
EDITORIAL

El Enfermo: único objetivo*

Cuando se escribe una Editorial surge la duda de no estar suficientemente preparado para expresar una opinión o, por el contrario, que ésta pueda ser demasiado subjetiva. Sea como fuere, es siempre una responsabilidad cuando se trata de corresponder a la amable invitación, en este caso, de la Revista Angiología, siendo para mí un honor poder participar en un comentario de opinión de algo tan importante como son, hoy en día, las alternativas terapéuticas a la patología vascular.

La importancia viene dada por el gran número de población que la padece, la cantidad de hábitos y modos de vida que la influencian y su gran repercusión social. Todo ello se concentra en un objetivo: *El Enfermo*.

Ante él, la medicina oferta una gran multiplicidad de posibilidades terapéuticas para mejorar, enlentecer y en, algunos casos, curar un grupo de enfermedades que afectan al territorio arterio-venoso y que, cuando se refiere a la patología ateromatosa, toma su máxima expresión en la oclusión arterial. En órganos como el corazón, produce la denominada enfermedad coronaria, con riesgo de vida para el paciente y, en la patología vascular periférica, nos puede conducir a una amputación del miembro después de un calvario de claudicación y dolor.

Ante esta nada alentadora evolución de una enfermedad en el tiempo y con estadios claramente conocidos es donde entra a formar parte un nuevo elemento, el médico, que con sus múltiples posibilidades terapéuticas, las ejerce de forma muy diversa en el tiempo y lugar, creando una atmósfera de duda al olvidar el objetivo: *El Enfermo*.

¿Cómo es posible que una comunidad de trabajo, como la que el médico representa, pueda dejar relegado a un segundo plano, su fin único: *El Enfermo*?

Desearía que esta Editorial pudiera servir para ayudar a comprender lo que ha acontecido dentro de una evolución de alternativas terapéuticas vividas desde diferentes campos de la Medicina y concretamente desde la denominada Radiología Vascular e Intervencionista, donde vengo ejerciendo mis funciones de médico especializado, hace ahora 20 años.

Históricamente la Patología Vascular fue manejada, desde el punto de vista clínico, por los denominados médicos generales, más tarde por los internistas y, desde el punto de vista quirúrgico, por los cirujanos generales. La evolución de los medios diagnóstico terapéuticos, el mayor conocimiento sobre la enfermedad y la cada vez más amplia posibilidad de aplicar soluciones trae como consecuencia la especialización, que en unos países es de angiólogos y cirujanos vasculares, en otros sólo de cirujanos vasculares, existiendo lugares donde la especialidad está sin definir.

Como se puede apreciar en este mínimo recordatorio histórico y dentro de la Especialidad de Cirugía Vascular, existen ciertas faltas de definición que aumentan al encuadrar la patología vascular de cabeza y cuello o de ciertas arterias viscerales como coronarias o renales.

De todo ello se desprende que según el especialista o la zona geográfica nuestro objetivo, *El Enfermo*, tendrá una atención de mayor o menor calidad...

Desde la Radiología, el descubrimiento de la técnica *Seldinger* en 1953, supuso el advenimiento de un método diagnóstico donde se podía conocer la patología vascular, simplemente puncionando una arte-

* Esta editorial fue solicitada simultáneamente a la publicada en el n.º 2 de la revista

ria, de forma percutánea, e introduciendo sobre una guía un catéter bajo anestesia local.

Se trataba de una técnica diagnóstica que al ser descrita por radiólogos y usando como principal soporte los métodos radiológicos, se incorporó desde el origen a los Departamentos de Radiología bajo la denominación de Radiología Vascular.

Si bien algunos equipos de angiólogos-cirujanos vasculares realizaban estudios angiográficos, al no existir suficiente número de radiólogos entrenados, poco a poco, se fue creando una comunidad de especialistas, Radiólogos Vasculares, que junto a la evolución de las técnicas ofrecían cada vez mayores posibilidades de diagnóstico selectivo con menor morbilidad, hasta descubrir una nueva aplicación de dicho método: *el tratamiento*. Es por ello que la evolución del denominado Intervencionismo vino de la mano de los Radiólogos Vasculares, ya que eran los que dedicaban todo su tiempo a las técnicas con catéter, desarrollando las nuevas ideas.

