

# El Neurólogo Vascular: lo Que Ha Hecho, lo Que Ha Dejado de Hacer y lo Que Debe Realizar

## Editorial

Juan Nader-Kawachi<sup>1</sup>, Michel Nader-Sayun<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Profesor del curso de alta especialidad en Enfermedad Vascular Cerebral/UNAM, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

<sup>2</sup> BA, Master Collaborative Design, Aalto University, Espoo Finland

Fecha de recepción del manuscrito: 22/01/2020

Fecha de aceptación del manuscrito: 27/01/2020

Fecha de publicación: 31/01/2020

DOI: 10.5281/zenodo.3633474

Probablemente la llegada y el uso extensivo de la tomografía computarizada y la resonancia magnética en los años 80s hayan motivado un interés creciente entre los neurólogos sobre la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV). La casi huérfana enfermedad tuvo en la cardiología su primera madre adoptiva y en la American Heart Association su primera familia, de la cual sigue aprehendida.

Estudios realizados en diferentes centros neurológicos de la época demostraron la importancia creciente de la ECV como un problema de salud pública al ostentar una alta mortalidad y morbilidad.<sup>1-4</sup> En aquel momento, el cúmulo de conocimiento sobre la ECV aumentó exponencialmente. Junto con el conocimiento de los diferentes factores de riesgo y el desarrollo nuevos paradigmas terapéuticos, se demostró la importancia de crear centros especializados en ECV para el tratamiento agudo y la necesidad de formar especialistas en el área.<sup>5</sup>

El interés entre los neurólogos creció en 1995 cuando los estudios NINDS y ECAS II demostraron la utilidad de la trombolisis intravenosa con activador tisular de plasminógeno (rTPA) para el tratamiento del ECV dentro de una ventana terapéutica de 3 horas y posteriormente la ventana extendida a 4.5 horas en el estudio ECAS III en 2008.<sup>6-8</sup> Con la limitante de la premura para iniciar el tratamiento, los neurólogos comenzaron a desarrollar las cadenas asistenciales extrahospitalarias, exigiendo la colaboración de paramédicos y

especialistas en urgencias dentro de los servicios de emergencias hospitalarias. Ya para este momento, la neurología se había apropiado de la enfermedad.

A finales de los 80s, surge una importante necesidad de crear más especialistas. Las más prestigiosas instituciones médicas de México tomaron el reto e incrementaron así el número de especialistas en ECV considerablemente. En respuesta a estos avances, los interesados en el estudio de ECV tuvimos un papel preponderante: respondiendo las preguntas sobre enfermedad en términos de epidemiología y prevención, promoviendo la creación de unidades especializadas, estudiando y estableciendo normas para neuro protección y neuro plasticidad cerebral en fase aguda y post-aguda, estudiando normas para el uso de la trombólisis, promoviendo la rehabilitación temprana e incluso, creando los algoritmos que llevan a la craniectomía y otras intervenciones mayores en el enfermo agudo.

En otro capítulo está la neuro radiología intervencionista. Con el desarrollo de mejores dispositivos para la terapia endovascular, recuperar los trombos que ocluyen las arterias cerebrales fue posible con menor número de complicaciones. A la vez, el desarrollo de la imagen funcional de difusión y perfusión, tanto por tomografía como por resonancia magnética, han extendido la ventana terapéutica incluso 12 horas después de del inicio de un ECV. Incluso, las recientes guías terapéuticas en ECV 2015 y 2018 establecen que la recanalización es la única intervención que modifica sensiblemente a favor el pronóstico de los pacientes que sufren la oclusión de los vasos del polígono de Willis y conceden un papel primordial al rescate vascular.<sup>9</sup> Estos hechos han motivado a muchos médicos con formación clínica a migrar a las especialidades de intervencionismo, lo cual, en mi opinión,

**Datos de contacto:** Juan Nader-Kawachi, Hospital Médica Sur Tlalpan. Puente de piedra N 150 - 324, Torre 2, Colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, Ciudad de México. CP 14050, Tel: (52) 55 5666 6999, Juan.nader.k@gmail.com

ofrece ventajas y desventajas. El neurólogo clínico que migra al intervencionismo tiene mejor criterio para la selección de pacientes a tratar que alguien puramente intervencionista. Sin embargo, también se convierte en juez y parte en el manejo de los pacientes y puede caer en el error de excluir el útil criterio de actores externos.

