
EDITORIAL

Reflexiones de un cirujano sobre las técnicas endoluminales de revascularización percutánea

Los avances de las tres últimas décadas en el campo de la Patología Vascular son ampliamente reconocidos y aceptados. Un mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad, la correcta estandarización de las indicaciones terapéuticas, el progresivo perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y su cada vez más agresiva aplicación gracias a los avances en los métodos de anestesia y reanimación, han permitido un rango aceptable de buenos resultados, con una mínima morbi-mortalidad y, en definitiva, la acreditación de la Cirugía Vascular como Especialidad.

A este halagüeño panorama se añade la arrolladora irrupción, en la última década, de otros procedimientos terapéuticos, basados en el abordaje «a distancia» de determinadas lesiones, con guías, catéteres y sofisticados instrumentos que requieren tecnología radiológica para su deambular por el interior del árbol vascular humano. Es lo que se ha dado en llamar *cirugía endovascular* o *técnicas radiológicas intervencionistas*.

El crecimiento espectacular de estas técnicas, nacidas en los Departamentos de Radiodiagnóstico, son consecuencia directa de la eclosión de la angiografía digital, pero también es debido a la política agresiva de las firmas comerciales, a los condicionantes económicos que giran alrededor de la alta tecnología y a la creciente demanda de pacientes impactados por la llamada «cirugía sin bisturí»...

Estos procedimientos permiten, en ciertos casos, revascularizar arterias, no importando la complejidad de la lesión ni la severidad de la enfermedad. Pero sus bajas cifras de permeabilidad tardía enmas-

caran su eficacia, y su definitiva acreditación dependerá de que se consiga erradicar/evitar la hiperplasia íntimal, más que de la aparición de utilaje y tecnología más sofisticada y más cara.

De esta forma, si se consigue atenuar la reacción íntimal, es posible que en ciertas patologías estos métodos sustituyan en un futuro no lejano la actual cirugía protésica.

Pero esta realidad, que parece imparable, ha producido un conflicto de competencias entre diversos tipos de especialistas: cirujanos vasculares, radiólogos intervencionistas y cardiólogos clínicos. Unos, han tenido hasta ahora el control clínico del paciente y, otros, disponen del utilaje radiológico necesario y están habituados en la práctica de estas técnicas.

Este conflicto de competencias, sin duda indeseable y en cualquier caso ficticio, no existiría si fuéramos capaces de armonizar y hacer compatibles la capacitación de estos especialistas y/o expertos en el manejo de las enfermedades vasculares.

¿Cuál es la realidad del cirujano ante esta situación?

Aunque el cirujano vascular ha sido el promotor de los avances de las tres últimas décadas, el haberse apartado de las prácticas angiográficas ha supuesto que ahora no tiene el entrenamiento ni la habilidad suficientes para llevar a cabo los procedimientos intervencionistas.

Y ya que la mayoría de cirujanos aceptan pasivamente este déficit como una historia irrecuperable, será difícil que los futuros cirujanos vasculares puedan adquirir un entrenamiento radiológico, porque la actual organización hospitalaria no lo facilita.

Opino que esta situación no debería aceptarse como irreversible, pues indudablemente comporta la pérdida del control del paciente, ya que muchos de estos procedimientos se realizan durante la práctica de un estudio diagnóstico angiográfico, lo cual supone el riesgo de no participar en la indicación terapéutica y ser desplazados del seguimiento de los resultados tardíos, que es la razón de ser del cirujano vascular.

Por otro lado, hay que aceptar y compartir el principio básico de que estas técnicas, como cualquier técnica quirúrgica vascular, deberían ser efectuadas por aquellos que dominan la técnica y tienen una continuada experiencia personal.

Una «apropiada formación y adecuada experiencia» parece, pues, una condición necesaria, pero está claro que la mayoría de cirujanos no la tienen, y que asistir a un curso de tres días, aunque sea certificado oficialmente, no puede ser la vía para calificar o entrenar correctamente a nadie.

El problema de las indicaciones

Como es sabido, estas técnicas pueden tener su indicación en los dos extremos del espectro clínico de la enfermedad vascular: lesiones segmentarias asintomáticas o con síntomas no incapacitantes, en los que la cirugía puede no estar justificada y, en el otro extremo, pacientes de alto riesgo o con esperanza de vida corta, que pueden beneficiarse de una revascularización percutánea, aunque no sea duradera.

En cualquier caso, la indicación terapéutica debe estar basada en estándares científicos e institucionalmente aceptados, como son la edad biológica del paciente y las peculiaridades de su entorno socio-

laboral, los factores de riesgo, la repercusión hemodinámica de la patología lesional y el grado evolutivo del síndrome isquémico que justifica la actitud terapéutica, la multifocalidad lesional característica de las arteriopatías degenerativas, que condiciona el pronóstico junto con la valoración del riesgo quirúrgico y la habituación del equipo a una técnica concreta, fruto de un entrenamiento previo y una experiencia continuada. Sólo así es posible un control de calidad que garantice un alto nivel de la asistencia.

