

## Angiología y Cirugía Vascular. El futuro en nuestras manos

F. Acín

Hace algún tiempo, a petición de la directiva de la Sociedad Centro, preparé una ponencia para expresar mi opinión sobre el futuro de la especialidad en España. En un principio me preocupé y consideré que no era un reto fácil intentar adivinar, en un momento tan complejo desde el punto de vista profesional y legislativo, las nuevas tendencias. Por otro lado, haber estado implicado hasta el pasado año en las labores de la Comisión Nacional de Docencia me otorgaba una perspectiva que podía merecer la pena plasmar en un editorial que sirviera de despedida de la pertenencia a dicha comisión. Este es el motivo de este escrito: intentar compartir unas ideas que si abrieran debate, podrían colaborar a perfilar el camino futuro.

Es evidente para todos que la Cirugía Vascular –en España, ‘Angiología y Cirugía Vascular’– ha sufrido un cambio irreversible en la última década. Por mi edad, he tenido el privilegio de vivir parte de su desarrollo y esto me permite tener una visión sosegada de esa transformación y de las posibilidades de adaptación a ellas.

En mi época de formación, los escasos grupos de cirujanos vasculares, liderados por figuras emblemá-

ticas, competían por el número y complejidad de las intervenciones arteriales que eran capaces de realizar. Era la época de las endarterectomías frente a los bypasses y las complejas cirugías de los aneurismas, con la siempre distintiva bandera del número anual de carótidas operadas. Estos puntos diferenciales distinguían los cirujanos vasculares de primera y segunda categoría. En aquellos días, realizar una angiografía en quirófano era para muchos grupos un gesto innecesario y bajar por debajo de la tercera porción de la arteria poplítea constituía una pérdida de tiempo. En el paciente con un pie diabético ‘no revascularizable’, la amputación primaria era una indicación frecuente. Por tanto, muchas isquemias de grado IV que accedían a Urgencias con buenos pulsos femorales o con pulso poplíteo se diferían al no ser pacientes en los que la cirugía arterial pudiera aportar sus complejas excelencias. Gracias a ello, la cirugía distal se convirtió en uno de los más importantes avances de los años ochenta.

En aquellos días, algunos visionarios y geniales colegas lucharon en este país por una especialidad independiente de la Cirugía General, que conservara un carácter médico-quirúrgico –este último detalle debido, sin duda, a la tradición de la escuela de Angiología del Dr. Martorell, de la cual muchos de ellos procedían–. El caso es que, en 1978, se aprobó la ‘Cirugía Vascular Periférica (Angiología)’ como especialidad independiente. Posteriormente, su nombre se cambió por el de ‘Angiología y Cirugía Vascu-

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Francisco Acín García. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Getafe. Ctra. Toledo, km 12,5. E-28905 Getafe (Madrid). E-mail: facing@seacv.org

© 2005, ANGIOLOGÍA

lar'. Algunos aún conservan cierta aversión al nombre de 'Cirugía Vascular Periférica' como reflejo de que la aorta torácica y abdominal también entra a formar parte de su actividad. Por tanto, hace un cuarto de siglo nos situamos dentro del marco legislativo, en una posición de ventaja respecto a países de nuestro entorno. La Angiología y Cirugía Vascular se configuró dentro del sistema de formación MIR con un programa definido de entrenamiento. Las acreditaciones para docencia de los servicios se basaban fundamentalmente en la competencia, el número de cirugías arteriales realizadas y algún otro requisito que solo cumplían algunos Servicios de elite.

¿Qué ha sucedido desde entonces? Aquellos pocos Servicios elitistas y competidores entre sí han pasado a ser 32 Servicios Docentes. Además, otros muchos Servicios y Unidades realizan en la actualidad una labor asistencial de excelencia, aunque no tengan acreditación para formar residentes. Esto significa que, afortunadamente, cada año se forman 32 especialistas y hay en el momento actual más de 150 residentes en formación. Reconociendo la existencia de Unidades y Servicios con excelente práctica clínica, siguen faltando grupos para poder abarcar la asistencia de los pacientes vasculares.

Pienso que la comunidad vascular goza de buena salud. La reserva de los grupos de antaño en comunicar sus cifras ha pasado a reflejarse en los registros no sólo de los Servicios con obligaciones docentes, sino de la mayoría de las Unidades asistenciales del país. Los Servicios Docentes aportan anualmente una memoria de actividad y cada residente completa un informe que envía a la Comisión Nacional. Hemos conseguido entre todos un clima de confianza, del cual debemos felicitarnos en la parte que nos corresponda.

