

SALUD

CARDIOLOGÍA. La supervivencia tras un infarto se reduce cuando el paciente ingresa en el hospital de noche o durante el fin de semana

PÁGINA 2

NEUROLOGÍA. Los cuidadores de enfermos de Alzheimer dedican a esta tarea más de 10 horas al día, según una encuesta internacional

PÁGINA 5

TRAUMATOLOGÍA. La corrección de una malformación ósea mediante artroscopia evitaría el 70% de las prótesis de cadera en jóvenes

PÁGINA 7



PRIMER PLANO

Concha Colomer vigila la feminización de la medicina

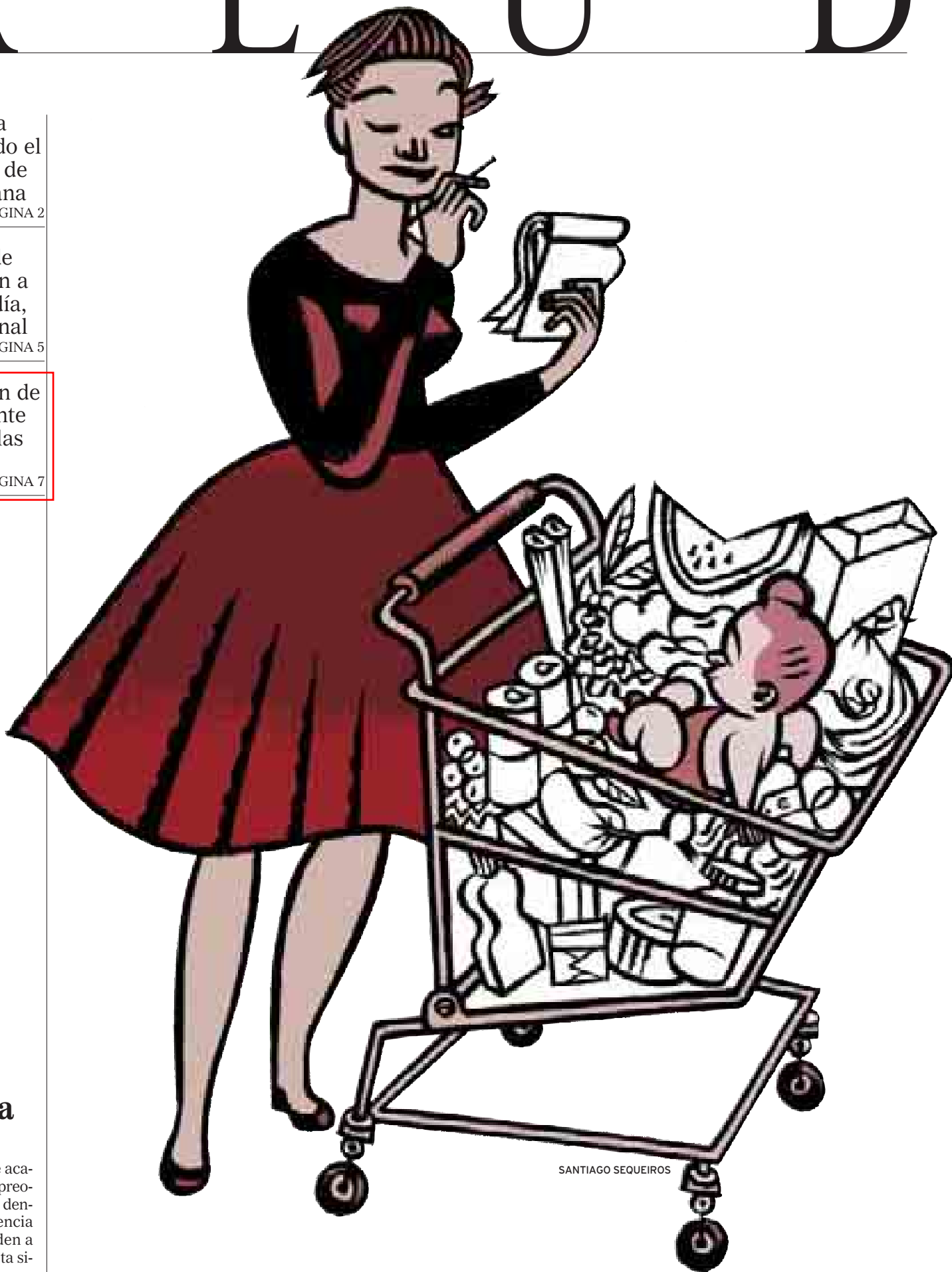
La directora del Observatorio de Salud de la Mujer, que acaba de presentar el Informe Salud y Género 2006, ve con preocupación la desigual distribución de hombres y mujeres dentro de las profesiones sanitarias. Mientras que la presencia de ellas crece en el campo de los cuidados, ellos tienden a dedicarse a ámbitos más tecnológicos. Considera que esta situación contribuye a reforzar los roles de género y propone la adopción de medidas para incrementar la incorporación de los hombres al ámbito de la enfermería y la medicina. Para ello, apuesta por la discriminación positiva. /PÁGINA 8

