

La Radiología vascular e intervencionista: presente y futuro en nuestro país

Hace poco más de 50 años la única opción posible para realizar una angiografía era introducir una aguja rígida de gran calibre a través de la espalda del paciente, puncionar directamente la arteria aorta e inyectar contraste en ella. En 1953, el radiólogo sueco I. Seldinger, ideó un sistema mucho menos traumático, consistente en introducir un catéter a través de la arteria femoral y controlar sus movimientos en una pantalla de Rx. Unos 10 años más tarde otro radiólogo, Judkins, realizó la primera dilatación vascular percutánea y se inició una nueva era en la historia de la Radiología: los radiólogos podíamos no sólo diagnosticar, sino también tratar enfermedades; así nació la rama de la Radiología llamada "Vascular e Intervencionista" (RVI).

Han pasado poco más de 30 años desde las primeras angioplastias con balón realizadas por Grüntzig en 1974, pero en este corto período de tiempo los progresos en RVI han sido enormes. En la actualidad los radiólogos podemos acceder mediante una aguja, una guía y un catéter a los lugares más recónditos del mapa vascular del organismo, e incluso a los territorios no vasculares, como son las vías biliares o urinarias, el tubo digestivo, el aparato reproductor femenino o el aparato lagrimal. Todo ello ha contribuido a que la RVI constituya actualmente uno de los principales avances de la Medicina de los últimos tiempos, al permitir tratar con métodos mínimamente invasivos enfermedades cuya única alternativa terapéutica hasta hace pocos años era la cirugía abierta. La realidad es que actualmente estamos tratando pacientes procedentes de la mayoría de especialidades médicas y quirúrgicas.

Como es lógico, el progresivo incremento en la complejidad y diversidad de los procedimientos intervencionistas ha exigido una "súper-especialización" de los radiólogos dedicados a este campo y que tengamos una dedicación prácticamente exclusiva a él en la práctica diaria. Asimismo, el radiólogo vascular-intervencionista se ha visto en la necesidad, al pasar de un campo predominantemente diagnóstico a uno eminentemente terapéutico, de adquirir hábitos de trabajo diferentes en cuanto a la relación con el paciente, debiendo llevar a cabo una actividad clínica "extra-radiológica" de control pre y post-procedimiento similar a la de un cirujano.

El desarrollo de estas unidades de terapéutica por RVI en el seno de Servicios de Diagnóstico por la imagen ha tenido, como es lógico en todo proceso de cambio, sus fases de conflicto, llegando incluso a plantearse en algunos foros si este tipo de actividad debía seguir ligado a la Radiología o independizarse de ella y pasar a depender de áreas quirúrgicas. Algunas actitudes, tal vez excesivamente beligerantes y extremistas por una y otra parte, propiciaron en un pasado no muy lejano situaciones de enfrentamiento entre profesionales que en definitiva practicaban una misma especialidad médica, aunque se dedicaban a dos ámbitos diferentes de ella: el diagnóstico y el terapéutico. Triste situación ésta, que por desgracia nos consta que sigue manteniéndose en algunos Servicios, pero que

creo firmemente que está llamada a desaparecer. Los responsables de los Servicios de Radiodiagnóstico han tenido siempre la tendencia a dar prioridad a las áreas diagnósticas en los planes de necesidades, y es hasta cierto punto comprensible que en las fases iniciales de la RVI haya sido así, no obstante hoy por hoy esto se hace del todo injustificable. La importancia de la RVI en la práctica hospitalaria diaria es lo suficientemente relevante como para ser mucho más tenida en cuenta dentro de los propios Servicios de Radiodiagnóstico, y tengo la esperanza de que así será. Confío en que la voluntad integradora por parte de la SERVEI y la SERAM, que son claras y manifiestas, contribuyan también a ello, pues no existe otro camino viable que el trabajo conjunto y la cohesión. En un editorial publicado en esta misma Revista hace aproximadamente un año, el Dr. Tardáguila, actual presidente de la SERAM, transmitía la importancia de mantener una fuerte cohesión interna entre todos los campos de nuestra especialidad para conseguir que ésta sea cada vez más fuerte y nos permita a todos afrontar los retos actuales y aquellos que llegarán en el futuro, opinión que suscribo al cien por cien. También menciona la necesidad de modificar "la organización basada en máquinas para pasar a trabajar más cerca del paciente en un entorno más clínico, mediante la organización por órganos y sistemas". No cabe duda de que estas modificaciones pueden contribuir en gran manera a un mayor grado de trabajo en equipo entre los profesionales del diagnóstico y de la terapéutica por imagen. Tal vez debería considerarse incluso una ampliación en la denominación de los Servicios de Radiodiagnóstico que resultara asimismo más integradora, y que incluyera el término "terapéutica" asociado al de "diagnóstico". Nos quedará luego la tarea de buscar fórmulas para establecer dentro de cada Servicio, y según las peculiaridades del mismo, el grado de implicación del RVI en la diversas áreas órgano-sistema, pero no nos quepa la menor duda de que todos los esfuerzos encaminados a conseguir una mayor cohesión y fuerza de la especialidad en todas y cada una de sus múltiples vertientes, se traducirán en una mayor consecución de nuestros intereses profesionales y una mejora de nuestro prestigio ante el resto de especialidades. La integración nos hará más fuertes como colectivo profesional, mientras que los enfrentamientos internos no harán sino debilitarnos frente a posibles actitudes beligerantes e intentos de intrusismo de otras especialidades que, como todos conocemos, se están sufriendo en diversos campos de nuestra especialidad, entre los que figura la RVI.