Es en este momento, con el surgir de las alternativas terapéuticas, cuando comienza a gestarse lo que denominamos «perder el objetivo»: *El Enfermo*.

Dos pudieron ser los motivos para ello:

1. La radiología no supo comprender que una nueva rama de la medicina surgió del diagnóstico vascular: la terapéutica, precisando de *formación total y dedicación exclusiva*.
2. La Angiología-Cirugía Vascular tardó mucho tiempo en aceptar la utilidad de las nuevas alternativas terapéuticas, no exigiendo *formación total y dedicación exclusiva* a aquellos que la practicaban.

Intentaré explicar un poco más estos dos puntos.

1. La Radiología había formado un grupo de especialistas, Radiólogos Vasculares, dentro de la propia filosofía de la especialidad: el diagnóstico. Este grupo difería del estandar del Radiólogo convencional al ser algo más agresivo, usar aguja, guía y catéter para el diagnóstico, y sobre todo tener responsabilidades directas sobre el enfermo, al poder producir una morbi-mortalidad directa.

En los años 60 comenzaron a aparecer algunas téc-

nicas que realizadas a través del catéter se convertían en terapéuticas, las embolizaciones. Estas primeras actitudes terapéuticas no presentaron ningún motivo de rechazo por parte de los otros especialistas, ya que la mayoría significaban ayuda donde, en algunos casos, ni la cirugía convencional podía llegar: sangrantes, tumores, malformaciones...

Cuando las alternativas terapéuticas fueron múltiples, y concretamente en el campo de la patología vascular apareció la angioplastia, la Radiología siguió ofertando el mismo método de formación, basado exclusivamente en el diagnóstico, mientras en las Salas de Radiología Vascular se realizaban actitudes quirúrgicas.

La radiología diagnóstica continuaba su imparable evolución: ultrasonidos, tomografía axial computerizada, resonancia magnética, doppler color..., y al mismo tiempo, se realizaban angioplastias, se embolizaban sangrantes, se colocaban filtros en la cava, se retiraban cuerpos extraños intracavitarios, se perfundían drogas... Todo bajo un mismo concepto: Formación Básica en Diagnóstico.

Cuando se intentó explicar la necesidad de formar Especialistas en esta nueva área de la Medicina, una y otra vez se esgrimió el concepto de «Radiólogo Total», sin querer crear lo que, en aquel entonces, hubiera sido un gran logro para la Medicina: ofertar desde la radiología una rama que sirviera de apoyo a las distintas especialidades en las nuevas alternativas diagnóstico-terapéuticas.

Quizás olvidábamos que la morbitmortalidad no es sólo aquella que se produce por nuestra actuación directa sobre el enfermo. Existe una segunda, producida por el gran número de enfermos que se ven privados de una actuación médica correcta al desconocer, su médico responsable, las diferentes posibilidades diagnóstico-terapéuticas existentes o, cuando teniendo conocimiento de las mismas, no lo envía al lugar correcto.

2. Los especialistas y concretamente Angiólogos-Cirujanos Vasculares tenían y tienen bajo su conocimiento y control la mayoría de los enfermos dependientes de esta patología con un entrenamiento reconocido que sirve para ejercer con toda legalidad su especialidad. Cuando se formaron en Cirugía Vascular aprendieron a disecar, abrir, extraer, suturar... estructuras que,

por su anatomía y función, precisan de especial habilidad, pero quizás nunca pensaron que sin necesidad de abrir, disecar, extraer, suturar, se pudieran conseguir resultados similares.

Al no haber aprendido esas nuevas técnicas denominadas endoquirúrgicas durante sus años de entrenamiento, fue para muchos difícil de entender y aceptar que esto fuera posible en manos de otros especialistas.

