

Cirugía endovascular: acreditación

F. Acín-García

La realización de cualquier acto médico debe estar basada en una eficacia demostrada por la mejor evidencia científica y debe llevar implícito una acreditación de la competencia del profesional que lo realiza. El Sistema de Formación de Médicos Especialistas garantiza la adquisición de conocimientos, habilidades y aptitudes que les capacitan para prestar con eficacia la asistencia a los pacientes de su especialidad y les proyectan para asumir su autoformación continuada. Con este objetivo logrado, el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento requerirá de un breve aprendizaje para que el especialista correctamente formado lo incorpore con seguridad a su práctica clínica. En el Programa Docente de Angiología y Cirugía Vascular publicado en la *Guía de Formación de Especialistas* en 1996, en su apartado 3.2.3., acerca del campo de acción de la especialidad, se define la Cirugía Endovascular como el ‘conjunto de técnicas y procedimientos que tratan la lesión vascular a distancia mediante ingenios intraluminales que se introducen de forma percutánea o por exposición quirúrgica del

vaso’ [1]. A continuación, se hace una relación de las técnicas más frecuentemente utilizadas, desde la angioplastia simple hasta las prótesis intraluminales más sofisticadas, todo ello en el contexto de la propia especialidad. Entendemos, en consecuencia, que esta faceta del tratamiento constituye una opción terapéutica incluida en el cuerpo de doctrina que el angiólogo y cirujano vascular debe dominar para una atención más objetiva y completa del paciente. Como modalidad terapéutica, formará una unidad con el conocimiento de la enfermedad vascular: su fisiopatología e historia natural, diagnóstico clínico e instrumental, indicaciones, tratamientos alternativos, seguimiento de resultados y complicaciones. Todo ello constituye el campo de acción del cirujano vascular, que con su experiencia clínica y perspectiva global será capaz de valorar en su conjunto.

Partiendo de estas bases conceptuales nos preguntamos: ¿cuál es la realidad actual en la práctica clínica?, ¿es necesaria la acreditación de Unidades Asistenciales y Docentes? o ¿cómo pueden acreditarse los facultativos?

Presidente de la Comisión Nacional de Angiología y Cirugía Vascular.

Correspondencia:

Dr. Francisco Acín García. Hospital Universitario de Getafe. Ctra. Toledo, km 12.500. E-28905 Getafe, Madrid. E-mail: facing@meditex.es

© 2001, ANGIOLOGÍA

En los últimos 30 años, el desarrollo tecnológico de los métodos de imagen y dispositivos terapéuticos ha llevado a que los tratamientos endovasculares formen parte de la práctica clínica de varias especialidades médicas. Todas ellas han contribuido a su desarrollo, pero en las áreas de interés común han surgido conflictos de competencia que sin duda no benefician a ninguna de las partes y pueden repercutir en la atención del paciente. En muchos casos la accesibilidad a la infraestructura necesaria para la utilización de las nuevas técnicas no ha sido homogénea para las partes implicadas. Es un hecho que gran parte de los procedimientos endovasculares se han desarrollado en las indicaciones terapéuticas más favorables sin seguir criterios estrictos en la selección de pacientes o en la valoración de resultados. Esto explica que muchas técnicas hayan pasado de suscitar un entusiasmo extremo al olvido, o que continúen en controversia.

La trayectoria del cirujano vascular, pionero en su día en el diagnóstico angiográfico, ha ido divergiendo del desarrollo de las técnicas radiológicas, muy ocupado en la práctica quirúrgica, y le ha mantenido apartado, amenazando en la actualidad su posición privilegiada como especialista único en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vasculares. Al delegar la práctica de la angiografía diagnóstica en manos de radiólogos, perdió la posibilidad del manejo de las técnicas de guías y catéteres, limitándose, en el mejor de los casos, a colaborar seleccionando a los pacientes y a tratar las complicaciones de las técnicas endovasculares. Esta colaboración entre el cirujano vascular y el radiólogo fue fructífera en las décadas de los 70 y 80, y aún sigue siéndolo en algunos grupos profesionales, logrando que el número de intervenciones creciera exponencialmente en manos de los angiorradiólogos. Otros procedimientos intervencionistas aplicables a otros sistemas y aparatos se sumaron a la práctica del radiólogo, ampliando sus competencias en una era en la que las técnicas mínimamente invasivas van ganando terreno a las prácticas quirúrgicas convencionales. Junto a todo ello, cada vez son más frecuentes las voces que parten de la ‘Radiología Intervencionista’, reclamando competencias clínicas, con exclusión del cirujano vascular. En algunos países los hemodinamistas, nacidos de la Cardiología, se han sumado a estas prácticas viniendo a complicar más el panorama de competencias e intereses.

