

MÓDULO VII

UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dra. Carla Heloisa Cabral Moro



Há várias décadas, nos países desenvolvidos, os pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) são atendidos em unidades especializadas denominadas Unidades de AVC (U-AVC). Na Europa existem vários modelos destas unidades, mas em comum elas apresentam-se como uma forma coordenada interdisciplinar, especializada no atendimento aos pacientes vitimados por doença cerebrovascular (Brainin et al., 2002)¹. Entretanto, somente há poucos anos é que surgiram estudos científicos comparando o atendimento nessas unidades com o atendimento nos modelos convencionais.

Os modelos de unidades de AVC existentes são basicamente três:

- Aguda: geralmente associada a serviços neuro-intervencionistas, admite na fase aguda (internação média de 5 dias).
- Tardia: também chamada de unidade de reabilitação, admite após a fase aguda, com internação prolongada por semanas a meses.
- Mista: admite na fase aguda, possuindo também um enfoque reabilitador (internação média de 14 dias).

Equipes volantes de AVC (Stroke teams) constituem uma opção em hospitais sem possibilidade de dispor de uma área restrita para o tratamento do AVC, mas provavelmente não têm um impacto importante no prognóstico e não são recomendadas²⁰.

Os resultados positivos descritos a seguir referem-se principalmente às unidades mistas. Porém, estudo recente do Reino Unido demonstrou que as unidades agudas estão associadas a um aumento de 11% na redução do risco relativo de óbito².

Estudos preliminares também têm demonstrado que monitorização contínua em U-AVC aguda é mais benéfica na redução das taxas de mortalidade em comparação com a monitorização periódica dos sinais vitais^{3,4}.

As recomendações propostas a seguir estão fundamentadas essencialmente no trabalho do Stroke Unit Trialists' Collaboration,^{5-8,21} que consiste em uma metanálise de 30 estudos randomizados (2007), realizados em distintos centros na Europa, América do Norte, América do Sul e Austrália. Esse estudo demonstrou que os pacientes que receberam atendimento nas unidades de AVC apresentaram maior chance de sobreviver, retornar ao seu domicílio e obter maior índice de independência para as atividades da vida diária. A redução dos índices de mortalidade foi observada principalmente após a primeira e até a terceira semana após o íctus, denotando redução nos índices das complicações da imobilidade (trombose venosa profunda, pneumonia aspirativa, infecção do trato urinário, entre outras). Revelou uma redução relativa de 18% na mortalidade, 29% na dependência e 25% na necessidade de institucionalização se tratados em U-AVC quando comparadas com enfermaria comum (Nível de evidência I). As mudanças absolutas indicaram 3% de redução em todas as causas óbito - Number need to treat (NNT) 25 - 2% de redução na necessidade de institucionalização, e 5% de aumento no número de sobreviventes independentes (NNT 16). Todos os pacientes com AVC beneficiaram-se do tratamento e reabilitação em U-AVC: homens, mulheres, jovens, idosos, AVCs leves, moderados ou severos.

É importante salientar que o aumento do número de sobreviventes não trouxe elevação nos índices de pacientes que necessitaram de institucionalização permanente ou foram liberados aos seus domicílios dependentes, ao contrário, esses índices também foram reduzidos nos pacientes tratados nas unidades de AVC.

O *European Stroke Organization* (ESO) - Executive Committee and the ESO Writing Committee de 2008 - que é uma atualização do Consenso da European Stroke Initiative (EUSI), de 2003, recomenda que sem dúvida todos os AVCs agudos devam ter acesso a U-AVC^{1,9-11,22}.

Alguns países já estão bem avançados no atendimento do AVC ou vem desenvolvendo projetos nacionais. O Reino Unido atingiu o maior progresso no atendimento do AVC, e tem por objetivo reduzir as mortes por AVC em indivíduos abaixo de 75 anos para 40% até 2010¹². Entretanto não existe uma opinião uniforme do que consistiria uma U-AVC.

Na Noruega, as autoridades de saúde têm recomendado que todos os hospitais que atendem AVC na fase aguda devam dispor de U-AVC. O modelo norueguês recomendado está localizado no Hospital Universitário de *Trondheim*. Este modelo foi analisado em estudos randomizados, controlados e demonstrou importantes benefícios. Neste serviço existe uma enfermeira que supervisiona o atendimento de 5 a 6 pacientes, com treinamento no atendimento da fase aguda do AVC e reabilitação^{13,14}.

De acordo com o registro nacional de AVC, *RIKS-Stroke*, na Suécia 70% dos pacientes tiveram acesso a atendimento em U-AVC em 2000. Este registro revelou que o prognóstico do AVC melhorou no final da década de 90^{15,16}.