ONCOLOGÍA

Un consenso aclara cuándo y cómo reconstruir el pecho



Especialistas españoles de cinco disciplinas han elaborado unas directrices para determinar cuál es la mejor técnica y en qué momento debe llevarse a cabo la cirugía plástica tras un tumor de mama. Sus conclusiones han quedado plasmadas en un documento en el que argumentan los pros y los contras de realizar la reconstrucción de forma simultánea a la extirpación del pecho o meses más tarde. El consenso aclara que las prótesis no afectan a la eficacia de la radioterapia. /PÁGINA 2



SANTIAGO SEQUEIROS

Embarazo: planifique menos y ame más

CADA VEZ MÁS PAREJAS PROGRAMAN EL MOMENTO DE TENER HIJOS COMO UN VIAJE O LA LISTA DE LA COMPRA. LOS EXPERTOS ADVIERTEN DE QUE SI ESO EXIGE POSTERGAR LA GESTACIÓN, LA POSIBILIDAD DE ÉXITO SE REDUCE

ALEJANDRA RODRÍGUEZ
A los 25 acabamos los estudios, a los 28 ya tendremos un trabajo estable, a los 30 nos compramos una casa, a los 33 terminaremos de pagar el coche; un par de años más para sanear la economía y viajar un poco y a los 36 vamos a por el niño. Este planteamiento es similar al que diseñan mu-

chas parejas actualmente. El problema de elaborar un calendario tan rígido y de planificar una gestación como si fuera un producto de consumo más es que, casi de manera inevitable, se produce una demora que obstaculiza la concepción, un acontecimiento estrechamente ligado a la edad de la madre.

Es entonces cuando empieza una angustiada carrera contrarreloj en la que concebir es una prioridad. Por ello, se recurre cada vez más a las técnicas de reproducción asistida, pero los especialistas insisten en que, incluso a pesar de los avances en este campo, si se decide gestar un hijo, cuanto antes mejor. /PÁGINA 4

M E D I C I N A

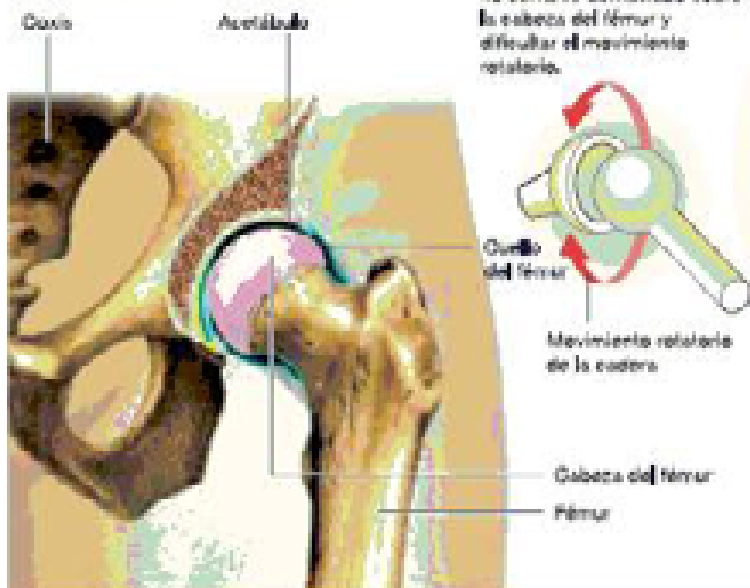
Así es el choque femoro-acetabular

El diagnóstico temprano de este trastorno y su tratamiento mediante artroscopia, una técnica quirúrgica mínimamente invasiva, evita la progresión de la artrosis y evita la colocación de la prótesis.

Articulación normal de la cadera

Una cadera completamente sana debe hacer un juego perfecto entre la cabeza del fémur y el acetábulo, la concavidad donde encaja ésta.

