Grupo de Patología Vascular de la SENEC

El Grupo de Patología Vascular de la SENEC solicitó formalmente la retirada de la Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento publicada por Vivancos y cols. [1)].

Sin embargo, las cartas remitidas tanto al editor de la revista Neurología como al presidente de la SEN fueron en vano, por lo que obligó a publicar una carta, ya que consideraron que su elaboración y contenidos no son correctos y pueden generar confusión y tener graves consecuencias. Además, estas guías son innecesarias y no cuentan con el concurso y la aprobación de la SENEC.

Este grupo se encontró con la sorpresa por la elaboración de forma individual de dichas guías por un grupo de trabajo de la SEN, sin el consenso de los principales responsables en el cuidado de esta patología.

Destacaron diferentes puntos en los que existía total desacuerdo con lo sostenido por estas guías, y que podrían influir de forma muy negativa en el cuidado de estos pacientes, ser motivo de posibles reclamaciones judiciales o predisponer de forma contraria a pacientes y/o familiares ante el mejor tratamiento para sus allegados.

Sostiene que el papel de la Neurología dentro de esta enfermedad se centra en el diagnóstico de la misma, al igual que el resto de especialidades médicas que atienden urgencias en los hospitales que carecen de Neurología, así como el manejo inicial en los centros que no disponen de neurocirujano a la espera del traslado a un centro con esta especialidad. Es reconocido por la mayor parte de los médicos dentro de ambas especialidades, Neurología y Neurocirugía, y de otras especialidades médicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de estos enfermos, como son Medicina Intensiva y Radiología, que el manejo y la decisión sobre estos pacientes corresponde a nuestra especialidad. En todos los libros de texto de la especialidad neuroquirúrgica se trata esta enfermedad, sus causas, el modo de diagnóstico y el tratamiento. Las mayores contribuciones al conocimiento sobre la fisiopatología, la evolución natural y el diagnóstico de esta enfermedad han sido llevadas a cabo por neurocirujanos. El tratamiento de la causa de esta enfermedad, los aneurismas cerebrales, ha sido ideado, diseñado y realizado por neurocirujanos, tanto el quirúrgico como el endovascular.

En España la neurocirugía también se ha involucrado de forma activa en el cuidado de estos enfermos, siendo los neurocirujanos responsables de la misma en la mayoría de centros hospitalarios del sistema público de salud.

La SENEC ha participado activamente desde el punto de vista científico del estudio sobre esta enfermedad. De hecho, el primer grupo de trabajo que se creó en la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) fue el Grupo de trabajo sobre Patología Vascular Cerebral. Dicho grupo elaboró 2 guías de manejo y tratamiento de estos enfermos, así como una base de datos prospectiva multicéntrica cuyo mantenimiento permite conocer aspectos epidemiológicos y de tratamiento de estos pacientes que solo se pueden conocer en España a partir de esta fuente. Por ello, en España no existe un vacío sobre pautas consensuadas por expertos que haya que llenar con nueva información o nuevas aproximaciones por otras especialidades por indefensión de los pacientes que sufren esta enfermedad.

Destacan que existen aspectos de la guía que no son correctos y que podrían acarrear graves consecuencias para los enfermos. En primer lugar no se puede sostener que los estudios de elección para identificar la causa del sangrado sean la resonancia magnética y la angiografía, sin especificar

de qué se está hablando. De hecho, esta afirmación aparece en una tabla en la que se hacen recomendaciones para el diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea aneurismática y en un algoritmo diagnóstico. Demorar un estudio diagnóstico en esta enfermedad o decir que la angio-RM puede tener un papel similar a la angiografía en estos enfermos es temerario. La angiografía cerebral sigue siendo la prueba diagnóstica de elección en nuestro medio. De hecho, a pesar de tener un angio-TC negativo es preceptivo realizar una arteriografía cerebral por la necesidad de excluir la presencia de un aneurisma. Este punto es muy importante, ya que estas guías pueden ser leídas y seguidas por un público menos experimentado en el diagnóstico de esta patología, como pueden ser internistas o médicos de familia que atienden urgencias en muchos centros hospitalarios nacionales y demorar el traslado a un hospital con posibilidad de realización de una arteriografía cerebral por la aparente equivalencia de una técnica menos invasiva, con el consiguiente riesgo para los pacientes.

En segundo lugar, la recomendación sobre las necesidades de traslado no es del todo correcta. Todo paciente con HSA debe ser trasladado a un hospital que disponga de neurocirujanos vasculares, neurointervencionistas y unidad de cuidados intensivos. En ningún caso es preceptiva o necesaria la existencia de una unidad de ictus para el cuidado de estos enfermos. De hecho, como en cualquier otro cuadro neurológico grave, existe potencial de deterioro neurológico, por lo que nuestro grupo y la mayor parte de las guías de manejo internacionales consideran que todos los enfermos que padecen HSA deben ser manejados en una unidad de cuidados intensivos. Por tanto, la unidad de ictus no es una necesidad para el cuidado de estos enfermos, e incluso podría considerarse temerario manejar a un enfermo en buen grado clínico en una planta de hospitalización general aunque estuviera monitorizado. El que haya ocurrido u ocurra, o haya sido objeto de publicación por algún grupo, no muestra sino una disfunción más de nuestro peculiar sistema sanitario.

En tercer lugar, no podemos estar de acuerdo con la afirmación sobre que actualmente se considere como tratamiento de primera elección el tratamiento endovascular, y que dicha afirmación se base en el tan criticado estudio ISAT. Las conclusiones de dicho estudio solo son válidas para los enfermos que cumplen sus criterios de inclusión, es decir, los enfermos en quienes los resultados con ambas técnicas sean juzgados como equivalentes por el equipo encargado del tratamiento. Así pues, no existe una clara recomendación sobre qué tratamiento es más eficaz, y este depende de las características del paciente, de su estado clínico, de la comorbilidad, de las características del aneurisma a tratar y, sobre todo, de la experiencia del equipo constituido por neurocirujano e intervencionista del centro.

Por último, existen incorrecciones en el apartado sobre el manejo de la hidrocefalia. Por lo que escriben los autores, se está hablando de la hidrocefalia en el momento agudo de la enfermedad, siendo en este momento una clara contraindicación la colocación de una derivación permanente. Por otro lado, la colocación de un drenaje ventricular externo es muchas veces salvadora de la vida, por lo que no se debe demorar por el temor a una ventriculitis o al resangrado. En cuanto a este último punto, no está totalmente demostrado que el drenaje ventricular externo lo favorezca [2)].

1)
Vivancos J, Gilo F, Frutos R, Maestre J, García-Pastor A, Quintana F, et-al. Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento. Neurología. 2012.
2)
Fuat Arikan.Respuesta de los autores a «Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento Neurocirugía Vol 24. Núm 05. Septiembre 2013 - Octubre 2013

From:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=grupo_de_patologia_vascular_de_la_senec

Last update: **2019/09/26 22:14**