Já na Alemanha existem 120 U-AVC certificadas pela *German Society of Neurology* (DGN). Esta sociedade tem favorecido uma abordagem mais intensiva nestas unidades, com foco na monitorização e hospitalização curta de 3 a 5 dias. Como não existe evidência científica desta abordagem a DGN atualmente sugere dois níveis, unidades intensivas e reabilitadoras.

Na Áustria foi desenvolvido um projeto para cobrir todo o país no atendimento do AVC agudo até 2005, onde 70% de todos os pacientes serão admitidos em U-AVC em 24hs^{17,18}.

No Brasil temos um estudo randomizado controlado que inclui pacientes até o sétimo dia do íctus aonde se comparou a morbi-mortalidade na Unidade de AVC do Hospital Municipal São José de Joinville com uma enfermaria geral convencional no mesmo hospital, onde o tratamento era idêntico, exceto pela rotina interdisciplinar da U-AVC. Os resultados revelaram uma redução na letalidade em 10 dias após o íctus que se manteve até no sexto mês de seguimento, e uma maior taxa de sobreviventes independentes para as atividades da vida diária¹⁹.

RECOMENDAÇÕES: (baseadas no Stroke Unit Trialists' Collaboration)⁵.

1 - TODOS OS PACIENTES DEVEM SER ATENDIDOS EM UNIDADES DE AVC

2 - OBJETIVOS:

Uso coordenado de procedimentos: médicos, de reabilitação, educacionais e sociais para levar o indivíduo ao melhor nível funcional possível.

Tratamento médico eficaz na fase aguda, que requer um diagnóstico preciso e cuidados ótimos para reduzir a reincidência (prevenção secundária) e complicações clínicas inerentes à lesão neurológica e da imobilidade (trombose venosa profunda, infecção do trato urinário e broncopneumonia aspirativa).

3 - EQUIPE: (ex. 9 leitos)

A composição básica deve incluir obrigatoriamente:



- Neurologista especializado em AVC (coordenador)
- Neurologista
- Enfermeiro (1 por turno)
- Técnico em enfermagem (3 por turno)
- Fisioterapeuta (1 motor / 1 respiratório)
- Terapeuta ocupacional (1)
- Fonoaudiólogo (1 com especialização em disfagia)
- Assistente social (do hospital)
- Psicólogo (do hospital)
- Nutricionista (do hospital)
- Escriturário (agilizar investigação)

Outros profissionais que podem ter papel importante (inter-consulta):

- Internista (Clínica Médica)
- Cardiologista
- Cirurgião vascular
- Neurorradiologista etc.

4. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

REQUERIMENTO MÍNIMO: (DISPONÍVEL 24 HS)

- a) Tomografia computadorizada
- b) Rx tórax
- c) Eletrocardiograma
- d) Laboratório (hemograma com plaquetas, TAP / RNI, eletrólitos, glicemia, gasometria, função renal e hepática)
- e) Doppler de carótidas e vertebrais
- f) Ecocardiograma transtorácico

ACESSO DISPONÍVEL

- g) Doppler Transcraniano
- h) Ecocardiograma transesofágico
- i) Ressonância Magnética / Angiorressonância
- j) Angiografia digital

5. ESTRUTURA BÁSICA MÍNIMA DO SERVIÇO HOSPITALAR QUE DÁ O PRIMEIRO

ATENDIMENTO:

- a) Sala de emergência com monitorização contínua para manter o paciente enquanto instável.
- b) UTI disponível caso necessário.

6. CARACTERÍSTICAS DA U-AVC:

A unidade deve localizar-se em uma área física definida, com atendimento específico a pacientes com AVC, permitindo maior envolvimento da equipe de enfermagem e maior especialização de toda a equipe. O ambiente deve propiciar recuperação e aprendizagem – além dos profissionais habilitados faz-se necessário uma adequação do ambiente, que se dá através de adaptações específicas às condições dos pacientes. Estas adaptações variam de acordo com a necessidade de cada paciente, e podem ser extremamente simples como travesseiros para melhor posicionamento do paciente no leito, poltronas, até adaptações em banheiros, etc.

a) equipe de enfermagem treinada

b) equipe interdisciplinar com atendimento integrado dos pacientes, sendo as condutas terapêuticas tanto clínicas como de reabilitação tomadas de comum acordo.

7. TEMPO PARA ADMISSÃO E PERMANÊNCIA:

Os pacientes devem ser precocemente encaminhados para a unidade de AVC, permanecendo ali pelo tempo necessário até readquirir condições adequadas para retorno ao domicílio.

