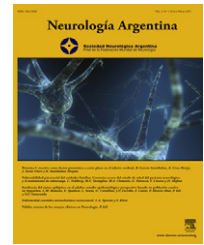


Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Editorial

Los neurólogos argentinos, ¿estamos cometiendo errores estratégicos? Fordismo vs toyotismo

Argentine neurologists: are we making a tactical error? “Fordism” vs “Toyotism”

«Las manifestaciones de más éxito no son necesariamente las que movilizan a más gente, sino las que suscitan más interés entre periodistas...»

Pierre Bourdieu, sociólogo francés.

El *stroke* es la primera causa de ingreso por enfermedad neurológica y la patología neurológica grave más frecuente de consulta en los departamentos de urgencias. En las dos últimas décadas hemos asistido a un vertiginoso progreso en el conocimiento sobre su fisiopatología y su patogenia; se desarrollaron métodos eficaces para el manejo y tratamiento en la fase aguda, existen medidas efectivas para la prevención secundaria y se cuenta con mejores técnicas para la rehabilitación. Dentro de estos avances dos estrategias de tratamiento mostraron evidencias contundentes en la reducción de las muertes, la discapacidad y el coste económico de la atención del *stroke*. Estas son: la hospitalización de pacientes en unidades de ataque cerebral (UAC), y el uso de trombólisis endovenosa (TLE). En noviembre de 1995 se celebró la reunión de Helsingborg (promovida por la Organización Mundial de la Salud), definiendo las mejores estrategias en organización de la asistencia, manejo en fase aguda, prevención secundaria y evaluación de la calidad de manejo del *stroke*¹⁻³. Diferentes consensos, guías y conferencias demostraron, entre otros principios, que la atención del *stroke* requiere un sistema organizado desde la atención prehospitalaria hasta el egreso del paciente, donde se asegure la mayor posibilidad de recuperación. Indudablemente esta visión constituye un desafío para los sistemas de salud; frente a esto muchos de los países desarrollados, y algunos en vías de hacerlo, han promovido políticas con los cambios esenciales en la organización de la atención de estos enfermos.

Todos estos nuevos conocimientos, ¿tuvieron un impacto socio-sanitario sustancial de la asistencia del *stroke* en nuestro medio?

En este número de *Neurología Argentina*, Domínguez⁴ comenta la necesidad de desarrollo de unidades de *stroke*, y Claverie et al.⁵ presentan una guía para la administración del

tratamiento trombolítico endovenoso. Considero ambos aportes de gran valor en el manejo de esta patología en nuestro medio.

Domínguez plantea la importancia de la promoción para la creación de unidades de ataque cerebral como elemento importante para el mejor pronóstico de la enfermedad vascular cerebral, y el aumento de la utilización de trombólisis endovenosa, trazando un paralelismo con la patología coronaria y el origen de las unidades de cuidados coronarios (UCO). Menciona que, si bien los datos aportados por el registro RENACER⁶ mostraron que el 1,05% de los pacientes recibieron la TLE, especula que en Argentina en 2010-2011 solo el 0,66% de los pacientes con *stroke* recibió TLE y discute cuál es el papel de las instituciones sanitarias en la creación de las UAC.

Claverie et al. plantean la necesidad de contar con una guía práctica para la toma de decisiones, el control y el seguimiento sistematizado del paciente que ingresa con un ataque cerebrovascular agudo, y presentan una guía para la administración del tratamiento trombolítico endovenoso, realizada por el grupo de trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Neurológica Argentina (grupo al que pertenezco y me adhiero en sus conclusiones), sobre la base de recomendaciones de guías internacionales y la experiencia de diferentes centros hospitalarios locales (2 centros privados, 2 centros de comunidades y un centro público).

Si revisamos la literatura médica nos encontramos con múltiples casos de éxito frente a importantes patologías. Por supuesto, nos interesaría saber cómo hicieron los que «lo hicieron», por eso es válida la homologación que hace Domínguez con las UCO. Mucho menos frecuente es, sin embargo, que se comenten los fracasos médicos. En gran medida porque la historia la escriben los ganadores y, en general, estamos dispuestos a admitir que los errores son la mejor fuente de aprendizaje... siempre y cuando los cometan otros.

Especulando que, en nuestro medio, alrededor del 1% de los pacientes reciben TLE, ¿podemos afirmar que esto representa un impacto socio-sanitario sustancial de la asistencia del *stroke*? Es probable que, desde distintos puntos vista

tengamos diferentes conclusiones. Creo que la mayoría coincidiría en que es un paso «muy grande», pero insuficiente. El stroke sigue siendo un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios donde, lamentablemente, se suele recibir a estos pacientes contando con falta de formación teórica y práctica de su manejo, y/o escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos para hacerles frente.

Para mejorar estos resultados la mayoría de las publicaciones coinciden en la necesidad de realizar un esfuerzo que coordine varios niveles asistenciales en lo que se ha dado en llamar «cadena del stroke». Esta cadena asistencial es un proceso cuya base es una forma de organización que delega en cada integrante una función específica y especializada. La guía presentada por Claverie et al. es una herramienta muy útil en esta cadena.

