

SECONDARY STROKE PREVENTION: THE ROLE OF MEDICAL REHABILITATION IN REDUCING RECURRENCE AND IMPROVING FUNCTIONAL OUTCOMES

Authors

Anastasia ROTĂREANU^{1,2}, Oleg PASCAL¹, Alisa TABIRTA¹, Svetlana PLESCA¹, Victoria CHIHAI¹, Marina BULAI^{1,2}, Mihail CÎRÎM^{1,2}, Adrian MELNIC¹

Affiliations

1Department of Medical Rehabilitation, Physical Medicine and Manual Therapy, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy

2Clinical Hospital for Rehabilitation and Chronic Care





Congresul Național de Medicină Fizică, de Recuperare și Balneoclimatologie

Covasna, 23 – 25 Aprilie 2026



Disclosure statement

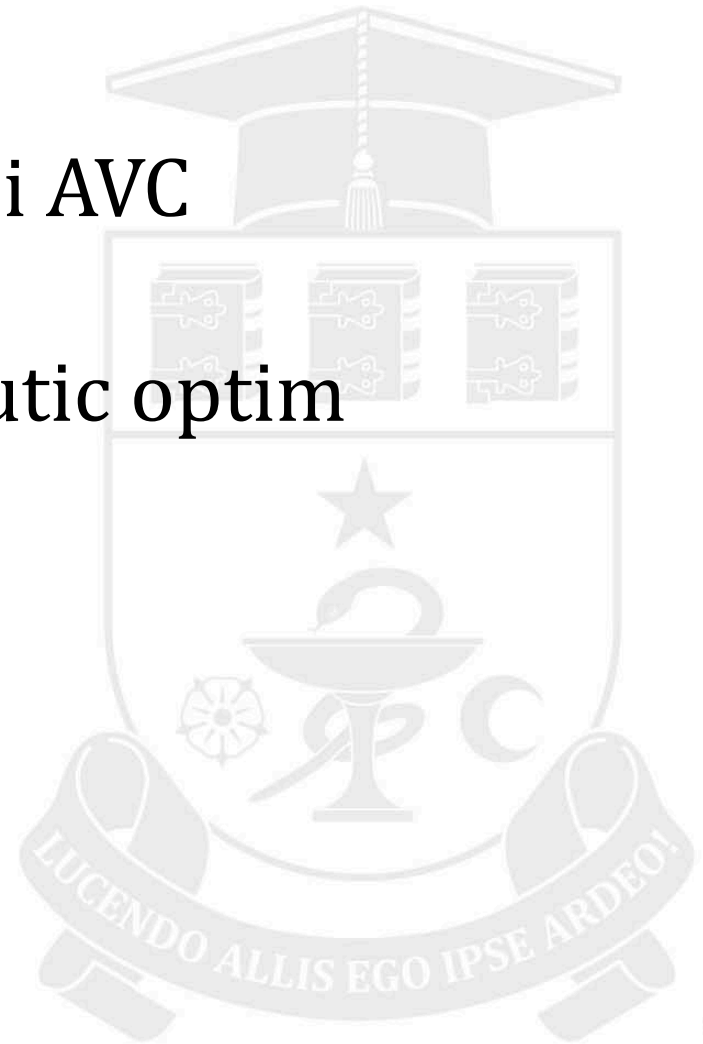
I have no actual or potential conflict of interest in relation to this program/presentation.





Obiectivele prezentării

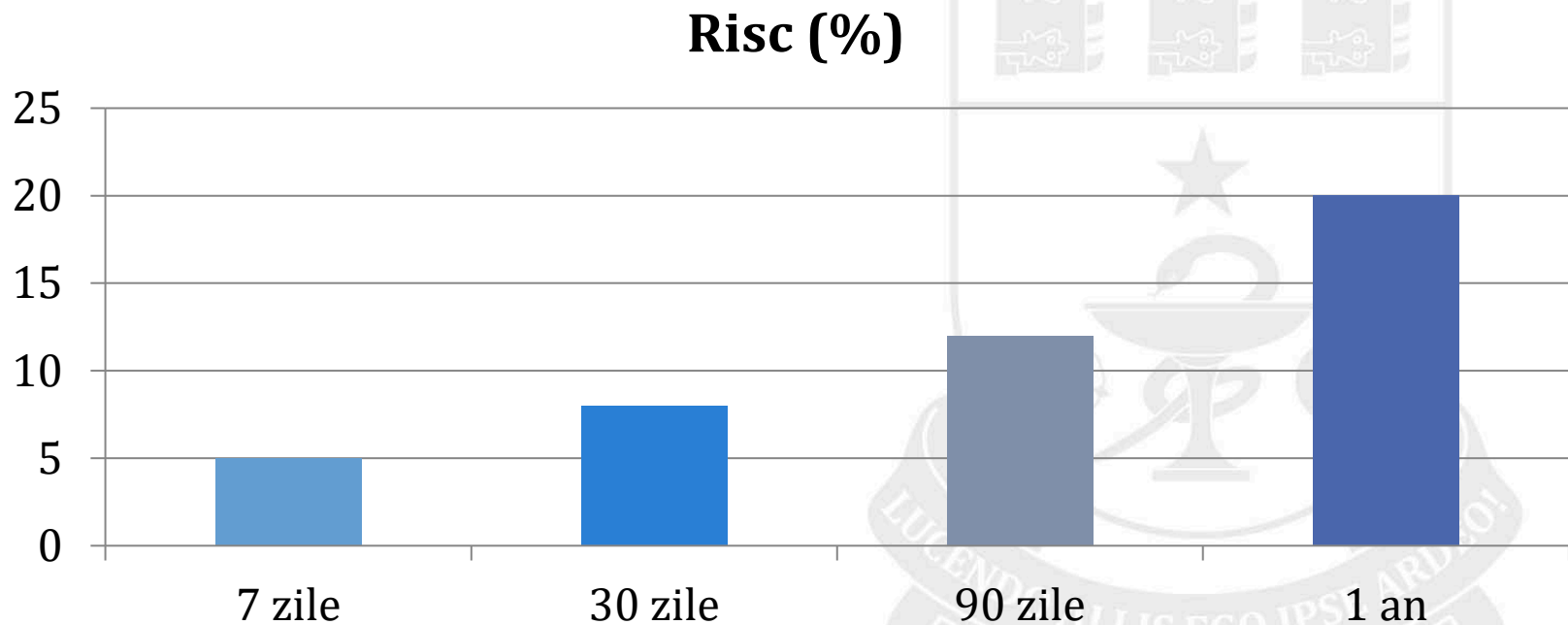
- Reducerea recurenței AVC
- Stratificarea riscului
- Management terapeutic optim





Epidemiologia recurenței AVC

- Risc de recurență: 10–20% în primul an
- Cel mai mare risc în primele 90 zile





Incidența pacienților în cadrul secției RN2

În cadrul secției Reabilitare neurologica nr2 , din 01.09.2025-27.02.2026 au fost spitalizați 528 pacienți dintre care 79 cu Stare post AVC hemoragic si 37 pacienți cu diagnosticul de Stare post AVC ischemic cu transformare hemoragică.