Finalmente, en cuanto a la prevención, la cardiología ha recuperado su protagonismo en el manejo de la ECV. El desarrollo de los nuevos anticoagulantes directos, el monitoreo prolongado del ritmo cardíaco, el estudio del infarto cerebral cardioembólico y de los infartos de origen desconocido (ESUS), han hecho que hematólogos y cardiólogos regresen con interés a la atención y estudio de la ECV.<sup>10</sup>

Ante este panorama, el diagnóstico y tratamiento del enfermo con ECV se ha vuelto complejo. La hiper especialización en la medicina, así como en otras disciplinas, tiene la desventaja de nublar la visión holística del impacto de la innovación en el sistema y de promover protagonismos. La buena intención de paramédicos, cardiólogos, urgenciólogos, neurocirujanos, neuro radiólogos, terapistas endovasculares, intensivistas, hematólogos, neuropsicólogos y neuro rehabilitadores, genera un sistema de toma de decisiones que involucra una cantidad importante de actores. Es primordial entender como las aportaciones del conocimiento de diferentes áreas con un interés común han transformado la forma en que concebimos ECV y mantener un dialogo abierto para poder seguir evolucionando. Al final, todos los médicos, así como otros profesionales, nos motivamos por el mismo interés de preservar y mejorar la calidad de vida de la gente.

En mi opinión, el neurólogo clínico especialista en ECV ha recargado y delegado su responsabilidad y compromiso con la atención cotidiana en los últimos tiempos. Así, entra en un área de confort como espectador técnico y teórico del manejo de la ECV. Es momento para que el neurólogo vascular recupere su papel de liderazgo en el manejo integral del paciente, aunque entender la complejidad del conocimiento acumulado sobre ECV también significa aceptar que un solo individuo no tiene el conocimiento único para tratar al paciente.<sup>11</sup>

Propongo que los cursos de alta especialidad miren hacia nuevos objetivos, incluyendo una directriz proactiva en el trabajo cotidiano. Así, el alumno egresado, además de tener un profundo conocimiento teórico y práctico en la especialidad, estará entrenado en liderazgo, en trabajo interdisciplinario y en cultura de colaboración, ahondando en su capacidad empática y siendo asertivo en su trabajo. El futuro especialista en ECV debe promover las conexiones interdisciplinarias con el fin de mejorar la capacidad del cuerpo médico-hospitalario en la atención de pacientes. Para esto, requerimos coordinación con las instituciones hospitalarias y educativas, más allá de la creciente necesidad de crear equipos y unidades de ECV aguda dentro de los hospitales. Estas deben ser acompañadas por clínicas integrales que incluyan programas de educación, prevención, atención y regreso en la vida cotidiana. Además, parte del entrenamiento de los futuros especialistas en ECV debe incluir estudios en gestión

de proyectos, así como en dirección y supervisión de las cadenas asistenciales.

## REFERENCIAS

- [1] Mohr, J. P., et al. "The Harvard cooperative stroke registry: a prospective registry." *Neurology* 28.8 (1978): 754-754.
- [2] Oxfordshire Community Stroke Project. "Incidence of stroke in Oxfordshire: first year's experience of a community stroke register." *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*(1983): 713-717.
- [3] Sandercock, Peter, Andrew Molyneux, and Charles Warlow. "Value of computed tomography in patients with stroke: Oxfordshire Community Stroke Project." *Br Med J (Clin Res Ed)*290.6463 (1985): 193-197.
- [4] Bogousslavsky, Julien, Guy Van Melle, and Franco Regli. "The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke." *Stroke* 19.9 (1988): 1083-1092.
- [5] Strand, T. A. G. E., et al. "Stroke unit care—who benefits? Comparisons with general medical care in relation to prognostic indicators on admission." *Stroke* 17.3 (1986): 377-381.
- [6] NINDS rt-PA Stroke Study Group. "Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke." *N Engl J Med* 333 (1995): 1581-1587.
- [7] Hacke, Werner, et al. "Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASS II)." *The Lancet* 352.9136 (1998): 1245-1251.
- [8] Hacke, Werner, et al. "Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke." *New England journal of medicine* 359.13 (2008): 1317-1329.
- [9] Powers, William J., et al. "2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association." *Stroke* 49.3 (2018): e46-e99.
- [10] Ruff, Christian T., et al. "Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials." *The Lancet*383.9921 (2014): 955-962.
- [11] Meadows, Donella. "Dancing with systems." *Whole Earth* 106 (2001): 58-63.