

Dr. Carmelo Gastambide

Con la endoprótesis de aorta se llega a niveles del Primer Mundo

V.A.

El cirujano vascular, doctor Carmelo Gastambide encabeza un equipo que realiza en Uruguay una técnica novedosa para el medio, practicada hace más de 15 años en el exterior. La colocación de endoprótesis en la aorta torácica ganó el Premio Nacional de Medicina 2008. Una técnica con múltiples aplicaciones no invasiva y de rápida evolución que evita la cirugía abierta. El dispositivo vale 12.000 dólares y no es financiado ni por las mutualistas, ni por el Fondo Nacional de Recursos. Un serio problema para su aplicación en pacientes que no tienen muchas alternativas.

El trabajo sobre la Endoprótesis fue ganador del Premio Nacional de Medicina. ¿Cuál es el cambio frente a lo que se venía practicando hasta ahora?.

Diría que las enfermedades de la aorta torácica, que es justamente el tema que analizamos en la obra, son varias y afectan a individuos jóvenes, fundamentalmente por accidentes de tránsito y traumatismos.

O de mediana edad, aquellos que sufren de hipertensión arterial, cuando la arteria aorta se rompe, lo que se llama la disección de aorta. Y personas mayores con aneurismas de aorta.

Hasta hace unos 15 años en el mundo estas enfermedades eran de un tratamiento muy complejo, estaban gravadas por una alta tasa de mortalidad y de complicaciones serias, como puede ser la parálisis de las piernas.

Salvo en centros de excelencia y referencia, que son muy pocos con resultados aceptables, en el resto del universo no era así.

En nuestro país en particular, estas enfermedades sobre todo las disecciones complicadas y los aneurismas de aorta torácica estaban un poco lejos de una solución aceptable.

Esto es así porque la cirugía convencional no tiene resultados satisfactorios que sean razonables para la buena evolución de los pacientes.

De hecho ante estos pacientes, cuando eran vistos complicados por rotura de aneurisma por disección de aorta con rotura y sangrado en la cavidad torácica, los cirujanos cardíacos no consideraban adecuado el tratamiento con cirugía.

El porqué es lo que dije anteriormente: los malos resultados. Quiere decir entonces que estamos hablando de una población con un espectro etario bastante amplio.



Los jóvenes traumatizados con ruptura de aorta que son pacientes politraumatizados, tienen una situación de extrema gravedad y se pueden tratar con implante de este dispositivo llamado endoprótesis.

El promedio de edad estaba entre los 22 y 23 años, con un rango entre 15 y 35 años. También debemos decir que en los accidentes de tránsito (que infelizmente ocurren muy a menudo) la tasa de mortalidad con rotura de aorta torácica se ubica entre el 80 y el 90% en el sitio del accidente. De los que llegan vivos al hospital, en las primeras 24 horas fallece otro tanto.

Es por eso que los cirujanos vasculares tratamos de incorporar los nuevos recursos que nos permitan darle a nuestros pacientes técnicas científicamente probadas, técnicas que ya han pasado todas las etapas de las distintas fases de la investigación.

Tratamos de incorporarlas a nuestro medio. ¿Cuál es la gran limitante que hemos tenido más allá del escepticismo que generan los cambios? Las críticas que siempre son de dos tipos, las constructivas que son bienvenidas y las otras.

En ese sentido en 8 años que llevamos trabajando en el Uruguay con este tema hemos recorrido distintas etapas. Felizmente el procedimiento no solo lo hemos podido incorporar, sino que hemos logrado el aval de la Academia Nacional de Medicina.

Justamente lo que nos animó a presentarnos fue mostrarle la técnica a la opinión pública y a los colegas que desconocen que en Uruguay hacemos esto.

Una anécdota de este desconocimiento: un médico joven cuyo padre tenía una de estas afecciones consultó con un profesor de la Facultad de Medicina que le dijo que este trabajo estaba bajo investigación y que en Uruguay no se hacía.

¿Hay falta de comunicación entre los médicos?

Sí, evidentemente, por eso este tipo de entrevistas permiten llegar al colectivo médico y a la comunidad, para que se sepa que este recurso existe en Uruguay. Se puede hacer, está disponible, hay gente preparada, hay distintos cirujanos jóvenes que se han capacitado para hacer este tipo de operaciones.

¿Hay alguna posibilidad de que el Fondo Nacional de Recursos (FNR) financie esta técnica?

Bueno, esa pregunta sería más bien para el FNR. Lo que le puedo decir es que lamentablemente hoy el sistema de salud le brinda a los pacientes y al equipo médico la internación, los medicamentos, pero no brinda el dispositivo que es lo más caro. Cuesta alrededor de 12.000 dólares.