- Din 79 de pacienți cu AVC hemoragic internați în cadrul secției de Reabilitare Neurologică 2 pe parcursul a 6 luni, 76 (95%) erau în tratament cu anticoagulante orale, fapt ce evidențiază paradoxul clinic al terapiei antitrombotice: prevenția trombozei se poate transforma într-un factor favorizant al hemoragiei cerebrale.





Factori majori de risc

• MODIFICABILI

- HTA
- Diabet zaharat
- FA
- Dislipidemie
- Obezitate
- Apneea de somn
- Utilizare AINS
- Stilul de viață

NEMODIFICABILI

- Factori genetici
- Vîrsta
- Sexul
- Etnia / rasa
- Greutatea mica la naștere



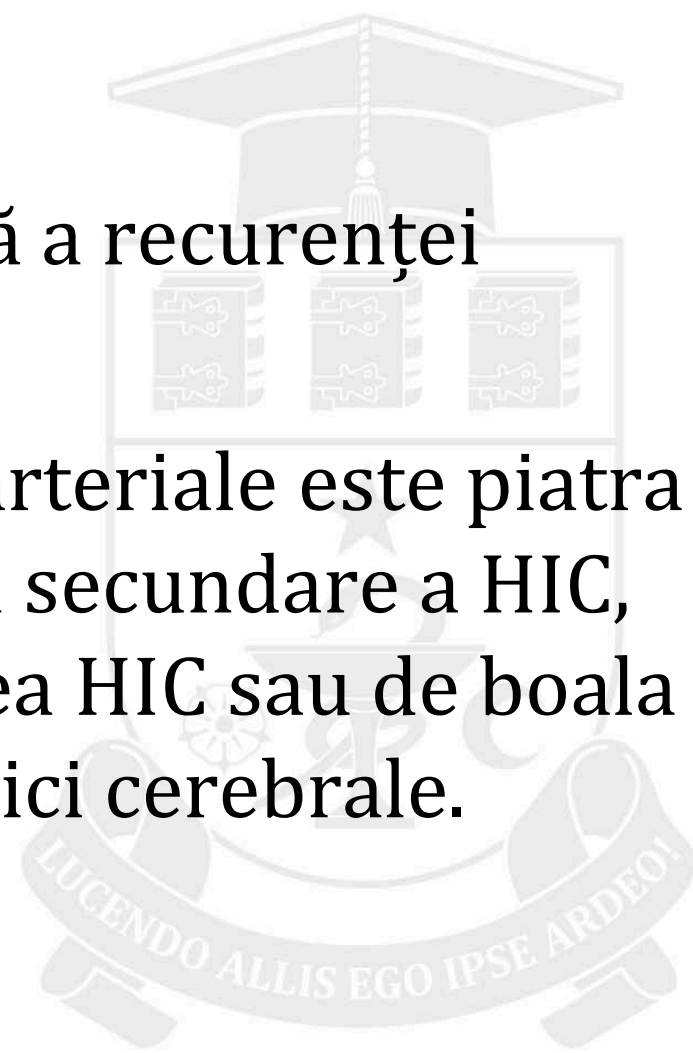
Programul de reabilitare post-AVC este constituit din totalitatea procedeele care contribuie la recuperarea fizică și cognitivă a pacienților care au suferit accident vascular cerebral

Profilaxia secundară a recurențelor AVC	<u>Antiagregante (Aspirină, Clopedogrel).</u> <u>Anticoagulante (Warfarină, Aceno-Cumarol).</u> <u>Antihipertensive, hipolipimiente, hipoglicemice ș.a.</u>
Prevenirea și tratamentul complicațiilor medicale	Escarele, infecția urinară și pulmonară, inclusiv pneumonia de aspirație, durerea la nivelul umărului, durerea neuropată centrală, epilepsia vasculară, depresia, oboseala, demența post-AVC, căderile accidentale și altele.
Kinetoterapia	Consolidarea și perfecționarea controlului postural, echilibrului, coordonării și a patternelor corecte în acțiunile motrice. Dezvoltarea transferurilor asistate și independente (în pat, din decubit dorsal în așezat, din așezat în ortostatism). Consolidarea și perfecționarea patternului de mers. Menținerea mobilității, troficității musculare și combaterea atitudinilor vicioase ale membrilor afectate. Întreținerea funcțiilor recuperate, prevenirea deteriorării și dizabilitării progresive.
Terapia ocupațională	Creșterea performanței ocupaționale pentru activitățile vieții zilnice, precum este alimentația, igiena, îmbrăcarea-dezbrăcarea, încălțarea-descălțarea, locomoția/ambulația ș.a.
Asistența de consiliere și socială	Consilierea pacientului și a membrilor de familie cu oferirea sfaturilor necesare pentru îngrijiri ambulatorii și suportul social. Asistența de consiliere vizează: - educarea și consilierea sub formă interactivă a pacientului, familiei, îngrijitorului cu privire la natura bolii și managementul tratamentului recuperator; - organizarea întrunirilor cu membrii familiei cu scop de informare privind problemele medicale și psiho-sociale estimate la diverse etape de reabilitare și minimalizare a distresului persoanelor implicate în procesul recuperator; - distribuirea materialelor informative educative (buclete, chestionare, video etc.) cu suport psiho-social, juridic și de altă natură necesar persoanelor cu dizabilități, membrilor de familie, supraveghetorilor/îngrijitorilor. ⁸



Controlul tensiunii arteriale

- Țintă <130/80 mmHg
- Reducere semnificativă a recurenței
- Gestionarea tensiunii arteriale este piatra de temelie a prevenției secundare a HIC, indiferent de localizarea HIC sau de boala subiacentă a vaselor mici cerebrale.





Studii:

- **Studiul Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study (PROGRESS) (2001)** și analizele post-hoc ulterioare au arătat că pacienții cu cele mai scăzute niveluri ale tensiunii arteriale în timpul urmăririi au avut cel mai mic risc de recurență a accidentului vascular cerebral, atât ischemic, cât și hemoragic.
- S-a constatat o relație puternică între **nivelurile mai scăzute ale TAS și accidentul vascular cerebral hemoragic** (omogenitate $P = 0,003$), cu o **reducere a riscului relativ de 49%** (II 95%, 18%–68%).
- La pacienții cu HIC, scăderea tensiunii arteriale reduce riscul tuturor tipurilor de hemoragie, atât legate de hipertensiune arterială, cât și de angioplastia coronariană amiotrofică (ACA).



