

¿Cuál es el futuro de la Radiología Intervencionista en España?

Sr. Director de Radiología:

Desde la conferencia del Dr. Dotter en el Congreso de Radiología de Checoslovaquia en 1963, en la que consideró las posibilidades terapéuticas de los catéteres, el campo de la Radiología Intervencionista ha tenido una rápida expansión, especialmente en los últimos 15 años, con numerosos procedimientos terapéuticos en el ámbito de las intervenciones mínimamente invasivas¹.

A pesar de este desarrollo me pregunto cuál será el futuro de esta subespecialidad en España. Dentro de los aspectos que marcan nuestra actividad (relación radiólogo/radiólogo intervencionista, desarrollo del perfil clínico y las guerras abiertas con otras especialidades) me gustaría hacer varias reflexiones, especialmente con respecto a la situación de estas Unidades ubicadas en los Servicios de Radiología.

Son evidentes, y así lo demuestran numerosos artículos, las necesidades de la Radiología Intervencionista, de tiempo y espacios para la actividad clínica, y es preciso definir el porcentaje de la actividad destinada a la intervención (debería ser aproximadamente el 50% del total)². Esta organización es excepcional en la actualidad y pasaría por definir los recursos humanos de estas Unidades, y por supuesto mejorar nuestra formación clínica. Esta necesidad debería ser imprescindible para cualquier Unidad de Radiología Intervencionista que pretenda controlar su asistencia como otros especialistas: valoración antes, durante y después de las intervenciones, para así poder tener seguimiento de nuestras operaciones. Esta situación tendría numerosas ventajas (relación médico-paciente, mejores relaciones con otros especialistas, seguimiento adecuado de los pacientes, etc.).

Quiero incluir como ejemplo la opinión que tienen de los radiólogos, y especialmente de los que nos dedicamos a la intervención otros especialistas del ámbito quirúrgico: "para los cirujanos generales los radiólogos intervencionistas son un grupo de profesionales que, por su dominio de las técnicas de imagen, nos sirven para solucionar, pre o postoperatoriamente, situaciones complejas o complicaciones derivadas de nuestra actividad. Su grado de implicación en la valoración del enfermo no es muy relevante, pues no se implican en el abordaje multidisciplinar de los pacien-

tes. En realidad actúan como meros técnicos y guardianes de una tecnología a la que no tenemos acceso en los quirófanos, reclusos a distancia de la actividad clínica del hospital"; "son médicos a mitad de camino entre el radiólogo, el clínico y el cirujano. Tienen pacientes pero no los tienen, tratan pero no tratan. ¿Quo vadis?"; "es un compañero al que se solicita colaboración para solucionar un caso que nunca más volverá a ver, al que no tendrá que dar más explicaciones y siempre a la sombra de otro que toma la decisión y se hace responsable de ésta" (Opiniones recogidas en Hospital Clínico San Carlos de Madrid: cirujano general, cirujano vascular y urólogo).

El número de radiólogos intervencionistas en España es insuficiente, con 200 miembros aproximadamente en la SERVEI sobre un total de 3.600 pertenecientes a la SERAM (4.000 radiólogos intervencionistas en EE. UU. sobre un total de 20.000 radiólogos). La mayor parte de las Unidades de Radiología Intervencionista están compuestas por dos o tres médicos; este número sólo permite mantener la asistencia, y en algunos centros asumir, además, la guardia localizada (120/180 días por médico). De esta forma es imposible aspirar a la consulta, realizar visitas a los pacientes y, por supuesto, llevar camas durante el ingreso de los pacientes.

El crecimiento de las plantillas de Radiología se basa en más teslas y más detectores, sin perseguir, en general, el mismo desarrollo de la intervención dirigida con imagen, incluidos los procedimientos guiados por ecografía, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM). Es más, cualquier hospital "pequeño" dispone habitualmente de una RM de 1,5 teslas, de una TC con un mínimo de 16 detectores, pero no se suele valorar la compra de la mejor tecnología en las salas de angiografía. Esta situación tiene una enorme trascendencia en la pobreza de "vocaciones" intervencionistas entre los residentes de Radiología.

