagem a reter da sua apre-

sentação, a coordenadora do Núcleo de Estudos de Doença Vascular Cerebral (NEDVC) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), frisou que “a dupla antiagregação tem lugar no tratamento do AVC isquémico não cardioembólico, por período de tempo limitado e em condições específicas, sendo o risco hemorrágico o fator limitante da sua utilização”.

HOJE | 18H20

CONFERÊNCIA: DIABETES COMO FATOR DE RISCO PARA DETERIORAÇÃO COGNITIVA



Dr.ª Isabel Mangas

Endocrinologista do Centro
Hospitalar Universitário do Porto

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 422 milhões de pessoas em todo o mundo têm diabetes *mellitus* (DM), um número suscetível de duplicar nos próximos 20 anos. Segundo a mesma fonte, a demência afeta 47 milhões de pessoas em todo o mundo e prevê-se que este número aumente para 75,6 milhões em 2030. Adicionalmente, quer a

demência, quer a DM, estão associadas a incapacidade a longo prazo. Estes fatores contribuem para que a DM e a demência constituam grandes problemas de saúde pública. Desde a década de 90 que vários estudos científicos identificaram uma relação entre a DM e alterações cognitivas, verificando-se um aumento significativo da ocorrência de deficiência cognitiva em doentes com DM. Isto tem importantes implicações para a gestão da doença, particularmente em indivíduos mais velhos em quem os estádios da demência e da pré-demência são mais frequentes. Uma meta-análise recente que incluiu 21 estudos observacionais prospetivos em pessoas com DM mostrou um aumento de: 73% no risco de todos os tipos de demência; 56% no risco de demência de Alzheimer; e 127%

no risco de demência vascular em comparação com indivíduos sem diabetes. Os mecanismos subjacentes à disfunção cognitiva relacionada com a DM são muito complexos e incluem fatores relacionados com diabetes *per se* (hiper e hipoglicemia, insulina), com a doença cardiovascular relacionada com a diabetes e com a disfunção microvascular. Atualmente, a disfunção cognitiva é considerada uma comorbidade ou até complicação importante e comum da DM. A crescente prevalência global de diabetes, as mudanças nas tendências populacionais do envelhecimento e o efeito da disfunção cognitiva nos indivíduos afetados e na sociedade em geral, leva à necessidade de um tratamento preventivo para a disfunção cognitiva na diabetes, particularmente para as fases

mais graves. Atualmente, não existem tratamentos estabelecidos que possam interromper ou atrasar os processos subjacentes ao comprometimento cognitivo, exceto o adequado controlo de todos os fatores de risco cardiovascular. É importante ressaltar que estas estratégias de prevenção vascular se aplicam a doentes de todas as faixas etárias. Finalmente, a presença de comprometimento cognitivo em doentes com diabetes deverá ser um motivo para usar metas glicémicas menos rigorosas. O argumento para essas recomendações é que, em doentes com comprometimento cognitivo, particularmente se houver comorbilidades adicionais, a relação risco/benefício do controlo glicémico intensivo muda para maior risco e menor ganho.

VOUCHER DESCONTO

40€

Em compras de óculos de sol, armações ou lentes oftálmicas.

Válido em compras superiores a 120€.

Válido até 30/04/2019. Não acumulável com outros descontos/promoções ou vouchers.



ergovisão
For your eyes

Porto

Rua de Passos Manuel n.º 22-24
Shopping Cidade Porto Piso 1 Lj 228
Rua da Constituição n.º 135
Hospital S. João

Tel. 222 073 300
Tel. 226 095 760
Tel. 220 992 040
Tel. 223 239 512

The relevance of vascular dementia in Portugal

Cognitive impairment and dementia are worldwide increasingly frequent, impacting the quality of life of millions of patients and their families. Alzheimer's disease (AD) is the most frequent type of dementia in western countries, while vascular cognitive impairment and dementia (VaD) is generally described as the second cause. National epidemiological data is needed to assess the potential for preventive interventions and for resource distribution, towards the most adequate health responses. The results from epidemiological population-based studies in Portugal emphasize the role of vascular disease in the epidemiology of MCI and dementia in the Portuguese population, particularly in the Northern portion of the country. An explanation for such a high risk of cerebrovascular disease and vascular dementia is lacking. The prevalence of hypertension is high, but within the fi-

“The results from epidemiological population-based studies in Portugal emphasize the role of vascular disease in the epidemiology of MCI and dementia in the Portuguese population, particularly in the Northern portion of the country”

gures reported in other European countries. However, it is estimated that the percentage of younger patients are not medicated, and the percentage of patients under monotherapy are far above the European average. Another possible explanation is the high prevalence of atrial fibrillation (AF) in the Portuguese population, with a reduced frequency of anticoagulant therapy utilization, as AF is a very important risk factor for stroke and potentially for VaD.

The epidemiological data carries an important public health message regarding the potential for the prevention and management of MCI and Dementia in Portugal. Measures of primary prevention, like the promotion of healthy diet, regular practice of exercise have the potential to avert a great part of the dementia epidemic in Portugal and other countries with a higher burden of cerebrovascular disease. Furthermore, directed multido-



Prof. Luis Ruano

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
EPIUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

main interventions, involving changes in of diet, exercise, cognitive training, and control of vascular risk factors, could prevent further cognitive deterioration in patients with early and pre-symptomatic vascular cognitive impairment.

The European Stroke Organisation (ESO) Stroke Action Plan for Europe 2018 to 2030: a major pan-European initiative



Prof.ª Valeria Caso

Stroke Unit and Division of Internal and Cardiovascular Medicine, University of Perugia, Perugia, Italy

Recently, the European Stroke Organisation (ESO) released a major policy document – the European Stroke Action Plan (ESAP) for the years 2018 to 2030 [<https://actionplan.eso-stroke.org/images/2396987318808719.pdf>]. The Action Plan will serve as an important source of reference on actions needed to increase the efforts to prevent stroke and to improve stroke services. The document was prepared in cooperation with the Stroke Alliance for Europe (SAFE), the alliance of patient organizations. The ESAP was prompted by accumulating insights on the need to substantially change the attention to stroke in a policy and priority perspective, so that efforts, actions and investments should be proportional to the effects of stroke

on public health. Stroke is the second most common cause in Europe. Every year, up to 1.3 million persons in Europe suffer a first-ever stroke. Consequently, the socioeconomic impact of stroke is considerable with an annual cost in Europe of up to €45 billion. Projections predict that the overall stroke burden in Europe will have further increased another 35% by the year 2050 due to, for the most part, aging of the population. Based on recently published studies, the age-standardized incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century ranged from 95 to 290/100,000 per year. Specifically, while an overall decline in stroke incidence was noted in the last two decades, several Central and Eastern European countries are still experiencing increasing rates in stroke incidence and stroke-related mortality. However, there is growing evidence that acute strokes will be both more preventable and treatable in the near future. In only a few decades, scientific advances such as stroke unit care, thrombolytic therapy and thrombectomy have dramatically changed the possibilities to treat acute stroke and improve the prognosis. There are considerable variations in the quality of care for stroke patients in Europe, both between and within countries. ESO, the European Society of Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT), the European Academy of Neurology (EAN) and the patient organization SAFE performed a survey of scientific societies and stroke experts, in which the best available information on access to and delivery rates of these treatments was collected from 44 out of 51 European countries: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2396987318786023>. The estimated mean number of stroke units was 2.9 per million inhabitants (95% CI 2.3–3.6) and 1.5 per 1000 annual incident strokes (95% CI 1.1–1.9), respectively. Intravenous thrombolysis was provided in 42 of 44 countries. The average treatment rate was 7.3% of incident ischemic stroke patients for intravenous thrombolysis (95% CI 5.4–9.1), and 1.9% for endovascular treatment (95% CI 1.3–2.5). However, countries with the highest rates reached proportions of treated patients of 20% and 6%, respectively. Despite scientific evidence and clinical guidelines recommendations, this data

shows that too many patients are not treated in stroke units and centers that can offer the best evidence-based treatment in the acute phase. The ESAP builds on two previous pan-European consensus meetings, the 1995 and 2006 Helsingborg meetings, which were convened to review the scientific evidence and the state of current services, and to set targets for the development of stroke care for the decade to follow. The ESAP adheres to the format of the Helsingborg Declarations, presenting a review of the “state of the art,” the state of current services, research and development priorities, and targets for the main domains in stroke care (Primary Prevention, Organization of Stroke Services, Management of Acute Stroke, Prevention, Rehabilitation, Evaluation of Stroke Outcome and Quality Assessment, and Life After Stroke).

shows that too many patients are not treated in stroke units and centers that can offer the best evidence-based treatment in the acute phase.