8. LOCALIZAÇÃO:

As unidades de AVC podem estar subordinadas aos departamentos de neurologia, medicina interna, geriatria ou reabilitação. O fundamental é que haja experiência e envolvimento da equipe com esse tipo de paciente. Porém, é importante a participação do neurologista nas unidades que atendam pacientes jovens para melhor eficácia na definição etiológica.

9. SELEÇÃO DE PACIENTES:

Todos os pacientes com AVC devem ser atendidos na unidade, independentemente de idade, sexo ou estado funcional, inclusive aqueles com ataque isquêmico transitório.

10. COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR:

A equipe interdisciplinar deve realizar pelo menos uma reunião formal por semana, com duração de 1 a 3 horas, além de discussões informais diariamente.

11. COMUNICAÇÃO COM PACIENTES E CUIDADORES:

Os pacientes (quando possível), seus familiares e cuidadores devem participar ativamente no processo de reabilitação durante a permanência na unidade, recebendo também informações sobre a doença, o tratamento e a prevenção secundária. Sugerem-se a utilização de manuais informativos e a criação de grupos de apoio a pacientes e cuidadores.

12. QUANTO À REABILITAÇÃO:

Deve-se iniciar preferencialmente dentro das primeiras 24 horas da admissão. Não existe evidência sobre o benefício de uma técnica de reabilitação comparativamente a outras, devendo a escolha ser individualizada de acordo com a capacitação dos profissionais e as necessidades do paciente. O tempo de reabilitação deve compreender de 1 a 3 horas por dia.



13. QUANTO À ENFERMAGEM:

A participação da enfermagem inclui o atendimento às necessidades gerais do paciente, devendo estar envolvida no processo reabilitador, especialmente na manutenção de correta postura e posicionamento, cuidados com alimentação e deglutição, estado de nutrição, continência e integridade cutânea. Aconselha-se a utilização de escores formais de avaliação de risco para escaras de decúbito e aspiração.

14. EDUCAÇÃO E TREINAMENTO:

A educação e o treinamento dos membros da equipe devem compreender eventos semanais informais de educação e um programa formal de educação de 1 a 6 dias por ano.

15. BANCO DE DADOS:

Sugere-se a coleta de dados mediante protocolos das diversas especialidades com um instrumento de controle de qualidade.

DECLARAÇÃO DE HELSINBORG

Para o manejo do AVC na Europa, desenvolvida durante o *Pan European Consensus Meeting on Stroke Management* em novembro de 1995 em Helsinborg, Suécia, onde priorizou-se entre outros fatores a abordagem ao AVC como emergência médica, criação de Unidades de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) composta por uma equipe interdisciplinar especializada para o tratamento e reabilitação neurológica. Revisada em 2006.

Princípios essenciais para “Boa Prática”:

- Interesses e necessidades de pacientes com AVC e de seus familiares devem ser a principal preocupação de todos os profissionais. Deveremos encorajar as associações voluntárias de doentes e grupos de auto – ajuda.
- Progresso no manejo do AVC somente ocorrerá se o AVC for considerado Emergência Médica.
- Pacientes com AVC devem ser imediatamente avaliados em hospitais.
- Todo tratamento farmacológico atual ou futuro, assim como cirúrgico deve ser baseado em evidências científicas. Tratamentos com valores não comprovados, não devem ser rotineiramente utilizados em pacientes com AVC.
- Todos os detalhes da reabilitação devem ser planejados em colaboração com os pacientes e seus familiares.
- Colaboração em pesquisa sobre AVC (prevenção, tratamento agudo, cuidados de enfermagem e reabilitação) e educação deve ser promovida em níveis local, nacional e internacional, levando-se em conta as necessidades e contribuições de todos os grupos profissionais e associação de pacientes.

Objetivos:

- Todos os países membros devem estabelecer um sistema organizado de tratamento do AVC agudo com o objetivo de reduzir a mortalidade no 1º mês para abaixo de 20%.

- Dos pacientes que sobreviverem a fase aguda, a incidência de recorrência de AVC fatal e não fatal durante os primeiros 2 anos deve ser abaixo de 20%. Óbito por doença vascular deve ser abaixo de 40%.

- Todos os pacientes devem ter acesso à prevenção secundária adequada.

- Todos os pacientes após AVC, devem dispor de acesso fácil à avaliação e tratamento especializado em U - AVC.

- Todos os doentes com AVC deverão ter acesso a cuidados de reabilitação logo que as condições clínicas o permitam e de forma continuada enquanto se mantiver essa necessidade.

- Serviços de reabilitação devem ser oferecidos com equipe interdisciplinar treinada em AVC.