Studii:

- **Studiul RESPECT** (trial clinic randomizat în perioada 2010–2016, iar rezultatele principale au fost publicate în revista *JAMA Neurology* în 2019.) a arătat că în rândul pacienților cu vârstă >75 de ani și cu dizabilitate post-HIC mai mare (scor Rankin modificat de 4 până la 5 la externare), TAS este considerată **de primă linie** utilizarea
- **blocantelor sistemului renină-angiotensină,**
- **a blocantelor canalelor de calciu** sau a unui
- **diuretic asemănător tiazidelor**
- sau **a unei combinații** a acestor terapii ca prevenție secundară la pacienții cu antecedente de accident vascular cerebral sau boală cerebrovasculară.

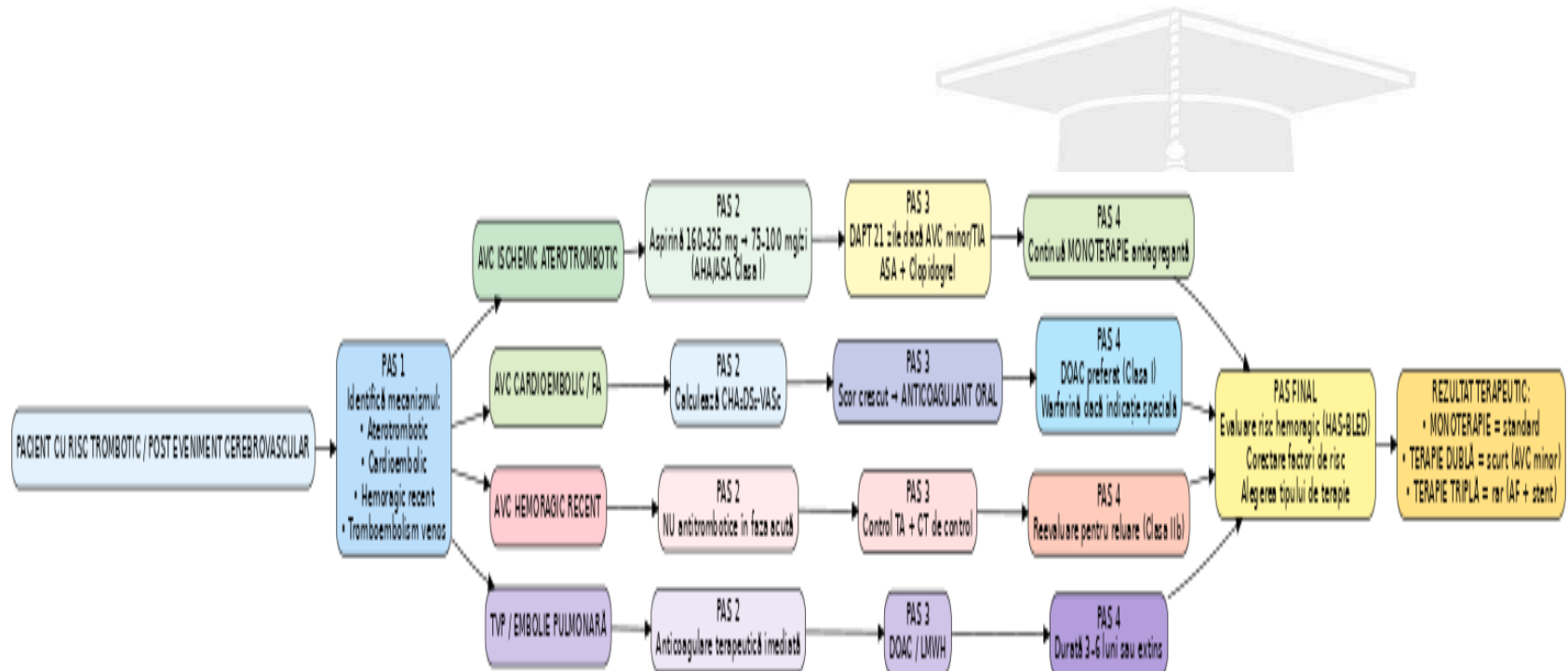


Studii:

- În ceea ce privește evenimentele hemoragice, studiul PROGRESS a arătat beneficii mai mari în cazul unei **terapii combinate bazate pe un inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei și un diuretic**, comparativ cu placebo sau terapia cu un singur medicament în toate tipurile de HIC.
- **Ghidurile recomandă scăderea tensiunii arteriale sistolice sub 130 mmHg și a tensiunii arteriale diastolice sub 80 mmHg.**
- Nivelurile tensiunii arteriale trebuie evaluate periodic la toți pacienții, indiferent de vârstă, localizare sau presupusa boală a vaselor mici care stă la baza HIC acut.



Pacient cu risc trombotic/Post eveniment cerebrovascular





Pacient cu risc trombotic/Post eveniment cerebrovascular

PAS 1 Identificare mecanism
AVC Aterotrombotic

PAS 2

Aspirină 160–325 mg inițial, apoi 75–100 mg/zi
alternativ: **ASA + dipyridamol** (unde e cazul) (Aggrenox)

PAS 3

DAPT pe termen scurt (21 zile)
👉 **ASA + clopidogrel**
(mai ales în AVC minor / AIT(atac ischemic tranzitor))

PAS 4

Monoterapie antiagregantă pe termen lung

Pas final

Evaluarea risc hemoragic (HAS-BLED) Corectare factori de risc –
Alegere terapie





PAS 1 Identificare mecanism
AVC ischemic cardioembolic
(fibrilație atrială)

PAS 2
Calculare CHA2-DS2-VASc

PAS 3
Scor crescut – anticogulant oral

PAS 4
Preferabil DOAC sau Warfarina la indicatii
speciale

Pas final
Evaluarea risc hemoragic (HAS-BLED) Corectare factori de risc –
Alegerea terapiei





PAS 1 Identificare mecanism AVC hemoragic

PAS 2

După stabilizare completă și evaluare imagistică
După 4-8 săptămâni (depinde de localizare)

PAS 3

Evitarea anticoagulanților și antiagregantelor inițial
Reintroducere prudentă a terapiei (anticoagulantă sau
antiagregantă) Control TA și CT control

PAS 4

Terapia tromboprotectivă se începe doar dacă riscul de tromboză
este foarte mare, după cel puțin 4 săptămâni.
Evaluare individuală risc/beneficiu, colaborare interdisciplinară.

