



Certificação
dos **Centros de AVC**
na **América Latina**



GUIA DE CERTIFICAÇÃO DE CENTROS DE AVC NA AMÉRICA LATINA WSO/SIECV

I. INTRODUÇÃO

A certificação dos centros de Acidente Vascular Cerebral (AVC) é fundamental para garantir que os hospitais implementem e monitorem todas as estratégias prioritárias baseadas em evidências que mudam a história natural da doença, reduzindo a mortalidade e a incapacidade pelo AVC.

É uma grande oportunidade de melhoria contínua dos serviços e qualificação da assistência integral na região, comprometendo os centros de AVC como organizadores e capacitadores de toda a rede local.

Objetivo

O objetivo da certificação dos centros de AVC é aumentar a qualidade do tratamento na América Latina, melhorando os desfechos dos pacientes com AVC.

Incentivaremos os hospitais a se candidatar à Certificação como centro de AVC da World Stroke Organization (WSO) / Sociedade Iberoamericana de Enfermidades Cerebrovasculares (SIECV), após o cumprimento dos critérios necessários. Vamos trabalhar em conjunto com as Sociedades Médicas e Gestores de Saúde (Ministérios da Saúde / Secretários de Saúde) dos países.

A certificação é uma etapa prioritária para orientar o atendimento nacional de AVC por caminhos baseados em evidências que atinjam toda a rede de atenção. Este programa é desenhado para garantir a implementação dos elementos prioritários nos centros de AVC, aumentando a qualidade e segurança do cuidado e melhorando os desfechos dos pacientes com AVC a longo prazo.

Com uma equipe de experts em AVC, ofereceremos sugestões de melhoria nos serviços, materiais para capacitação da equipe, educação continuada, publicações científicas, além da certificação internacional publicada em nosso site e no aplicativo que ficará disponível para a população. Esperamos que futuramente a certificação leve também a uma melhor remuneração dos serviços de saúde.

As ferramentas

A certificação dos centros de AVC WSO/SIECV é baseada no Roadmap para a qualidade do cuidado do AVC da World Stroke Organization (WSO). Ele é um recurso que fornece a estrutura para a implementação, monitoramento e avaliação dos serviços de AVC em todo o mundo.

Ele fornece padronização e consistência para a seleção de recomendações baseadas em evidências, abordagens para implementações na prática clínica e as medidas de desempenho para criar um ambiente de melhoria contínua da qualidade.

O Roadmap classifica os serviços em 3 níveis: 2 centros de AVC (Essencial e Avançado) e 1 serviço de saúde mínimo para áreas com baixo acesso a médicos e recursos, para o atendimento do AVC. Ele sugere recursos e protocolos a serem implementados em cada nível.

O objetivo da sua utilização é que o centro possa implantar o maior número possível de elementos sugeridos no Roadmap para obter uma maior qualificação.

Para a Certificação WSO/SIECV, o Comitê Executivo definiu os critérios obrigatórios para cada nível de centro de AVC e a proporção de elementos recomendados disponíveis no centro necessários para obter a certificação (conforme com todos os recursos listados no Roadmap).

II. O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

1. Preencha o Formulário de Auto-teste para verificar o status do seu hospital. Você pode ver sua classificação de acordo com o Roadmap, sabendo a proporção de elementos disponíveis conforme com todos os recursos sugeridos, e os elementos que você precisa para cumprir todos os requisitos. Se você não atender aos critérios mínimos de classificação, poderá identificar os itens que precisa obter para conseguir a classificação ou para obter um nível superior.

2. Para aplicar à Certificação

2.1 Preencher o Formulário de inscrição para Certificação

2.2 Todos os itens obrigatórios são considerados requisitos mínimos para se candidatar à classificação em cada categoria.

2.3 Além dos requisitos obrigatórios, os hospitais devem atingir a pelo menos 75% dos elementos recomendados para obter a Certificação como Centro Latino-Americano de AVC. Para a re-certificação, os centros devem atingir 85% dos elementos recomendados. Além, mostrar melhorias nos indicadores de qualidade.

