

El manejo terapéutico de las enfermedades vasculares en Europa: la realidad de la angiología

S. Greenhalgh

Actualmente, cuando el objetivo en muchas áreas, desde las leyes a las finanzas, es conseguir la homogeneización para toda Europa, la asistencia sanitaria constituye un sector en el que sigue existiendo una gran disparidad entre países. Esto es más cierto aún en el manejo en diferentes países de la patología vascular. Además, no hay normativa alguna europea para el tratamiento de las enfermedades vasculares ni tampoco iniciativas o incentivos en el próximo futuro.

Influencias del pasado

La historia ha desempeñado su papel en estas diferencias. En Suiza, por ejemplo, la influencia de Andreas Grüntzig, un eminente cardiólogo y angiólogo, ha pesado mucho en la formación de este tipo de especialistas. Esto ha convertido la Angiología en una especialidad muy potente en ese país y los angiólogos todavía desempeñan un papel clave en la realización de angioplastia transluminal percutánea (ATP). Sin embargo, el número de angiólogos o de médicos vasculares en el Reino Unido se puede contar con los dedos de ambas ma-

nos. Mientras, en Francia, una serie de eminentes cirujanos vasculares todavía se autodenominan cirujanos cardiovasculares a la usanza de ‘papá’ Leriche.

Es necesario un análisis país por país

Portanto, de cómo se tratan las enfermedades vasculares en Europa debe realizarse un estudio país por país. Entre las variables a examinar se encuentran las técnicas utilizadas para una enfermedad particular y cuáles son las especialidades que realizan las intervenciones en cada país.

Los datos del informe más reciente –*European Vascular and Endovascular Monitor* (EVEM), 2.º trimestre de 2002– muestran una fuerte tendencia hacia las técnicas endovasculares, mientras que el número de intervenciones abiertas o quirúrgicas sigue reduciéndose ligeramente respecto al tratamiento endovascular en todas las áreas terapéuticas principales.

Los datos del EVEM incluyen información sobre aneurismas de carótida, de aorta abdominal (AAA), de aorta torácica (AAT) y disecciones, así como tam-

Consejero delegado. Biba Medical Publication. Londres, Reino Unido.

Correspondencia:
Stephen Greenhalgh, 87 Greyhound Road, Fulham, London W68NJ, UK.

© 2002, ANGIOLOGÍA

bien técnicas quirúrgicas aortoilíacas, femoropoplíteas y renales, en 250 centros de toda Europa. Esta información nos permite identificar diferencias y tendencias terapéuticas en los diversos países europeos.

El manejo de los aneurismas aórticos abdominales

Por ejemplo, en el caso del AAA, hay una gran disparidad entre países en cuanto al porcentaje de casos urgentes de AAA tratados con cirugía abierta respecto al total. Dinamarca destaca como un país donde la proporción de casos de AAA urgentes frente a los programados es alta. Suecia, Finlandia, Noruega, España y el Reino Unido también tienen unos porcentajes de intervenciones urgentes y programadas mucho más elevadas que la media europea. En estos sistemas, financiados por el Estado, parece existir una tendencia demorar más tiempo la intervención que en los sistemas sanitarios basados en seguros privados.

Preguntas planteadas a raíz de los datos del EVEM sobre la intervención de aneurismas aórticos abdominales

A partir de estos datos, surgen algunas preguntas: ¿hasta qué punto el sistema asistencial sanitarios afecta la toma de decisiones clínicas? Parece que los países escandinavos, con el sistema financiado por el Estado, (seguidos del Reino Unido), presentan las cifras más elevadas de

intervenciones urgentes de AAA, mientras que los países en los que funciona un sistema de 'pago por servicio' presentan algunas de las cifras más bajas en cuanto a intervenciones urgentes. ¿El sistema incita a los cirujanos a intervenir antes en unos países que en otros? ¿La actitud hacia este hecho afecta a la mortalidad por AAA?

En la reparación endovascular de los aneurismas (EVAR) se han descrito numerosos efectos secundarios adversos en relación con los dispositivos, como fracturas de los 'ganchos' de anclaje, defectos del material, rotura de la estructura, dislocación del brazo modular, fracturas de la guía, problemas con el catéter portador del dispositivo, roturas de las estructuras metálicas y también roturas de los *stents* de fijación proximales. Sin embargo, la cantidad de intervenciones endovasculares de AAA en Europa occidental todavía se mantiene relativamente constante, con un descenso del 5% en comparación con el primer trimestre de 2002. Sin embargo, una parte considerable de este descenso se produjo en Alemania, mientras que en Italia, el otro país importante de esta zona, el porcentaje se ha mantenido estable.

Diferencias en el manejo clínico del AAA

Uno de los miembros del grupo de expertos del EVEM, Jan Blankensteijn, ha puesto de relieve diferencias en las prácticas clínicas entre países europeos. Ha recogido los datos del EVEM sobre el número total de intervenciones de AAA y ha utilizado los datos del censo de población de Estados Unidos para determinar la inci-

dencia de las intervenciones de AAA por 10.000 habitantes en el ámbito nacional. Así, países como Alemania, Italia, Francia y Bélgica presentan una incidencia de intervenciones de AAA mucho mayor que la de otros países de Europa occidental. Su tasa de intervencionismo de AAA es muy superior que en el resto de Europa, acercándose a 40-50 pacientes por 10.000 de hombres mayores de 65 años, a diferencia de los 15-25 pacientes en otros países de Europa occidental. A partir de estos datos se puede deducir que en estos países se están tratando aneurismas más pequeños.

Restricciones en el pago de intervenciones de AAA: Bélgica, Francia y Alemania

Como es lógico, hemos visto que los gobiernos de algunos de los países en los que la proporción de tratamiento endovascular de AAA es mucho mayor han tomado medidas para restringir el empleo de tratamiento con endoprótesis. En Bélgica se ha limitado el número de endoprótesis que se reembolsarán a alrededor de 380, y sólo se podrán realizar en centros con suficiente experiencia. En Francia, la Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) también ha tratado de controlar las condiciones de uso y de restringir el número de dispositivos de EVAR fabricados en la Unión Europea que se financiarán. Este control centralizado ha reducido drásticamente el número de endoprótesis vasculares que se financian y, por consiguiente, el número de intervenciones de EVAR,

particularmente porque dos de los tres dispositivos más importantes del mercado europeo (*Medtronic Ave, Talent y Gore Excluder*) no se pueden utilizar en Francia.

Finalmente, en 2003, Alemania va a implantar los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), que pondrán de relieve la necesidad de que los hospitales sean rentables. El trabajo previo a la introducción de los GRD ya ha dado como resultado una reducción del número de intervenciones endovasculares de AAA realizadas en Alemania.

No hay duda, en este caso, de que la financiación de la asistencia sanitaria ha tenido un efecto inmediato y radical en el tratamiento del AAA.

Juan Parodi, el ‘padre’ de la revolución endovascular, todavía cree que el lugar actual de la reparación endoluminal del aneurisma aórtico debería limitarse a aquellos casos en los que se descarta la cirugía abierta, como alternativa directa a la reparación abierta.

Con los progresos de la tecnología y con mayor experiencia, la EVAR se ha convertido en una alternativa viable a la reparación abierta en pacientes que presentan un riesgo normal con una anatomía apropiada. Los pacientes exigen una intervención menos invasiva con unos resultados equivalentes a la cirugía.

En la realidad hay diversidad

Aunque hay tendencias e impulsos comunes, la realidad es que todos los países de Europa presentan diferencias tanto en la estructura como en el planteamiento del manejo de la enfermedad vascular.