

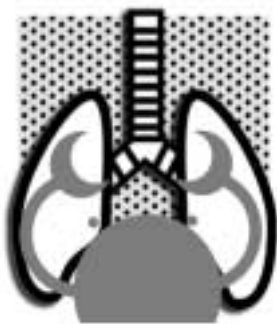
SALUD



SIDA

La ONG Médicos Sin Fronteras califica de «trampa» la promesa de rebaja de los antirretrovirales en África.

PÁGINA 8



ONCOLOGÍA

Una mutación genética predice que pacientes de cáncer de pulmón se van a beneficiar del nuevo fármaco Iressa.

PÁGINA 6



COMUNICACIÓN

El uso cuidadoso del humor en la consulta mejora la relación entre el médico y el paciente y beneficia al tratamiento.

PÁGINA 2



VICTORIA MARTOS

Llega la «minicirugía» de cadera

Las técnicas quirúrgicas poco agresivas permiten a los que reciben una nueva cabeza de fémur dejar las muletas en dos semanas y caminar en un mes

ALEJANDRA RODRÍGUEZ
Cada vez son más los españoles que, por diferentes circunstancias, se ven obligados a pasar por el quirófano para que les sea implantada una prótesis de cadera. Todos los pacientes, prácticamente sin excepción, se sienten aterrizados cuando comienzan a conocer los pormenores

T R A U M A T O L O G Í A

de la intervención y, sobre todo, del doloroso posoperatorio y del largo proceso de recuperación que, según los casos, puede alargarse hasta los seis meses. Sin embargo, el panorama está cambiando gracias

a que la traumatología, un área que ha tenido fama de ser poco sofisticada, ha cogido el tren de la Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI), en el que ya han entrado de lleno otras disciplinas médicas. Con este

nuevo procedimiento, el paciente sólo permanece en el hospital uno o dos días, se desprende de las muletas en un par de semanas y camina con total normalidad en un mes, aproximadamente. Esto, además de beneficiar al individuo, también repercute positivamente en el sistema sanitario público. / PÁGINA 4

NEUROLOGÍA/ TRAS EL INFARTO CEREBRAL HAY QUE RECETAR EJERCICIO

M E D I C I N A

YA SE PUEDE IMPLANTAR UNA CABEZA DE FÉMUR ARTIFICIAL CON UNA AGRESIÓN QUIRÚRGICA CADA VEZ MENOR. DE ESTA FORMA, EL PACIENTE PUEDE REINCORPORARSE

MUCHO ANTES A SUS ACTIVIDADES DIARIAS. MUY POCOS ESPECIALISTAS LA LLEVAN A CABO EN ESPAÑA, AUNQUE CONFÍAN EN QUE SE IRÁ IMPONIENDO PROGRESIVAMENTE

PRÓTESIS DE CADERA

La cirugía mínimamente invasiva reduce el tiempo de ingreso y acelera la recuperación del paciente

VIENE DE PÁG.1 / Todos los médicos han soñado alguna vez con poder miniaturizarse, acceder al interior del cuerpo de sus pacientes y visualizar nítidamente el interior de su organismo para poder localizar el foco de la enfermedad de la manera más próxima posible. Este anhelo es prácticamente una realidad gracias a las sofisticadas técnicas endoscópicas y al desarrollo de las tecnologías de imagen.

Pero el deseo de los especialistas no acaba ahí. Una vez que saben dónde está el problema hay que entrar a solucionarlo y, durante años, la única manera de hacerlo era echar mano de tijeras y bisturí para abrir una puerta de acceso que dejara al descubierto el origen del trastorno.

Conscientes de los *daños colaterales* que dejaba tras de sí este viaje al interior del cuerpo humano, los cirujanos han ido reduciendo el tamaño de estas aberturas y, en la actualidad, son cientos los procedimientos quirúrgicos que únicamente dejan como testigo una cicatriz no más grande que un araño.