2.4 Requer a demonstração de 4 meses de coleta de dados no registro e medidas de desempenho.

3. A ferramenta eletrônica interativa mostrará a porcentagem de recursos disponíveis no hospital conforme com todos os item sugeridos do Roadmap, antes da visita para avaliação dos potenciais candidatos. Se o Sistema confirmar os critérios, o Centro será Pre-certificado e receberá uma solicitação para anexar os documentos de suporte (em preparação para a visita). A visita ocorrerá entre 2 a 6 meses após a aplicação. Nesse período, o centro pode se preparar para a certificação (por exemplo, realizar treinamento, iniciar ou aprimorar o registro de indicadores de qualidade, entre outros).

Os seguintes documentos devem ser enviados a través da plataforma (Devem ser enviados em até 1 mês antes da visita):

3.1 Estrutura do Hospital e Centro de AVC (Infraestrutura - número de leitos hospitalares, UTI, número de tomógrafos, número de ressonadores, número de leitos da unidade de AVC, etc., e lista de profissionais da equipe de AVC e especialidades).

3.1.1 Educação Médica Continuada (EMC) - Certificados de Treinamento Podem ser apresentados durante a visita.

• Certificado NIHSS: Obrigatório para todos os neurologistas e um representante do serviço de Enfermagem de Emergência, Unidade de AVC e UTI.

- Escala de Rankin modificada: Obrigatória para todos os neurologistas e para o profissional responsável pela avaliação dos resultados.
- Treinamento para enfermeiros, técnicas de enfermagem e demais profissionais da equipe multiprofissional em AVC - 4 horas / ano - Deglutição, Controle da Febre, Controle da glicemia, Mobilização, Prevenção secundária, Anticoagulação, etc. Será válida a apresentação de Certificados de treinamento local, informando a lista de presença, o conteúdo do programa e o mecanismo de avaliação de aprendizagem.
- Treinamento para enfermeiros e auxiliares de enfermagem no manejo de pacientes com AVC - 2 horas / ano. Será válida a apresentação de Certificados de treinamento local, informando a lista de presença, o conteúdo do programa e o mecanismo de avaliação de aprendizagem.
- Treinamento para médicos do pronto-socorro - 4 horas / ano. Será válida a apresentação de Certificados de treinamento local, informando a lista de presenças, o conteúdo do programa e o mecanismo de avaliação de aprendizagem.
- Treinamento médico para unidade de AVC, Angiosuite e UTI neurológica - 8 horas / ano. Será válida a apresentação de Certificados de treinamento local, informando a lista de presenças, o conteúdo do programa e o mecanismo de avaliação de aprendizagem.
- Treinamento para Fisioterapeutas e Terapia Ocupacional - 4 horas / ano. Será válida a apresentação de Certificados de treinamento local, informando a lista de presenças, o conteúdo do programa e o mecanismo de avaliação de aprendizagem.

3.2 Protocolo de atendimento usado (referência ou descrição)

3.3 Rota dos pacientes com AVC.

3.4 Medidas de desempenho: quais indicadores são medidos? Registro local? Nacional? Internacional? (Se internacional, qual registro?) Frequência da avaliação? O que fazem após a avaliação? (planos de ação). Deve haver um plano para o uso de dados. Normalmente revisado mensal ou trimestralmente por um grupo interprofissional no centro de AVC. Os projetos de melhoria da qualidade devem decorrer das falhas ou deficiências confirmadas pelos dados.

3.5 Quem é o responsável pelos dados coletados? (monitoramento de qualidade) - nome e profissão (geralmente um Coordenador de Enfermagem).

3.6 Quais estratégias são usadas para melhorar a qualidade? Frequência? Discussão de indicadores de qualidade, discussão de casos, etc.

3.7 Reuniões do centro AVC: anexar ou apresentar durante a visita, lista de presença nos treinamentos, discussão de casos, reunião científica, discussão de indicadores de qualidade, etc.

3.8 Informar se existe organização da rede de AVC e atendimento pré-hospitalar. Descrição se houver.

O Centro receberá um contato do comitê de certificação para ajudá-lo a se preparar para a visita de certificação e explicar o processo.

4. Visita de avaliação do centro (para todos os tipos de centro) Incluirá:

1. Reunião de abertura: reunião entre os revisores com os líderes do centro (o Coordenador do Centro de AVC e a enfermeira responsável pelo programa de AVC, a equipe da unidade de AVC, a equipe de AVC, a equipe coordenadora de emergências)

a. Apresentações dos revisores e da equipe do hospital.

b. Explicação acerca do processo de certificação

c. Explicação sobre a visita por parte do médico supervisor.

d. Descrição geral do programa de AVC (duração de 20 minutos por parte do coordenador do programa de AVC).