Este potencial humano es considerado por algunos como excesivo y todos los años surgen voces que incitan a limitar el número de especialistas en formación. Quiero mencionar algún dato para ayudar a comprender mi posición al respecto. En el momento

actual, nuestra especialidad no tiene paro laboral. El grueso de la pirámide poblacional está comprendido entre los 25 y 50 años. Esta población, responsable del actual estado del bienestar, dentro de 10 años, y hasta bien avanzada la primera mitad del siglo XXI, envejecerá con una prolongada expectativa de vida. Parece lógico pensar que habrá un aumento de demanda asistencial a la que se deberá responder con especialistas competentes bien entrenados. Es más, si sólo atendemos al presente, siguen existiendo áreas poblacionales sin acceso a un Servicio de Cirugía Vascular. Provincias como Ávila, Cuenca, Cáceres, Córdoba, Murcia, Palencia, Segovia, Cantabria, Teruel, Zamora, Guadalajara o Huesca no tienen atención especializada en el Sistema Público de Salud, o bien ésta es testimonial, con Unidades infradotadas. Un razonamiento frecuente en la Administración Sanitaria es la desincentivación a crear unidades de Cirugía Vascular cuando no hay especialistas dispuestos a cubrirlas. Esta realidad, afortunadamente cada vez menos frecuente, favorece el intrusismo y la incorrecta atención de los pacientes vasculares.

Muy ocupado en atender la creciente demanda asistencial, el cirujano vascular se ha centrado en la actividad quirúrgica, fuente de su prestigio y a la vez demandante de sus habilidades técnicas. Salvo excepciones, ha relegado a un segundo plano su actividad clínica angiográfica, ha considerado secundaria la parte flebológica de la especialidad, y ha subestimado e incluso favorecido el crecimiento y desarrollo del intervencionismo en manos de otros especialistas.

En la última década, las innovaciones tecnológicas han eclosionado de forma súbita sorprendiendo el quehacer diario de nuestra actividad y nos han llevado a cambios en el tratamiento de los aneurismas de aorta torácica y abdominal, en la estenosis carotídea y en la patología oclusiva de los miembros inferiores, que harán que la Cirugía Vascular no vuelva a ser la misma que antaño. Este devenir de acontecimientos no se detendrá. La terapia génica, la conjunción de dispositivos endoluminales con terapias far-

macológicas, los avances en el diagnóstico de imagen y el diagnóstico no invasivo, los tratamientos de mínima invasión, la robótica, etc., obligarán al cirujano vascular a adoptar una actitud activa al respecto o la especialidad no sobrevivirá en el futuro.

Parece una opinión de consenso cada vez más extendida –incluso fuera de nuestras fronteras– que el cirujano vascular tiene una posición privilegiada en el espectro de las especialidades quirúrgicas. Asume –o debe asumir– la parte clínica de la patología vascular: la ‘Angiología’. Incorpora el diagnóstico no invasivo y es capaz de aportar técnicas de tratamiento farmacológico, quirúrgicas convencionales y endovasculares. Los programas formativos en nuestro país asumen estas competencias. La cuestión reside en saber si es posible desarrollar capacidades en todas las técnicas. La formación del angiólogo y cirujano vascular debe ser global y encaminarse a conocer la patología vascular desde sus aspectos básicos fisiopatológicos, la historia natural de la enfermedad y los resultados de las diferentes terapias alternativas o complementarias para cada enfermo. El ‘especialista vascular’ así formado será requerido cada vez más por los expertos con capacidad de decisión e influencia en los cambios estructurales y legislativos de los diferentes países.

A pesar de los muchos frentes que amenazan la situación privilegiada de nuestra especialidad, podríamos definir cinco pilares en que puede asentarse nuestra práctica y que debemos vigilar:

1. Si relegamos la práctica clínica de la Angiología y no destinamos el tiempo suficiente a nuestros enfermos en las polyclínicas, los internistas, cardiólogos, endocrinólogos, nefrólogos, neurólogos, etc. harán nuestro trabajo de forma eficiente y aconsejarán al paciente el tipo de terapia que precisan, según modas o tendencias del momento, eludiendo nuestro criterio.
2. Si no conocemos, discutimos y practicamos en nuestros grupos de trabajo el diagnóstico no invasivo, otros lo harán en nuestro lugar, acreditando

sus centros en nuestras propias sociedades, que de forma generosa y abierta ofrecen estas acreditaciones a otros especialistas o técnicos.