- Todos os países membros estabelecerão um sistema para avaliação dos cuidados ao AVC e de garantia de qualidade.

CONCLUSÃO

O tratamento da patologia cerebrovascular vem apresentando rápidos avanços nos últimos anos, não mais se admitindo a tradicional abordagem nihilista que ainda é prática comum em nosso meio. A criação de unidades específicas de atendimento interdisciplinar organizado é comprovadamente um instrumento eficaz para reduzir a mortalidade e morbidade desta patologia.

Objetivamos com nossa breve experiência transmitir a credibilidade de que podemos com pouco custo e baixo investimento em equipamento de alta tecnologia, oferecer um atendimento de qualidade, contando fundamentalmente com profissionais interessados e dispostos a trabalhar em equipe.

Desejamos estimular a todos os profissionais que se dedicam ao estudo e combate à doença cerebrovascular a fomentarem a criação de novas Unidades de AVC, pois esta, certamente será uma exigência futura da própria sociedade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brainin M, Olsen TS et al. Organization of stroke care: educational, referral, emergency management and imaging, stroke units and rehabilitation. *Cerebrovasc Dis*, 2004;17:1-14
2. Jarman B, Aylin P. Acute stroke units and early CT scans are linked to lower in-hospital mortality rates. *British Medical Journal*, 2004;238(7436):369
3. Sulter G, Elting JE, Langedijk M, Maurits NM and De Keyser J. Admitting Acute Ischemic Stroke Patients to a Stroke Care Monitoring Unit Versus a Conventional Stroke Unit: A Randomized Pilot Study *Stroke*, Jan 2003;34:101-104
4. Cavallini A, Micieli G, Marcheselli S, Quaglini S. Role of monitoring in management of acute ischemic stroke patients. *Stroke* 2003; 34:2599-603.
5. Stroke Unit Trialists' Collaboration. A collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *Br Med J* 1997; 314: 1151-9. Langhorne P, Dennis MS. *Stroke Units: an evidence based approach*. London, BMJ Books, 1998.
6. Langhorne P. Measures to recovery in the acute phase of stroke. *Cerebrovasc Dis* 1999; 9(suppl 5): 2-5.
7. Langhorne P, Pollock A, for the Stroke Unit Trialists' Collaboration: What are the components of effective stroke unit care? *Age Ageing* 2002;31:365-371
8. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient stroke care for stroke Cochrane Review. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
9. The European Stroke Initiative: Recommendations for Stroke Management – Update 2003. *Cerebrovasc Dis*, 2003;16:311-337
10. Brainin M, Bornstein N et al. For the EFNS Task Force on Acute Neurological Stroke Care: Acute neurological stroke care in Europe: results of the European Stroke Care Inventory. *Eur J Neurol*, 2000;7:5-10
11. Bogousslavsky J. On behalf of the European Stroke Initiative. *Stroke Services*. *Cerebrovasc Dis* 1999; 9(suppl 4): 63-8.
12. *A better quality of life: a strategy for sustainable development for the UK*. UK Government, 1999
13. Indredavik B, Slordahl SA, et al. Stroke unit treatment. Long-term effects. *Stroke*, 1997;28(10):1861-6.
14. Indredavik B, Bakke F, et al. Stroke units treatment improves long-term quality of life: a randomized controlled trial. *Stroke*, 1998;29(5):895-9.
15. Stegmayr B, Asplund K et al. Stroke units in their natural habitat: can results of randomized trials be reproduced in routine clinical practice? *Riks-Stroke Collaboration*. *Stroke*, 1999;30(4):709-14
16. Glader EL, Stegmayr B et al. Differences in long-term outcome between patients treated in stroke units and in general wards: a 2 year follow-up of stroke patients in Sweden. *Stroke*, 2001;32(9):2124-30.
17. Brainin M, Steiner M. Acute stroke units in Austria are being set up on a national level following evidence-based recommendations and structural quality criteria. *Cerebrovasc Dis*, 2003;15 Suppl 1:29-32
18. <http://www.stroke-unit.at>
19. Cabral NL, Moro CHC, Silva G, Scola RH, Werneck LC. Study comparing the stroke unit outcome and conventional ward treatment; a randomized study in Joinville, Brasil. *Arq neuropsiq* 2003;61(2A):188-193.
20. Langhorn P, Dey P, Woodman M, Kalra L, Wood-Dauphinne S, Patel N, Hamrin E: Is stroke unit care portable? A systematic review of clinical trials. *Age Ageing* 2005;34:324-300.
21. Stroke Unit Trialists' Collaboration: Organized inpatient (stroke Unit) care for stroke Cochrane Database Syst Rev 2007:CD000197
22. www.eso-stroke.org