- Desenvolvimento do programa (quando começou, como foi desenvolvido?)

- A infraestrutura

- Organização do programa

- Equipe interdisciplinar em todas as áreas do hospital (pronto-socorro, Equipe da Unidade de AVC ou conjunta, UTI)

- Continuidade de atendimento / linha de atenção

- Monitoramento da qualidade do programa (indicadores de qualidade, reuniões de revisão de resultados, reuniões semanais da equipe de AVC, educação da equipe e áreas de AVC - emergência, UTI)

- Protocolo (Diretrizes).

e. Apresentação por parte do supervisor de enfermagem dos resultados da solicitação do centro (conforme com o Roadmap: o que tem e o que está faltando).

f. Organização da visita

2. Lista de pacientes com AVC no centro para revisar e avaliar a rota de atendimento. Revisão desde a chegada ao hospital até a alta e avaliar a aplicação das políticas do hospital e dos princípios e práticas baseados em evidências.

3. Revisar 3 a 5 pacientes incluídos no registro de indicadores de qualidade e compara-los com os registros médicos (enfermagem).

4. Revisão de projetos de melhoria da qualidade e indicadores de desempenho.

5. Revisão da estrutura da rede local, contato com a atenção pré-hospitalar, protocolos.

6. Revisão do pessoal e acreditação.

7. Visita ao Pronto-Socorro, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de AVC ou sala conjunta, Hemodinamia (para centros avançados) e reunião com o coordenador do centro de AVC e representantes da equipe de AVC, e demais profissionais do hospital e Emergências

8. 4 meses de coleta de dados no cadastro e medidas de desempenho devem ser incluídas na plataforma antes da visita.

9. Sessão de encerramento com achados.

10. Os supervisores devem preencher os formulários (durante a visita, sobre estrutura, equipe, protocolos) - no Brasil, para alguns também o checklist específico.

Os avaliadores identificarão possíveis deficiências/áreas de melhoria e serão solicitados aos centros planos de ação para melhoria do serviço (a serem apresentados na próxima certificação).

Após a visita e após o recebimento dos planos de melhorias, o conselho de certificação analisará a candidatura para aprovação final - o hospital receberá os resultados em até 1 (um) mês.

III. RE-CERTIFICAÇÃO

Um ano após a certificação, o hospital será avaliado para recertificação. Depois disso, para manter a certificação, a cada ano os indicadores de qualidade serão revisados (online) e o hospital será visitado para recertificação a cada 2 anos.

IV. ALGUNS CENTROS TEM REQUISITOS ESPECÍFICOS

BRASIL: Os centros que se candidatarem ao processo de certificação devem atender aos requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil, que os organiza em Centros Tipo I, II e III conforme estabelecido a seguir:

Centros Tipo I:

Estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT específicos, e que cumpram com os seguintes requisitos:

- Realizar atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;
- Realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;
- Dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com, título de especialista em neurologia, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);
- Disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos;

- Fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina);
- Possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral;
- Dispor de equipe neurocirúrgica vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas); e
- Realizar serviço de hemoterapia.

Centros Tipo II:

Além dos quesitos necessários para o Tipo I, deve contar com Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo). Necessita de área física definida, no mínimo, com 5 leitos exclusivamente destinados ao atendimento do paciente com AVC (isquêmico, hemorrágico ou acidente isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação), oferecendo, inclusive tratamento trombolítico endovenoso para o AVC isquêmico. O atendimento é feito de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia. O tratamento de fase aguda é coordenado pelo neurologista.

O hospital deve realizar os seguintes procedimentos: eletrocardiograma (ECG), Serviço de laboratório clínico em tempo integral, Serviço de radiologia. E possuir acesso garantido por meio de termo de compromisso aos seguintes procedimentos: Serviço de hemoterapia, ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais), ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico e angiografia, angiotomografia, ressonância magnética, angioressonância, ecodoppler transcraniano e neuroradiologia intervencionista.