The ESAP builds on two previous pan-European consensus meetings, the 1995 and 2006 Helsingborg meetings, which were convened to review the scientific evidence and the state of current services, and to set targets for the development of stroke care for the decade to follow. The ESAP adheres to the format of the Helsingborg Declarations, presenting a review of the “state of the art,” the state of current services, research and development priorities, and targets for the main domains in stroke care (Primary Prevention, Organization of Stroke Services, Management of Acute Stroke, Prevention, Rehabilitation, Evaluation of Stroke Outcome and Quality Assessment, and Life After Stroke).

For each domain of the 2018 to 2030 ESAP, specific targets were set. Beyond these targets, four over-arching targets for 2030 were identified:

1. To reduce the absolute number of strokes in Europe by 10%
2. To treat 90 % or more of all patients with stroke in Europe in a dedicated stroke unit as the first level of care.
3. To have national plans for stroke encompassing the entire chain of care from primary prevention to life after stroke.
4. To fully implement national strategies for multisector public health interventions to promote and facilitate a healthy lifestyle, and reduce environmental (including air pollution), socioeconomic and educational factors that increase the risk of stroke.

CONFERÊNCIA: FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA DE PEQUENOS VASOS – A ÚLTIMA FRONTEIRA?

HOJE | 12H30

Small vessel diseases of the brain: new insight into the pathophysiology from monogenic forms

Cerebral small vessel diseases (SVD) account for ~25% of ischemic strokes, ~90% of intracerebral hemorrhages (ICH) and are a leading cause of cognitive decline and disability. Our limited understanding of the pathogenesis of SVD is a major obstacle to the development of treatments. Monogenic forms of SVD, such as CADASIL, an ischemic form of SVD caused by highly stereotyped mutations in the Notch3 receptor, and COL4A1/2-related ICH, caused by mutations in the alpha1 or alpha2 chains of collagen type IV, provide a window into the mechanism underlying much more common, but largely indistinguishable, sporadic forms of SVD. Over the past years, our lab has generated and characterized several mouse models of CADASIL and COL4A1/2-related ICH and recently deciphered key molecular and cellular

mechanisms underlying these diseases. CADASIL patients and mice exhibit early cerebrovascular dysfunction. Proteomic analysis revealed early changes in the microvascular extracellular matrix. Functional ex vivo and in vivo analyses identified a novel mechanism linking a specific change in the extracellular matrix and a channelopathy-like defect that underlies cerebrovascular dysfunction. In COL4A1/2 disease, patients and mice harboring disease-causing mutations develop cerebral microbleeds and spontaneous deep ICH, the latter with reduced penetrance. We found that microbleeds and ICH are driven by two distinct mechanisms. Microbleeds, which occur in early postnatal life, are caused by a transient increase in blood-brain barrier permeability at the level of capillaries, whereas ICHs originate

“Over the past years, our lab has generated and characterized several mouse models of CADASIL and COL4A1/2-related ICH and recently deciphered key molecular and cellular mechanisms underlying these diseases”



Dr.ª Anne Joutel

Inserm, Institute of Psychiatry and Neurosciences of Paris, France

from deep penetrating arteries with focal and segmental degeneration of smooth muscle cells. We further identified a second type of lesion at the level of precapillary arterioles that is critically involved in the occurrence of ICH. Analysis of human postmortem brain tissues suggest that a similar mechanism operates in sporadic deep ICH.



Prof. Marcos Barbosa

Neurocirurgião do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

“Em termos de evidência científica robusta, neste momento e segundo o conhecimento atual, o papel da cirurgia no tratamento da hemorragia cerebral é muito limitado, diria que na ordem dos 20% dos casos”, começou por salientar o especialista. De facto, depois da publicação dos estudos STICH, em que o tratamento cirúrgico não conseguiu demonstrar, de forma global, superioridade em relação ao tratamento médico, “a investigação tem-se virado

Tratamento cirúrgico das hemorragias intracerebrais: estado da arte

No início da tarde do dia 1 de fevereiro, no âmbito da sessão “AVC hemorrágico”, o Prof. Marcos Barbosa apresentará a palestra “Tratamento cirúrgico das hemorragias intracerebrais: estado da arte”. A comunicação do neurocirurgião do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra terá enfoque nos caminhos de investigação atuais nesta área.

para métodos minimamente invasivos de remoção cirúrgica e dissolução do coágulo (endoscopia e estereotaxia), com ou sem trombólise associada, de modo a poder beneficiar doentes vítimas desta forma grave da AVC”, explicou o neurocirurgião, embora ressaltando que a eficácia destas técnicas é ainda “considerada incerta”.

Na sua apresentação, o Prof. Marcos Barbosa abordará também a temática do “timing” da cirurgia, “porque existe controvérsia sobre se a evacuação ultra-precoce do hematoma pode (ou não) melhorar os resultados funcionais e reduzir a taxa de mortalidade”.

Avançando algumas conclusões, o orador considera que “neste momento, e enquanto não existir mais evidência clínica, o papel da cirurgia continua limitado a casos muito selecionados (hematomas lobares em doentes relativamente jovens que estão a agravar clinicamente, como regra), mas existe ainda a possibilidade de os métodos minimamente invasivos poderem vir a expandir a indicação cirúrgica”. Assim, segundo o médico, “o grande investimento tem que ser ao nível do tratamento médico em Unidades de AVC e eventualmente Cuidados Intensivos, limitando a expansão do hematoma, es-

“Neste momento, e enquanto não existir mais evidência clínica, o papel da cirurgia continua limitado a casos muito selecionados, mas existe ainda a possibilidade de os métodos minimamente invasivos poderem vir a expandir a indicação cirúrgica”

perando-se ainda o resultado de vários estudos que tentam bloquear diversas vias de lesão celular”.

HOJE | 14H30

Abordagem da hemorragia Intracerebral em UCI

A hemorragia intracerebral espontânea (HIC) é o segundo subtipo mais comum de AVC e a sua morbi-mortalidade é extremamente elevada. Na realidade, a mortalidade a 1 ano atinge cerca de 60% e apenas 20% dos sobreviventes são independentes aos 6 meses.

As causas mais frequentes de HIC são a hipertensão arterial crónica (HTA), a angiopatia amilóide e a anticoagulação. A idade também é fator de risco relevante, pois por cada década acima dos 50 anos, a incidência de HIC duplica.

AVALIAÇÃO INICIAL

A HIC é uma emergência médica em que a velocidade de instalação e agravamento clínico salientam a importância de uma abordagem inicial rápida e estabilização segundo o algoritmo ABC de suporte de vida, realização de neuroimagem, controlo da HTA e reversão da anticoagulação, se aplicável.