Es mi impresión que la visión que estamos teniendo los neurólogos para el manejo del stroke agudo podríamos asemejarla al «fordismo», término que hace referencia al modo de producción en cadena que llevó a la práctica Henry Ford, con una combinación y organización general del trabajo altamente especializada y reglamentada a través de cadenas de montaje y herramientas específicas. Henry Ford desarrolló el modelo T: «el auto perfecto». De la nada construyó la Ford Motor Company, donde aplicó su famosa línea de montaje. Diecisiete millones de unidades de este mítico automóvil se vendieron desde su lanzamiento en 1908 hasta su desaparición en 1928. Pero en los primeros años de la década de 1920 el modelo tradicional de eficiencia operativa comenzaba a manifestar su agotamiento estructural.

«El cliente puede tener un automóvil del color que quiera, siempre y cuando sea negro» —decía Henry Ford, acerca del modelo Ford T—. «El paciente puede recibir el mejor tratamiento para su stroke, siempre y cuando consulte dentro de las 4 horas y media, y lo maneje un neurólogo especialista en enfermedades cerebrovasculares». ¿No se parece a una visión fordista para el manejo del stroke agudo?

En 1927, mucho después de los primeros problemas, Henry Ford aceptó que necesitaba un cambio, discontinuó el modelo T (había estado en el mercado prácticamente sin cambios por dos décadas) y lanzó el modelo A. Fue casi medio siglo después, a mediados de los 70, cuando surge una nueva visión: el «toyotismo», como modelo referencial en la producción en cadena. Se diferencia de su antecesor básicamente en su idea de trabajo flexible, aumento de la productividad a través de la gestión y organización, y el trabajo combinado que supera a la mecanización e individualización del trabajador, elemento característico del proceso de la cadena fordista.

La visión toyotista del manejo del stroke tiene más interrogantes que certezas, pero son preguntas que los neurólogos deberíamos explorar e intentar contestar. Algunos de los ejes centrales del modelo toyotista, para revertir la crisis en el manejo del stroke agudo que presenta la cadena fordista podrían ser:

1. Todos estos nuevos conocimientos solo tendrán un impacto sociosanitario si van precedidos de un cambio sustancial de la política sanitaria. Es necesario transmitir a los funcionarios públicos encargados de las políticas la idea de que el stroke es una emergencia médica, y como tal debe ser

rápidamente identificada y remitida a aquellos hospitales preparados para atender coordinadamente a estos pacientes; por lo tanto, desarrollar el «marco legal» adecuado para la implementación de la política sanitaria. Ya lo han logrado otras patologías neurológicas mucho menos prevalentes.

2. Desarrollo de hospitales preparados para atender coordinadamente a estos pacientes e implementación de respuestas a distancia (*telestroke*), intentando un trabajo mancomunado con los distintos estamentos (públicos y privados), procurando soluciones específicas y escalonadas para los diferentes problemas.
3. Revalorización de esta patología por diferentes especialidades fomentando el trabajo en equipo, con capacitación médica en el manejo del stroke. Rotación en los puestos de trabajo/roles. Un médico generalista puede manejar un stroke agudo y realizar TLE. Flexibilización del manejo del stroke agudo buscando el mejor tratamiento en el mejor momento, intentando independizarse de rígidas y arbitrarias ventanas terapéuticas, con el desarrollo de nuevos esquemas de abordaje (neuroprotección, nuevos trombolíticos, nuevas dosis de rt-PA, etc.).
4. Reducción de costes, permitiendo generalizar la implementación de efectivas conductas terapéuticas con igualdad de oportunidades en distintos estamentos sanitarios (públicos y privados).

La demostración de que una atención urgente y especializada de estos pacientes es eficaz, tanto en términos de mortalidad como de morbilidad, ha modificado la actitud nihilista que teníamos, pero nos falta otro paso muy importante: extender esta conducta, hacerla más flexible y aplicable.

Seguro que faltan muchas propuestas; el presente editorial solo intenta iniciar una discusión para que sea retomada por otros autores con más luces sobre el tema y abrir un debate, que en nuestro medio aún nos debemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. The European Ad Hoc Consensus Group. European strategies for early intervention in stroke: A report of an Ad Hoc Consensus Group Meeting. *Cerebrovasc Dis.* 1996;6:315-24.
2. The European Ad Hoc Consensus Group. Optimizing intensive care in stroke: A report of an Ad Hoc Consensus Group Meeting. *Cerebrovasc Dis.* 1997;7:113-28.
3. Third report of an Ad Hoc Consensus Group Meeting. Neuroprotection as initial therapy in acute stroke. *Cerebrovasc Dis.* 1998;8:59-72.
4. Omar Domínguez R. Pocas Unidades de Ataque Cerebral: factor principal de las pocas trombolisis. *Neurol Arg.* 2012;4: 100-1.
5. Claverie S, Villarroel Saavedra V, Gonzalez LA, Grupo de Trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares Sociedad Neurológica Argentina. Guía Práctica para la Administración de rt-PA Endovenoso en el Ataque Cerebral. *Neurol Arg.* 2012;4: 79-85.
6. Sposato L, Esnaola MM, Zamora R, Zuru MC, Fustinoni O, Saposnik G, on behalf of ReNACer Investigators and the Argentinian Neurological Society. Quality of Ischemic Stroke Care in Emerging Countries. *Stroke.* 2008;39:1-4.

Raúl C. Rey

*División de Neurología, Hospital Ramos Mejía, Centro Universitario
de Neurología, Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires, Argentina*

Correo electrónico: raulcrey@hotmail.com

1853-0028/\$ – see front matter

© 2012 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por
Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.neuarg.2012.03.001