La traumatología, una disciplina que siempre ha arrastrado fama de ser poco sofisticada entre la población general, ha evolucionado en este sentido y actualmente sus especialistas están *como locos* ante las excelentes expectativas que les ofrece la Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI) para la implantación de prótesis totales de cadera, una operación a la que se someten anualmente unos 16.000 españoles.

LOS MOTIVOS. La operación convencional para sustituir una cabeza de fémur dañada no es novedosa. Se viene realizando en nuestro país desde hace cuatro décadas, aproximadamente, con resultados bastante aceptables.

Entonces, ¿por qué complicarse la vida con una cirugía que, en realidad, no es tan diferente?

Pues, entre otras cosas, porque la convencional lleva aparejado un posoperatorio largo y doloroso, así como un periodo de rehabilitación que puede llegar, según los casos, a los seis meses.

Además, hay otros factores que dan sentido a esta novedosa práctica. «La realidad de nuestros pacientes ha cambiado radicalmente», dice el doctor Ángel Villamor, traumatólogo y director médico de la clínica iQtra de Madrid y uno de los pocos cirujanos que realiza esta intervención en España.

«Nuestros mayores ya no son los clásicos *ancianitos*. Son muy activos, tienen una esperanza de vida mucho mayor y debemos procurar que su calidad vital sea la mejor posible», explica este especialista en alusión a las ventajas que aporta una intervención poco agresiva en lo relativo a los días de ingreso hospitalario y a la recuperación.

Y es que conviene destacar que más días en el hospital se asocian también a un mayor riesgo de complicaciones posoperatorias. Además, en el caso concreto de los pacientes mayores, hay que tener en cuenta que alrededor del 30% comienza a desarrollar un cuadro de demencia, caracterizado esencialmente por delirios y por manía persecutoria, al cabo de los tres o cuatro días de internamiento en un centro sanitario.

Afortunadamente, este trastorno desaparece en cuanto el individuo regresa a su casa, pero reducir el periodo de estancia hospitalaria evita este desagradable contratiempo que, además, puede perjudicar notablemente la evolución del paciente.

Por otra parte, y aunque las personas mayores suelen ser los principales beneficiarios de las prótesis de cadera —el 89% de las intervenciones se realiza debido a que un

proceso artrósico, una patología asociada fundamentalmente a la edad, ha dañado irremisiblemente la articulación— no hay que olvidar que hay un gran número de afectados por otros trastornos (artritis reumatoide, otras dolencias reumáticas, necrosis avascular, fracturas complicadas con osteoporosis, tumores óseos...) que pueden sacar provecho de este avance.

«En estos casos el paciente suele ser bastante joven y hay que ofrecerle una solución eficaz y que no le tenga apartado del trabajo y de su vida social y familiar por mucho tiempo», destaca Villamor.

LAS VENTAJAS. La superioridad de este abordaje quirúrgico no engloba únicamente aspectos sociales. Clínicamente las ventajas también son indudables.

«El concepto de cirugía mínimamente invasiva implica una lesión mucho menor de los tejidos blandos, lo que a su vez conlleva menos dolor, una cicatrización más rápida, una pronta recuperación de los pacientes y un menor riesgo de complicaciones», aclara el doctor Rafael Llopis Miró, Jefe de la Unidad de Aparato Locomotor del Hospital

en enero de 2001) y su experiencia no puede ser más positiva.

Sus buenos resultados se reflejan, según una revisión que llevó a cabo cuando alcanzó el centenar de sujetos intervenidos, no sólo en que los pacientes son dados de alta de forma mucho más precoz.

También se ha logrado reducir el uso de medicación analgésica (y con ello sus efectos secundarios, contraindicaciones e interacciones) y la necesidad de practicar transfusiones sanguíneas, un procedimiento médico adicional a la intervención que, al mismo tiempo, lleva aparejada sus propias complicaciones.

«El abordaje convencional de la cirugía de cadera implica un sangrado importante, así que no es raro el hecho de tener que transfundir sangre. Evitar este paso supone un gran avance», apostilla Llopis.