O diagnóstico imagiológico com TC cerebral (TC CE) possibilita a caracterização da localização e volume da HIC. A complementariedade com contraste ou angioTC permite averiguar a probabilidade da hemorragia ser secundária e prever a deterioração neurológica por expansão do hematoma. A aplicação

de escalas de severidade para avaliar a gravidade inicial é útil para a estratificação de risco de mortalidade e facilita a comunicação entre as equipas médica e cirúrgica relativamente ao nível de cuidados e tipo de tratamento.

MANUSEAMENTO EM UCI

Os doentes com previsível viabilidade e maior gravidade necessitam de internamento em cuidados intensivos. Vários estudos publicados salientam que o outcome da HIC grave é otimizado quando efetuado em unidades dedicadas a doentes neurocríticos.

O manuseamento é balizado pela avaliação clínica, neuromonitorização multimodal e de uma estratégia terapêutica multidisciplinar, aliando o saber da equipa da medicina intensiva, às outras especialidades (neurologia, neurocirurgia, neuroradiologia, neurofisiologia e reabilitação).

A sedação e analgesia (S/A) usadas têm por principal objetivo diminuir o metabolismo cerebral mantendo uma bom acoplamento com o fluxo sanguíneo cerebral. A monitorização contínua de EEG permite acompanhar o efeito pretendido da S/A evitando supressão excessiva e detetando pre-

cocemente atividade epiléptica. O controlo da oxigenação, evitando episódios de hipoxia e hiperoxia e o controlo da ventilação com a estabilização do CO₂ são fundamentais para assegurar uma resposta adequada da circulação cerebral e sua vasorreatividade que optimize a compliance cerebral.

A monitorização contínua da oxigenação tecidual e cerebral e a capnografia são instrumentos importantes para decisão à cabeceira do doente. O controlo metabólico e da temperatura corporal são também importantes para diminuir a morte neuronal.

Frequentemente a HIC acompanha-se de hipertensão crâniana (HTC) desencadeada pelo efeito de massa de hematoma não drenado e ou pela presença de hidrocefalia obstrutiva. O manuseamento da HTC deve ser multifatorial com instituição de adequada pressão de perfusão cerebral (PPC) preferencialmente otimizada pela avaliação contínua da autorregulação cerebral, administração de osmoterapia (manitol ou cloreto de sódio hipertónico), drenagem ativa de liquor através de drenagem ventricular externa, evacuação do hematoma ou craniectomia descompressiva se indicado. A monitorização da pressão intracraniana, PPC e Doppler transca-



Prof.ª Celeste Dias

Médica Especialista em Medicina Intensiva e Anestesia do Centro Hospitalar Universitário de São João

niano permitem evitar a pressão crítica de oclusão e assim, reduzir o risco de morte cerebral.

PERSPETIVAS FUTURAS

A HIC continua a ser a forma de acidente vascular cerebral com pior outcome. Torna-se necessário melhorar a precocidade do tratamento, controlar a expansão da hemorragia, tornar mais equitativa a acessibilidade ao tratamento intensivo e desenvolver técnicas médico-cirúrgicas minimamente invasivas de remoção do hematoma.



Bristol-Myers Squibb





Polimedição: uma inevitabilidade?

Prof. António Albino Teixeira

Docente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Hoje, pelas 11h15, o Prof. António Albino Teixeira, docente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, apresentará uma conferência sobre polimedição, procurando responder aos desafios da prática clínica face às orientações preconizadas nas guidelines internacionais e explorando estratégias de suspensão terapêutica à luz das mais atuais evidências científicas. “Polimedição: uma inevitabilidade?” é uma sessão que contará com a moderação do Prof. Castro Lopes.

Notícias do Congresso (NC) | Em traços de gerais, quando podemos dizer que estamos perante um doente polimedicação?

Prof. Albino Teixeira (AT) | A polimedição pode ser definida de várias formas, seja quantitativamente, usualmente com a toma de cinco ou mais fármacos simultaneamente, ou qualitativamente, através do uso de mais medicamentos do que os indicados para o doente. Quando falamos em polimedição, falamos essencialmente no contexto da população idosa, ou seja, com mais de 65 anos, pela maior prevalência de doenças que levam à administração farmacológica. Portugal é um dos países com maior consumo de medicamentos *per*

capita, daí a importância da reflexão e consenso em torno desta temática.

NC | Tendo em conta o título da palestra que irá apresentar será a polimedição de facto uma inevitabilidade?

AT | A avaliação da adequação da medicação num determinado doente, sobretudo em doentes com várias patologias, nem sempre é fácil e linear. Isto porque o cumprimento das normas gerais de orientação terapêutica, as *guidelines*, geralmente está relacionado com um diagnóstico específico de determinada patologia. Porém, aplicadas a cada patologia individualmente, as *guidelines* determinam, com frequência, a necessidade excessiva de medicação, ultrapassando largamente a toma de cinco medicamentos concomitantes. Portanto, é frequente a polimedição justificada individualmente, segundo as patologias que o doente possa apresentar. No entanto, há que ter em conta a coexistência de vários diagnósticos no mesmo doente e agir em conformidade com o quadro geral do doente polimedicação, ao invés de olhar para cada diagnóstico de forma isolada.

NC | Quais os principais problemas associados à polimedição?

AT | É importante saber que à medida que acrescentamos medicamentos a um doente aumentamos o risco de efeitos adversos entre 8 a 9% por cada medicamento adicionado, elevando também o potencial de interações me-

“É importante saber que à medida que acrescentamos medicamentos a um doente aumentamos o risco de efeitos adversos entre 8 a 9% por cada medicamento adicionado, elevando também o potencial de interações medicamentosas”

dicamentosas. O consumo excessivo de medicamentos implica, não só riscos para o doente, como também um forte encargo para o Serviço Nacional de Saúde.

NC | De que forma podem ser minimizados esses problemas?

AT | Para além do senso clínico do próprio médico aquando a prescrição farmacológica existem vários modelos propostos que procuram diminuir os riscos inerentes à polimedição. Têm sido publicados inúmeros trabalhos abordando o tema da suspensão tera-

pêutica, tentando, sempre que possível, diminuir o número de medicamentos administrados ou a sua dosagem sem comprometer a eficácia terapêutica.

NC | A abordagem multidisciplinar dos doentes pode ser também importante na gestão da polimedição?

AT | Sem dúvida. Em todas as áreas complexas da Medicina a intervenção de saberes complementares é sempre importante. No contexto da avaliação de polimedição e do aconselhamento de doentes e de médicos há estudos internacionais sobre o papel da farmácia clínica, para além da desejável multidisciplinaridade médica.

NC | No âmbito desta apresentação, quais as mensagens a reter?

AT | Uma vez que a ocorrência de AVC é frequentemente em doentes com polimedição, justificada com a coexistência de comorbilidades e fatores de risco, tais como a hipertensão, a diabetes, a fibrilhação auricular, entre outros, será essencial relembrar a pertinência do tema e os cuidados a ter na prescrição racional de fármacos, que inclui as atitudes de suspender terapêuticas inadequadas e/ou corrigir dosagens de terapêuticas excessivas. Não há, infelizmente, nenhuma regra que nos permite ter um aconselhamento indiscutível doente a doente, mas existem várias estratégias para reduzir os riscos associados à polimedição disponíveis na literatura, e algumas delas serão abordadas nesta apresentação.