Hasta ahora hemos tratado unos doscientos pacientes con enfermedades en la aorta abdominal y torácica.

Los resultados que obtenemos son comparables a cualquier estadística en el mundo que se ocupe de este tipo de tratamiento.

Las disecciones de Aorta tipo B, complicada con ruptura o con falta de circulación en los miembros inferiores es una situación catastrófica. No había un tratamiento adecuado con buenas posibilidades de éxito y el implante de la endoprótesis se lo brinda. La curva de supervivencia que tenemos en cinco años de seguimiento de los pacientes es del 84%.

O sea que esos resultados son totalmente extrapolables a cualquier estadística mundial.

En el mundo, la primera endoprótesis en una aneurisma de aorta abdominal la colocó el doctor Juan Carlos Parodi en Buenos Aires en el año 1991.

Estamos hablando de 15 años, cuando tuvo un crecimiento explosivo porque la industria comenzó a diseñar prótesis y no todas han tenido buena evolución. De hecho hoy en día en el mercado hay tres o cuatro dispositivos que se emplean con mayor frecuencia y de esos uno es el que usamos con asiduidad.

Estos dispositivos (hay más de 100.000 colocados en el mundo) ya han pasado la prueba del beneficio que le han dado a los pacientes y también en el mediano plazo conocemos sus bondades. No existe ninguna estadística que tenga un seguimiento más allá de los 10 años, porque es muy nuevo.

En esa década se sabe que el 95-97% de los dispositivos están en perfectas condiciones. Las complicaciones vienen de que la endoprótesis se puede mover, por fatiga de materiales o puede romperse el stent que lo soporta.

Esto es un procedimiento terapéutico basado en tecnología por manejo de catéteres de guías de balones y de stent.

La diferencia es que este es un stent con un cubierta de poliéster.

El dispositivo está construido por una malla cubierta de un poliéster de una tela impermeable muy fina. En conjunto es altamente flexible y de pequeño tamaño.

Todo el dispositivo está puesto adentro de una vaina que se sube desde la ingle del paciente, hasta donde uno lo busca implantar en la aorta torácica.

Una vez que lo ubicamos se hace una radiografía con la inyección de líquido de contraste para ver exactamente la circulación de la sangre al cerebro. Allí, con un mecanismo de giro de tornillo, la vaina que está conteniendo el dispositivo se empieza a retirar.

Una vez que se libera en forma completa, la sangre va a circular por dentro y no va a pasar más por el aneurisma. Esto se hace en una sala de operaciones con un equipo de radiología de alta definición y no hay que abrirle el pecho al enfermo.

Esto se coloca con un corte de unos 4 centímetros en la ingle y desde ahí navegamos por la aorta hasta el corazón.

Por ejemplo, en el Casmu operamos a una paciente de 82 años con una aneurisma, y lo hicimos con anestesia local. Es un progreso increíble, sin abrirle el pecho, diametralmente opuesto con lo que había.

En el mundo entero esta técnica está desplazando totalmente a la cirugía abierta de tórax.

Es un progreso para enfermedades que no tenían una razonable expectativa de evolución. Creemos que esto es un cambio para quedarse.

Y seguramente vamos a asistir a un mejoramiento en los dispositivos, en las endoprótesis. Hoy en día ya hubo cambios para bien, ¿en qué sentido? En la flexibilidad de los materiales que ha mejorado haciendo más fácil su colocación.

Mejoró el anclaje de la fijación de los dispositivos, esto permitirá tratar pacientes con situaciones complejas. Son personas que no tienen solo una afectación en la arteria aorta, sino que también tienen problemas circulatorios en las piernas, coronarios, respiratorios, en fin, son pacientes de alto riesgo.

El contar con aparatos que sean de menor tamaño, más flexibles, que se desplacen mejor, permite hacer con más facilidad el tratamiento y con menor posibilidad de complicaciones.

¿Quiénes participan en este tipo de intervenciones?

Cuando se presenta el trabajo las caras visibles somos los cirujanos, los anestesiólogos, un número limitado de personas. Pero detrás de esto hay una estructura de salud que participa.

¿A qué me refiero? Los pacientes, después de que los operamos, pasan de nivel intensivo a nivel intermedio, allí el papel asistencial del médico intensivista es crucial.

En la sala de operaciones, no solo participan los médicos anestesiólogos, sino también de los técnicos radiólogos que tienen que trabajar muy sincronizados con el equipo quirúrgico y sabiendo todo lo que se está haciendo. Tiene que ser gente muy entrenada.