Pas final

Evaluarea risc hemoragic (HAS-BLED) Corectare factori de risc –
Alogarea terapiei





PAS 1 Identificare mecanism AVC tromboembolic și cardioembolic

PAS 2

Imediat sau după câteva zile conform severității

PAS 3 DOAC /LMWH

PAS 4

Terapie pe termen lung, ajustată după scorurile de risc (CHA2DS2-VASc, HAS-BLED)- 3-6 luni sau extins

Pas final

Evaluarea risc hemoragic (HAS-BLED) Corectare factori de risc –
Alegerea terapiei





Terapie dublă/triplă

Doar în cazuri selectate, foarte atent monitorizată

Dublă terapie antiagregantă sau combinarea anticoagulant + antiagregant

Exemplu: pacient cu stent coronarian + fibrilație atrială (tratament combinat de maxim 1-6 luni, apoi monoterapie).

ALGORITM DE TROMBOPROFILAXIE POST-AVC CONFORM AHA/ASA

AVC ISCHEMIC



• Antiagregant Plachetar

• Aspirină, Clopidogrel

• Dublă Terapie Antiagregantă

• Aspirină + Clopidogrel 7-21 zile

AVC CARDIOEMBOLIC TROMBOEMBOLIC



• Anticoagulant Oral

• Rivaroxaban, Apixaban etc.

• Inițiere După 3-14 Zile

• în funcție de risc

AVC HEMORAGIC



• Inițial: Evităm Anticoagulante / Antiagregante

• După 4-8 săptămâni Reevaluare & Prudentă

• Atenție la risc hemoragic

Terapie Dublă / Triplă



• Anticoagulant + Antiagregant

• Ex: Stent + FA

• Monitorizare Atentă

• Durată Limitată

Evaluare Risc Hemoragic vs. Risc Trombotic 
— CHA₂DS₂-VASc / HAS-BLED —

FIBRILAȚIE ATRIALĂ



• Anticoagulant Oral

• NOAC sau Warfarină

• Triplă sau Dublă Terapie

• Atenție în cazuri selectate



Evaluarea necesității administrării statinelor

ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) 2013 Risk Calculator from AHA/ACC

Determine 10-year risk of hard ASCVD, i.e. myocardial infarction, stroke, or death due to coronary heart disease or stroke.

IMPORTANT

- This calculator includes inputs based on race, which may or may not provide better estimates, so we have decided to make race optional. [See here](#) for more on our approach to addressing race and bias on MDCalc.
- This tool often estimates higher risk for Black/African American adults than for other groups with the same profile, but this is not universal.
- Looking for a race-free equation to calculate CVD risk? Check out the new **PREVENT** score.

INSTRUCTIONS

Moderate- to high-intensity statin recommended because 10-year risk >7.5%

To view statin dosages by intensity, see Evidence section.

10.9%

Risk of cardiovascular event (coronary or stroke death or non-fatal MI or stroke) in next 10 years.

4.0%

10-year cardiovascular risk if risk factors were optimal.

Copy Results

Next Steps

Favorite Share

About the Creator



Dr. David Goff

[Are you Dr. David Goff?](#)

Also from MDCalc...

Related Calcs

- [ASCVD Risk Algorithm](#)
Determines 10-year risk of hard ASCVD, i.e. myocardial infarction, stroke, or death due to coronary heart disease or stroke, and provides statin recommendations.
- [SCORE2](#)
Predicts 10-year CVD risk in patients without prior CVD or diabetes.
- [PREVENT](#)
Predicts 10- and 30-year risk of CVD and CVD subtypes in patients aged 30-79 without known CVD.

Systematic Coronary Risk Evaluation 2 (SCORE2)

Predicts 10-year CVD risk in patients without prior CVD or diabetes.

INSTRUCTIONS

Use in European patients aged 40-69 years without prior CVD or diabetes.

When to Use ▼

Why Use ▼

Sex

Male

Female

Age

65

years

Smoking

Other

Current

SBP

140

mm Hg

19.9 %

10-year risk of CVD

Copy Results 📋

Next Steps >>>

About the Creator



SCORE2 Working Group

[Are you SCORE2 Working Group?](#)



ESC Cardiovascular Risk
Collaboration

[Are you ESC Cardiovascular Risk
Collaboration?](#)

Also from MDCalc...

Related Calcs

- [SCORE2-Diabetes](#)
Predicts 10-year CVD risk in patients with type 2 diabetes.
- [SCORE2-OP](#)
Predicts 10-year CVD risk in older patients.
- [PREVENT](#)
Predicts 10- and 30-year risk of CVD and CVD subtypes in patients aged 30-

Framingham Risk Score for Hard Coronary Heart Disease

Estimates 10-year risk of heart attack in patients 30-79 years with no history of CHD or diabetes.

INSTRUCTIONS

There are several distinct Framingham risk models. MDCalc uses the 'Hard' coronary Framingham outcomes model, which is intended for use in **non-diabetic** patients age 30-79 years with no prior history of coronary heart disease or intermittent claudication, as it is the most widely applicable to patients without previous cardiac events. See the [official Framingham website](#) for additional Framingham risk models.

When to Use ▾

Pearls/Pitfalls ▾

Age

65

years

Sex

Female

Male

Smoker

8.2 %

10-year risk of MI or death for this patient

8 %

Average 10-year risk of MI or death

Copy Results 📋

Next Steps »»