“Têm sido publicados inúmeros trabalhos abordando o tema da suspensão terapêutica, tentando, sempre que possível, diminuir o número de medicamentos administrados ou a sua dosagem sem comprometer a eficácia terapêutica”

MOMENTOS DO CONGRESSO





Angiopatia amiloide cerebral e a prevenção do AVC isquêmico

Dr. Luís Maia

Neurologista do Centro Hospitalar do Porto

Dia 1 de fevereiro, pelas 16h35, o 13.º Congresso Português do AVC recebe uma conferência proferida pelo Dr. Luís Maia, neurologista do Centro Hospitalar do Porto, sobre o tema “Angiopatia Amiloide Cerebral e a prevenção do AVC isquêmico”. O orador avança alguns tópicos que serão abordados na sessão, destacando as principais mensagens a reter.

Notícias do Congresso (NC) | Em poucas palavras, o que é a angiopatía amiloide cerebral e qual a sua incidência no nosso país?

Dr. Luís Maia (LM) | A angiopatía amiloide cerebral (AAC) é uma doença em que as artérias cerebrais ficam danificadas pela deposição de uma proteína amiloide na sua parede. Tem uma prevalência elevada na população, em particular nos doentes mais idosos, podendo atingir >90% dos indivíduos acima dos 85 anos. A incidência das manifestações clínicas associadas à AAC (ex: hemorragia intracerebral lobar, microhemorragias cerebrais, hemorragia subaracnoideia localizada, demência) não estão caracterizadas na nossa população. À luz dos dados internacionais estima-se que a AAC seja a causa de 35-75% das hemorragias cerebrais lobares e contribua para a disfunção cognitiva nos doentes mais idosos.

NC | De que forma a angiopatía amiloide cerebral constitui um fator de risco de AVC?

LM | A AAC é causa de hemorragia in-

tracerebral lobar, microhemorragias cerebrais, hemorragia subaracnoideia localizada na sequência da rutura de artérias fragilizadas pela deposição da substância amiloide. Dados mais recentes têm vindo a associar a AAC a microenfartes cerebrais e a alterações de substância branca.

NC | Nos doentes com angiopatía amiloide cerebral, de que forma é possível prevenir um episódio de AVC isquémico?

LM | Esta é uma questão extremamente pertinente atendendo ao risco hemorrágico desta doença vascular. De facto, dada a prevalência elevada da AAC em doentes idosos, não é raro depararmo-nos com doentes que apresentam outras patologias, como por exemplo a fibrilhação auricular. Estes casos constituem um desafio terapêutico uma vez que, por um lado, os doentes com fibrilhação auricular têm indicação para hipocoagulação; e, por outro, o risco hemorrágico dos doentes com AAC contraria essa abordagem. Assim, estão a ser estudados outros biomarcadores ima-

giológicos e bioquímicos para ajudar o clínico a prescrever o melhor tratamento para cada doente específico.

NC | Que dados/estudos serão apresentados nesta conferência, cujos os resultados importe salientar?

LM | Vão ser apresentados estudos recentes que fornecem mais informação sobre achados imagiológicos detetáveis por ressonância magnética cerebral que parecem ser preditores de risco para hemorragias intracerebrais: “Cerebral microbleeds and intracranial haemorrhage risk in patients anticoagulated for atrial fibrillation after acute ischaemic stroke or transient ischaemic attack” (CROMIS-2); e “Intracerebral Hemorrhage Due to Oral Anticoagulants: Prediction of the Risk by Magnetic Resonance” (HERO). Estes estudos contribuem para uma melhor gestão individualizada dos doentes que apresentem um risco hemorrágico acrescido.

NC | Quais as take home messages desta conferência?

LM | Doentes com marcadores imagioló-

“Vão ser apresentados estudos recentes que fornecem mais informação sobre achados imagiológicos detetáveis por ressonância magnética cerebral que parecem ser preditores de risco para hemorragias intracerebrais”

gicos indiretos de AAC devem ter o seu risco hemorrágico avaliado tendo em conta a quantidade de micro-hemorragias, a presença de siderose superficial localizada e a alteração de substância branca. Se o mesmo doente tiver um enfarte cerebral ou lhe for diagnosticada uma fibrilhação auricular, a decisão de iniciar tratamento antiagregante ou hipocoagulante deve ser bem ponderada. O recurso a scores de risco como o CHA2DS2-VASC e HAS-BLED, em conjunto com os marcadores imagiológicos de AAC e os marcadores de risco específico da fibrilhação auricular, podem permitir tomar uma decisão terapêutica mais ajustada ao doente individual.

AMANHÃ | 9H30

SESSÃO: REABILITAÇÃO



Dr. Mauro Zampolini

Dept. of Rehabilitation, USL UMBRIA3 2, Foligno Hospital, Foligno, Italy

Stroke rehabilitation in Europe

Stroke deaths are decreasing due to prevention and treatment of cerebrovascular diseases. The decrease in death rates will lead to more people surviving with disability. Consequently, both the cost and the global burden of stroke is estimated to increase in Europe. The disabled people need access to effective rehabilitation services, over 30% of stroke survivors have persistent disability and may be need long-term rehabilitation. Around 30% of stroke survivors report unmet rehabilitation needs. Stroke care process throughout Europe varies considerably from one country to another and even in the same country. For example, only 30% of stroke people in Europe get treated in specialized stroke units, which have been shown less mortality and better outcomes. Organisation and provision of stroke

rehabilitation and follow-up services after inpatient rehabilitation need harmonization across the Europe. In fact, there is variation across countries in terms of admission criteria, time of treatment and contents of therapy. Many stroke survivors in Europe have to wait long to get an assessment of their rehabilitation needs and to actually receive therapy. Outpatient therapy services, ongoing long-term support and follow-up is inadequate in many parts of Europe. Specialist rehabilitation may only be available in large urban areas. Occupational and speech therapy and psychological support are either very limited or not available in several countries. Thus, considering both the current situation of stroke care as well as the expected rise of stroke burden, it is evident that rehabilitation services for

persons with stroke need to be improved throughout Europe.

Stroke rehabilitation is one of the main practice areas of the Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) physicians. PRM is the primary medical specialty that focuses on the improvement of functioning based on the WHO's integrative model of functioning, disability and health, and rehabilitation as its core health strategy. PRM physicians are adequately trained and qualified to organise and manage the comprehensive rehabilitation programme for stroke survivors within a holistic teamwork approach in acute, post-acute and long-term settings. The UEMS PRM Section published an evidence-based position paper (EBPP) is to improve PRM physicians' professional practice for persons with stroke in order to promote their functioning and enhance quality of life.

Stroke is the second most common cause of deaths and third most common cause of disability worldwide. Stroke care vary considerably across Europe, creating a risk of low-quality care. Stroke survivors and the global burden of stroke (Disability-Adjusted Life-Years lost) are increasing. In Eu-



Prof. João Sargento Freitas
Neurologista do Centro Hospitalar
e Universitário de Coimbra



Dr. Alexandre Amaral e Silva
Neurologista do Hospital
de Vila Franca de Xira

Burning questions sobre prevenção secundária do AVC

Pelas 11h40 do dia 1 de fevereiro, sexta-feira, o 13.º Congresso Português do AVC acolhe um simpósio promovido pela Bayer, intitulado “Burning questions sobre prevenção secundária do AVC”, no qual participarão como palestrantes o Prof. João Sargento Freitas e o Dr. Alexandre Amaral e Silva.