También es muy importante quien trabaja en la enfermería, que las instrumentadoras conozcan los materiales. Así como es importante el rol de quienes alcanzan los materiales que se van a colocar, de quienes los preparan.

En definitiva hay un grupo de trabajo que no solo somos los cirujanos.

¿Están preparados para esto?

Bueno, lo que hemos tratado de hacer son cursos, así como educación médica continua, en el ejercicio en la sala de operaciones e ir incorporando conocimiento.

Ha ocurrido, lamentablemente, que en muchos lugares quienes dirigen las instituciones no han comprendido bien cuál es la razón, que es para mejorar la calidad de la asistencia, en beneficio del paciente.

¿Esta técnica solamente se realiza en el ámbito privado?

Participamos a nivel del hospital universitario en un proyecto, allí tenemos un cargo honorario. Fuimos docentes en la Facultad de Medicina por más de 25 años.

Ahora en forma honoraria hemos participado en el tratamiento de algunos pacientes en el hospital universitario y en los centros de Salud Pública.

La gran limitante es conseguir el dispositivo y últimamente ASSE le ha brindado prótesis a algunos pacientes. Por ejemplo hace unas semanas tratamos una señora de Flores con una aneurisma en la aorta pegado al esófago que le dificultaba tragar. Esa prótesis que se le puso la compró ASSE.

Parecería que a nivel público va a haber disponibilidad de prótesis, pero no a nivel mutual, lo cual crea una cierta paradoja.

Como esta técnica no forma parte de las prestaciones, las mutualistas no tienen obligación de tenerla.

Precisamente, me hablabas del FNR y te dije que era una pregunta para ellos. Naturalmente que en estos años hemos hecho gestiones en el FNR en forma reiterada.

La angustia del paciente, de sus familiares sobre todo cuando son jóvenes es inmensa. Tenemos que acompañarlos en buscarles una solución y hemos presentado cartas al Fondo y la respuesta por ahora no ha sido positiva.

De hecho a propósito de este premio de la Academia Nacional de Medicina estamos esperando respuestas a título colectivo de parte de los cirujanos vasculares del Uruguay, de parte del hospital universitario y de los pacientes donde algunos han fallecido y otros están esperando una solución.

¿Cuántos pacientes están esperando?

No te lo podría decir, porque no lo sé objetivamente.

¿O sea que la cirugía torácica abierta se sigue practicando?

Te diría que no, porque nadie quiere operar a estos enfermos porque la tasa de mortalidad y de complicaciones es altísima.

La cirugía abierta que todos hemos hecho, ofrece resultados uniformemente malos. No es solo por la operación, tiene un soporte de CTI, de anestesia, etc.

Hay muchas cosas por lo cual nuestro país, y te diría que los países latinoamericanos, no se acerca a los resultados aceptables que tienen en otra parte del mundo. En cambio con esta técnica se puede, es más sencilla para el paciente.

Acá para operar a los enfermos se necesita un ambiente quirúrgico, con un muy buen equipamiento radiológico y con radiología de alta definición.

Ningún hospital que no tenga radiología de alta definición, un ambiente quirúrgico adecuado y que no tenga médicos entrenados para hacer estas operaciones se puede embarcar en esta técnica.

Pero los médicos se pueden capacitar en forma accesible y rápida. Con esta tecnología en un país subdesarrollado como el nuestro nos acercamos a los países del primer mundo, tanto que los resultados son iguales.

¿Cuál es la gran limitante que tenemos?, no todos los hospitales están equipados con tecnología de alta definición, de hecho en Salud Pública no hay ningún hospital con este tipo de tecnología.

Cuando operamos a un paciente de Salud Pública, tenemos que hacerlo en las mutualistas.

Lamentablemente caminamos por una cornisa, no solo atendemos pacientes con una enfermedad muy grave, sino que además les tenemos que explicar cómo se pueden tratar lo mejor posible. Le tenemos que decir que el sistema de salud no les brinda la endoprótesis y que la tiene que comprar y debemos decirle quién la vende.

Es ahí donde se necesita un alto grado de confianza en la relación médico-paciente y médico-familia del paciente, porque cualquiera puede pensar y de ahí surgen los malos comentarios que nos causaban malestar, pero por suerte ya superamos esa etapa.

¿Cuántos pacientes tienen ese tipo de patologías?

Son decenas de pacientes anuales, tampoco son miles.

También hemos estado en el interior del país. De hecho hemos ido a operar a las mutualistas de Paysandú y Tacuarembó, a las mutualistas.

Por ejemplo la mutualista de Paysandú tiene la infraestructura adecuada, se han tratado pacientes con patologías muy graves.

En nuestro país se puede hacer este tipo de operaciones igual que en Estados Unidos, con el mismo nivel.