Recursos Humanos:

Cada U-AVC Agudo deve ter pelo menos:

- 1 responsável técnico, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia, reconhecida pelo MEC);
- Médico vinte e quatro horas por dia;
- Enfermeiro vinte e quatro horas por dia;
- 1 técnico de enfermagem exclusivo para cada 4 (quatro) leitos, vinte e quatro horas por dia;
- Suporte diário de fisioterapeuta;
- Suporte diário de fonoaudiólogo;
- Suporte de neurologista vinte e quatro horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados;

Recursos Materiais

A U-AVC Agudo deve possuir, no mínimo, 5 (cinco) leitos com os seguintes equipamentos e materiais:

- Camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;
- 1 estetoscópio/leito;

- Pelo menos 2 equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos (“bomba de infusão”) para cada leito, com reserva operacional de 1 equipamento para cada 3 leitos;
- Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
- Materiais para aspiração;
- Kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial (ambu), cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril – 1;
- Equipamento desfibrilador/cardioversor: 1 para unidade;
- Eletrocardiógrafo portátil: 1 equipamento por unidade;
- Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 para unidade;
- Maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 para cada 5 leitos;
- Cilindro transportável de oxigênio;
- Máscara facial com diferentes concentrações de Oxigênio: 1 para cada 3 leitos;
- Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, um para cada leito.

Centro tipo III:

Além dos quesitos necessários para o Tipo II, deve contar com Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral). A U-AVC Integral inclui a U-AVC Agudo, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico. É necessário possuir, no mínimo, 10 leitos e objetivar o atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição (exceto aqueles que necessitem de terapia intensiva e aqueles para os quais for optado por suporte com cuidados paliativos). Tem, também, o papel de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa. Deve contar com Ambulatório especializado para dar suporte à Rede (preferencialmente próprio ou referenciado).

O hospital deve realizar os seguintes procedimentos: eletrocardiograma (ECG), Serviço de laboratório clínico em tempo integral, Serviço de radiologia, Serviço de hemoterapia, ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais), ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico e angiografia. E possuir acesso garantido por meio de termo de compromisso: aos seguintes procedimentos: angiogramografia, ressonância magnética, angioressonância, ecodoppler transcraniano e neuro-radiologia intervencionista.

Recursos Humanos

Cada U-AVC Integral deve ter pelo menos:

- 1 responsável técnico, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia, reconhecida pelo MEC);
- Médico, vinte e quatro horas por dia;

- Suporte de neurologista vinte e quatro horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados;
- Enfermeiro exclusivo na unidade;
- Técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) leitos;
- Fisioterapeuta para cada 10 leitos (6 horas/dia);
- Fonoaudiólogo para cada 10 leitos (6 horas/dia);
- Terapeuta ocupacional para cada 10 leitos (6 horas /dia);
- Assistente social 06 horas/dia de segunda à sexta;
- Suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;

Recursos Materiais

A U-AVC Integral deve possuir, no mínimo, 10 (dez) leitos com os seguintes equipamentos e materiais:

- Camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;
- Estetoscópio/leito;
- 2 equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos (“bomba de infusão”) para cada leito, com reserva operacional de 1 equipamento para cada 3 leitos;
- Cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não-invasiva;
- Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
- Máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 05 (cinco) leitos;
- Materiais para aspiração;
- Eletrocardiógrafo portátil: 1 equipamento por unidade;
- Kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial (ambu), cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril – 1;
- Equipamento desfibrilador/cardioversor: 01 para unidade;
- Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 para unidade;
- Maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 para cada 10 leitos;
- Cilindro transportável de oxigênio.

A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo:

- Profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;
- Alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico (salvo situações específicas);
- Alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou Flutter (salvo contraindicações);

- Uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;
- Alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico (salvo contra-indicações);
- Alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação;
- Porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda, atendidos na Unidade de AVC;
- Tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;
- As seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;
- CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;
- Mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma;
- Tempo porta-tomografia < 25 minutos;
- Tempo porta-agulha < 60 minutos.

CHILE: Se considera requisito obrigatório que o Neurologista seja o responsável pelo tratamento trombolítico.

COLOMBIA: Tem as seguintes considerações:

- Devido a não disponibilidade de Devices para monitorização electrocardiográfica prolongada, não se terá em conta esse item.
- Para centros avançados o tratamento trombolítico endovenoso deve ser realizado por um neurologista.

