



## COMENTÁRIO EDITORIAL AO ARTIGO

### Tempos de espera na endarterectomia carotídea: experiência institucional e estratégias de melhoria



### Time Delays on Carotid Endarterectomy: institutional experience and improvement strategies

José Manuel Morão Cabral Ferro

*Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal*

A doença aterosclerótica das artérias cervicais, nomeadamente da carótida interna, é uma causa importante de acidente isquémico transitório (AIT) e de acidente vascular cerebral (AVC). O tratamento cirúrgico ou endovascular das estenoses carotídeas severas sintomáticas é uma intervenção muito eficaz para reduzir o risco de recorrência de eventos vasculares cerebrais. O risco de recorrência decresce com o tempo decorrido desde o AIT/AVC, sendo máximo nos primeiros dias. Daí que seja recomendado realizar o tratamento das estenoses carotídeas precocemente, precisamente para evitar as recorrências próximas do evento inicial<sup>1,2</sup>. Se realizada mais tarde, a eficácia da endarterectomia reduz-se, porque o risco de recorrência vai diminuir com o tempo. Se num sistema de saúde a generalidade dos doentes for intervencionada tardiamente, a efetividade da endarterectomia será baixa.

Neste importante estudo retrospectivo, realizado numa unidade de referência para endarterectomia, os autores descrevem um tempo mediano de espera entre o evento neurológico e a cirurgia próximo de um mês (27,5 dias). Existem atrasos importantes em todos os passos da trajetória do doente: referência à consulta, realização dos exames vasculares, colocação da indicação cirúrgica e entre esta, e a indicação cirúrgica. Apenas 21,7% foram operados nos 14 dias seguintes ao AIT/AVC.

Os estudos retrospectivos têm vários problemas metodológicos, principalmente viés de seleção e sobrestimação

do valor das associações encontradas. Neste estudo, de 77 doentes submetidos a endarterectomia, só em 60 a documentação relevante estava disponível para análise. Não é possível também ter informação sobre os doentes que abandonaram a cadeia de referência, por terem procurado outro centro, público ou privado, terem decidido não ser operados ou terem sofrido um novo AVC. Mas é pouco provável que a colheita retrospectiva dos tempos de espera nas várias etapas do processo de referência tenha introduzido um viés importante.

O atraso descrito neste artigo é semelhante ao descrito noutras publicações. Seria importante conhecer se o atraso é comparável noutros centros hospitalares nacionais, em particular naqueles que dispõem de unidades de AVC e consultas diárias de AIT.

A proposta de melhoria mais evidente, já implementada noutros centros, será a criação de um canal de referência prioritário, que permita comprimir todos os atrasos ao longo da trajetória do doente, acompanhado de uma realocação de recursos humanos e materiais, de outras situações clínicas de menor risco (ex: estenose carotídeas não sintomáticas) para estes doentes de maior risco. Trata-se, no fundo, de estabelecer um programa de melhoria contínua de qualidade com metas mensuráveis, a auditar periodicamente, comparando a melhoria alcançada com o que vai acontecendo em centros nacionais do mesmo nível de referência.

DOI do artigo original: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ancv.2015.07.004>  
Correio eletrónico: [jmferro@medicina.ulisboa.pt](mailto:jmferro@medicina.ulisboa.pt)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ancv.2016.03.001>

1646-706X/© 2016 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Referências

1. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(7):2160–236.
2. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis*. 2008;25(5):457–507.