“Neste simpósio serão revisitados os dados do estudo ROCKET-AF, “em particular no que diz respeito à utilização de rivaroxabano na prevenção da recorrência de AVC, bem como os resultados referentes à sua utilização em doentes frágeis e à população tratada com a dosagem reduzida de 15mg”

Contextualizando o tema selecionado, o Prof. João Sargento Freitas começou por afirmar que “os anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K (NOAC) vieram verdadeiramente revolucionar a tromboprofilaxia em doentes com fibrilhação auricular”. E justificou: “a sua rápida assimilação em regimes terapêuticos foi resultado da robusta evidência em ensaios randomizados, entretanto

suportados por diversos estudos de vida real”. Contudo, o neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra apontou alguns novos desafios que surgem “à medida que melhor conhecemos estes fármacos”, como por exemplo a gestão em contexto de intercorrências cerebrovasculares ou o uso de doses não recomendadas. Relativamente ao fármaco que será focado neste simpó-

sio, o rivaroxabano, “recebemos ainda recentemente nova evidência de uma diferente indicação na tromboprofilaxia cerebrovascular em contexto de ateromatose”, avançou o médico. É sobre estas questões consideradas “quentes” e “desafiantes” que incidirá a tónica da apresentação do palestrante.

O Dr. Alexandre Amaral e Silva, por sua vez, reconheceu a importância do tema selecionado para o simpósio tendo em conta o “papel dos NOAC como primeira linha na prevenção de eventos tromboembólicos em doentes com FA não valvular”, considerado “inequívoco” também em contexto de prevenção secundária. No entanto, o neurologista do Hospital de Vila Franca de Xira apontou algumas “questões que permanecem em aberto, para as quais a evidência é menos clara, nomeadamente no que se refere ao *timing* de início/reinício de hipocoagulação após AVC/AIT”. Isto porque implica um grande número de variáveis a considerar, continuando a ser necessária evidência robusta proveniente de ensaios clínicos, embora na opinião do especialista os dados reforcem cada vez mais a segurança da instituição precoce dos NOAC. Neste simpósio serão revisitados os dados do estudo ROCKET-AF, “em particular no que diz respeito à utilização de rivaroxabano na prevenção da recorrência de AVC, bem como os

resultados referentes à sua utilização em doentes frágeis e à população tratada com a dosagem reduzida de 15mg”. Será também analisada “a importância do uso criterioso dos esquemas de redução de dose e o impacto, documentado em múltiplos estudos, que a excessiva e indevida utilização de doses inadequadas pode ter em termos do perfil de eficácia e segurança dos NOAC, sublinhando de que forma os resultados subsequentes de estudos observacionais e registos de dados de vida real reforçaram as tendências observadas no ROCKET-AF em termos de perfil de eficácia e segurança do rivaroxabano na dose reduzida de 15mg”, descreveu o palestrante. Por fim, o simpósio irá debater os resultados do estudo COMPASS, avaliando o seu contributo para “alargar o espectro de uso de rivaroxabano em diferentes contextos da prevenção vascular cerebral”.

“O simpósio irá debater os resultados do estudo COMPASS, avaliando o seu contributo para “alargar o espectro de uso de rivaroxabano”

SESSÃO: ORGANIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA DE REPERFUSÃO

AMANHÃ | 11H20

Endovascular treatment network organization: how to improve its efficiency and the patients prognosis

The efficacy of endovascular reperfusion treatment (EVT) in acute cerebral large vessel occlusion (LVO) has changed the way ischemic stroke should be treated worldwide. The main challenge of all stroke organizations is equity: to provide stroke patients with the best treatment independently of their clinical or social characteristics, or the place where they live. Even if EVT for LVO has demonstrated to be better than the best medical treatment alone, including intravenous (iv) tPA, all stroke clinical guidelines support that iv tPA should always be given before EVT if the patient has not a contraindication. However, EVT is only available in comprehensive stroke centers (CSC), and the stroke network organization requires adaptation to this

new need. Patients initially considered as EVT candidates at primary stroke centers (PSC) can evolve during inter-facility transfer to be ineligible, and time from onset to reperfusion constitutes an important outcome predictor in LVO patients. On the other hand, there is a high proportion of ischemic stroke patients eligible for iv tPA, but not for EVT and these patients should not be impaired by delaying iv tPA after a long transfer. In this setting, two organization models have been proposed for EVT treatments in multicenter areas: “Drip-and-ship” model: the acute stroke patient is transferred to the closer PSC iv tPA-capable (sometimes provided by Telemedicine), and a secondary transfer to the CSC is performed if he/she is an EVT candidate;

and the “Mothership” model: in the event of a code stroke LVO-suspicious, the patient is directly transfer to a CSC, even if there is a closer PSC (therefore delaying iv tPA). At the moment, the RACECAT clinical trial is testing which of the two models is better for stroke organization.

The key for deciding where an acute stroke should be transfer is patient selection: there is a clear need of a pre-hospital tests able to identify between all acute stroke patients those who present an ischemic stroke, and specially a LVO. At the moment, this selection is performed by pre-hospital clinical scales.

Finally, epidemiological, economic and social information about the situation of the organization to design an improvement plan, and monitoring of the results



Prof.ª Marta Rubiera
Stroke Neurologist, Hospital Vall
d’Hebron, Barcelona

(by establishing mandatory registries) are fundamental to achieve an adequate stroke network organization.

Neuroproteção e preservação da penumbra isquémica até à reperfunção

O conceito de neuroproteção no contexto do AVC isquémico agudo é classicamente definido como uma intervenção capaz de evitar ou minimizar a lesão isquémica parenquimatosa após o estabelecimento de uma diminuição ou suspensão regional do fluxo sanguíneo encefálico, e dessa forma reduzir as suas consequências clínicas. De um ponto de vista global, a própria recanalização vascular será a neuroproteção mais eficaz, mas mais frequentemente este conceito tem sido aplicado a um conjunto de intervenções farmacológicas cujo objetivo é aumentar a tolerância tecidual à isquemia através da interferência com a cascata isquémica, e dessa forma limitar ou atrasar a morte neuronal e glial nas zonas de penumbra. Centenas de ensaios clínicos foram realizados para testar a eficácia de substâncias com ação na excitotoxicidade, no stress oxidativo e nitrosidativo e em processos inflamatórios, mas a translação da sua eficácia

“O desafio dos próximos anos será identificar intervenções neuroprotetoras capazes de limitar a progressão isquémica, de forma a aumentar o número de doentes candidatos a tratamento endovascular e o número de doentes com prognóstico funcional favorável”

nos modelos animais para os humanos revelou-se até ao momento sem sucesso. Outro mecanismo neuroprotetor no AVC isquémico agudo é o aumento da entrega de oxigénio à penumbra isquémica, através da otimização da circulação colateral ou do aumento do transporte de oxigénio. Os ensaios que estudaram intervenções neste domínio, como a hipertensão induzida, oxigénio em alta concentração, albumina endovenosa, laser infravermelho transcraniano e condicionamento isquémico remoto, não demonstraram benefício clínico. Uma das principais limitações dos estudos clínicos em neuroproteção é não terem sido realizados em doentes submetidos sistematicamente a recanalização eficaz. No contexto do tratamento endovascular do AVC isquémico por oclusão de grande vaso, medidas que atrasam a cascata isquémica, se implementadas precocemente e seguidas de revascularização eficaz, poderão ter



Dr. João Pinho

Departamento de Neurologia, RWTH Hospital Universitário de Aachen

um benefício clínico, que caso a oclusão seja persistente poderá não existir. Dado que mesmo obter uma recanalização eficaz em doentes com AVC isquémico por oclusão de grande vaso, permite a independência funcional em “apenas” cerca de 50% dos doentes, o desafio dos próximos anos será identificar intervenções neuroprotetoras capazes de limitar a progressão isquémica, de forma a aumentar o número de doentes candidatos a tratamento endovascular e o número de doentes com prognóstico funcional favorável.