Crítérios para Certificação como Centro de AVC		
Todos os elementos obrigatórios são considerados requisitos mínimos para solicitar a classificação de cada categoria. É necessário pelo menos o 75% dos elementos recomendados para a Certificação.		
	Centro Essencial de AVC	Centro Avançado de AVC
Departamento de Emergência		
Disponibilidade de Serviço de Emergências	Obrigatório	Obrigatório
Serviço de Emergência 24 horas ao dia, 7 dias na semana	Obrigatório	Obrigatório
Acesso a serviços diagnósticos básicos		
Exames de laboratório 24/7 (hemograma completo, eletrólitos, ureia, glicose, RNI, TP)	Obrigatório	Obrigatório
Eletrocardiograma (12 derivações) 24/7	Obrigatório	Obrigatório
Tomografia Computadorizada (TC) do cérebro 24/7	Obrigatório	Obrigatório
Possibilidade de fazer angiotomografia do cérebro 24/7	Recomendado	Obrigatório
Ecocardiograma Transtorácico	Obrigatório	Obrigatório
Ultrassonografia doppler vascular	Obrigatório	Obrigatório
Monitor de Holter	Recomendado	Recomendado

	Centro Essencial de AVC	Centro Avançado de AVC
Acesso a serviços diagnósticos avançados		
Ressonância Magnética (RM)		Obrigatório
Possibilidade de fazer angiografia por RM		Recomendado
Equipamento para TC ou RM perfusional		Recomendado
Dispositivos de monitoramento ECG prolongados		Recomendado
Doppler Transcraniano		Recomendado
Ecocardiograma Transesofágico		Recomendado
Acesso ao cuidado do AVC hiperagudo		
Protocolos para avaliação e diagnóstico rápidos de pacientes com AVC no hospital/departamento de emergência 24 horas/dia, 7 dias/semana, com avaliação das métricas de tempo	Obrigatório	Obrigatório
Acesso a trombólise intravenosa	Obrigatório	Obrigatório
Acesso a médicos com expertise em atendimento agudo do AVC disponíveis 24h/7 dias	Obrigatório	Obrigatório
Marque abaixo o especialista responsável pelo tratamento trombolítico no seu hospital (marque todas que se aplicam)		
Neurologista	()	()
Neurocirurgião	()	()
Médico emergencista	()	()
Intensivista	()	()
Outra especialidade	()	()
Acesso a especialistas em AVC através de modalidades de telemedicina e telerradiologia	()	()
Trombólise (número mínimo recomendado por ano)	10	20
Acesso a serviços médicos de emergência (ambulância)? () Sim () Não		
Em caso afirmativo:		
Treinamento das equipes da ambulância para identificar os sinais de AVC usando o mnemônico FAST (SAMU) ou similar	Recomendado	Recomendado
Trabalho com sistemas de ambulância para identificar o AVC como um transporte de emergência de alta prioridade	Recomendado	Recomendado

	Centro Essencial de AVC	Centro Avançado de AVC
Acesso a enfermeiros e avaliação de enfermagem com treinamento em AVC		
Setores de cuidado agudo (o treinamento deve ser documentado, no mínimo 4 horas / ano - a documentação poderá ser anexada na plataforma ou deverá ser apresentada durante a visita local)	Obrigatório	Obrigatório
Ambiente de Unidade de AVC (o treinamento deve ser documentado, no mínimo 4 horas / ano - a documentação poderá ser anexada na plataforma ou deverá ser apresentada durante a visita local)	Obrigatório	Obrigatório
Programa para desenvolver e manter competências chave no cuidado ao AVC	Obrigatório	Obrigatório
Acesso a cuidado de AVC intrahospitalar – onde os pacientes com AVC são admitidos:	Recomendado (se 1 disponível, o item é positivo)	Obrigatório
Unidade de AVC (um grupo definido de leitos, equipe e protocolos que são utilizados para o cuidado agudo de pacientes com AVC)	()	()
Modelo de pacientes agrupados na mesma enfermaria	()	()
Membros de um time de AVC multidisciplinar		
Neurologista	Recomendado	Recomendado
Neurologista com experiência em AVC (ou médico de AVC – “strokologist” – em alguns países)	Obrigatório	Obrigatório
Acesso a médicos com experiência em prevenção e reabilitação do AVC	Recomendado	Recomendado
Enfermeiras de AVC		
Técnicos de enfermagem		
Farmacêuticos		
Assistente Social		
Time de Cuidados Paliativos		
Fisioterapeuta		
Terapeuta Ocupacional		
Fonoaudiólogo(a)		
Neurocirurgião(ã)		
Neurointervencionista (Neurologista Intervencionista OU Neurocirurgião Endovascular OU Neurorradiologista Intervencionista)		