En los mismos términos se explica el doctor Josep Riba Ferret, jefe del servicio de cirugía de cadera del Hospital Clínic de Barcelona, un centro que ha comenzado recientemente a aplicar estos procedimientos.

Aparte, «practicar una incisión más pequeña conlleva menos probabilidades de infección, ya que el espacio por el que pueden entrar los patógenos es mucho más reducido. Asimismo, el riesgo de luxación [una complicación que se produce cuando la cabeza de fémur artificial se sale de su sitio]

también va en proporción al tamaño de la herida. Cuanto menor sea la lesión quirúrgica, menor será también esta posibilidad», apunta Riba.

LA RECUPERACIÓN. Una vez que se ha sustituido la cadera enferma por el dispositivo artificial, el paciente podrá comenzar a caminar con muletas a las pocas horas de haber sido intervenido.

Al cabo de dos semanas podrá deshacerse de estos apoyos y transcurrido un mes es prácticamente seguro que caminará con total normalidad.

En cambio, la cirugía convencional provoca un trauma en los tejidos blandos (músculos, tendones, piel y vasos sanguíneos) que hace completamente imposible el cumplimiento de estos plazos (*ver gráfico*). El paciente no sólo está muy dolorido sino que, además, no puede mover la pierna ni apoyarla en el suelo porque, según refieren ellos mismos «trato de moverme, pero mi cuerpo no me responde».

«El organismo pone en marcha un mecanismo de defensa ante esta agresión y *bloquea*, por decirlo de alguna manera, la extremidad que no empieza a ser operativa hasta que se va reduciendo el daño», explica el doctor Villamor.

Sin embargo, con la cirugía mínimamente invasiva y el instrumental específico «todos estos tejidos quedan prácticamente intactos, así la funcionalidad se recupera mucho antes», comenta el director médico de iQtra.

LOS COSTES. A priori, una técnica más sofisticada suele implicar un gasto sanitario también mayor. No es el caso de la cirugía mínimamente invasiva aplicada a las prótesis de cadera. Todo lo contrario.

El tipo de implante es exactamente el mismo que el que se injerta con las técnicas normales y el instrumental específico que se ha diseñado para facilitar un abordaje menos agresivo, también tiene un precio muy similar al de otras herramientas que se usan en un quirófano.

Sin embargo, el hecho de que un individuo permanezca menos tiempo ingresado —partiendo de la base de que la estancia en un hospital cuesta unos 900 euros diarios

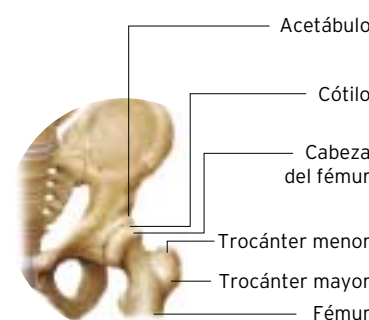
Cada año, 16.000 españoles pasan por el quirófano para reparar la articulación dañada, casi siempre por artrosis

Universitario Santa Cristina de Madrid.

Este experto, que también opera en el Sanatorio San Francisco de Asís, también en Madrid, es pionero en la aplicación de la cirugía mínimamente invasiva para la implantación de prótesis totales de cadera en nuestro país, ha operado a unos 200 pacientes en este centro madrileño (que comenzó a llevarla a cabo

Prótesis de cadera

La técnica mínimamente invasiva reduce considerablemente la agresión quirúrgica de vasos sanguíneos, músculos y tendones, lo que acelera la recuperación del paciente.



FUENTE: Zimmer, «Anatómica» y elaboración propia. Beatriz Santacruz / EL MUNDO

1 Cadera artrósica



La zona roja indica la **inflamación** y la **erosión** que provoca la **fricción de hueso contra hueso**. El cartilago, que hace de almohadilla, casi ha desaparecido.

2 Escisión



La articulación se luxa y cuando la **cabeza del fémur** está fuera del acetábulo se **sierra** y se **extirpa**.

