

Tratamiento endovascular neurológico en América Latina

Neurological endovascular treatment in Latin America

Felipe de los Rios La Rosa¹ 

En esta edición, el Dr. Charles Huamani y coautores nos proporcionan una detallada revisión de los procedimientos frecuentemente realizados por los neurointervencionistas, así como una breve descripción de la formación en terapia endovascular neurológica en México y de las barreras para su implementación en América Latina (1).

La lista de enfermedades con evidencia de beneficio postratamiento endovascular neurológico ha incrementado significativamente en la última década, siendo tal vez la enfermedad carotídea aterosclerótica severa asintomática (2) y los hematomas subdurales subagudos o crónicos (3) las adiciones más recientes. En EE. UU., entre el 2013 y el 2019, el número de procedimientos neuroendovasculares realizados por neurólogos neurointervencionistas aumentó en 1070 % (4). Ya para el 2012 se estimaba que el 60 % de aneurismas rotos y el 70 % de los no rotos eran tratados por vía endovascular (5). Sin embargo, es en el manejo del infarto cerebral isquémico agudo por oclusión de vasos grandes donde recientemente la terapia endovascular neurológica ha revolucionado las opciones terapéuticas y el pronóstico de recuperación funcional.

En este grupo, en EE. UU., el porcentaje de pacientes menores de 80 años con infarto cerebral agudo que reciben trombectomía endovascular aumentó de 6,7 %, en 2012, a 27,3 %, en 2019 (6). El beneficio para este grupo es significativo. El número de pacientes que requieren ser tratados para lograr que uno adicional adquiera independencia funcional es de 8 (7). Por tanto, la trombectomía endovascular constituye uno de los procedimientos más eficaces en medicina.

Por estas razones, el acceso al neurointervencionismo es un requisito necesario para la certificación de hospitales como centros integrales o avanzados para el tratamiento del infarto cerebral. El acceso a este recurso humano y tecnológico requiere una infraestructura hospitalaria y un sistema de organización sanitario público moderno. Es necesario contar con un proceso de certificación para ser considerados centros esenciales y avanzados para la atención del infarto cerebral. Aquellos interesados pueden considerar aplicar a la certificación gratuita ofrecida por la iniciativa Angels, de la World Stroke Organization (<https://es.angels-initiative.com/>). Estos centros deben operar en redes de atención y en un sistema de derivación de pacientes con infarto cerebral que sea inclusivo y eficiente,

Citar como:

De los Rios F. Tratamiento endovascular neurológico en América Latina. Rev Neuropsiquiatr. 2026; 89(2): 105-106. DOI: 10.20453/rnp.v89i2.7831

En línea: 20-04-2026



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© El autor

¹ Baptist Health South Florida, Miami Neuroscience Institute. Miami, Florida, Estados Unidos.

apoyado en un sistema de salud que aproveche todos los recursos disponibles y no se encuentre fragmentado en función de las características sociodemográficas de los pacientes. Como se detalla en el artículo de Huamani et al. (1), para este fin se requiere una inversión en educación y entrenamiento para capacitar a la siguiente generación de neurointervencionistas y neurólogos vasculares.

En población urbana, el acceso oportuno al neurointervencionismo ya no debería ser un recurso disponible solo para una población selecta, sino que debería ser un requerimiento de salud pública.

REFERENCIAS

1. Huamani C, Gutiérrez-Romero A, López-Mena D, et al. Opciones de tratamiento vía terapia endovascular neurológica con alta eficacia y evidencia para su implementación en América Latina. *Rev Neuropsiquiatr.* En prensa 2026. doi:[10.20453/rnp.v89i2.6268](https://doi.org/10.20453/rnp.v89i2.6268)
2. Brott TG, Howard G, Lal BK, et al. Medical management and revascularization for asymptomatic carotid stenosis. *N Engl J Med.* 2026;394(3):219-31. doi:[10.1056/nejmoa2508800](https://doi.org/10.1056/nejmoa2508800)
3. Liu J, Ni W, Zuo Q, et al. Middle meningeal artery embolization for nonacute subdural hematoma. *N Engl J Med.* 2024;391(20):1901-12. doi:[10.1056/nejmoa2401201](https://doi.org/10.1056/nejmoa2401201)
4. Steiger K, Singh R, Fox WC, et al. Procedural, workforce, and reimbursement trends in neuroendovascular procedures. *J Neurointerv Surg.* 2023;15(9):909-13. doi:[10.1136/jnis-2022-019297](https://doi.org/10.1136/jnis-2022-019297)
5. Eskey CJ, Meyers PM, Nguyen TN, et al. Indications for the performance of intracranial endovascular neurointerventional procedures: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2018;137(21):e661-89. doi:[10.1161/CIR.0000000000000567](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000567)
6. Adcock AK, Schwamm LH, Smith EE, et al. Trends in use, outcomes, and disparities in endovascular thrombectomy in US patients with stroke aged 80 years and older compared with younger patients. *JAMA Netw Open.* 2022;5(6):e2215869. doi:[10.1001/jamanetworkopen.2022.15869](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.15869)
7. Badhiwala JH, Nassiri F, Alhazzani W, et al. Endovascular thrombectomy for acute ischemic stroke: a meta-analysis. *J Am Med Assoc.* 2015;314(17):1832-43. doi:[10.1001/jama.2015.13767](https://doi.org/10.1001/jama.2015.13767)