De esta forma y ante la visión de todos, las nuevas técnicas terapéuticas fueron creciendo y desarrollándose partiendo de la habilidad de unos especialistas en la técnica *Seldinger*.

Transcurrieron los años ochenta donde, con escasas excepciones, se permitía que radiólogos sin suficiente formación realizaran tratamiento. Mientras, los responsables directos del enfermo, portador de patología vascular periférica, preferían asumir el riesgo o ignorar las nuevas técnicas, continuando con una cirugía técnicamente buena pero, en algunos casos, ya innecesaria.

Es ahora a mediados de los 90, estando muchas de las técnicas ya establecidas, cuando nos enfrentamos al fenómeno inverso. Expertos en Cirugía Vascular, sin experiencia en tratamientos endoquirúrgicos, comienzan a aplicar estas técnicas en quirófano con escaso material, nulo entrenamiento e indicaciones cuanto menos discutibles. Por otro lado, aún existiendo un mayor número de Radiólogos Vasculares formados, la mayoría divide su tiempo entre la Radiología como especialidad tradicional y las actitudes terapéuticas con claro detrimento de alguna de las dos áreas, excepto en raras, por humanas, excepciones.

No debemos convertir la Medicina y sus múltiples ramas en algo exclusivamente personal. Hoy en día las especialidades son tan complejas que todos necesitamos de esfuerzos, por pequeños que éstos parezcan, para conseguir alcanzar el objetivo: *Ayudar, sino curar, al Enfermo*.

A estos dos grupos de Especialistas envueltos en la evolución de las nuevas técnicas terapéuticas añadiremos dos organismos responsables: El Ministerio de Sanidad y La Universidad.

Desde el primero se nos ha venido diciendo y, cada vez con mayor insistencia, el alto costo que conlleva cualquier nueva técnica, así como la falta de recursos económicos, lo que obliga a un mayor con-

trol y selección del gasto. Sin embargo, no se ha creado ninguna fórmula que impida que cualquier médico sin entrenamiento suficiente realice procedimientos para los que no está capacitado.

Tampoco se ha tenido en cuenta la creación de auténticos Centros de Referencia, dentro de un mismo núcleo de población, lo que supondría un abaratamiento importante de los costos al realizarse el mayor número de técnicas en un mismo lugar, consiguiendo una más rápida amortización de equipos y adquiriendo mayor experiencia profesional con la consiguiente reducción del tiempo de actuación y sus complicaciones. Esto permitiría desarrollar más y mejores indicaciones y crear nuevos Especialistas que incorporaran, con la máxima fiabilidad, las nuevas técnicas.

Una correcta inversión, en el tiempo, demostraría su eficacia. Además de ahorro, significaría recuperar el objetivo: *El Enfermo*.

La Universidad, por su parte y entendiendo que no puede ni debe cambiar sus programas de formación al ritmo de la evolución médica, sí debiera crear medios donde un estudiante al terminar su Licenciatura pudiera conocer las posibilidades actuales de la Medicina para evitar esa otra morbilidad, la producida por ignorancia.

Nuevas asignaturas, cátedras, investigación, seminarios, cursos en vivo..., podrían ayudar a esa gran responsabilidad que supone la educación.

¿Cómo resumiríamos la situación actual?

La Radiología está permitiendo, en algunos Centros, áreas específicas donde sus especialistas tienen dedicación exclusiva a estas nuevas alternativas terapéuticas, pero son aún de escaso volumen, en comparación con las necesidades médicas actuales. Sin embargo, el acceso a esta nueva especialización continúa siendo la formación tradicional diagnóstica, de cuatro años, tiempo que parece excesivo para unos profesionales que piensan realizar exclusivamente procedimientos endoluminales, diagnóstico-terapéuticos.

Los organismos gestores hablan de gasto, pero no se instauran mecanismos que rijan y conduzcan hasta el enfermo las alternativas terapéuticas.

Algunas Universidades, como la de Las Palmas de Gran Canaria, han creado asignatura optativa, con plaza de Profesor Titular tipificada, pero la gran mayoría de licenciados continúa sin conocer las nuevas áreas médicas.