A seleção por imagem depois das 6 horas

A trombectomia mecânica melhora significativamente o prognóstico dos doentes com enfarte cerebral agudo por oclusão de grande vaso na circulação anterior. Este benefício, inicialmente demonstrado apenas até às 6h de evolução dos sintomas, foi recentemente demonstrado também depois das 6h em dois ensaios randomizados (DAWN e DEFUSE 3). Ambos os ensaios

selecionaram doentes com pequeno volume de enfarte cerebral estabelecido e, sobretudo, com demonstração de um grande volume de parênquima potencialmente salvável.

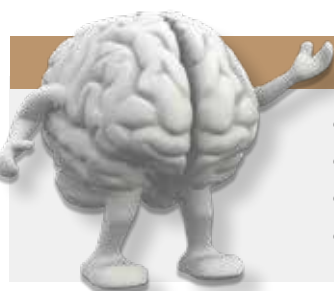
Em ambos foram utilizadas técnicas de imagem “sofisticadas”, com estudos de perfusão por TAC processados com *software* específico e/ou com imagens de RM.

Assim, em rigor, o benefício da trombectomia depois das 6h está apenas demonstrado quando usados os critérios de seleção por imagem usados nesses ensaios. Contudo, há já um importante conjunto de dados que sugere que o *outcome* poderá ser idêntico mesmo quando usadas ferramentas de seleção por imagem mais simples (TAC simples e angio-TC).



Dr. Ângelo Carneiro

Neurorradiologista de intervenção do Centro Hospitalar do Porto



A NÃO PERDER!

SESSÃO DE INFORMAÇÃO À POPULAÇÃO GERAL

“O AVC pode prevenir-se e tratar-se. Saiba como” | Castro Lopes

“Eduque a sua alimentação. Saiba como” | Sandra Alves

“As vantagens de uma associação de doentes de nível nacional” | António Conceição (Portugal AVC)

“A atividade física é muito importante. Saiba como praticá-la” | Rui Barros

ENTRADA LIVRE

Um parceiro, várias soluções para patologias neurovasculares!

 **Medicinalia
Cormédica**
A Werfen Company

stryker
Neurovascular

InspireMD

Menox
Liquid Embolic System

Abordagem multidisciplinar na prevenção secundária do AVC



Dr. Francisco Moscoso Costa
Cardiologista do Hospital
de Santa Cruz



Dr. João Sargento Freitas
Neurologista do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

Na sexta-feira, dia 1 de fevereiro, pelas 15h15, a Daiichi Sankyo promove um Simpósio sobre o tema “Abordagem multidisciplinar na prevenção secundária”, que reúne as perspetivas da Cardiologia e da Neurologia no painel de palestrantes, com as intervenções do Dr. Francisco Moscoso Costa e do Dr. João Sargento Freitas, respetivamente. A sessão, moderada pela Prof.^a Elsa Azevedo, passará em revista o corpo de evidência clínica de edoxabano, com base nos vários ensaios desenvolvidos, apresentando este fármaco como uma opção eficaz e segura na prevenção secundária do AVC relacionado com fibrilhação auricular.

“A prevenção secundária do AVC muda significativamente quando a patologia se associa a fibrilhação auricular (FA), uma vez que está indicada terapêutica hipocoagulante”, começou por explicar o Dr. Francisco Moscoso Costa. Tendo em conta que o diagnóstico da FA representa um “verdadeiro desafio clínico” já que esta arritmia é muitas vezes assintomática, a Cardiologia tem, na perspetiva do médico, um papel importante a desempenhar – “não só no seu rastreio, mas também, uma vez estabelecido o diagnóstico, na gestão da hipocoagulação oral, na adequação da estratégia de controlo de ritmo e/ou de frequência e na gestão das frequentes comorbilidades”. Lembrando que “a FA é a arritmia cardíaca mais prevalente na população adulta”, o cardiologista do Hospital de Santa Cruz avançou que, neste simpósio, serão revisitadas “algumas das principais estratégias da abordagem da fibrilhação auricular no contexto da prevenção secundária”, as quais passam necessariamente por estratégias hipocoagulantes. Neste contexto, o especialista

“O Prof. João Sargento Freitas sublinhou que “medicar um doente com FA não é apenas prevenir AVC isquémico cardioembólico”, mas é também “prevenir hemorragias (especialmente as cerebrais), prevenir quedas com sequelas, prevenir demências”

lista aludiu à “verdadeira revolução” verificada nos últimos anos no campo da hipocoagulação oral. “A introdução dos anticoagulantes orais diretos, com a sua

simplicidade de utilização e perfil de eficácia/segurança, permitiu ultrapassar muitas das limitações dos antagonistas da vitamina K e aumentar significativamente a taxa de doentes hipocoagulados em prevenção primária”, explicou, acrescentando: “estes fármacos são hoje a primeira linha na prevenção secundária do AVC relacionado com fibrilhação auricular, apresentado menor risco de hemorragia, em particular da hemorragia intracraniana, quando comparados com os antagonistas da vitamina K. Nesta sessão vamos ter também oportunidade de rever a evidência do edoxabano neste âmbito”. O palestrante fez notar que “a redução do risco em doentes com FA não envolve apenas a hipocoagulação oral”, exige também “o manejo das frequentes comorbilidades e uma adequada estratégia de controlo de ritmo ou da frequência cardíaca”.

Do lado da Neurologia, o Prof. João Sargento Freitas sublinhou que “medicar um doente com FA não é apenas prevenir AVC isquémico cardioembólico”, mas é também “prevenir hemorragias (especialmente as cerebrais), prevenir quedas com sequelas, prevenir demências”, entre outras complicações, salientando que “é preciso adaptar as nossas escolhas a cada doente”. O especialista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra referiu que a abordagem aos riscos inerentes ao doente com fibrilhação auricular é muitas vezes, e de forma considerada “simplista”, dividida na dicotomia AVC isquémico/AVC hemorrágico. “No entanto, na prática clínica observamos frequentemente outros eventos igualmente com grande importância funcional, mas nem sempre abordados nos principais ensaios clínicos”, ressaltou. “São disso exemplo o papel progressivamente mais reconhecido da fibrilhação auricular como fator de risco para demência, mas também a integração das decisões trombotoproláticas em doentes com risco de quedas”. O Prof. João Sargento Freitas adiantou que este simpósio procurará fazer “uma abordagem holística, compreendendo os diversos riscos implícitos nesta doença e como abordá-los de forma a ser abrangente na estratégia profilática adotada”. Serão revistos os principais estudos relativos ao perfil de eficácia e segurança dos novos anticoagulantes orais (NOAC), e especificamente do edoxabano, em diversas populações, os quais “tentaram responder a estas dúvidas no melhor seguimento destes doentes”.