ESQUEMA DE UNA CADERA SANA



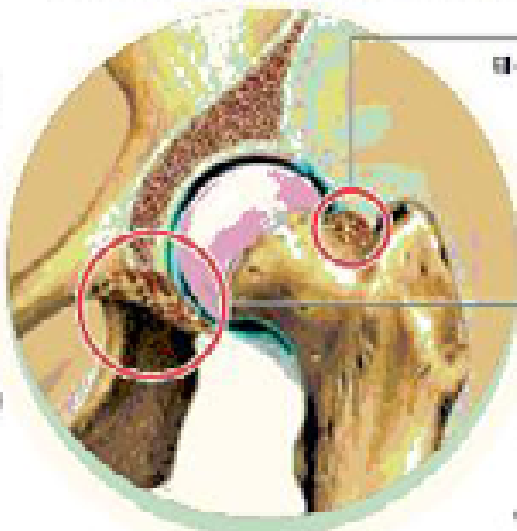
FUNCIONAMIENTO

Para permitir el juego completo de la articulación, la cabeza se estrecha (cuello). El acetábulo debe de tener la medida justa para no cerrarse demasiado sobre la cabeza del fémur y dificultar el movimiento rotatorio.



Características de la patología

Aunque se atribuye al crecimiento, todavía se desconoce por qué estos huesos no se forman del todo, dificultando así el movimiento rotatorio.



CABA FEMORAL

El cuello no es lo suficientemente estrecho y presenta una protuberancia (giba) en la totalidad o parte del perímetro que hace que la cabeza no rote bien y choque contra el acetábulo.

PINZAMIENTO ACETABULAR

El borde del acetábulo (en su totalidad o en parte) sobresale demasiado y también choca con la cabeza del fémur.

CONSECUENCIA: ARTROSIS

Estas malformaciones hacen que el cartilago vaya disminuyendo, lo que provoca artrosis y, finalmente, la necesidad de colocar una prótesis de cadera.

A veces, se presentan ambos defectos. Es decir, la cabeza del fémur tiene una giba y el acetábulo también está deformado y provoca un pinzamiento.

Cirugía por artroscopia

Detectada la patología a tiempo, se puede entrar en la articulación mediante artroscopia.



A.

Se tumba al paciente.

B.

Se abren dos o tres portales (incisiones).

C.

Guados por rayos X, se introduce la cámara (1, lateral) y el resto del instrumental quirúrgico (2, frontal).

D.

Se realiza la manipulación limando y fresando las partes afectadas hasta recuperar la morfología normal de la cadera.

E.

A veces se usa un tercer portal (3) según las necesidades de la operación.

TRAUMATOLOGÍA

La artroscopia de cadera evitaría el 70% de las prótesis en jóvenes

ESTA TÉCNICA PUEDE CORREGIR UNA MALFORMACIÓN ÓSEA, RECIENTEMENTE DESCRITA, CAUSANTE DE LA MAYORÍA DE LAS ARTROSIS PRECOSES. ASÍ SE FRENA EL DETERIORO ARTICULAR Y SE FAVORECE UNA VIDA ACTIVA

ALEJANDRA RODRÍGUEZ
Osteopatía de pubis, hernia inguinal, tendinopatías de aductores, diversos problemas musculares... son algunas de las patologías con las que se suele confundir un trastorno óseo que ha estado ahí desde siempre; pero que se conoce, y no demasiado, desde hace apenas cinco años. Se trata del choque o pinzamiento femoro acetabular (ver gráfico), una anomalía en la morfología ósea de la articulación de la cadera responsable de que el movimiento rotatorio que tiene que hacer ésta se vea limitado y acabe generando una artrosis que, a su vez, termina en la implantación de una prótesis antes de cumplir los 50 años.

El problema de pasar por el quirófano a una edad tan temprana para sustituir la cadera artrósica por un injerto metálico no sólo reside en las complicaciones derivadas de toda intervención quirúrgica.

Estas prótesis necesitan un recambio al cabo de los años (dependiendo del desgaste puede oscilar entre ocho y 15), lo que obliga a tumbarse varias veces en la vida sobre la mesa de operaciones y, además, condicionan los hábitos de vida del paciente (caminar, levantarse, acostarse, hacer ejercicio, coger peso...) para tratar de que el dispositivo dure lo máximo posible y no aparezcan complicaciones (luxaciones, fracturas o fisuras óseas...).

Pues bien, gracias a que ya se conoce la existencia de esta malformación —sus causas todavía no están claras, pero son atribuibles al proceso de consolidación ósea durante el crecimiento— se han podido implantar procedimientos terapéuticos cada vez menos agresivos.

