

EMPRESAS > Tecnología

El desconocimiento es el principal escollo de la trombectomía mecánica

Los radiólogos intervencionistas ponen en valor la técnica para mejorar la calidad de vida de los pacientes



Momento de la mesa de debate con los tres expertos radiólogos.



LAURA DÍEZ

Lunes, 19 de junio de 2017, a las 16:00

La **trombectomía mecánica** es el tratamiento indicado para la trombosis venosa profunda (TVP) que requiere de especialistas cualificados que dominen la técnica y que comporta un importante coste económico. Esos son los principales problemas a los que se enfrentan los radiólogos intervencionistas, según han explicado tres de ellos a *Redacción Médica*.

Así lo han expuesto en el marco de la tercera edición de la **Semana Europea MedTech** que tiene como objetivo poner en valor al sector de la Tecnología Sanitaria en toda Europa, además de mostrar sus beneficios para la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Aprovechando el XV Congreso de la Sociedad Española de Radiología

Vascular e Intervencionista (Servei), que se ha celebrado en Vitoria y en el que ha participado **Boston Scientific**, los expertos han recordado que en ocasiones los pacientes afectados por la TVP se encuentran "en tierra de nadie" debido a la variedad de especialidades que tratan esta patología, desde Medicina Interna hasta las UCI, pasando por Hematología o Cirugía Vascular.

La enfermedad trombótica afecta seriamente la calidad de vida del paciente

"La TVP es una patología **tremendamente prevalente** y abarca a un grupo

poblacional muy alto. No es lo mismo una TVP proximal, con un tratamiento estándar con heparina que una TVP proximal en la vena iliaca que además ha producido una embolia de pulmón", explica **Pepe Urbano**, coordinador de la unidad de Radiología Vascul ar e Intervencionista de la Fundación Jiménez Díaz en Madrid.

Frente a otros tratamientos aplicables, la trombectomía mecánica consiste en "meter un catéter dentro de la vena donde está el trombo y mecánicamente lo va deshaciendo y aspirando. Esto aporta ventajas, pero en la enfermedad trombótica todo está bastante escalonado. Estaría indicada en venas proximales y que luego fuera a **repercutir negativamente en la vida del paciente** haber tenido la patología", señala **María Dolores Ferrer**, adjunta del Servicio de Radiología Vascul ar del Hospital La Ribera de Alzira.

Los responsables de Boston Scientific en el Congreso de la Servei

Los responsables de Boston Scientific en el Congreso de la Servei.

El problema, según señalan los expertos, es el **desconocimiento de su existencia**, por lo que es importante crear comités de expertos que señalen cuándo es el momento en que sería beneficioso para el paciente. "Es fundamental el momento de la actuación. Es muy prevalente **-tercera causa de muerte vascular-** y con un impacto muy importante sobre la vida del paciente a futuro, no sólo en los críticos, que pueden tener su vida en peligro, sino también en los no tan críticos, cuya calidad de vida si no se trata en un tiempo adecuado puede verse deteriorada", añade **Santi Méndez**, médico adjunto de la Sección de Radiología del Hospital Puerta de Hierro en Madrid.

Ese margen de actuación está entre los 8 días y las dos semanas, que es el tiempo útil para solucionar el trombo. "Pasado ese tiempo los tratamientos farmacomecánicos no tienen mucho sentido porque la vena se ha lesionado ya. Cuando una vena tiene un trombo hay dos objetivos: preservar el endotelio de la vena y la válvula venosa, y restablecer el flujo entre los vasos, ese es el fin del tratamiento de trombectomía mecánica farmacológica", expone Urbano.

Poco conocimiento

Según lamentan los radiólogos intervencionistas, existe **muy poca visibilidad de la patología** y bastante desconocimiento por parte de los pacientes de las diferentes opciones de tratamientos a su disposición. "En mi entorno no son conscientes de este tipo de tratamiento hasta que se les hace. Un paciente con patología coronaria llega a un hospital y sabe más o

menos la pauta de actuación, qué es lo que le pueden hacer. Cuando llega con un problema de estos no sabe en qué va a acabar. El **diagnóstico es importante, la premura para la actuación también**, pero además se le va informando paulatinamente de lo que va a pasar. Habitualmente, no sabe qué es lo que le van a hacer", dice Méndez. "El paciente a veces incluso desconoce la gravedad de lo que tiene", añade Ferrer, aunque Urbano matiza que no es un problema de si está bien explicado, sino que hay que **ir caso por caso** porque no se puede decir que hay que hacer trombectomías en todas las TVP.

El otro problema del tratamiento es el coste económico, que aunque no se ha cuantificado, sí señalan los expertos que es elevado respecto a otras terapias convencionales. "Pero el impacto económico se debe medir a medio y largo plazo. En un momento determinado **un dispositivo puede ser muy caro**, pero si lo mides en la vida del paciente con una enfermedad posttrombótica, con una baja laboral y un montón de inconvenientes, probablemente ya **no estamos hablando de dinero**. Esto es difícil de entender para las administraciones", comenta Ferrer.