☆ Favorite 📄 Share

About the Creator



Dr. Peter W.F. Wilson

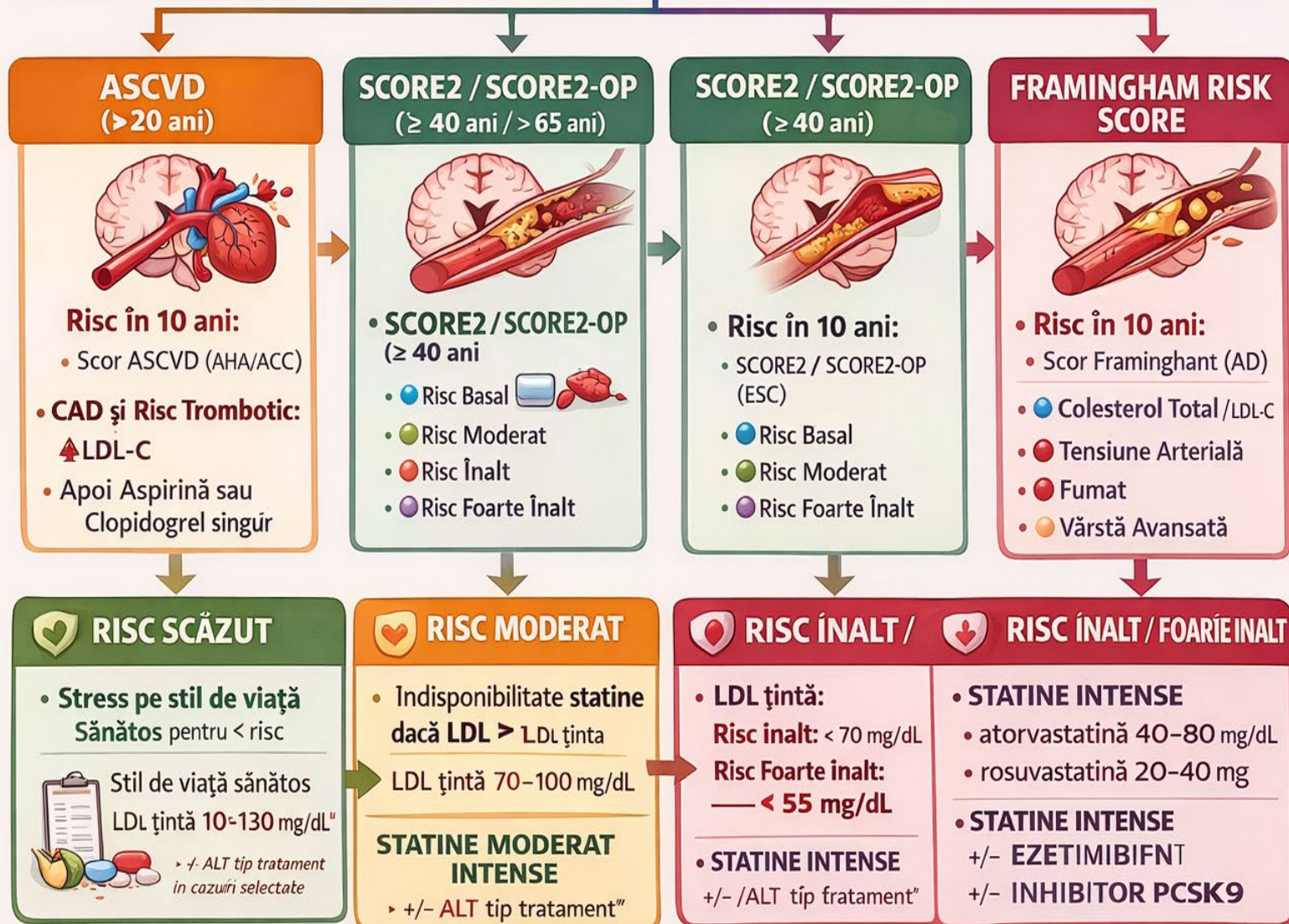
[Are you Dr. Peter W.F. Wilson?](#)

Also from MDCalc...

Related Calcs

- [SCORE2-Diabetes](#)
Predicts 10-year CVD risk in patients with type 2 diabetes.
- [SCORE2](#)
Predicts 10-year CVD risk in patients without prior CVD or diabetes.
- [SCORE2-OP](#)
Predicts 10-year CVD risk in older patients.

ALGORITMI TERAPIE CU STATINE CONFORM AHA/ASA



• atorvastatină 10-20 mg, rosuvastatină 5-10 mg
• simvastatină 20-40 mg, pravastatină —

• atorvastatină 40-80 mg, rosuvastatină 20-40 mg
• +/- ALT tip tratament ca excepție 



Terapie hipolipemiantă

Tip AVC

Ischemic aterotrombotic

Ischemic recurent

Tromboembolic (FA) fără ateroscleroză

Tromboembolic + ateroscleroză

Hemoragic

Ținta LDL

<55 mg/dL (< 1.4 mmol/L)

<40 mg/dL (1.0 mmol/L)

<70 mg/dL (< 1.8 mmol/L)

<55 mg/dL (< 1.4 mmol/L)

70–100 mg/dL(1.8–2.6 mmol/L)



Statinele

Tip AVC	Statine recomandate?	Intensitatea terapiei	Țintă LDL
Ischemic aterotrombotic	DA	Intensivă	<55 mg/dL
Tromboembolic pur	DA dacă ateroscleroză ↑	Moderat / Intensiv	<70 / <55 mg/dL*
Hemoragic	Individualizat	Moderat	~70–100 mg/dL



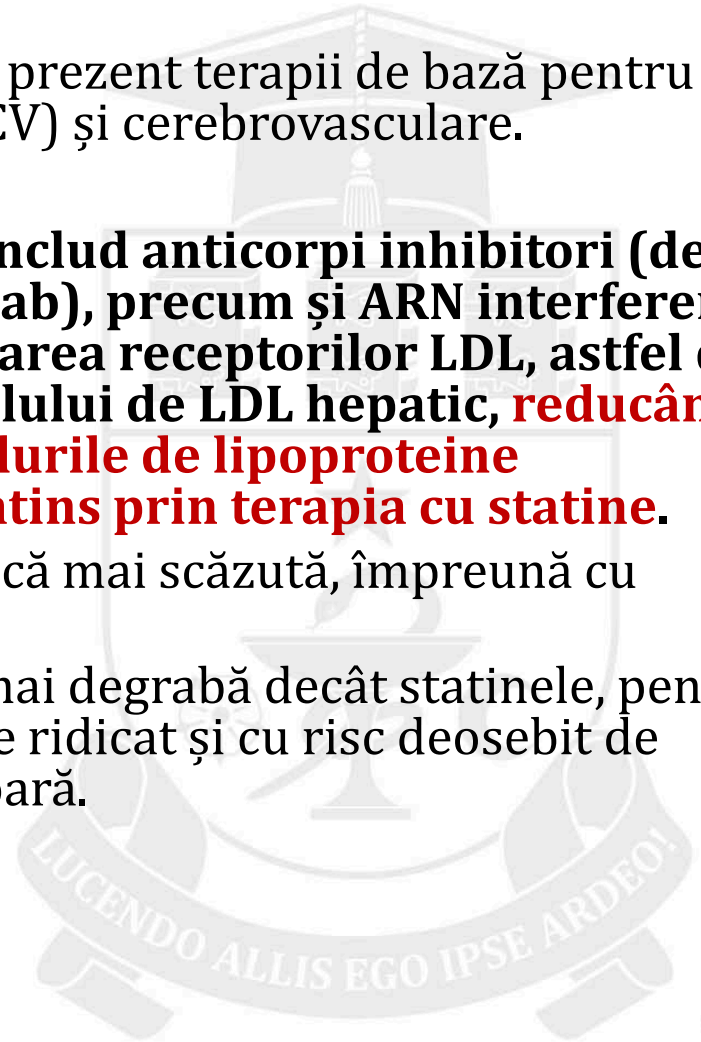
Cum decizi în practică?

