

Cirugía endovascular: un reto profesional para el nuevo milenio

V. Riambau-Alonso

*'The patient is the centre
of the medical universe
around which all our work revolves
and towards which all our efforts tend'.*

J.B. Murphy
Chicago (1857-1916)

Introducción

Desde el comité editorial de esta publicación se me ha solicitado una opinión personal sobre el estado presente y futuro de la cirugía endovascular en nuestro país. No es fácil dar una respuesta ponderada e imparcial a esta solicitud. Por un lado, se trata de una situación novedosa y transitoria que compromete a varios especialistas, en ocasiones en litigio, y de otro, deberé proponer algunas soluciones para el futuro, en consonancia con la posición de mi propia institución. Para cumplir con el cometido he realizado dos miradas obligadas: una, a la historia reciente, y otra, a los países de nuestro entorno geográfico, social y cultural, sin perder de vista el referente médico de Estados Unidos. En cualquier caso, defenderé mis opiniones basándome en el pensamiento del Dr. J.B. Murphy que preside este escrito.

*Institut de Malalties Càrdio-
Vasculars. Hospital Clínic.
Universitat de Barcelona.
Barcelona, España.*

Correspondencia:
Dr. Vicente Riambau-Alonso.
Igualada, 10-A. E-08190
Sant Cugat del Vallès, Bar-
celona.
© 2001, ANGIOLOGÍA

Perspectiva histórica

La cirugía endovascular, entendida como aquella disciplina médica ubicada en el contexto de la cirugía mínimamente agre-

siva y basada en las técnicas de cateterización intravascular –introducción de elementos terapéuticos y diagnósticos a través de un punto de entrada vascular alejado del proceso patológico vascular a tratar–, tiene sus orígenes en la técnica de cateterización descrita en 1953 por Seldinger. Esta técnica fue aprovechada posteriormente por Dotter en 1964 y por Gruntzig en 1974 con fines terapéuticos, lo que dio lugar a la angioplastia transluminal percutánea tal como se conoce en la actualidad. Los nombres de estos radiólogos y cardiólogos intervencionistas, pioneros de la terapia endovascular junto con Judkins, Porstmann, Zeitler, Van Andel y, más tarde, Simpson, Palmaz, y otros muchos, son los que durante unas dos décadas permanecieron ignorados por la sociedad quirúrgica vascular en general, más seducida por los nuevos injertos sintéticos de poliéster y politetrafluoroetileno y por las grandes posibilidades reconstructivas que se ofrecían ante sus ojos. No fue hasta 1988 cuando, en el transcurso de la reunión anual de la Sociedad de Cirugía Vascular americana (*Society for Vascular Surgery*), celebrada en Chicago, se reconoció la existencia de una forma terapéutica denominada ‘nueva cirugía vascular endoluminal’. Hasta entonces, el escepticismo de los cirujanos había superado su curiosidad, lo que los mantuvo al margen de las técnicas endoluminales vasculares. Mientras tanto, radiólogos y cardiólogos inter-

vencionistas ganaban experiencia y confianza en las mismas. Ésta es, en parte, la razón de las 'luchas interdisciplinarias' a la hora de protagonizar la ya aceptada cirugía endovascular.

Sin embargo, no todos los cirujanos despreciaron el potencial de las técnicas por cateterismo. Prueba de ello es que, en 1963, el cirujano Thomas Fogarty, recién terminada su licenciatura en medicina, trató con éxito por vez primera una embolia ilíaca en una mujer joven. Utilizó anestesia local y una disección y arteriotomía femoral para extraer la embolia con el catéter de embolectomía ideado por él mismo, pero sin control fluoroscópico. Más recientemente, en 1991, Juan Carlos Parodi, otro cirujano, informó de la posibilidad de tratar los aneurismas mediante el implante endoluminal de una endoprótesis. Éstas son las dos contribuciones históricas más relevantes de los cirujanos al desarrollo de la cirugía endovascular [1]. Precisamente, la posibilidad de tratar los aneurismas aórticos mediante técnicas endovasculares supuso un punto de inflexión en la historia de la cirugía vascular. Por vez primera existió un temor generalizado entre los cirujanos de 'perder' el tratamiento de uno de sus 'buques insignia', el aneurisma de aorta abdominal. De repente, algunos cirujanos manifestaron un interés inusitado en recuperar el tiempo perdido para reciclarse y conseguir abordar la reparación endovascular de los aneurismas. Avanzándose al futuro, en 1987 se fundó, con carácter multidisciplinar, la *International Society for Endovascular Surgery* –más tarde, *Specialists* (ISES)–, con reducida pero decidida participación de algunos cirujanos