El coste económico viene determinado por las bajas laborales que ocasionan o el tratamiento de por vida

Ese coste económico viene condicionado por cómo afecta a la calidad de vida del paciente, que en ocasiones tiene que **cambiar incluso de profesión** por resultar inhabilitante la patología. "Empieza siendo un episodio agudo, pasan tres años y ves que tienes una enfermedad crónica que no tiene fácil solución. Tienes que llevar medias de compresión elástica de por vida y recurrir a fármacos. El coste económico viene derivado de las bajas laborales y del **uso crónico de esos fármacos** que podías haber evitado tratando previamente al paciente. Tienes de por vida un tratamiento médico que lógicamente tiene que costear el Estado", explica Urbano a este diario.

Previsiones optimistas

Pese a estos inconvenientes, los expertos se muestran optimistas por la evolución de los tratamientos en los últimos años, ya que cada vez hay **más información y más medios**, y "como todo en sanidad, el futuro es a mejor. Estamos mucho mejor que hace 10 años pero no estamos perfectos".

Por delante, los radiólogos admiten que tienen el reto de difundir la

información entre los propios compañeros y de establecer grupos de trabajo para afrontar la patología. "De momento tenemos que trabajar en **guías clínicas multidisciplinares** en las que participen todos los especialistas que tratan la patología, ya que como base para empezar es muy válido. Es responsabilidad de todos para dar a conocer los nuevos tratamientos que existen", expone Ferrer.

Imagen del stand de Boston Scientific en el Congreso de la Servei en Vitoria.

Imagen del *stand* de Boston Scientific en el Congreso de la Servei en Vitoria.

En la misma línea, es necesario **establecer un circuito** en el que se diagnostique la patología y se sepa dónde hay que derivar al paciente, puesto que **no en todos los centros hay radiólogos intervencionistas**. "Cada centro y en cada comunidad autónoma funcionan de manera distinta. Eso complica dónde se deriva al paciente, pero tenemos que establecerlo. Supone un esfuerzo importante por parte de las administraciones y de los profesionales, pero lo lógico es hacerlo y lo hemos hecho en otras patologías. Ahora le toca a esta", defiende Méndez.

Por último, también resulta clave la **Medicina basada en la evidencia**, algo que este tratamiento aún no tiene. "Nos basamos un poco en caso a caso. La evidencia implica estudios prospectivos, pormenorizados, comparativos, que son caros y lleva años hacerlos. Ahí las sociedades científicas tendrían mucho que decir", sentencia Urbano.

"QUE SE NOS VEA"

El Congreso de la Servei es el primero que se ha llevado a cabo en Vitoria y en el País Vasco, y se ha hecho aprovechando el **30 aniversario del acta fundacional** de la sociedad. El evento ha contado con 240 inscritos -de un total de 351 radiólogos intervencionistas- y la participación de importantes figuras de la Radiología como Manuel Mainar, Wilfrido Castañeda Zúñiga o el profesor De Gregorio, considerados como 'padres' de la Radiología Intervencionista.

Este Congreso también sirvió para presentar el llamado **Libro Blanco de la Servei**, un resumen de la historia de la disciplina y de su impacto en España, además de innovar con un servicio de videostreaming, que a través de un canal propio de la sociedad ha permitido a los socios seguir con las charlas casi en directo. En total se han conseguido **13.352 visualizaciones**, aproximadamente unas 40 por sesión, algo de gran relevancia para el precursor de la iniciativa, actual vicepresidente de la Servei.

"Hay que tener en cuenta que no todo el mundo podía venir al congreso para no

dejar las áreas desatendidas, pero quería que todo el que quisiera pudiera participar. Es el primer Congreso que se ha hecho con este sistema y ha sido **muy impactante a nivel de visitas**", asegura **Fernando López Zárraga** a este diario.

El también jefe de la Unidad de Radiología Intervencionista del Hospital Universitario de Álava recuerda que uno de los problemas que tiene la especialidad es que sus procesos no se les imputan a ellos mismos, y **reclama que se hagan visibles y se reconozca su actuación**, ya que son "una opción también dentro de los protocolos que se establecen en los diferentes tratamientos".

"Existen procesos, en Urgencias por ejemplo, donde nadie más puede hacer nada. Es una de las áreas donde **podríamos ser más visibles y sin embargo donde menos se nos ve**. Si un paciente entra con una hemorragia en Urgencias un cirujano difícilmente va a meterse, tiene que hacer demasiada intervención quirúrgica para localizar el punto de sangrado, y acuden a nosotros. Taponamos la hemorragia pero después nadie nos lo reconoce. También en el Código Ictus. Formamos parte del proceso pero no somos reconocidos en él", lamenta López Zárraga.

Sanitaria^{dos mil}

Copyright © 2004 - 2017
Sanitaria 2000
Aviso legal y condiciones
de uso
Conforme con: XHTML
1.0, CSS 2.1



| Soporte Válido 1/05-W-CM: La información que figura en esta edición digital está dirigida exclusivamente al profesional destinado a prescribir o dispensar medicamentos por lo que se requiere una formación especializada para su correcta interpretación |