Los Especialistas en Patología Vascular quieren resolver ellos solos un problema que es de todos, ya que no podemos ni debemos ignorar al resto de los integrantes de la Medicina: Los especialistas en otras áreas.

La endocirugía, cuando nos referimos a la patología vascular periférica, no significa un aparato radiológico más o menos sofisticado en quirófano y alguien manejando un catéter, *Endocirugía* lógicamente es mucho más. Es la forma de aplicar tratamientos basados, en la mayoría de los casos, en la técnica *Seldinger*, usando soporte radiológico para su realización y donde se manejan conocimientos anatómicos, médicos, clínicos y quirúrgicos que conllevan conocer en cada momento las técnicas más convenientes, usar el material más indicado, saber buscar alternativas, corregir complicaciones, colaborar con otras técnicas... En resumen: dominar un campo donde al enfermo se le ofrezcan los mejores resultados con el mínimo riesgo.

Si pretendemos que cada especialista aplique sus propias alternativas terapéuticas, nunca podremos alcanzar el máximo desarrollo de las mismas, excepto en Centros en que, por su tamaño y poder económico, permitan integrar a los especialistas y toda la tecnología de forma específica para cada área.

Pero, si lógicamente este poder económico no existe, tenemos la obligación de formar equipos que den servicio a un hospital o núcleo de población permitiendo la continua actualización de conocimientos y tecnología: De forma que los primeros estén a nivel de especialista y la segunda no quede absoleta.

No podemos en estos momentos, en aras de las nuevas posibilidades, como las que se ofertan para el tratamiento del aneurisma de aorta, crear de la noche a la mañana unos equipos de Cirujanos Vasculares capaces de cualquier tipo de abordaje. Tendremos que decidir si formamos a un buen Cirujano Vascular a cielo abierto o a un buen Cirujano Vascular percutáneo.

La idea de usar el quirófano tradicional como Sala de Angiografía terapéutica-diagnóstica tiene muchos más inconvenientes que ventajas, tanto desde el punto de vista científico como económico.

Esto no significa que un quirófano no precise de un soporte radiológico como método rápido de diagnóstico post-quirúrgico o como ayuda para el tratamiento endoluminal de una lesión asociada que

pudiera comprometer la cirugía ya realizada; pero nunca como lugar de tratamiento ordinario endoluminal.

Discutir las múltiples indicaciones y combinaciones terapéuticas, disponer de todos los materiales y por supuesto tener la formación suficiente, es algo que no pasa hoy en día por los quirófanos diseñados exclusivamente para cirugía abierta.

La magnitud del problema viene dada por estar ante una nueva área terapéutica, con nuevos métodos, para los que se precisan expertos exclusivos en la aún no denominada especialización de Intervencionismo o Cirugía Percutánea o Endocirugía o Cirugía Mínimamente Invasiva.

Si una solución para un problema tan complejo va más allá que una simple Editorial, desearía, no obstante, que ésta sirviera para colaborar en recuperar el objetivo: *El Enfermo*.

Para ello, podríamos encontrar soluciones a través de:

1. Programas de formación, exigiendo de la Radiología una formación completa de especialistas en esta nueva rama.
2. Permitir el acceso a esta formación a médicos que deseen desarrollar su actividad dentro de esta rama.
3. Crear grupos de trabajo conjunto, en este caso concreto, de Cirujanos-Radiólogos Vasculares, que ayuden al enfermo y asesoren a los organismos competentes.
4. Integrar la enseñanza en la Universidad.

Mientras todo esto se consigue, la realidad nos muestra la existencia de unas técnicas útiles. Empleémoslas correctamente creando equipos cualificados y Centros de referencia para, de forma conjunta, recuperar nuestro objetivo, que no puede ser otro que ayudar, con nuestra mayor experiencia, al ENFERMO.

PROF. DR. MANUEL MAYNAR

Hospital Ntra. Sra. del Pino

Universidad Las Palmas de Gran Canaria