Parece necesario ordenar la práctica médica en esta área siendo conscientes de que será necesario un tiempo de adaptación hasta lograr un punto de equilibrio que satisfaga a todos. No es el objetivo de este editorial analizar la función de otros especialistas, ni cómo ha de regularse su acreditación. Me limitaré a opinar, desde una perspectiva exclusivamente personal, sobre el papel que creo que ha de desempeñar el cirujano vascular en el momento actual y en el futuro.

Como hemos expuesto al principio en las definiciones sobre el concepto y áreas de competencia de nuestra especialidad, la Cirugía Endovascular es parte integrante y opción terapéutica del cirujano vascular actual y futuro. Su programa de formación garantiza la capacidad diagnóstica y de selección objetiva de los pacientes que más se podrán beneficiar de estas técni-

cas. Si analizamos los programas de formación teóricos y prácticos de las diferentes especialidades, ninguna está en situación de competencia o nivel de formación para discriminar sobre alternativas terapéuticas, basándose en una perspectiva global del conocimiento básico y clínico de la enfermedad vascular. En consecuencia, la función del angiólogo y cirujano vascular debe ser 'líderar la vía clínica' de estos pacientes. No parecen congruentes las iniciativas que surgen de apartar al cirujano vascular del juicio clínico de su paciente, intentando hacer de una técnica de tratamiento una nueva especialidad médica.

En su entrenamiento, el residente de cirugía vascular tiene asignada una rotación en Angiorradiología, cuyo objetivo es conocer y practicar un número suficiente de exploraciones diagnósticas y terapéuticas que garanticen la adquisición de habilidades en técnicas de cateterización. Aunque esta rotación pueda parecer un reconocimiento implícito de la actividad intervencionista, sólo es así desde el punto de vista formativo para el residente, ya que el volumen diagnóstico de las salas de Angiorradiología garantiza de forma rápida la práctica de un número de cateterizaciones percutáneas idóneas. En nuestro medio no existe una definición cuantitativa de la formación óptima para lograr la acreditación y competencia técnica del futuro especialista. En 1999, la SVS/NAISCVS incrementó los mínimos requeridos para la acreditación individual en técnicas endovasculares, acercándose al consenso de las diferentes sociedades de Radiología Intervencionista y Cardiología [2]. La exigencia de 100 cateterizaciones (50 como primer actor) y 50 intervenciones (25 como

primer actor), garantizaba un correcto entrenamiento endovascular. En una encuesta que realizamos en mayo de 2000 a los Jefes de Unidades Docentes acerca del número de intervenciones quirúrgicas y endovasculares exigibles para alcanzar los objetivos de formación durante la Residencia, éstos se pronunciaron en torno a 10-15 angioplastias, 10-15 *stents* y 5 endoprótesis. No se requirió contestación sobre el número de cateterizaciones, dando por hecho que la correcta rotación en las Unidades de Angiorradiología y/o la práctica habitual de angiografías en quirófano garantizaban el conocimiento y adquisición de habilidades. Es importante resaltar y conocer que en la confección de la Cartera de Servicios realizada por el INSALUD durante el año 2000, se determinaron las dotaciones de los quirófanos vasculares y se incluyeron facilidades radiológicas digitales y material fungible e inventariable suficiente para la práctica de la Cirugía Endovascular. En la descripción pormenorizada de la Cartera de Servicios se incluyeron todas las técnicas de Cirugía Endovascular como propias de los Servicios Asistenciales de Angiología y Cirugía Vascular. Como ventaja asociada a la práctica endovascular en quirófano, está la posibilidad del abordaje quirúrgico en cateterizaciones complejas que, por motivos técnicos o de patología subyacente, dificultan el acceso percutáneo, así como la práctica de estrategias mixtas de revascularización convencional y endovascular simultáneas. La colocación de endoprótesis debe realizarse en quirófano o en quirófanos radiológicos que reúnan todas las condiciones de un quirófano convencional para reconstrucciones aórticas complejas, con el cirujano vascular

como primer actor en todos o en un porcentaje significativo de los procedimientos, según sea el tipo de organización local establecida.

En el momento actual, junto con la aceptación de la Cirugía Endovascular como parte integrante del concepto básico de nuestra especialidad, la red de infraestructura necesaria para su desarrollo está perfectamente definida. El entrenamiento del especialista debe ser garantizado y resta cuantificar el número de procedimientos necesarios para acreditar las unidades. Este número no variará esencialmente del referido por otras sociedades de nuestro entorno. Los responsables docentes deberán garantizar su cumplimiento y durante el período de adaptación habrán de adoptarse soluciones interinas que permitan alcanzar el objetivo, bien con rotaciones optativas o con rotaciones externas en Unidades Asistenciales que demuestren el adecuado volumen de actividad.