- ✓ Analizează:
- etiologia stroke
- prezența aterosclerozei coronariene / carotidiene
- factori de risc (HTA, diabet, fumat)
- toleranța la statine
 - ✓ În ischemic: statină intensivă **mereu**
 - ✓ În cardioembolic: statină dacă există ateroscleroză
 - ✓ În hemoragic: evaluate riscurile separate



Inhibitorii PCSK9

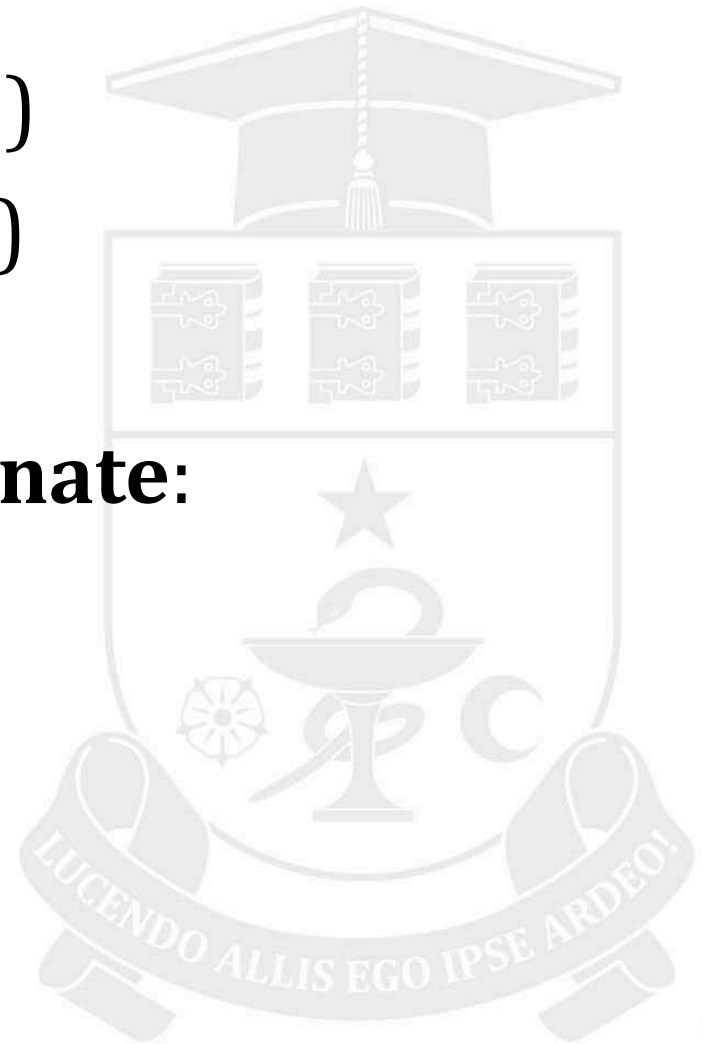
- Inhibitorii PCSK9 sunt considerați în prezent terapii de bază pentru prevenirea bolilor cardiovasculare (CV) și cerebrovasculare.
- **Clinic Inhibitorii PCSK9 aprobați includ anticorpi inhibitori (de exemplu, alirocumab și evo-locumab), precum și ARN interferent mic (inclisiran). Reducând degradarea receptorilor LDL, astfel de medicamente cresc absorbția nivelului de LDL hepatic, **reducând astfel într-o oarecare măsură nivelurile de lipoproteine circulante, ceea ce e imposibil de atins prin terapia cu statine.****
- Acestea prezintă tendință hemoragică mai scăzută, împreună cu efectele hipolipemiante mai mari
- Inhibitorii PCSK9 ca primă alegere, mai degrabă decât statinele, pentru pacienții cu risc cardiovascular foarte ridicat și cu risc deosebit de sângerare, inclusiv cei cu HIC anterioară.





Exemple de medicamente :

- Repatha(Evolocumab)
- Praluent (Alirocumab)
- Se fac **injecții subcutanate:**
- la 2 săptămâni
sau
- 1 dată pe lună





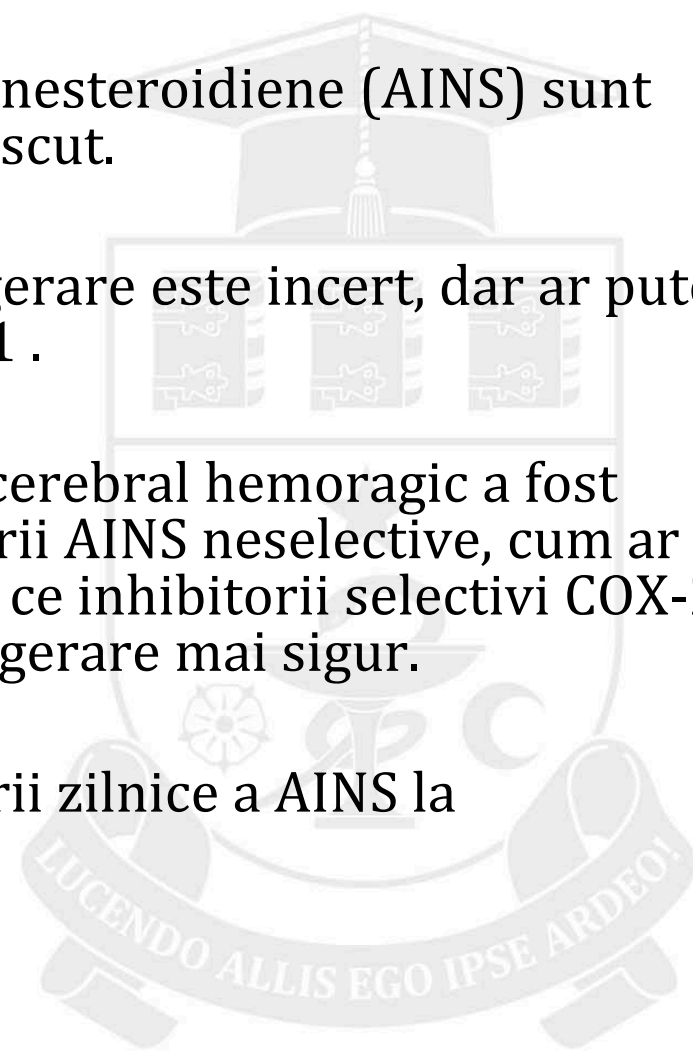
Medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)

- Medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) sunt asociate cu un risc hemoragic crescut.