CHA₂DS₂-VASC

Escala de risco para tromboembolismo (TE) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) em doentes com Fibrilhação Auricular (FA)

- A pontuação CHA₂DS₂-VASC é o método mais utilizado para estimar o risco tromboembólico na FA.¹
- CHA₂DS₂ significa Insuficiência Cardíaca congestiva; Hipertensão; Idade (≥75 = 2 pontos); Diabetes; AVC/AIT prévio (2 pontos). VASC significa Doença Vascular (doença arterial periférica; enfarte do miocárdio prévio, aterosclerose; Idade (65-74 = 1 ponto); Sexo (género feminino = 1 ponto).²
- O risco anual de um doente aumenta conforme a pontuação CHA₂DS₂-VASC.³

Utilize esta calculadora para estimar qual o risco dos seus doentes com FA

Download APP



DAIICHI SANKYO PORTUGAL, UNIPessoal LDA
Rua das Lagoas Pequenas, Edif. 5 B - Piso 3 | Lagoas Park | 2740-245 PORTO SALVO
NIPC 501509860
Matriz registada na Cons. do Registo Comercial de Cascais

PTEDO.08.05.18

1. Vatan M. B. et al. Journal of Cardiology 66 (2015) 382-387
2. <https://Chadsvasc.org>
3. Olesen J. B. et al BMJ 2011; 342:d124

Recondicionamento ao esforço após AVC

Diversos estudos populacionais têm evidenciado que o nível de Atividade Física (AF) de doentes que sobrevivem a um Acidente Vascular Cerebral (AVC) é significativamente mais baixo do que na maioria dos indivíduos com outras doenças crônicas, nomeadamente patologias do sistema cardiovascular ou condições músculo-esqueléticas¹. Particularmente preocupante, é o facto de este baixo índice de AF ser reportado de forma generalizada nesta população, mesmo nos que apresentam *deficits* motores mais ligeiros^{1,2}. Este comportamento sedentário promove o maior declínio da capacidade cardiorrespiratória, com impacto negativo no estado funcional, favorecendo um ciclo vicioso que potencia a fadiga, a limitação motora, a disfunção psicológica e a participação social^{2,3}.

Adicionalmente, não podemos esquecer que o AVC isquémico partilha com a doença coronária (DC) a mesma fisiopatologia, assente em fatores de risco cardiovascular (FRCV) predisponentes, nomeadamente o sedentarismo⁴. No entanto, os Programas de Reabilitação Cardiovascular (PRC) são rotineiramente disponibilizados como parte dos cuidados a prestar ao doente após evento isquémico agudo (combinando protocolos de exercício com a educação para a saúde e apoio psicossocial), ao contrário do que sucede após um AVC, em que a prevenção secundária é sistematicamente esquecida - apesar de sabermos que novo evento cerebrovascular acontece em cerca de 30% e que 5% sofrerão um EAM no 1º ano após o AVC^{4,5}.

A existência de DC concomitante (20 a 40% dos casos com isquemia silenciosa),

se por um lado reforça a necessidade de uma intervenção multidimensional visando a prevenção, por outro obriga a precaver a segurança da prescrição, atendendo ao maior risco de complicações cardíacas durante o exercício^{6,7}.

Previamente à integração num programa de exercício formal, é fundamental avaliar o risco de possíveis efeitos adversos, sejam eles cardiovasculares ou músculo-esqueléticos, não esquecendo o risco de queda numa população em que são frequentes as alterações do equilíbrio⁶. Essa avaliação inicial deve ser similar à dos grupos alvo integrados em PRC incluindo, sempre que possível, a realização de prova de esforço com ou sem análise de gases expirados (fundamental para a estratificação do risco de eventos e para determinação da intensidade do esforço), ainda que com protocolos e/ou equipamentos adaptados^{7,8}. Relativamente ao programa de exercício - em qualquer protocolo estandardizado é consensual a importância do Treino Aeróbio e de Força como elementos principais, sendo igualmente essencial a inclusão de um componente de flexibilidade, coordenação e equilíbrio⁷. Não existem ainda diretrizes que definam a precocidade com que deve ser instituído após o AVC e qual a dose (Intensidade) ideal, pelo que são adotadas as recomendações existentes nos PRC relativamente ao cálculo da Intensidade a prescrever, bem como os limiares obrigatórios a respeitar, sendo também comuns as contraindicações para a realização do exercício^{7,8}.

Vários ensaios clínicos estão atualmente a focar-se nos *outcomes* obti-

dos com a adaptação dos PRC tradicionais aos doentes com diagnóstico de AVC, constituindo um importante desafio para a otimização de estratégias no contexto da prevenção secundária cardiovascular.

Referências: 1. Ashe MC, Miller WC, Eng JJ *et al.* Older Adults, chronic disease and leisure time physical activity. *Gerontology*. 2009; 55:64-72 | 2. Gebruers N, Vanroy C, Truijien *et al.* Monitoring oh physical activity after stroke: a systematic review of accelerometry-based measures. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010; 91:288-297. | 3. Gadidi V, Ktz-Leurer M, Crameli E *et al.* Long-term outcome poststroke: predictors of activity limitation and participation restriction. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92: 1802 | 4. Leao T, Lindgren A, Petersson J *et al.* Risk factors and treatment at recurrent stroke onset: results from the Recurrent Stroke Quality and Epidemiology Study. *Cerebrovasc Dis*. 2008; 25:254-260. | 5. Putaala J, Haapaniemi E, Metso AJ *et al.* Recurrent ischemic events in young adults after first ever ischemic stroke. *Ann Neurol*. 2010; 68:661-671 | 6. Dhamoon MS, Sciacca RR, Rundek T *et al.* Recurrent Stroke and cardiac risks after first ischemic stroke: the Northern Manhattan Project. *Neurology*. 2006; 66: 641-646 | 7. Billinger SA, Arena R, Bernhardt J *et al.* AHA/ASA Scientific Statement: Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. *Stroke*. 2014; 45:2532-2553 | 8. Marzolini S, McIlroy W, Brooks D. The feasibility of cardiopulmonary exercise testing for prescribing exercise to people after stroke. *Stroke*. 2012 43:1075-1081.



Dr.ª Sofia Viamonte

Diretora Clínica
Coordenadora do Núcleo de
Reabilitação Cardiorrespiratória do
Centro de Reabilitação do Norte

“Relativamente ao programa de exercício, em qualquer protocolo estandardizado é consensual a importância do treino aeróbio e de força como elementos principais, sendo igualmente essencial a inclusão de um componente de flexibilidade, coordenação e equilíbrio”



O PRODUTO CERTO PARA CADA HORA DO DIA



www.invacare.pt



TRANSFERÊNCIA



HIGIENE



MOBILIDADE



OXIGENOTERAPIA



DESCANSO

Cryptogenic stroke: Embolic Stroke of Undetermined Source (ESUS)

In one patient out of five with ischaemic stroke, the cause cannot be determined. This led to the concept of «cryptogenic» stroke. An incomplete diagnostic work-up, or coexistence of multiple causes account for many cases, but there are still patients who have an undetermined cause despite an extensive diagnostic work-up. The concept of embolic stroke of undetermined source (ESUS) has been introduced to characterise non-lacunar cryptogenic ischaemic strokes, in the absence of any stenosis of more than 50% of the lumen of a cervical or intracranial artery, and in the absence of any identified cardiac source of embolism. If the concept of ESUS is valid, a substantial proportion of these patients should have a cardiac source of emboli, especially - but not only - paroxysmal atrial fibrillation, and should therefore benefit from oral anti coagulation instead of aspirin. Direct oral anticoagulants have a better safety profile than vitamin K antagonists. Therefore, they are the oral anticoagulant of choice to test the hypothesis that oral anticoagulation is the most effective strategy for secondary prevention after an ESUS.

This hypothesis was tested in two secondary prevention trials with aspirin as comparator, RESPECT-ESUS with dabigatran, and NAVIGATE-ESUS, with rivaroxaban.

