

## Tratamento Endovascular no Acidente Vascular Cerebral Isquémico: “Urgência na Redução das Assimetrias”

### Endovascular Treatment in Acute Ischemic Stroke: “Urgency in Reducing Asymmetries”

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral Isquémico; Portugal; Procedimentos Endovasculares

**Keywords:** Endovascular Procedures; Ischemic Stroke; Portugal

Lemos com bastante satisfação o estudo de Dias *et al*<sup>1</sup> publicado na Acta Médica Portuguesa que revelou as assimetrias nacionais no acesso ao tratamento endovascular (TEV) no acidente vascular cerebral (AVC) isquémico por oclusão de grande vaso proximal (OVP).

Felizmente, no período em análise houve melhoria nacional das taxas de TEV, mais evidente nos distritos próximos de hospitais com TEV (HCTEV), tendo-se demonstrado a disparidade regional nos tempos de atraso da TEV. Nesse sentido, realçamos que a mediana do tempo AVC - primeira porta de entrada na via verde foi 13 minutos inferior nos doentes transferidos num hospital sem TEV (HSTEV) em comparação com os doentes cuja primeira porta foi um HCTEV. É um dado que possivelmente reflete a pressão de seleção com prejuízo dos doentes que chegam no limite temporal para TEV nos HSTEV.

A menor dispersão e os valores inferiores da mediana do tempo entre o AVC e a primeira porta de entrada no sistema em doentes transferidos (amplitude interquartil 56 – 129 minutos no HSTEV *versus* 64 – 156 minutos no HCTEV) reforça a nossa percepção. A título exemplificativo, na nossa série consecutiva de 409 doentes (2016 - 2018) com AVC da artéria cerebral média por OVP da região do sotavento / Algarve central, apenas 48 (11,7%) foram transferidos para um dos HCTEV de Lisboa.

De salientar que, entre os doentes que não foram trans-

feridos (n = 361), 70 (19,3 %) foram tratados com alteplase, sendo que o tempo adicional necessário para transporte inter-hospitalar impossibilitou a TEV. Somadas as OVP cujo helitransporte esteve impossibilitado por condições climáticas (n = 6), percebemos que mais de um em cada cinco doentes desta série (21%, 76/361) teve o acesso à TEV impossibilitado exclusivamente por estar no Algarve no momento do AVC.

Os tempos mínimos de helitransporte para um HCTEV em Lisboa variam entre 60 e 105 minutos com impacto no nosso tempo mediano (4h:40 min, mínimo 2h:38 min/máximo 10h:45 min) entre o AVC e o início da trombectomia. Este atraso elevado tem impacto negativo no prognóstico (Tabela 1).<sup>2</sup>

De forma a melhorar o acesso à trombectomia, é essencial que se dê prioridade à mitigação dos determinantes do atraso na via verde do AVC, que continua a ser um problema relevante, bem como à introdução de técnicas avançadas de imagem para que mais doentes possam beneficiar desta terapêutica.<sup>3,4</sup> Capacitar o Algarve, a região continental mais a sul do país, de capacidade para TEV, é um passo central para a redução das assimetrias no tratamento do AVC em Portugal.

#### CONTRIBUTO DOS AUTORES

HN, AB: Redação do artigo.

IG, AB, AP: Revisão crítica do artigo.

#### CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse.

#### FONTES DE FINANCIAMENTO

Esta pesquisa não recebeu financiamento específico de nenhuma agência de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

**Tabela 1** – Associação entre o atraso temporal e a chance de redução da incapacidade neurológica com trombectomia em comparação com a terapia médica (adaptado de Saver *et al*)<sup>2</sup>

| Tempo entre o início do AVC e a punção para trombectomia | OR*  | 95% Intervalo confiança |
|--|------|-------------------------|
| 120 minutos  | 3,13 | (2,06 – 4,76)           |
| 180 minutos  | 2,79 | (1,96 – 3,98)           |
| 240 minutos  | 2,49 | (1,79 – 3,47)           |
| 300 minutos  | 2,22 | (1,55 – 3,16)           |
| 360 minutos  | 1,98 | (1,30 – 3,00)           |
| 420 minutos  | 1,76 | (1,06 – 2,92)           |
| 480 minutos  | 1,57 | (0,86 – 2,88)           |
| 540 minutos  | 1,40 | (0,68 – 2,86)           |
| 600 minutos  | 1,25 | (0,54 – 2,86)           |

Com base na análise de 1287 participantes de 5 ensaios clínicos randomizados e duplo cegos trombectomia com ou sem alteplase *versus* alteplase (MR CLEAN 2015, ESCAPE 2015, EXTEND-IA 2015, REVASCAT 2015 e SWIFT PRIME)

\* Odds ratio de um *outcome* melhor para qualquer pontuação na escala modificada de Rankin.