Mecanismul riscului crescut de sângerare este incert, dar ar putea fi legat de inhibarea activității COX-1 .

Riscul crescut de accident vascular cerebral hemoragic a fost observat în principal în cazul utilizării AINS neselective, cum ar fi diclofenacul și meloxicamul, în timp ce inhibitorii selectivi COX-2 au prezentat un profil de risc de sângerare mai sigur.

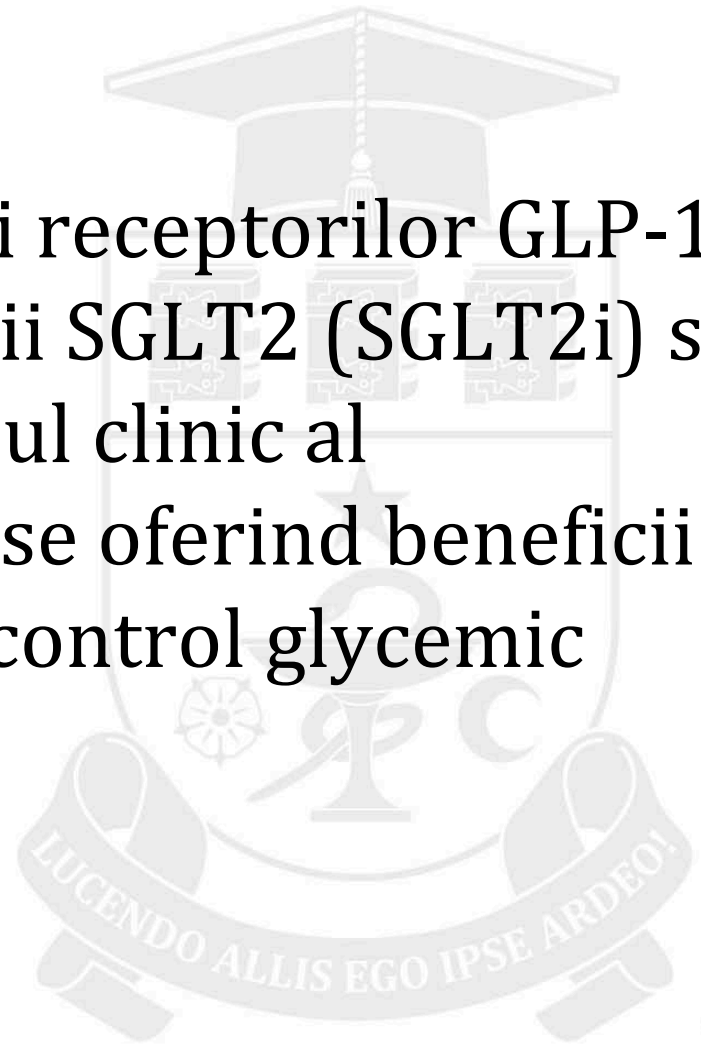
Ghidurile sugerează evitarea utilizării zilnice a AINS la supraviețuitorii HIC !!!!!





Diabet zaharat

- HbA1c <7%
- Alegerea între agoniștii receptorilor GLP-1 (GLP-1 RA) și inhibitorii SGLT2 (SGLT2i) se face în funcție de profilul clinic al pacientului, ambele clase oferind beneficii care depășesc simplul control glicemic





Selectarea agentului în funcție de comorbidități

Insuficiență Cardiacă (HF) SGLT2i

Demonstrează o eficacitate superioară în reducerea spitalizărilor pentru insuficiență cardiacă, indiferent de fracția de ejeție.

Boală Renală Cronică (CKD) SGLT2i

Sunt prima linie pentru încetinirea progresiei bolii renale și reducerea albuminuriei la pacienții cu $eGFR \geq 20-30$ mL/min.

Boală Cardiovasculară Aterosclerotică (ASCVD) GLP-1 RA

Sunt adesea prioritizați pentru reducerea riscului de evenimente ischemice majore (infarct miocardic, accident vascular cerebral).

Obezitate Semnificativă GLP-1 RA

Oferă o scădere în greutate mult mai pronunțată comparativ cu SGLT2i.

Risc Ridicat de AVC GLP-1 RA

Studiile clinice indică o protecție superioară împotriva accidentului vascular cerebral ischemic.



Indicele de masă corporală

IMC (kg/m ²)	Ce înseamnă	Risc post-AVC
<18.5	Subponderal	! risc mare (fragilitate, sarcopenie, infecții, mortalitate ↑)
18.5-20	Limită inferioară	atenție la masă musculară
20-25	✓ Ideal	prognostic optim
25-30	Supraponderal	risc CV ↑, dar uneori „obesity paradox”
30-35	Obezitate gr. I	risc recidivă AVC, HTA, diabet
>35	Obezitate severă	risc foarte mare



- **Dar există „obesity paradox”**
- Unele studii arată că pacienții ușor supraponderali (IMC 25–27) au uneori supraviețuire mai bună, dar:
-  NU este recomandare să menținem obezitatea
-  calitatea masei corporale (mușchi vs grăsime viscerală) contează mai mult



Apnee de somn

- **Ce este apneea de somn și de ce contează după AVC**
- **Apneea obstructivă de somn (OSA)** este o tulburare în care respirația se oprește din cauza colabării căilor respiratorii în timpul somnului.
- ➡ Câteva efecte care cresc riscul cardiovascular:
- episoade de **hipoxie** (scădere de oxigen în sânge)
- activare simpatică crescută
- variabilitate mare a tensiunii sanguine
- stres oxidativ și inflamație
- procoagulare și disfuncție endotelială
- Toate acestea pot:
 - ✓ predispun la AVC
 - ✓ favorizează recurența după un AVC inițial





- **CPAP reduce riscul**
- **Tratamentul cu CPAP (presiune pozitivă continuă în căile respiratorii):**
- ✓ scade frecvența episoadelor de hipoxie
- ✓ reduce tensiunea arterială sistolică și variabilitatea ei
- ✓ îmbunătățește somnul și calitatea vieții
- 👉 **Mai multe studii arată că pacienții cu OSA + CPAP după AVC au:**
- ◆ risc mai mic de recidivă AVC
- ◆ risc mai mic de infarct miocardic
- ◆ mai puține spitalizări



Tratament fiziofuncțional

- Kinetoterapia post-stroke include:
- mobilizare
- mers
- antrenament aerob
- exerciții de forță
- echilibru
- Acestea duc la:
- ✓ scăderea tensiunii arteriale
- ✓ îmbunătățirea profilului lipidic
- ✓ scăderea rezistenței la insulină
- ✓ reducerea inflamației
- ✓ reducerea obezității
- ✓ îmbunătățirea funcției endoteliale
- ➔ Toate acestea = factori direcți în prevenția secundară.