	Centro Essencial de AVC	Centro Avançado de AVC
Acesso a protocolos de unidade de AVC para guiar o cuidado agudo ao AVC baseada em diretrizes de melhores práticas (avaliações médicas e de enfermagem)		
Realização da avaliação da deglutição	Obrigatório	Obrigatório
Nutrição, hidratação	Obrigatório	Obrigatório
Estado funcional, mobilidade, risco de TVP	Obrigatório	Obrigatório
Nível de dependência	Obrigatório	Obrigatório
Integridade da pele	Obrigatório	Obrigatório
Continência urinária e fecal	Obrigatório	Obrigatório
Controle de temperatura	Obrigatório	Obrigatório
Posicionamento, mobilização	Obrigatório	Obrigatório
Acesso a terapias de prevenção de AVC como terapia antiplaquetária, anticoagulantes, recomendações de modificação de estilo de vida, manejo de pressão arterial	Obrigatório	Obrigatório
Acesso a intervenções avançadas		
Trombectomia endovascular 24 horas dia /7 dias semana		Obrigatório
Trombectomia (número mínimo recomendado por ano)		10
Neurocirurgia para AVC hemorrágico 24/7 (incluindo clipagem aneurismática e colocação de dreno intraventricular)	Recomendado	Obrigatório
Hemicraniectomia para o AVC isquêmico 24/7		Obrigatório
Produtos para reverter coagulopatia	Recomendado	Recomendado
Atenção na Unidade de AVC	Recomendado	Recomendado
Unidade de Cuidados Intensivos no hospital	Recomendado	Obrigatório
Acesso a serviços de reabilitação em AVC		
Acesso precoce a terapias de reabilitação – incluindo treinamento cruzado de habilidades para enfermeiros, técnicos de enfermagem e familiares	Recomendado	Recomendado
Avaliações funcionais precoces, estabelecimento de metas e planos individualizados de reabilitação desenvolvido	Recomendado	Recomendado
Organização do Cuidado ao AVC		
Coordenador do Centro AVC	Obrigatório	Obrigatório

	Centro Essencial de AVC	Centro Avançado de AVC
Coordenador da enfermagem (gestão de qualidade)	Obrigatório	Obrigatório
Time do AVC (reúne-se mensalmente) discute dados, guias e melhorias de desempenho	Obrigatório	Obrigatório
Encontro multidisciplinares semanais para discutir progresso de pacientes nas metas de tratamento e atualização dos planos de manejo	Recomendado	Recomendado
Educação de pacientes e familiares, treinamento de habilidades e envolvimento no plano de cuidado	Recomendado	Recomendado
Planejamento de alta	Recomendado	Recomendado
Programas de treinamento de AVC para todos os níveis de prestadores de serviço	Recomendado	Recomendado
Participação em avaliação de qualidade dos serviços (registros) - 4 meses de registro coleta de dados e medidas de desempenho devem ser incluídas na plataforma antes da visita	Obrigatório	Obrigatório
Materiais impressos de educação do paciente	Recomendado	Recomendado
Cuidado ao AVC coordenado oferecido entre regiões geográficas distintas		
Rotas de AVC que definem a movimentação de pacientes entre regiões para níveis mais e menos complexos de serviços conforme a necessidade	Recomendado	Recomendado
Sistema coordenado de encaminhamento		Recomendado
Oferece consultas de telemedicina para centros menores mais distantes		Recomendado
Programas de educação da população	Recomendado	Recomendado
Implementação de pesquisa em AVC		Recomendado

V. INDICADORES DE QUALIDADE:

Formulário para indicadores de qualidade:

1. * Idade

2. * Gênero

3. * Data do AVC: ___ / ___ / ___ Hora do AVC (início dos sintomas ou última observação bem)
___: ___ () desconhecido

O AVC ocorreu dentro do hospital? (0) Não (1) Sim

4. * Data de chegada ao pronto-socorro - primeiro hospital: ___ / ___ / ___ Hora de chegada:
___: ___ () Desconhecido

Hospital de primeiros cuidados () Participante do registro () Outro hospital

5. * Tipo de AVC: (1) AVC isquêmico (2) AIT (3) AVC hemorrágico (4) HAS () Outros