3. Las luchas de competencia por la ‘bandera’ de la cirugía endovascular –‘radiología vascular intervencionista’ para otros– sigue planteada. La reticencia en algunos de practicar las nuevas terapias favorece la polémica. En cada grupo se ha encontrado una posición de compromiso con el resto de especialistas que pretenden asumirlas: radiólogos intervencionistas, neurorradiólogos, cardiólogos hemodinamistas, cirujanos cardíacos, nefrólogos intervencionistas... Cualquiera que sea la situación, el concepto que debe permanecer claro es que el paciente vascular debe ser tratado por el Angiólogo y Cirujano Vascular. Esto implica su diagnóstico clínico e instrumental y la oferta del mejor tratamiento posible y vigilancia de éste. Ninguna técnica justifica por sí misma la creación de una especialidad médica.
4. El cuarto y más claro pilar en que se apoya nuestra especialidad también puede verse amenazado: me refiero a la ‘cirugía convencional’. Las endoprótesis aórticas en el tratamiento de aneurismas, las angioplastias y *stents* carotídeos con los sistemas de protección cerebral más sofisticados, y las recanalizaciones y angioplastias periféricas, tibiales, viscerales, etc., ofrecen cada vez mejores resultados y limitan las indicaciones quirúrgicas en muchas áreas de nuestra actividad. Esta evolución puede plantear una falta de entrenamiento de nuestros especialistas jóvenes. Dentro de unos años, con la implantación de las técnicas menos invasivas, ¿quién podrá resolver problemas quirúrgicos complejos? Por tanto, no descuidemos el ‘oficio’ de cirujanos vasculares capaces de aplicar tratamientos resolutivos en muchas facetas de la patología vascular claramente quirúrgicas.
5. En nuestro medio, la presión asistencial y la gestión de reducción de listas de espera nos conducen a estar más ocupados, sin poder incrementar

los recursos de forma suficiente. Esta presión repercute negativamente en la docencia e investigación; ello compromete seriamente el futuro de nuestro desarrollo como especialidad, siendo un discurso constante la crítica a la escasa producción científica y al desarrollo de la investigación en temas de nuestra competencia. La reforma de programas exige un plan estructurado de formación en metodología científica y deben ofrecerse facilidades para crear puestos de trabajo a tiempo completo o parcial orientados a la investigación y como complemento necesario a la formación del residente. La investigación básica y clínica constituye el entramado y el camino de la progresión y el futuro de cualquier especialidad.

Todas estas consideraciones sobre dónde estamos y hacia dónde vamos de pronto se han visto sorprendidas por cambios legislativos aún por desarrollar. La aprobación de la Ley de Ordenamiento de las Profesiones Sanitarias (LOPS) el 21 de noviembre de 2003 (Ley 44/2003), actualmente en desarrollo, establece en su artículo 19.2 que las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad y que las especialidades de un mismo tronco tendrán un período de formación común mínimo de dos años. Este programa común será definido por una comisión conjunta de representantes de las comisiones implicadas. El artículo 23 abre el camino de formación en red, pudiendo obtenerse otro título de especialista después de una formación complementaria y una prueba de capacitación. La flexibilización del sistema se completa en el artículo 24, donde se definen las áreas de capacitación para una o varias especialidades, a modo de diplomaturas de carácter oficial y con validez en todo el territorio del Estado. Precisa que su posesión será necesaria para utilizar de forma expresa la denominación de especialista con capacitación en tal área.

Previamente a la aprobación de la LOPS, la Comisión Nacional había revisado el programa formati-

vo adaptándolo a las nuevas tendencias de la especialidad. Se definían claramente sus áreas de competencia en tipos de patologías, medios de diagnóstico y alternativas terapéuticas, y de entre ellas, los tratamientos médicos, endovasculares y quirúrgicos, tanto convencionales como de mínima invasión, endoscópicos, etc. El problema al diseñar un programa realista que proporcione la formación básica al Angiólogo y Cirujano Vascular y lo convierta en un especialista en Enfermedades Vasculares reside en poder abarcar, en extensión y contenido, las diferentes facetas de la especialidad con suficiente profundidad para conseguir dicho fin, sin que ello signifique que se convierta en un experto en cada una de las técnicas o procesos. La formación continuada seguirá completando al especialista y las áreas de capacitación pueden desempeñar un papel en este nivel de formación, siempre que se entiendan en el desarrollo y perfeccionamiento de la especialidad y no como puerta falsa que liceite otros intereses. Las técnicas por sí mismas tampoco justifican un área de capacitación.

Con la aparición de las futuras troncalidades, la adecuación del tiempo y los contenidos docentes nos llevarán a varias posibles alternativas:

- Prolongar un año la formación del especialista, problemático en una era de contención del gasto.
- Diseñar un nuevo concepto de troncalidad a la medida de cada especialidad.
- Considerar la Angiología y Cirugía Vascular como una especialidad médico-quirúrgica apartada de cualquier troncalidad clásica y, a su vez, parte troncal o nuclear en la formación de numerosas especialidades quirúrgicas.