vasculares de todo el mundo, en aquel momento no muy bien considerados por los colegas más clásicos y tradicionales. Sin embargo, ahora cuenta entre sus afiliados con los más significados cirujanos vasculares de Estados Unidos y de otros países del mundo, y su revista constituye una de las publicaciones de mayor impacto en la especialidad (*Journal of Endovascular Therapy*). Hace pocos años se han creado algunos proyectos y sociedades nacionales de cirugía endovascular, con participación de sociedades quirúrgicas y radiológicas de Gran Bretaña, Francia, Italia, Países Bajos y Bélgica. Ésta es la situación actual de la cirugía endovascular en nuestro entorno. En España, en este sentido, no tenemos todavía antecedentes oficiales de colaboración entre sociedades científicas, pero me consta que muy pronto podremos iniciar este tipo de experiencias.

Escenarios actuales

La historia nos ha conducido a una situación actual donde se pueden distinguir tres tipos de escenarios:

- Los centros hospitalarios en que se ha optado por una actitud pasiva, donde no existía convencimiento ni posibilidades inminentes de iniciar un programa endovascular, se han mantenido en espera de la consolidación de las técnicas. El resultado de tal estrategia ha sido la pérdida de posicionamiento de los propios profesionales y del centro asistencial al que pertenecen.
- La segunda opción ha sido fruto de un mal entendimiento y de una compe-

tencia escasamente constructiva. Cirujanos vasculares y radiólogos intervencionistas han separado sus fuerzas y ello ha originado el desarrollo de un programa endovascular sesgado y caracterizado por una yatrogenia derivada de accidentadas curvas de aprendizaje. En el momento actual son pocos los centros que practican esta estrategia beligerante. El resultado de no sumar consiste en presentar deficiencias crónicas que limitan los resultados técnicos, asistenciales y económicos de los centros donde se lleva a cabo este tipo de estrategia.

- Finalmente, el tercer escenario posible es la transformación de la competición profesional en una colaboración productiva. Esta estrategia permite acortar curvas de aprendizaje y ganar en eficacia y seguridad para los pacientes, poniendo en práctica el mensaje del Dr. J.B. Murphy.

La tercera opción ha sido la escogida por nuestro centro. A finales de 1995 se constituyó el grupo terapéutico multidisciplinar. Siguiendo con el espíritu del proyecto de rediseño de servicios sanitarios (proyecto PRISMA) se intentó agrupar a los profesionales relacionados directamente con los pacientes portadores de aneurismas de aorta. De este modo se confeccionó un grupo multidisciplinar formado por cirujano vascular (responsable del proyecto), cirujano cardíaco, angiorradiólogo, radiólogos expertos en tomografía computarizada y angiorresonancia, anestelistas, enfermería quirúrgica cardiovascular y diplomados técnicos en angiorradiología. Más tarde se añadió un economista (jefe administrati-

vo del *Institut Clínic de Malalties Càrdio-Vasculares* [ICMCV]), un cardiólogo experto en ecocardiograma y un patólogo experto en patología cardiovascular. En el momento actual estamos trabajando en la creación, dentro del ICMCV, de una Unidad Funcional en Terapia Vascular, a semejanza de los *Vascular Centers* americanos [2,3]. El modelo, pionero en nuestro país, ha sido también seguido por otros centros que se adentraron, con mayores o menores reservas, en la nueva era de la terapéutica endovascular. La posibilidad de combinar la destreza de unos y otros especialistas, como radiólogos intervencionistas y cirujanos vasculares, ha permitido alcanzar logros asistenciales, académicos, económicos y docentes que nos han posicionado en un lugar de referencia nacional e internacional. Esta fórmula ha facilitado que todos aprendamos mucho de los demás en beneficio último del paciente. Así lo está entendiendo y apoyando nuestra institución.

