



TRANSCRIÇÃO DE AULA AVANTE HOSPITALAR

## TRANSIÇÃO HOSPITALAR SEGURA: UM MODELO DE ASSISTÊNCIA NO AVC



### Dr. João Toniolo

- Médico Geriatra
- Prof. Dr. da disciplina de geriatria da Unifesp
- CEO do Grupo Toniolo



### Dra. Milene Silva Ferreira

- Especialista em Fisiatria e Geriatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- Mestrado e Doutorado em Medicina também pela UNIFESP.
- Médica do Hospital Israelita Albert Einstein, na área de pacientes crônicos e idosos.

## Conceito de Transição Hospitalar

O gerenciamento ativo da transição entre as fases aguda e subaguda é um processo que deve ser orientado por metas claras, que tem como alvo os pacientes que necessitam de continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar e, como objetivo, reduzir a complexidade da transição, melhorar a capacidade funcional do indivíduo e estruturar a rotina familiar e o ambiente para o cuidado no longo prazo.

Em um contexto mais amplo, essa transição busca reduzir o tempo de permanência hospitalar e reduzir readmissões, imprimir coerência da utilização de recursos e garantir melhores desfechos com menor custo.

## Acidente Vascular Cerebral



## Fase Aguda e Fase Subaguda

A fase aguda é caracterizada pela 1ª semana de internação após o AVC. Já a fase subaguda vai do 7º dia até os seis meses após o AVC.

A literatura aponta que em 4-7 dias após o evento, se o paciente atinge uma estabilidade clínica, esse paciente deve ser direcionado para uma estrutura de reabilitação.

### Perda funcional durante a hospitalização prolongada <sup>1-3</sup>



O declínio funcional durante a hospitalização de idosos pode variar de 40 a 75% em hospitais gerais.



10 dias de internação leva a uma perda de 12% da capacidade aeróbica, se não abordado. Equivalente à perda fisiológica de uma década.



1 em cada 5 pacientes idosos, experimentam eventos adversos durante a transição do hospital para casa. Destes, 1/3 poderiam ter sido evitados e 1/2 foram readmitidos.”



O custo estimado com readmissão, entre idosos, é de R\$ 17,4 bilhões/ano.

**A diminuição do tempo de internação, se feita de maneira adequada, não é comparável à aceleração compulsória da saída do paciente. Logo, esse gerenciamento é individual e ocorre no momento ideal a fim de garantir melhores desfechos e evitar readmissões ou outros eventos adversos.**

### Programa de Reabilitação Precoce reduz o risco de perda funcional institucionalizada

O Programa de Reabilitação Precoce contribui para a redução do risco de perda funcional institucionalizada, longa permanência hospitalar e readmissão. O programa tem como principais pontos:

- Identificação de riscos;
- Intervenção multiprofissional integrada;
- Estratégias de transição e continuidade claras e coerentes.

As etapas visam reduzir o tempo de internação, mortalidade e de dependência em 6 meses.

## Uma equipe de transição precisa estar atenta:<sup>4</sup>

A intervenção precoce envolve reabilitação e plano estruturado de transição:

- Acompanhamento nutricional;
- Controle da dor;
- Abordagem para incontinências;
- Prevenção de complicações secundárias;
- Precauções com polifarmácia;
- Rotina de atividade (intensidade, especificidade);
- Educação/ treinamento de pacientes, familiares e cuidadores;
- Adequação ambiental (tecnologia facilitadora);
- Treinamento de transferências;
- Comunicação entre equipes.

## Reabilitação precoce

Cuidado multiprofissional coordenado por médico especializado em reabilitação, com sistemático alinhamento entre equipe, paciente e família.

A reabilitação começa no primeiro dia do AVC, mas o objetivo terapêutico é alterado ao longo dos dias. Do primeiro ao sétimo dia, ainda no ambiente hospitalar, o objetivo da Reabilitação é a prevenção de complicações. Já do sétimo dia em diante, o objetivo principal é a estimulação cerebral.

**Toda reabilitação deve começar desde o primeiro dia e com uma equipe integrada.**

## Para onde vou migrar meu paciente após a fase aguda?

### **Unidisciplinar:**

- Não necessita de tecnologia;
- Dificuldade em ser transportado;
- Menor especificidade;
- Complexidade de cuidados.

### **Multidisciplinar:**

- Depende de tecnologia;
- Tolerância;
- Transporte/ Suporte;
- Complexidade de reabilitação.