3 Fresado



Una **fresa giratoria** pule el acetábulo para eliminar los restos de cartilago y renovar la cavidad ósea **para facilitar el anclaje de la prótesis**.



4 Abordaje del fémur



Con una **broca** se abre un **túnel en la parte central del hueso** donde posteriormente entrará el vástago de la prótesis.

5 Cótulo artificial



El **nuevo cótulo** suele **componerse de dos piezas**. Una carcasa con tornillos que se fijan y una parte esférica (cerámica) que permite la articulación. También se fabrican cótulos 'monobloque', en estas dos partes van unidas.

MEDICINA

Las grandes cicatrices ya no se llevan

(150.000 de las antiguas pesetas)—ya supone un ahorro más que considerable.

Si a este concepto se le suma el ahorro en medicación posoperatoria (analgésicos, antitrombóticos...) y tratamientos por complicaciones (antibióticos para infecciones, rehabilitación para recuperar masa muscular perdida, luxaciones...), así como el menor tiempo de baja laboral, las ventajas económicas son indiscutibles.

Finalmente, y según los datos recogidos tanto en EEUU, donde tienen una amplia experiencia en este campo, como en nuestro país, la satisfacción del paciente y su estado anímico posoperatorio es mucho mejor cuando es intervenido de esta forma menos traumática —no es extraño que las personas se depriman cuando pasan mucho tiempo de baja o sin poder llevar a cabo sus actividades cotidianas—, algo muy difícil de traducir en dinero pero que, sin duda, también pasa factura.

LOS «PEROS». Con todo lo que se ha explicado hasta aquí, podría parecer que las prótesis de cadera implantadas de la forma habitual no tienen ningún sentido, pero no es así. El método menos invasivo tiene sus complicaciones y contraindicaciones.

► **Obesidad severa.** En este caso, la capa de grasa que tienen que sortear los cirujanos es tan grande que se requiere de un campo quirúrgico más amplio para poder actuar con garantías. «No importa que al paciente le sobren algunos kilos, pero si su problema es grave es mejor tratarle de la forma normal», apunta el experto del Clínic.

► **Otras patologías.** Las displasias congénitas que requieren operaciones añadidas, llevar clavos o tornillos implantados en la zona (por fracturas anteriores) son incompatibles con esta clase de cirugía mínimamente invasiva.

En los años venideros, cada vez menos pacientes van a poder presumir de sus heridas de quirófano, ya que el paso por la mesa de operaciones va a ser menos traumático y poco perceptible a simple vista. La literatura científica se está haciendo eco de muchos trabajos que confirman la eficacia y rentabilidad de estas técnicas.

Cáncer. Hace unas semanas, *The Lancet* recogió un estudio, que SALUD reflejó entonces, que concluía que la laparoscopia (cirugía abdominal que se lleva a cabo a través de pequeñas incisiones) ofrece claras ventajas frente a la operación convencional a la hora de extirpar los tumores colorrectales. En términos de resultado posoperatorio, tasa de complicaciones y supervivencia, ambas opciones ofrecían las mismas garantías.

Sin embargo, y a pesar de que el abordaje laparoscópico implica estar más tiempo en el quirófano, los días de ingreso y las molestias posoperatorias fueron menores en este grupo de pacientes, lo que, según los autores, justifica la adopción de la técnica mínimamente invasiva para llevar a cabo la resección del cáncer colorrectal.