La decisión de tratar con cirugía, angioplastia o métodos conservadores sigue siendo una tarea difícil, aunque la mejor opción terapéutica es a veces la combinación de varias modalidades: por ejemplo, cirugía asociada a la angioplastia, o trombolisis seguida de angioplastia o cirugía.

Sin embargo, la asociación de técnicas convencionales y endoluminales exige que el quirófano disponga de angiografía digital, lo cual no es habitual en nuestro medio.

Una buena radiología vascular en la Sala de Operaciones no debería considerarse una forma de rescatar los procedimientos percutáneos del Departamento de Radiología, pues la justifica un control de calidad de la actividad quirúrgica y la posibilidad de aplicar procedimientos combinados.

Sin embargo, esto no es fácil conseguirlo en la actual coyuntura económica, dado el alto costo de las instalaciones y la especial sensibilidad de las autoridades sanitarias ante cualquier aumento del costo económico. Pero llegará el momento en que la necesidad de optimizar la asistencia de estos pacientes obligue a una inversión radiológica en las Salas de Operaciones o dotar a los Departamentos de Radiología del «ambiente quirúrgico» que ahora les falta.

Perfil del experto en estos procedimientos

El facultativo implicado en estos procedimientos

debe tener unos conocimientos básicos y una experiencia práctica en el diagnóstico y manejo de la enfermedad vascular, en la práctica e interpretación de estudios angiográficos y una progresiva experiencia personal en la utilización de guías y catéteres a través del árbol vascular. Esta experiencia debería adquirirse en la Residencia o mediante un Fellowship con un entrenamiento tutorizado.

Pero, lamentablemente, los programas oficiales de formación en Cirugía Vascular, Radiología o Cardiología clínica no contemplan generalmente esta capacitación específica en materias clásicamente pertenecientes a otras disciplinas.

No parece, sin embargo, que fuera difícil establecer un entrenamiento complementario al finalizar la Residencia en cualquiera de las Especialidades implicadas, adaptado al currículum del facultativo que precisa adquirir experiencia en este campo.

Lamentablemente, en la actualidad no existen programas específicos de entrenamiento en las técnicas intervencionistas. Sólo hay un creciente número de Simposios y Cursos de divulgación, esponsorizados por cirujanos, radiólogos y cardiólogos, con programas cuyos objetivos no son siempre científicamente correctos.

En mi opinión, la asistencia a uno de estos Cursos no puede considerarse una forma válida de entrenamiento ni tampoco debería ser el punto de partida de una autoformación para los que disponen del utilaje adecuado. Además, entiendo que las Sociedades Científicas deberían velar por la calidad de estos Cursos, siendo muy estrictas en el momento de esponsorizarlos.

Por otro lado, en los hospitales de hoy no es fácil que el cirujano inicie o actualice una experiencia en las técnicas angiográficas, porque éstas se realizan habitualmente en un Departamento Radiológico central, con una organización funcional y una carga de trabajo diario, que muchas veces impide la participación activa del cirujano.

De la necesidad de un control de calidad

En cualquier caso, la rápida expansión de estas técnicas y la incorporación a las mismas de otros especialistas, teóricamente capacitados para aplicarlas, hace aconsejable que el cirujano vascular no se desvincule de estos procedimientos, sino que siga liderando la indicación, la supervisión y los resultados a corto, medio y largo plazo de estas técnicas, como mecanismo ineludible de autocontrol de calidad.

Para ello es importante que el cirujano vascular tenga una mayor influencia en los Comités Hospitalarios que deberían regular el funcionamiento y aplicación de estas nuevas tecnologías en los Servicios.

En esta línea, un Comité «ad hoc» de las Sociedades Vasculares en USA estableció, en 1989, una serie de recomendaciones con las que establecer mecanismos de autocontrol, entre las que destacan que *estos procedimientos deben realizarse por facultativos entrenados y con experiencia continua da, que son exclusivos de un hospital de alto nivel, que las Indicaciones clínicas deben ser protocolizadas, que debe existir Registros que monitoricen de forma objetiva y documentada las complicaciones y los resultados. Finalmente, que los Comités de control de calidad del hospital deben establecer y en su caso ratificar estándares que regulen la práctica de estos procedimientos.*

¿Una solución lógica al problema de competencias interdisciplinarias?

En mi criterio, la solución más correcta, aunque no siempre fácil de conseguir, sería crear Equipos Multidisciplinarios, superando las cerradas estructuras de los Servicios, que incluyeran angiólogos clínicos, angioradiólogos y cirujanos, dedicados exclusivamente al manejo diagnóstico y terapéutico de las Enfermedades Vasculares. La coordinación de estos equipos con criterios funcionales y no necesariamen-

te jerarquizados, estarían asegurados por un compromiso de autocontrol de calidad.

Este sería un enfoque racional de la problemática que plantean las intervenciones de revascularización «a distancia», si queremos que ocupen «su» lugar en el manejo terapéutico del enfermo vascular.

Sin embargo, nada será posible si los facultativos de las distintas especialidades implicadas no están

de acuerdo en unir intereses y promover un alto nivel de calidad, prescindiendo de personalismos, peculiaridades de grupo o implicaciones económicas.

*DR. JOSEP M.^a CAPDEVILA
Hospital Universitario de Bellvitge,
Barcelona (España)*