Situación de la radiología vascular e intervencionista en España en 2007

En lo que respecta al grado de capacitación de los profesionales y al nivel científico y técnico de los mismos,

la situación de la RVI en nuestro país puede calificarse como excelente. Desde el punto de vista asistencial, sin embargo, se dan carencias a las que deberíamos poner solución en breve plazo. El trabajo diario en nuestras Unidades es cada vez mayor y más complejo, sin que la dotación material y humana haya experimentado apenas variaciones en los últimos 10 años. El porcentaje de procedimientos terapéuticos se está imponiendo claramente sobre el de los diagnósticos, y además cada vez son más numerosas las patologías urgentes que pueden beneficiarse de nuestros tratamientos, y por lo tanto la asistencia continuada 24 horas al día se está haciendo imprescindible.

En la actualidad existen unidades de RVI en activo en menos de 90 hospitales públicos de toda España, y el número de facultativos que nos dedicamos a este campo supera escasamente la cifra de los 200. La distribución geográfica de las Unidades es enormemente irregular, con tendencia a la acumulación en los grandes núcleos de población, mientras que hay 14 provincias en las que no existe actualmente ninguna Unidad de RVI. La situación se hace todavía más grave cuando consideramos las Unidades de RVI que tienen disponibilidad de atención las 24 horas cualquier día del año. Éstas son únicamente 41 en todo el Estado. Dicha carencia de Unidades con capacidad de atención continuada provoca que los pacientes con patología urgente tributaria de tratamiento por RVI no puedan ser correctamente atendidos en sus hospitales, y tengan que ser trasladados a centros situados a veces a muchos kilómetros de distancia, o bien tengan que recibir otro tipo de tratamientos, más agresivos y que entrañan mayor riesgo y mayor morbilidad.

Podríamos resumir por tanto los problemas actuales de la RVI en nuestro país en los siguientes puntos:

1. Incremento constante y progresivo de las indicaciones de este tipo de tratamientos.
2. Escasez de Unidades y mala distribución geográfica de las existentes, con gran variabilidad según las diversas autonomías.
3. Infradotación material de las Unidades existentes; envejecimiento de las instalaciones.
4. Actividad terapéutica dentro del ámbito de Servicios tradicionalmente "diagnósticos".
5. Escasez de facultativos en las diversas unidades de RVI, con un promedio nacional de 2,3 facultativos por Unidad.
6. Escasez de "nuevas vocaciones profesionales", debida en parte a la falta de convocatoria de plazas tipificadas de RVI, y a una escasa difusión en la formación pre-graduada en el ámbito universitario.
7. Muy deficiente cobertura de las urgencias en todo el país.
8. Falta de aplicación de la normativa que exige acreditación específica y del establecimiento de sistemas de formación de especialistas en esta área.

Las soluciones deberían pasar por:

1. Incrementar la dotación material y humana de nuestros hospitales públicos dotando a la mayor parte de ellos de unidades de RVI, con las condiciones necesarias para poder atender pacientes urgentes las 24 horas del día 365 días al año.
2. Favorecer las nuevas vocaciones, incrementando la presencia de la RVI en la formación pre-grado en las universidades y creando plazas específicas de RVI en los Servicios de Radiología.
3. Facilitar en los nuevos planes de especialidades médicas el acceso a la RVI desde la especialidad troncal de Radiodiagnóstico.
4. Crear, según contempla la LOPS un "área de capacitación específica en RVI" liderada desde la especialidad de Radiodiagnóstico, a la que se pueda acceder desde cualquier especialidad médica y, tras un período de formación de dos años en unidades de RVI acreditadas para la docencia obtener la titulación oficial específica para ejercer esta disciplina.
5. Evitar desde los órganos gestores y de gobierno de los hospitales la práctica de estos procedimientos por parte de personal no bien preparado, en cuyas manos los resultados son peores y el gasto más elevado, es decir, aplicar la ya existente normativa legal que establece el Real Decreto 1976/1999 de 29 de diciembre.

La RVI es una disciplina sin la cual se hace impensable el quehacer médico en el siglo XXI. La velocidad de los avances en este campo hacen prever que en el futuro el número de indicaciones seguirá teniendo un incremento exponencial. Los modelos de relación médico-paciente basados en el principio ético de autonomía se van imponiendo al viejo modelo paternalista, y ello ha abierto al paciente la posibilidad de participar activamente en el proceso de toma de decisiones sobre su enfermedad. Los progresos en el ámbito de la comunicación también van en este sentido: el paciente puede hoy en día acceder fácilmente a áreas de información sobre su enfermedad, y así conocer los nuevos métodos de tratamiento y su derecho a optar por uno u otro y a exigir que se le aplique. Para afrontar los retos que estos cambios plantean al quehacer médico es imprescindible un esfuerzo conjunto y coordinado por parte de la administración y los radiólogos, que nos permita adaptar la estructura de la práctica médica a los nuevos tiempos y disponer de medios suficientes de acuerdo con las exigencias que nos traerá el futuro inmediato.

A. Segarra Medrano

Presidente de la SERVEI 2005-2007.

Si usted quiere comentar, formular preguntas o criticar cualquiera de los aspectos de este editorial, puede hacerlo en la dirección de correo electrónico: editor-radiologia@seram.es desde que reciba el número de la revista. Las respuestas serán publicadas en la Web de la SERAM a la vez que en la edición impresa de Radiología.

Las opiniones vertidas en este Editorial son las del autor y no las del editor de Radiología ni las de la SERAM.