En la encuesta previamente mencionada, se requirió una postura personal de los responsables docentes sobre quién debería realizar las técnicas endovasculares y sobre cuál era la dotación de su servicio en aquel momento (mayo 2000). El 80% tenían la infraestructura adecuada y el 20% restante se encontraba en vías de dotación. Ningún responsable docente se pronunció a favor de que los angiorradiólogos las realizaran en exclusiva. El 40% pensaban que deberían ser realizadas por cirujanos vasculares y el resto aceptaban la constitución de equipos multidisciplinarios. De estas respuestas, en primer lugar nos felicitamos por la dotación homogénea de nuestros servicios docentes que sin duda cambia el horizonte de la prácti-

ca asistencial en un próximo futuro. En segundo lugar, parece imprescindible y sin duda coherente que el cirujano vascular del futuro debe ejercer una función activa irrenunciable en estas técnicas terapéuticas. Su exclusión, y ésta puede tener muy diferentes matices, al menos parece incongruente con una atención adecuada de los pacientes. El decidir, según circunstancias locales y disponibilidad de especialistas entrenados, constituir grupos multidisciplinarios no afecta a la filosofía de lo expuesto. Es razonable que un radiólogo entrenado y con experiencia deba implicarse en el proyecto, pero no hasta el punto de que el cirujano mantenga la guía al extremo del catéter o que después de abordar la arteria se aparte a un lado, para volver al final del procedimiento o ante una complicación grave.

Es responsabilidad de los Servicios Docentes incorporar la práctica endovascular a su arsenal terapéutico cotidiano y así permitir que los futuros cirujanos vasculares ejerzan de forma integral la especialidad. La Comisión Nacional, en una próxima revisión de los objetivos docentes, deberá definirlos en calidad y cantidad e incorporarlos dentro de los requisitos de acreditación. La Sociedad Científica deberá exponer de forma clara ante los Organismos Oficiales la postura de la comunidad de cirujanos vasculares y deberá fomentar para sus asociados cualquier actividad de formación continuada dentro del campo endovascular. El registro de actividad y la definición de la utilidad de las nuevas técnicas conforme a la mejor evidencia clínica favorecerá el desarrollo adecuado de estas alternativas terapéuticas. Debe unificarse el lenguaje e inter-

pretación de los resultados. La propuesta de estándares en la selección de pacientes y en la valoración de las técnicas debe ser adoptada de forma general. Las series anecdóticas sin control sólo sirven para confundir sobre la validez de los procedimientos. Toda Unidad Acreditada debe someterse a un control de calidad en indicaciones y resultados para mantener la acreditación. Esto permitirá identificar las prácticas correctas y potenciarlas. No hay que olvidar que estos procedimientos son una alternativa de aplicabilidad limitada en el conjunto de pacientes vasculares. Un número de intervenciones anuales garantizará el mantenimiento de las habilidades y debería ser requisito para mantener la acreditación.

Finalmente, se hace imprescindible una adecuada formación complementaria en protección radiológica para cumplimiento del Real Decreto 1976/1999 de 23 de diciembre. Esta faceta de la docencia entiendo debe ser común para todos los especialistas que utilicen técnicas radiológicas (radiología, hemodinamia, cirugía endovascular, traumatología, etc.). Urge solicitar de las autoridades sanitarias la facilitación de recursos docentes para el cumplimiento de esta directiva, así como implementar un programa de calidad en las unidades asistenciales, según se especifica en el Artículo 20, 1 y 2, del mismo decreto. Las Comisiones Nacionales y Sociedades Científicas deberán es-

tablecer acciones que apoyen la disponibilidad de estos recursos.

En conclusión, la Acreditación para la práctica asistencial de las técnicas de Cirugía Endovascular requerirá un entrenamiento que permita:

1. Conocer en profundidad y extensión las ciencias fundamentales en cuanto a su relación con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vasculares.
2. Ejercer el diagnóstico clínico sobre la base del conocimiento anatómico, fisiopatológico y de historia natural de la enfermedad vascular.
3. Practicar e interpretar el diagnóstico ‘no invasivo’ en patología vascular.
4. Familiarizarse con las técnicas de diagnóstico por imagen, su práctica e interpretación.
5. Adquirir la suficiente experiencia clínica para evaluar, indicar y practicar todas las alternativas terapéuticas, desde el tratamiento conservador al endovascular o quirúrgico.
6. Conocer las consecuencias del empleo de radiaciones para el paciente y personal expuesto. Establecer un control de calidad de las instalaciones asistenciales.
7. Valorar los resultados de las técnicas empleadas con un seguimiento clínico basado en los estándares aceptados por las Sociedades Científicas.

Bibliografía

-
1. Guía de Formación de Especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid; 1996. p. 57-71.
 2. White RA, Hodgson KJ, Ahn SS, Hobson RW, Veith FJ. Endovascular interventions training and credentialing for vascular surgeons. *J Vasc Surg* 1999; 26: 177-86.