De esta forma, ya no es necesario abrir una incisión —que por pequeña que sea puede medir seis o siete centímetros— y, lo que es más importante, no hace falta luxar la cadera (sacar la cabeza del fémur del acetábulo para trabajar con la articulación más a la vista).

Signos a los que debe estar atento un paciente deportista

El pinzamiento femoro acetabular fue descrito en 2003 lo que dificulta su diagnóstico. Así, los pacientes, a veces, pueden poner sobre la pista a los médicos para que contemplen este problema. Hay que estar especialmente atento a los dolores en la cadera, el glúteo o, incluso, a

los de tipo ciático que se manifiestan sobre todo después de hacer deporte o ejercicio intenso y que remiten con el descanso. También aparece dolor en actividades que exigen una flexión exagerada y mantenida de la articulación, como conducir (sobre todo motos), jugar al hockey, hacer

artes marciales, fútbol, salto de vallas, carrera o deportes de raqueta. Si al doblar la pierna y girarla al nivel de la cadera surgen dolores, chasquidos o limitación de la movilidad quizá haya que hacer una radiografía para ver si la forma de la articulación es correcta.

«Ahora estamos interviniendo pacientes que ya tienen cierto daño en el cartilago porque han tardado mucho en diagnosticarles; en estos casos, como mínimo, habremos retrasado la necesidad de una prótesis unos ocho o 10 años; lo cual está muy bien, pero cuando nos lleguen habiendo detectado la patología precozmente lograremos que nunca tengan que llevar una», vaticina el doctor Ángel Villamor, director médico de la clínica IQTRA Medicina Avanzada y de la Unidad de Traumatología del USP Hospital San José, ambos en Madrid.

HORIZONTE OPTIMISTA

Igualmente esperanzada se muestra la especialista Eva Estany, de la Unidad de Artroscopia de la Clínica Sagrada Familia de Barcelona y directora del primer curso sobre esta técnica aplicada a la cadera, celebrado la semana pasada en la ciudad condal.

«Con artroscopia tenemos una visión más completa de la patología, llegamos al fondo de la articulación, vemos mejor el espacio intraarticular [gracias también a un aparato de tracción que estira la pierna del paciente durante la intervención] y accedemos muy bien al labrum [anillo fibrocartilaginoso que puede estar afectado] para repararlo», explica la doctora Estany.

En definitiva, se trata de una cirugía menos traumática para el paciente, pero mejor también en términos de resultados y evolución. «Es una intervención mucho más precisa y completa que las convencionales, la articulación queda mejor», resume la experta catalana.

Eso sí, la curva de aprendizaje (el número de casos que tiene que llevar a cabo un cirujano para considerar que domina una determinada técnica o procedimiento quirúrgico) es algo más larga que en otro tipo de métodos. «Estamos igual que hace 20 años cuando empezamos a hacer artroscopias en el hombro. Dentro de poco este método será muy habitual», confía Estany.

Los retos que plantea esta nueva técnica

En realidad, la artroscopia no tiene nada de novedoso. Es un procedimiento que se aplica desde hace décadas, que empezó sirviendo para diagnosticar y que ha terminado por convertirse en una forma de tratamiento sin agredir al paciente. Sin embargo, la artroscopia de cadera presenta una serie de particularidades que hacen que su implantación no sea *coser y cantar*.

Por un lado, el instrumental quirúrgico ha tenido que adaptarse a las circunstancias de esta articulación. La cadera está situada a un nivel más profundo que, por ejemplo, la rodilla o el hombro, de manera que las cánulas y agujas que se usan han de ser bastante más largas.

Además, el paquete muscular y la cápsula que rodea esta zona es extraordinariamente fuerte, por lo que no es sencillo mover dicho instrumental, que corre mayor riesgo de romperse.

Por esta misma razón, abrir los portales (las incisiones) quirúrgicos por los que se va a introducir el artroscopio es más laborioso. Mientras que para acceder a la rodilla, al hombro o a la muñeca apenas hay que atravesar unos centímetros de piel, para llegar a la cadera se debe hacer lo propio con una musculatura maciza que puede llegar a los 15 centímetros.

Finalmente, el espacio de trabajo es muy reducido. Por eso es necesaria una mesa de tracción que abra un espacio de 10 o 12 milímetros para introducir las herramientas y que al mismo tiempo permita hacer ciertos movimientos con la pierna para comprobar si la remodelación que se está haciendo es correcta y no provoca fricción.