TENS/NEMS/SES

- **TENS** este cel mai potrivit dacă obiectivul tău principal este ameliorarea durerii.
- **NMES** este ideal pentru întărirea mușchilor și susținerea recuperării motorii.
- **SES** poate ajuta la îmbunătățirea conștientizării senzoriale, la reducerea neglijării și la pregătirea sistemului nervos pentru antrenamentul funcțional.
- Dispozitivele cu funcție dublă oferă mai multă flexibilitate prin combinarea ameliorării durerii și a activării musculare într-un singur dispozitiv. De asemenea, este important să iei în considerare caracteristicile generale ale dispozitivului, ușurința în utilizare și opțiunile de personalizare pentru a se potrivi nevoilor tale de terapie.





Anticoagulante (heparină, enoxaparină, warfarină, DOAC – rivaroxaban, apixaban, dabigatran)

- ➤ ***Nu sunt contraindicație pentru:***
- **TENS**
- **NMES / stimulare neuromusculară**
- **Interferențiali**
- **Curenți de joasă frecvență neinvazivi**
- Aceste tehnici se pot face în siguranță.
- ➤ ***Precauții necesare:***
- Evită aplicarea pe zone cu:
 - **echimoze mari**
 - **hematoame**
 - **risc crescut de sângerare** (post-puncție arterială, zone fragile)
- Intensitatea să nu fie excesivă, pentru a evita microtraumatismele musculare.





Antiagregante (aspirină, clopidogrel, ticagrelor)

- ➤ ***Nu reprezintă contraindicație pentru electroterapie.***
- Antiagregantele cresc riscul de sângerare doar la traumatisme — electroterapia neinvazivă **nu generează traumă tisulară.**
- ➤ **Precauții:**
- La fel ca la anticoagulante — evită zonele cu echimoze mari sau plăgi.

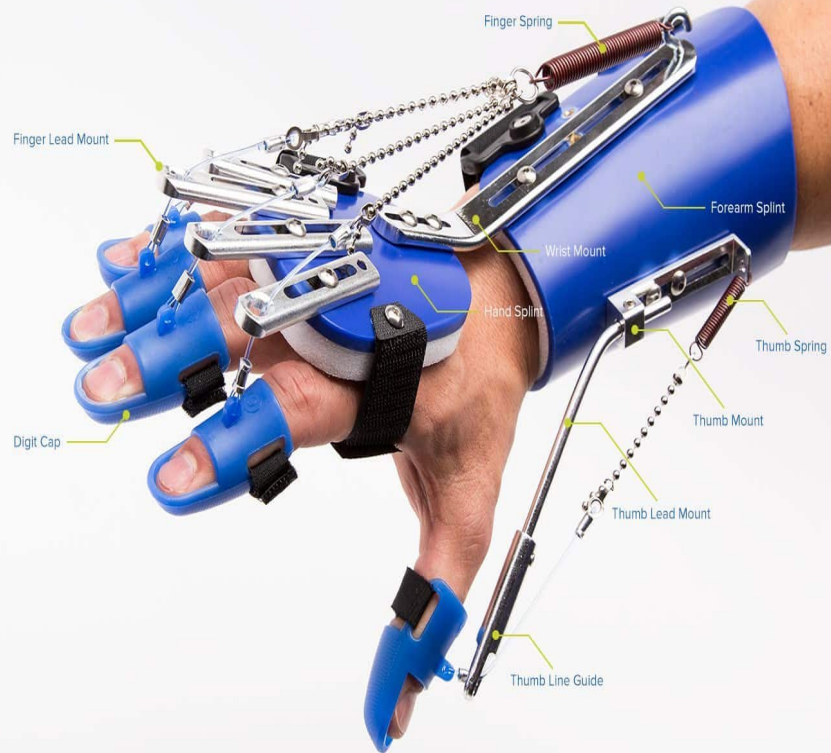


Utilizarea terapiei cu oglindă cu SaeboGlove și SaeboFlex

Combinarea stimulării cu dispozitive precum SaeboGlove și SaeboFlex poate îmbunătăți funcția mâinii și a brațului după un accident vascular cerebral.

De exemplu, într-un studiu, 75% dintre pacienții care inițial nu își puteau folosi mâinile și-au recăpătat abilitățile de autoîngrijire atunci când au utilizat SaeboGlove cu stimulare electrică.

Mișcările de prindere și eliberare se îmbunătățesc atunci când electrozii vizează extensorii degetelor, iar asocierea acestor dispozitive cu antrenament specific sarcinii stimulează, de asemenea, funcția generală a membrilor superioare.





Cutie cu oglinzi și SaeboStim Micro

Cercetările susțin combinarea terapiei cu oglindă cu dispozitive de stimulare senzorială, cum ar fi SaeboStim Micro.

Utilizarea ambelor dispozitive împreună oferă un input senzorial dublu - feedback vizual de la oglindă și stimulare tactilă de la dispozitiv - ceea ce ajută creierul să reorganizeze și să consolideze căile neuronale.

Această abordare poate spori neuroplasticitatea, poate îmbunătăți recuperarea motorie și poate crește eficacitatea exercițiilor de reabilitare după un accident vascular cerebral.





Asistență de consiliere și socială

Asistența de consiliere și socială

Consilierea pacientului și a membrilor de familie cu oferirea sfaturilor necesare pentru îngrijiri ambulatorii și suportul social.

Asistența de consiliere vizează:

- educarea și consilierea sub formă interactivă a pacientului, familiei, îngrijitorului cu privire la natura bolii și managementul tratamentului recuperator;
- organizarea întrunirilor cu membrii familiei cu scop de informare privind problemele medicale și psiho-sociale estimate la diverse etape de reabilitare și minimalizare a stresului persoanelor implicate în procesul recuperator;
- distribuirea materialelor informative educative (buclete, chestionare, video etc.) cu suport psiho-social, juridic și de altă natură necesar persoanelor cu dizabilități, membrilor de familie, supraveghetorilor/îngrijitorilor.⁶





Concluzii

- Reabilitarea medicală reprezintă o componentă esențială a prevenției secundare a accidentului vascular cerebral, prin integrarea intervențiilor farmacologice personalizate și a măsurilor fiziofuncționale adaptate individual. Aceasta contribuie la reducerea riscului de recurență, la ameliorarea calității vieții și la diminuarea gradului de dizabilitate pe termen lung.

PROFILAXIA SECUNDARĂ A AVC

**Mulțumesc
pentru atenție!**