Somos conscientes de que, en las diferentes instituciones, las circunstancias son diversas y en ocasiones desfavorables para poder llegar a confeccionar grupos multidisciplinarios. También sabemos que las relaciones personales son generalmente las responsables de un mejor o peor entendimiento entre las partes. Sin embargo, creemos que invertir esfuerzos en esta dirección conlleva beneficios para todos los involucrados y especialmente para el paciente. En algunos centros pueden existir deficiencias técnicas o falta de estímulo para afrontar un proyecto asistencial nuevo, como el endovascular complejo. En nuestra opinión, no se debe forzar la práctica de procedimientos endovascula-

res sin antes corregir estas deficiencias y así garantizar el éxito de los mismos.

En otros países, otras especialidades están 'litigando' para realizar los procedimientos endovasculares: especialistas en neurología, neurocirugía, medicina vascular, cardiología intervencionista, cirujanos cardiotorácicos... No importa la formación inicial. Si son diestros en alguna técnica y tienen algo que aportar, enseñar o aplicar a los pacientes, sean bienvenidos a las unidades vasculares multidisciplinarias, porque en solitario no se puede afrontar al tratamiento integral del paciente vascular. El tratamiento vascular integral comprende aspectos de medicina preventiva y educación sanitaria, diagnóstico invasivo y no invasivo, tratamiento médico o quirúrgico, seguimiento y corrección de posteriores complicaciones.

Propuesta de solución para el nuevo milenio

En mi opinión, por nuestra experiencia y la observada en otros países de referencia, creo que las unidades terapéuticas o centros vasculares pueden dar respuesta al cuidado integral del paciente vascular. Además, se aprovecharía a otros profesionales, no cirujanos vasculares, con destreza en campos específicos del diagnóstico y tratamiento de la patología vascular.

La superespecialización será necesaria para dominar parcelas más concretas del diagnóstico y tratamiento vasculares. El tiempo de dedicación a formarse y mantenerse formado, y a aplicar las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, hará inviable el concepto de ‘superhombre’ capaz de dominar todas ellas. Por tanto, hay que hacer aquí.

No quisiera terminar sin agradecer a la redacción de la revista *Angiología*, especialmente al Dr. Marc Cairols, la oportunidad de expresar mi opinión en un tema controvertido pero ante el cual los angiólogos y cirujanos vasculares no podemos mantenernos al margen ni permanecer

resulta necesario replantearse los programas de formación de especialistas relacionados con la patología vascular. Brevemente, mi propuesta consiste en diseñar un programa troncal en angiología y cirugía vascular de cuatro años; posteriormente, dos años más de entrenamiento específico en áreas como diagnóstico no invasivo, diagnóstico invasivo (angiografía, angiorresonancia, angio-TAC, angiografía por emisión de electrones y tratamiento de la imagen), tratamiento médico, tratamiento preventivo y educación sanitaria, tratamientos quirúrgicos complejos y tratamientos endovasculares. Durante unos años de transición podría ser viable que, desde otras especialidades, pudiera accederse a la formación vascular. El objetivo sería formar superespecialistas en cada una de las áreas implicadas en el tratamiento integral del paciente vascular y reunirlos bajo el concepto de 'centro vascular'. Probablemente, pasarán muchos años antes de poder afrontar de un modo racional la situación actual de nuestra especialidad porque son numerosos los estamentos y los intereses personales implicados. Sin embargo, la idea apuntada queda para quien quiera desarrollarla o discutirla. La otra opción consiste en esperar que, desde otro lugar, nos demuestren su viabilidad y, como en otras ocasiones, nos digan qué hay que hacer aquí.

No quisiera terminar sin agradecer a la redacción de la revista *Angiología*, especialmente al Dr. Marc Cairols, la oportunidad de expresar mi opinión en un tema controvertido pero ante el cual los angiólogos y cirujanos vasculares no podemos mantenernos al margen ni permanecer

pasivos; no debemos olvidar que, parafraseando al Dr. J.B. Murphy, 'el paciente es el centro del universo de la medicina alre-

dedor del cual todo nuestro trabajo se desarrolla y hacia el cual tienden todos nuestros esfuerzos'.

Bibliografía

1. Rimbaut V, Latorre E. Nuevas terapéuticas en patología vascular. En Cairns MA, ed. Temas actuales en angiología y cirugía vascular. Barcelona: Espaxs; 1993. p. 317-48.
2. Whittemore AD. Presidential address. A team for the 21st century: The vascular center. J Vasc Surg 2000; 31: 1-8.
3. Sicard GA. El cirujano vascular del nuevo milenio. Arch Cir Vasc 2001; 1: 1-4.