6. * NIHSS na admissão: _____ (0 a 42 ou desconhecido)

7. mRankin anterior (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)

8. * Data de internação: ___ / ___ / ___

9. * O paciente foi tratado em: (1) Unidade de AVC (2) UTI geral (3) Unidade de AVC + UTI (4)
Unidade geral (5) Unidade intermediária (6) Desconhecido

10. * Realizou neuroimagem? (0) Não (1) TAC (2) MRI (3) TAC e MRI

10.1 ASPECTS na admissão (Centros Avançados) _____

11. * Tratamento na fase aguda

(0) Não

(1) trombólise IV

(2) trombólise IA (farmacológica)

(3) Trombectomia

(4) trombólise IV + trombectomia

(5) trombólise IV + outro tratamento endovascular

(6) Outro tratamento endovascular isolado (por exemplo, angioplastia com stent)

(7) Craniectomia

12. * Data do tratamento de reperfusão: ___ / ___ / ___

* Tempo de tratamento trombolítico IV: ___: ___

* Hora da punção arterial: ___: ___

* Hora de término da recanalização (TM)

* TICI final: () 0 () 1 () 2a () 2b () 2c () 3

13. Motivo de não ter realizado tpa () Tempo () Hipodensidade extensa na TC () Plaquetas
<100.000 () INR > 1,7 () anticoagulação () AIT () Déficit mínimo () Cirurgia recente ()
Hemorragia GI ou UG <21 dias () Outra razão

14. Hemorragia intracraniana sintomática até 36 horas após a chegada (0) Não (1) Sim

15. Diagnóstico de fibrilação ou flutter atrial? (0) Não (1) Sim

Em caso afirmativo, diagnóstico pré-AVC? (0) Não (1) Sim

16. * Houve avaliação de disfagia?

(0) Não (1) Sim (considera-se sim se o paciente estava inconsciente ou intubado e o motivo da não realização foi registrado no histórico médico)

17. * Você fez fisioterapia? (0) Não (1) Sim

18. * Prescrição de antiagregante plaquetário na alta por AVC isquêmico? (0) Não (1) Sim

19. * Prescrição de anticoagulante na alta para pacientes com fibrilação atrial / flutter?

(0) Não (1) Sim (2) Não, mas planejado (3) Desconhecido (4) Não aplicável (morte, contra-indicação ou outro)

20. Profilaxia para TVP (0) Não (1) Sim

21. mRankin após a alta: (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Em caso de morte - Causa da morte: (1) AVC (2) IAM (3) Embolia pulmonar (4) Sepsis (5) Outro

22. * Data de alta: ___ / ___ / ___

Em 3 meses:

23. mRankin: (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (0) Sem sequela

INDICADORES DE QUALIDADE

1a. Tempo Porta-agulha (mediana) _____ min

% Pacientes com porta-agulha < 60 min _____ (Alvo > 50%)

% Pacientes com porta-agulha < 45 min _____

1b. Tempo Porta-Punção arterial (mediana) _____ min (Centros Avançados)

% Pacientes Porta-Punção < 120 min _____ (Alvo > 50%)

% Pacientes Porta-Punção < 90 min _____

2. Elegibilidade reperfusão

Elegibilidade Total _____ % (número de pacientes reperfusão / número de pacientes AVCI)

Elegibilidade dentro de janela trombólise EV _____ % (número de pacientes com trombólise EV / número de pacientes que chegaram ≤ 4,5h)

3a. % TICI Final 2b-3 _____ (Centros Avançados)

3b. Tempo Punção-recanalização _____ (Centros Avançados)

4. Porcentagem de hemorragia intracraniana sintomática _____ %

5. Avaliação para disfagia _____ %

6. Pacientes com suspeita de AVC que fazem TC/RM _____%
7. Alta com antiagregante plaquetário no paciente com AVCI _____% (Alvo 100%)
8. Alta em uso de anticoagulante em pacientes com ACV isquêmicos associados a FA _____% (alvo 90%)
9. Pacientes com AVC atendidos na U-AVC _____ (número de pacientes U-AVC = sim / número total de pacientes com AVCI, AIT, AVCH) (alvo 90%)
10. Rankin no momento da alta
 Óbito hospitalar _____%
 Óbito AVCI/AIT _____%
 Óbito AVCH _____%
11. Escore de rankin modificado médio em 90 dias _____
- Escore de Rankin 0 a 1 em 90 dias _____%
- Escore de Rankin 0 a 2 em 90 dias _____%
- Escore rankin 6 em 90 dias _____%

VI. REVISÃO DO REGISTRO MÉDICO DO CENTRO (VISITA)

Marque a caixa vermelha se as informações do prontuário forem as mesmas do registro de indicadores de qualidade.