Urología. Esta modalidad también está ganando terreno en el manejo de problemas urológicos complejos. De hecho, la Asociación Europea de Urología ya recomienda la laparoscopia como pri-



Especialistas practicando una histerectomía mediante laparoscopia. / EL MUNDO

mera alternativa para extirpar las glándulas suprarrenales, un riñón enfermo (siempre y cuando la patología sea benigna) o para abordar la criptorquidia (trastorno que se produce cuando uno o ambos testículos no descienden hasta la bolsa escrotal), en lugar del proceso habitual. En cuanto a la generalización de la técnica laparoscópica para realizar estas intervenciones, España va a la zaga del resto del continente aunque, según el doctor Juan Passas, del servicio de urología del Hospital 12 de Octubre y miembro de la Asociación Española de Urología (AEU), «en los últimos cinco años se ha incrementado el número de centros en los que se practica laparoscopia urológica de manera rutinaria, por lo que es de esperar que la situación

mejore en el futuro». No obstante, todavía queda mucho camino por andar y, en algunos casos y al menos por el momento, lo mejor no siempre es optar por las intervenciones mínimamente invasivas.

Hernias. Según publica esta misma semana la revista *The New England Journal of Medicine*, éste es el caso de las hernias inguinales.

Este trastorno, relativamente frecuente en los varones, se manifiesta externamente en forma de bulto en la ingle (a veces también dentro del escroto) y se debe a que parte del intestino sobresale a través de un punto debilitado o de un desgarramiento en la pared muscular que mantiene a los órganos abdominales en su lugar. Pues bien, según concluye la nueva investiga-

ción, la laparoscopia sale perdiendo cuando se enfrenta a la cirugía abierta a la hora de reparar esta anomalía. Los autores de la misma escogieron a más de 2.000 pacientes, los dividieron aleatoriamente en dos grupos (uno fue operado con el procedimiento habitual y el otro con la técnica poco invasiva) y compararon los resultados a lo largo de dos años.

Aunque los pacientes del primer colectivo sufrieron menos dolor posoperatorio y se reincorporaron a sus actividades diarias antes que sus homólogos operados de manera tradicional, la tasa de complicaciones y de recurrencia de esta anomalía fue bastante superior entre estos individuos, lo que indica que, por ahora, la laparoscopia no está indicada en estos casos.

Asimismo, cuando se trata de un reemplazo de la prótesis (éstas duran entre 12 y 15 años y transcurrido este tiempo han de ser sustituidas), los especialistas también son reticentes, al menos por ahora, a cambiarlas mediante estas pequeñas incisiones.

No obstante, cabe destacar que incluso en este sentido, los nuevos procedimientos son superiores a los convencionales, ya que la agresión que sufre el hueso sano donde se ancla la prótesis sufre menos daño y queda en mejores condiciones para recibir nuevos dispositivos.

► **Musculatura excesiva.** «Los varones muy musculados no son buenos candidatos a esta práctica porque sus tejidos ofrecen mucha resistencia y no es fácil trabajar en una abertura tan pequeña», explica Llopis. Según parece, la operación se lleva a cabo más fácilmente cuando la piel y los músculos están más laxos.

► **Imprudencia.** Los pacientes se encuentran tan bien que a veces olvidan que los cuidados de su prótesis son los mismos, independientemente del procedimiento quirúrgico que se haya empleado para implantársela. Así, hay que tomar las debidas precauciones al sentarse, inclinarse, acostarse, conducir, asearse, hacer deportes (los más intensos no podrán reanudarse), mantener relaciones sexuales, cargar peso y realizar otras actividades que impliquen el movimiento de la articulación operada.