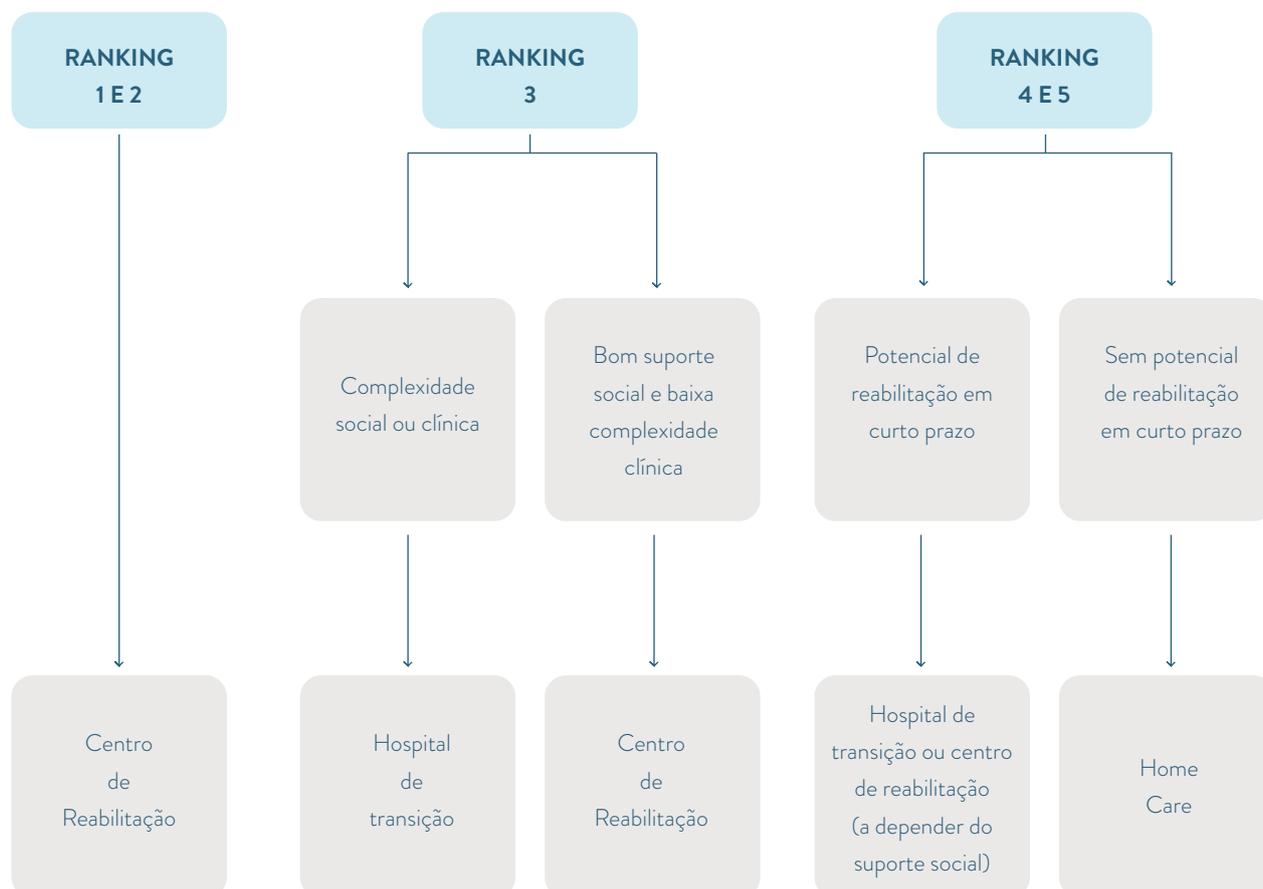
### Quem vai para o Home Care?

- Pacientes que não precisam necessariamente do apoio de uma equipe multidisciplinar e de tecnologias específicas de reabilitação;
- Pacientes com dificuldade ou limitações para ser transportado, com menor especificidade de Reabilitação e maior complexidade de cuidados.

### Quem vai para o centro de reabilitação?

- Pacientes que precisam de uma equipe multidisciplinar e dependem de tecnologias para se reabilitar;
- Pacientes que necessitam de transporte e estrutura social e, dessa forma, apresentam maior complexidade de reabilitação, mas não alta complexidade de cuidados de enfermagem.

## Acidente Vascular Cerebral: transição de cuidados



## Legenda

**Ranking 1 e 2:** Paciente com AVC mais leve, que consegue andar sozinho. Esse paciente será direcionado para o centro de reabilitação.

**Ranking 3:** Paciente que consegue andar, mas muitas vezes precisa de uma supervisão. Possui certa autonomia no autocuidado, mas a escolha entre um hospital de transição e um centro de Reabilitação depende do nível de complexidade social e clínica. Se houver bom suporte social e baixa complexidade clínica, o paciente deve ser tratado em centro de Reabilitação. Se não tiver, deve ser encaminhado para hospital de transição.

**Ranking 4 e 5:** Pacientes com incapacidade mais grave, que se beneficiam de uma estrutura hospitalar de transição ou do Home Care, dependendo do prognóstico. Se houver prognóstico em curto prazo (até 4 meses após o AVC), o ideal é hospital de transição. Se o prognóstico for além dos 4 meses, o Home Care é a melhor indicação.

### Home Care

Complexidade de Cuidados >> Complexidade de Reabilitação

### Hospital de Transição

Complexidade de Reabilitação > ou = Complexidade de Cuidados

### Centro de Reabilitação

Complexidade de Reabilitação >> Complexidade de Cuidados

### Instituição de longa Permanência

Sem potencial de Reabilitação. Apenas demanda de cuidados

## Tempo de Reabilitação

Independente da gravidade, em uma Reabilitação adequada, o paciente atinge 95% do seu melhor potencial em torno de 4 meses.

Quanto ao tempo de internação para Reabilitação: para pacientes com Ranking 2 é de 15 a 30 dias, Ranking 3 de 30 a 60 dias e Ranking 4-5 até 90 dias.

## Conclusão

A reabilitação precoce, específica, na intensidade certa e com ações voltadas para essa transição, de forma a encaminhar o paciente para o local adequado às suas necessidades, contribui diretamente para melhores resultados, em menor tempo e através de menor custo.

**Referências** 1. The J of Gerontology S, 2008 2. N Engl J Med, 2009 3. Ann Intern Med, 2003 4. Cochrane Syst Revs, 2010. A discharge planning from hospital to home

Fonte: Transcrição da aula disponibilizada no site Avante. Dr. João Toniolo e Dra. Milene Silva Ferreira.

Para assistir o vídeo aula na íntegra, acesse o site:

<https://www.avantenestle.com.br/conteudos-cientificos/extra-hospitalar/transicao-hospitalar-segura-um-modelo-de-assistencia-no-avc>



Loja virtual da Nestlé:  
[www.nutricaoatevoce.com.br](http://www.nutricaoatevoce.com.br)