The results of the RESPECT-ESUS trial were presented at the World Stroke meeting in Montreal in October 2018 and were not yet published when this abstract was written: in short, the trial failed to prove superiority of dabigatran over aspirin to prevent recurrent stroke after an ESUS. In the NAVIGATE-ESUS trial, the efficacy and safety of rivaroxaban (15 mg daily) vs. aspirin (100 mg daily) was tested in patients with ESUS aged 50 years or more. The primary endpoint was recurrence of stroke (ischaemic or haemorrhagic) or occurrence of systemic embolism, and the primary safety outcome was the rate of major bleedings. The trial was stopped after inclusion of 7213 patients and a median follow-up of 11 months, after an interim analysis. The primary endpoint occurred at an annualised rate of 5.1% under rivaroxaban and 4.8% under aspirin (hazard ratio [HR]: 1.07; 95% confidence interval [CI]: 0.87-1.33, $p=0.52$). The annualised rate of major bleedings was 1.8% under rivaroxaban and 0.7% under aspirin (HR: 2.72; 95%CI: 1.68-4.39, $p<0.001$). The lack of efficacy to prevent recurrent stroke or systemic emboli may have several explanations: (i) the median delay of 38 days may be an issue if the risk of recurrence is the highest soon after the qualifying event; (ii) patients

received 15 mg rivaroxaban daily, while the approved dose in most countries is 20 mg; and (iii) the possible fallacy of the concept of ESUS.

There are 3 major limitations in the concept of ESUS:

- The embolic origin is presumed from the characteristics of the infarct (non-lacunar). It might be more appropriate to request a direct evidence of an arterial occlusion of embolic origin. This is easy nowadays, as all patients have imaging of the intracranial vessels at admission, to identify those who should undergo mechanical thrombectomy.

- Neither imaging of the intracranial vessels, nor transesophageal echocardiography were mandatory in NAVIGATE-ESUS, and patients with intracranial atheroma or cardioembolic strokes may have been underdiagnosed.

- Large-vessel atheroma was considered as an exclusion criterion only if the stenosis was of 50% of the lumen or more, although a plaque with a stenosis of less than 50% may also be a cause of cerebral ischaemia and is unlikely to benefit from anticoagulation.

Therefore, it is likely that a subgroup of patients with ESUS would benefit from oral anticoagulation, but these patients are probably those who, on top of the criteria used to define ESUS, have a



Prof. Didier Leys

Inserm U 1171, University of Lille, CHU Lille Department of neurology, Roger Salengro Hospital, Lille, France

clear embolic occlusion of a proximal intracranial artery, and no lesion at all of atherosclerosis on the extra and on the intracranial vessels.

Before considering that the concept of ESUS is not valid, it would be appropriate to revise its definition and to request: (i) direct evidence of a large-vessel occlusion of embolic origin, (ii) an extensive diagnostic work-up including imaging of intracranial vessels and transesophageal echocardiography, and (iii) the absence of atheroma in cervical and intracranial arteries even with stenosis of less than 50%. The current definition of ESUS is probably too broad, including causes that are unlikely to benefit from oral anticoagulation, and diluting the effect.

SESSÃO: REABILITAÇÃO

AMANHÃ | 9H30



Dr. Jorge Jacinto

Médico Fisiatra, Diretor do Serviço de Reabilitação de Adultos 3, Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Os avanços nos cuidados imediatos e no acesso aos mesmos após um AVC aumentaram a taxa de sobrevivência nos últimos 20 anos. O acesso a cuidados de reabilitação diferenciados na fase pós-aguda tem vindo a diminuir a gravidade das sequelas e do impacto das mesmas na funcionalidade e capacidade de participação social das vítimas/sobreviventes. Ainda assim, após a reabilitação pós-aguda a integração social/familiar e, a médio prazo, profissional, continuam a ser desafios enormes para

Onde estamos 10 anos após um AVC?

os doentes, para as suas famílias e para as equipas multidisciplinares de Medicina Física e de Reabilitação, em Portugal no século XXI.

Por outro lado, quando se consegue assegurar alguma funcionalidade e algum sucesso na integração familiar/social, falta saber qual é a dimensão da sobrecarga que as soluções encontradas implicam para o doente, os familiares/pares e a sociedade em geral, de forma a serem sustentáveis a longo prazo. A maioria dos estudos de sobrevida, status funcional e sucesso de integração têm um alcance de 1 a 5 anos. Apenas pontualmente surgem estudos com 10, 15 ou mais anos de *follow-up*.

Assim, pareceu-nos importante dar destaque a esta vertente do problema AVC em Portugal, começando por fazer um pequeno estudo exploratório, de que relataremos várias vertentes neste 13.º Congresso Português do AVC. Esperamos criar a motivação e impulso para eventualmente dar origem a estudos mais alargados, prospetivos e multicêntricos, que possam definir um retrato mais nítido e abrangente da realidade nacional

neste aspeto (dos cuidados agudos à fase de acompanhamento a longo prazo na comunidade, depois da fase de reabilitação pós-aguda e crónica).

Analísamos retrospectivamente os casos tratados em fase pós-aguda em 2007 e a sua situação 10 anos após alta do primeiro internamento em Centro de Reabilitação. Numa coorte de 155 doentes, com idade média na data do AVC de 61 anos, verificámos que, 10 anos depois, 47% do universo inquirível estava vivo. A idade na data do AVC parece ter sido um fator relevante: os vivos a 10 anos tinham idade média no dia do AVC de 55 anos e os mortos a 10 anos tinham idade na data do evento de 68 anos. Os sobreviventes a 10 anos tinham tido alta do 1.º internamento com melhores resultados funcionais (I. de Barthel = 61,8) do que aqueles que tinham, entretanto morrido (I. de Barthel= 34,1). A maioria dos casos (72%) viviam no domicílio 10 anos depois, mas estavam dependentes do apoio de familiares (63%) ou de profissionais (28%). A vasta maioria destes sobreviventes (79%), 10 anos depois do AVC, não tinham autonomia para sair à

rua sozinhos. Em consonância, apenas 10% destes sobreviventes estavam aptos para retomar o trabalho após a alta do primeiro internamento e só 8% o conseguiram (mas só metade deles para o mesmo trabalho). Constatámos que, na vasta maioria dos casos (92%), a reforma por invalidez era a principal fonte de rendimento.

Ao analisar a população internada para reabilitação pós-aguda de sequelas de AVC em 2017, verificámos que as características demográficas não se alteraram em 10 anos, mas que os doentes iniciaram a reabilitação intensiva multidisciplinar mais precocemente, tiveram internamentos mais curtos, mas resultados funcionais melhores. Por isso, um retorno mais rápido à família/sociedade, 73% com destino para domicílio.

Assim, procurámos ilustrar a necessidade de criação de Programas de Reabilitação Multidisciplinares, com objetivos funcionais e sociais bem definidos, aplicáveis a doentes em idade ativa, que lhes permita reintegrar o contexto familiar e o mercado de trabalho, apesar da deficiência adquirida.

THE ANGELS INITIATIVE IMPROVING STROKE CARE TO **SAVE**

lives

Consultancy

The 'Angels Consultants', stroke professionals dedicated to helping hospitals assess and improve their stroke procedures.

Join the Angels Initiative
and leave your legacy.

Visit www.angels-initiative today
to find out more.

Standardisation

The Stroke Kit, containing all the tools, protocols and paperwork needed to treat an acute patient at the CT scanner. Just one example of the simple, smart ideas powered by the 'Angels Initiative'.

Education

The 'Angels Academy', an educational platform providing you with world class training including a Stroke Nurse Certification course, simulations training, speaker resources and a hospital training kit.

Community

The 'Angels Community' offers a platform for the direct exchange of information and experience between 'Angels Initiative' participants.

Quality Monitoring

The 'ESO Angels Awards' uses the European Stroke Organisation's quality measures to both recognise and celebrate the quality of stroke care and improvements achieved by participating hospitals and their health care professionals.

Angels Europe initiative is a non-promotional, pan-European health care project of Boehringer Ingelheim International GmbH to support the ESO in implementing its main goal, to improve stroke care across Europe. The Angels Initiative is supported by Medtronic.