## REFERÊNCIAS

1. Dias MC, Dos Reis RS, Santos JV, Nunes AP, Ferreira P, Maia B, et al. Nationwide access to endovascular treatment for acute ischemic stroke in Portugal. *Acta Med Port.* 2022;35:127-34.
2. Saver JL, Goyal M, van der Lugt A, Menon BK, Majoie CB, Dippel DW, et al. Time to treatment with endovascular thrombectomy and outcomes from ischemic stroke: a meta-analysis. *JAMA.* 2016;316:1279-88.
3. Sobral S, Taveira I, Seixas R, Vicente AC, Duarte J, Goes AT, et al. Late hospital arrival for thrombolysis after stroke in Southern Portugal: Who is at risk? *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2019;28:900-5.
4. Thon JM, Jovin TG. Imaging as a selection tool for thrombectomy in acute ischemic stroke: pathophysiologic considerations. *Neurology.* 2021;97:S52-9.

Hipólito NZWALO<sup>1,2</sup>, Ana BOTELHO<sup>1,3</sup>, Inês GIL<sup>4</sup>, Alexandre BAPTISTA<sup>5</sup>, Ana Paula FIDALGO<sup>1</sup>

1. Unidade de AVC. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Faro. Portugal.
2. Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas. Universidade do Algarve. Faro. Portugal.
3. Faculdade de Economia. Universidade do Algarve. Faro. Portugal.
4. Serviço de Radiologia. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Faro. Portugal.
5. Unidade de Cuidados Intensivos de Portimão. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Portimão. Portugal.

✉ Autor correspondente: Hipólito Nzwalo. [nzwalo@gmail.com](mailto:nzwalo@gmail.com)

Recebido/Received: 01/03/2022 - Aceite/Accepted: 07/03/2022 - Publicado/Published: 01/06/2022

Copyright © Ordem dos Médicos 2022

<https://doi.org/10.20344/amp.18202>



### Still Regarding Schizophrenia, Secondary Schizophrenia, Pseudo-Schizophrenia, and Schizophrenia-Like Psychosis

### Ainda a Propósito da Esquizofrenia, da Esquizofrenia Secundária, da Pseudo-Esquizofrenia e da Psicose do Tipo Esquizofrenia

**Keywords:** Schizophrenia; Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders

**Palavras-chave:** Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos; Esquizofrenia

Dear editor, I read with pleasure the reply to my recent letter,<sup>1</sup> by Martinho and Carvalho.

I could not agree more. Of course, pseudo-schizophrenia and secondary schizophrenia are obsolete concepts! Schizophrenia is, *per se*, useless, whenever it is misused! Schizophrenia is just a myth, according to Professor Thomas Szasz.<sup>2</sup> Or, maybe if the reader prefers, it is just a misdiagnosis, according to Professor Charles Raymond Lake.<sup>3</sup> We could go even further, with this argument, as the death of psychiatry has already been proclaimed by Professor

Edwin Fuller Torrey some decades ago,<sup>4</sup> after the victory of anti-psychiatry led by Professor David Cooper.<sup>5</sup>

All the authors I am citing here were once clinical psychiatrists, just like us. That will be our biggest challenge for the twentieth-first century: to resuscitate schizophrenia. For that we will need to revisit (again and again) and describe (in greatest detail) what schizophrenia is not. We can only find, and diagnose, schizophrenia by excluding all other causes for schizophrenia-like psychosis. I could not agree more.

We need to keep in mind the errors of the past; otherwise we will be condemned to repeat them. Only then we may rehabilitate our dearest schizophrenia and save Psychiatry from its impending doom.

#### COMPETING INTERESTS

The author declared that no competing interests exist.

#### FUNDING SOURCES

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

#### REFERENCES

1. Martinho SM, Carvalho AM. Abandoning old concepts and revisiting the idea of a diagnostic hierarchy in psychiatry. *Acta Med Port.* 2022;35:233-4.
2. Szasz T. Schizophrenia: the sacred symbol of psychiatry. Syracuse: Syracuse University Press; 1976.
3. Lake CR. Schizophrenia is a misdiagnosis, implications for the DSM-5 and the ICD-11. New York: Springer; 2012.
4. Torrey EF. The death of psychiatry. Radnor: Chilton Book Company; 1974.
5. Cooper D. Psychiatry and anti-psychiatry. London: Tavistock Press; 1967.

João GAMA MARQUES<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Psiquiatria Geral e Transcultural. Hospital Júlio de Matos. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Lisboa. Portugal.
2. Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: João Gama Marques. [joaggamamarques@gmail.com](mailto:joaggamamarques@gmail.com)

Recebido/Received: 03/03/2022 - Aceite/Accepted: 16/02/2022 - Publicado Online/Published Online: 06/05/2022 - Publicado/Published: 01/06/2022

Copyright © Ordem dos Médicos 2022

<https://doi.org/10.20344/amp.18209>