Lo que no cabe duda es que el desarrollo de las diferentes facetas de la ‘Angiología y Cirugía Vascular’ en los últimos años, y siempre en respuesta a la demanda asistencial, la aleja de forma conceptual y en su práctica clínica de la ‘Cirugía General y Digestivo’ y de la ‘Cirugía Cardiovascular’. Esta distancia, quieran o no, es irreversible. Diseños que busquen

una conjunción troncal al respecto se basarán en intereses corporativos, pero nunca responderán a la verdadera realidad del servicio eficiente al paciente vascular, último y principal objetivo de nuestra actividad y de cualquier diseño administrativo.

Situaciones anacrónicas como la dualidad de programas de la especialidad de Cirugía Cardiovascular, incumplidos por sus especialistas y denunciados hace más de quince años, pero mantenidos, no podrán defenderse ante nuestros socios europeos. Los hechos son contundentes y la manzana caerá del árbol por su propio peso. Esto supondrá que, en un corto período, la atención de los pacientes vasculares se limitará a los especialistas en ‘Angiología y Cirugía Vascular’. La práctica de nuestra especialidad por facultativos no entrenados de forma adecuada supondrá un riesgo vital para los enfermos y legal para estos profesionales. Sin duda, la Administración, velando por la mejor asistencia y garantía de los pacientes, homologará el contenido de los programas y de las titulaciones con la asistencia real de los pacientes. Sí existen claros límites entre las especialidades médicas: los de la ‘competencia profesional’.

En el otro extremo, el de las áreas de capacitación, podemos caer en el error de solicitar una titulación para un tipo de técnica diagnóstica o terapéutica, y permitir el riesgo de dividir nuestra especialidad en subespecialidades con posibles accesos desde múltiples orígenes. Debemos estar atentos a que, en el futuro, las iniciativas en el seno de nuestras Sociedades no abran puertas a estas tendencias. El distintivo de una especialidad médica es el conocimiento profundo de la patología que trata, su evolución, posibles terapias y aplicación con el máximo nivel de competencia.

Por tanto, como vemos, las amenazas son múltiples. A título personal, resumiría ciertas actitudes de futuro que juzgo positivas:

- Conseguir que el número de especialistas sea el suficiente como para que allí donde se precise

atención y se cree una Unidad, existan siempre ‘especialistas vasculares’ formados y dispuestos a ejercer esos puestos de trabajo. Esta actitud y la presión laboral y política que genera un colectivo numeroso, forzarán la creación de nuevas Unidades y evitarán el intrusismo profesional.

- Desarrollar en nuestras Sociedades y exigir el cumplimiento de los protocolos y guías clínicas en cuanto a los procesos diagnósticos y terapéuticos que nos son propios y a los cuales nos acredita nuestro título de especialista.
- Incorporarnos a la terapia endovascular reivindicando su realización y siempre su indicación y seguimiento.
- Indicar y tutelar las terapias farmacológicas que precisen nuestros pacientes para el tratamiento y profilaxis de la enfermedad vascular.
- No descuidar el oficio quirúrgico y extremar la destreza en cirugía convencional, ya que en el futuro seremos los únicos que podremos realizarla.
- Incentivar la inquietud por la investigación y desarrollo de nuevos avances tecnológicos. Promover estudios cooperativos que nos acrediten como colectivo y nos ayuden a definir la posición real de las nuevas ofertas terapéuticas.
- Abrirnos a todos los foros posibles ofertando con nuestros conocimientos un soporte de colaboración a especialistas afines en el tratamiento del paciente vascular.

La Angiología y Cirugía Vascular es una especialidad reconocida e imprescindible en la actividad médica asistencial de nuestros hospitales. El desarrollo en los últimos años de numerosos aspectos de la especialidad amplía el horizonte global. La demanda asistencial se incrementará en las próximas décadas y los especialistas vasculares deberán ser solicitados por su competencia y preparación. La sociedad de la información requerirá la mejor atención posible para las enfermedades vasculares y de una forma territorialmente homogénea.

Nuestro principal objetivo debe ser incrementar día a día nuestro conocimiento de la enfermedad vascular y mantener un alto nivel de competencia profesional, que ofrezca respuesta óptima a la demanda social. Si en todo momento podemos ofrecer el

mejor tratamiento posible a nuestros pacientes, el futuro estará garantizado. Asegurar nuestra destreza y competencia en el abordaje de la ‘enfermedad vascular’ será el único medio de luchar por tener el futuro en nuestras manos.