NOME DO CENTRO: _____ DATA: _____
 Iniciais do paciente: _____ Idade: _____ Sexo: _____

1. Data e hora do AVC (início dos sintomas ou visto bem pela última vez)

____/____/____, ____: ____
 () Desconhecido

2. Data e hora de chegada em emergências (primeiro hospital)

____/____/____, ____: ____
 () Desconhecido

3. Primeiro hospital de destino () Procedência de outro hospital ()

4. Tipo de AVC: (1) AVC isquêmico (2) AIT (3) AVC hemorrágico (4) HAS (5) outro

5. NIHSS na chegada _____ (0 - 42 ou desconhecido) ()

6. Tratamento de fase aguda ()

(0) Não

(1) Trombólise EV

(2) Trombólise IA (química)

- (3) Trombectomia
- (4) Trombólise EV + Trombectomia
- (5) Trombólise EV + Outro tratamento endovascular
- (6) Apenas outro tratamento endovascular (exemplo: angioplastia com stent)
- (7) Hemicraniectomia

7. Data do tratamento de reperfusão:

Trombólise IV data/hora ___/___/___, __:___ ()

Punção Arterial data/hora ___/___/___, __:___ (avançado) ()

Hora da recanalização ___/___/___, __:___ (avançado) ()

TICI final: () 0 () 1 () 2a () 2b () 2c () 3 (avançado) ()

8. Razões para não usar rTPA

() Tempo () Hipodensidade extensa precoce na TC () Plaquetas <100.000 () NIR > 1,7 () anticoagulação () AIT () Déficit mínimo () Cirurgia recente () sangramento GI ou UG <21 dias () outros motivos ()

9. Hemorragia intracraniana sintomática <36h da chegada (0) Não (1) sim ()

10. Prescrição de anticoagulantes na alta para pacientes com Fibrilação/Flutter Atrial (0) Não (1) Sim (2) Não, mas planejado (3) Desconhecido (4) Não aplicável (óbito, contra-indicação ou outro) ()

11. Rankin na alta (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ()

História curta:

NOTAS:

PREOCUPAÇÕES / PONTOS FRACOS / DEFICIÊNCIAS:

ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE PREOCUPAÇÕES? COMO FECHAR:

VII. RELATÓRIO DE VISITA

Aplicação do Centro para nível () Essencial () Avançado

Os avaliadores preencherão a lista de verificação durante a visita no local (a mesma usada para a inscrição) e preencherão o resumo da visita

Nome do Centro:

Cidade:

País:

Revisores:

Médico:

Enfermeira:

Data da visita: ___/___/___

RESUMO DA VISITA:

1. Pré-hospitalar:

Descrição:

Sugestão:

2. Hospital:

Descrição:

3. Serviço AVC:

Descrição:

Sugestão:

4. Departamento de Emergência:

Descrição:

Sugestão:

5. Radiologia e Laboratório:

Descrição:

Sugestão:

6. Blocos cirúrgicos:

Descrição:

Sugestão:

7. AngioSuite

Descrição:

Sugestão:

8. Unidade de recuperação de anestesia:

Descrição:

Sugestão:

9. Unidade de Terapia Intensiva:

Descrição:

Sugestão:

10. Unidade AVC:

Descrição:

Sugestão:

11. Educação para profissionais de saúde:

Descrição:

Sugestão:

12. Educação da População:

Descrição:

Sugestão:

13. Processos para melhoria da qualidade:

Descrição:

Sugestão:

14. Pesquisa:

Descrição:

Sugestão:

15. Fortalezas:

16. Fraquezas/dificuldades:

RECOMENDAÇÕES DOS REVISORES PARA A CERTIFICAÇÃO:

VIII. COMITÊ / REVISÃO FINAL

Lista de membros do Comitê / Conselho:

Data:

Nome do hospital:

Cidade:

País:

Certificação aprovada (0) Não (1) Sim

Nível Básico (1) Essencial (2) Avançado