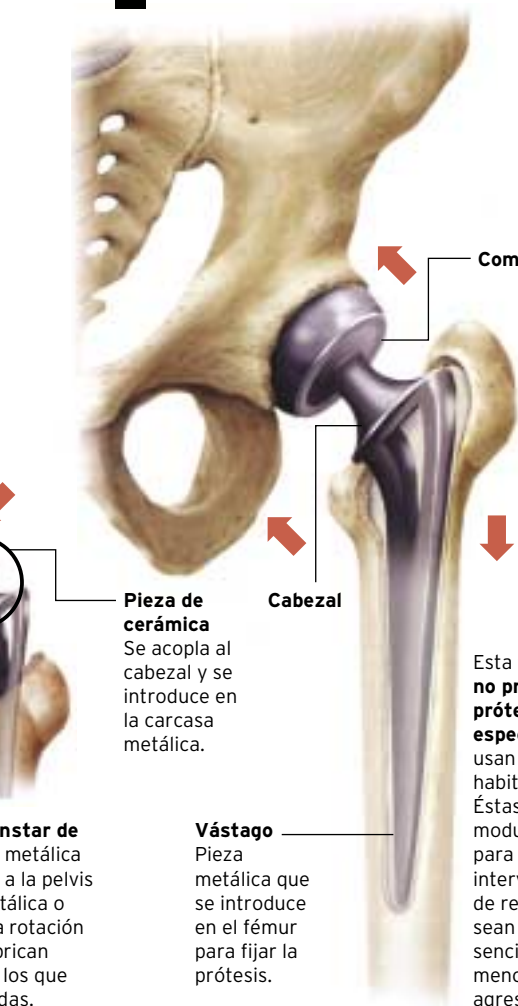
► **Curva de aprendizaje.** Todos los especialistas consultados por SALUD coinciden en señalar que cualquier cirujano debidamente experimentado en la implantación de prótesis de cadera de la manera habitual, se habituará pronto a los nuevos procedimientos.

Sin embargo, también todos concurren en que es indispensable que el especialista tenga la suficiente habilidad y experiencia adquirida para poder llevar a cabo esta intervención con totales garantías. «Hay que acabar con el mito de que a grandes cirujanos; grandes incisiones, pero no cualquier precio», apostilla Riba.

El doctor Llopis, que también hace suya la frase del escritor Baltasar Gracián: «La inventiva pertenece a los ingeniosos, la buena elección a los prudentes», lo resumía así en un comentario al respecto. «Estamos ante una nueva era en la cirugía de cadera que nos permite reproducir, de momento y a corto plazo, el resultado de la cirugía convencional, pero no debemos olvidar que el cirujano debe encontrarse cómodo con el abordaje, teniendo siempre presentes los principios básicos de esta operación y que la técnica, por novedosa que sea, no debe comprometer el desenlace».

FUTURO. El abordaje quirúrgico con la ayuda de navegadores que indican milimétricamente los pasos que tiene que dar el cirujano y no le deja actuar si no es de la forma indicada, será el próximo paso que dé la cirugía traumatológica, aunque, por ahora, esta tecnología está en pañales. «Retrasa mucho la intervención y no supone una gran mejoría con respecto a lo que ahora se hace a ojo de buen cubero», afirma Villamor. Sin embargo, cuando mejore el software los especialistas tendrán una herramienta más de la que ayudarse.

6 Resultado final



Componentes modulares

Pieza de cerámica
Se acopla al cabezal y se introduce en la carcasa metálica.

Vástago
Pieza metálica que se introduce en el fémur para fijar la prótesis.

Esta técnica **no precisa prótesis especiales**, se usan las habituales. Éstas son modulares para que las intervenciones de recambio sean más sencillas y menos agresivas.

Se reduce...

La estética de la cicatriz.

El tiempo quirúrgico.

Menos riesgo de infecciones y complicaciones posoperatorias, como luxación de la nueva cadera.

El dolor posoperatorio.

Incisión quirúrgica

- (A) Mínimamente invasiva 5 - 10 cm.
- (B) Convencional 15 - 30 cm.

Nuevo instrumental empleado en la intervención mínimamente invasiva



Los **separadores** son más curvados y acceden más profundamente para hacer palanca. A ellos se pueden acoplar **cables de luz fría** que iluminan la zona.

Piezas más pequeñas para acceder a través de la herida con el menor daño. El especialista ve en cada momento la zona donde está trabajando.

Con este dispositivo **se puede martillar de forma lateral y desde fuera**. Así, se introduce el vástago en el fémur sin practicar una gran incisión.

Ventajas...

	(A)	(B)
Hospitalización	24-48 horas	5-7 días
Ayuda de bastones o muletas	2 semanas	1-2 meses
Recuperación	3-4 semanas	2-4 meses

Acorta el tiempo de convalecencia y adelanta la incorporación a la actividad.