Debería ser dentro de la Radiología, dado su peso específico en los hospitales, donde se definan todos estos aspectos con la mayor brevedad posible. Creo que es imprescindible un claro impulso desde el diagnóstico hacia la intervención, porque no se está desarrollando al mismo nivel en nuestro país. Será preocupante el futuro de la Radiología, en el que la tecnología permita realizar diagnósticos más certeros y precisos, pero en el que el papel del radiólogo sea más técnico que

clínico y científico en ciertas áreas. No tenemos tiempo para las dudas; aquello que no se potencie en el ámbito radiológico se realizará por otros profesionales, no sé si con la misma destreza, experiencia y medios técnicos. Quizás dentro de unos años los tumores malignos aparezcan en color rojo y los benignos en verde ¿qué valor tendrá entonces el informe radiológico si el cirujano tiene su imagen 3D en el quirófano?

Es necesario desarrollar el tratamiento guiado por imagen a través de los jefes de Servicio de Radiología, con una transmisión fluida de la información a las direcciones de los centros sobre la trascendencia de los procedimientos mínimamente invasivos, especialmente en relación con las ventajas sobre el coste-beneficio de las intervenciones y la reducción de la estancia media.

¿Qué desarrollo hubieran tenido estas técnicas fuera del ámbito de la Radiología? Creo sinceramente que sería claramente superior al actual. Fijémonos en la Cardiología Intervencionista, dedicados a un único órgano y en expansión hacia al ámbito vascular, dado el gran potencial de recursos conseguidos. Son Unidades, en general, mejor dotadas en todos los aspectos. ¡Qué no se podría haber logrado en el resto de órganos! Analicemos incluso la situación del diagnóstico por imagen en Cardiología, donde es frecuente el liderazgo en este campo por parte de los cardiólogos. Estamos en un momento crucial para el futuro de la Radiología, y por tanto la iniciativa debe partir, sin titubeos, desde la Radiología. Debemos tener en cuenta que actualmente el liderazgo se consolida a través del conocimiento, e implicándose con el resto de especialistas; hoy en día no se puede defender que somos los depositarios de la tecnología.

El potencial de la intervención en el ámbito de la imagen está, en gran medida, sin explorar, dado el escaso número de radiólogos con "vocación" de tratar pacientes. Es imprescindible implicarse, seleccionar los pacientes adecuados para cada intervención, proponer tratamientos alternativos a otros quirúrgicos y realizar el seguimiento de los pacientes. Esto permitirá fomentar la investigación en la Radiología. Es necesario estrechar las relaciones con otros especialistas e integrarse en Unidades multidisciplinarias para tener el conocimiento de la evolución de los pacientes; para ello la iniciativa debe partir de la Radiología. Debemos hacer honor a la última palabra que define nuestra Sociedad, la SERAM,

de esa forma evitaremos convertirnos en meros técnicos con diferentes habilidades. Sólo si estamos preparados para el futuro, podremos afrontar éste con éxito.

Soy radiólogo, pero antes soy médico y eso implica una gran inquietud por ayudar a los pacientes, no sólo a través del diagnóstico, sino también mediante la utilización de las herramientas terapéuticas disponibles. Espero que el camino de la intervención continúe dentro de la Radiología, y por tanto mantengamos la denominación de Radiólogos Intervencionistas. Para esto es imprescindible añadir el perfil clínico a estas Unidades y dotarlas de un número suficiente de profesionales para mantener una asistencia digna. Probablemente las palabras que componen "Cirugía guiada por imagen" definan de manera más precisa nuestra actividad, al menos de cara a la sociedad. Es muy probable que el futuro pase por esta denominación en Unidades que incluirán a todos aquellos profesionales de diferentes especialidades, para integrar todos los aspectos de la asistencia, buscando el mayor beneficio para los pacientes. Así se logrará diagnosticar y planificar los tratamientos, monitorizar en tiempo real las intervenciones, y por último, optimizar el seguimiento de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baerlocher MO, Asch MR. The future interventional radiologist: clinician or hired gun? *J Vasc Interv Radiol*. 2004;15:1385-90.
2. Collaborative statement from the American College of Radiology, the American Society of Interventional and Therapeutic Neuroradiology, and the Society of Interventional Radiology. *J Vasc Interv Radiol*. 2005;16:149-55.

Ernesto Santos Martín
Radiólogo Intervencionista

Estimado Dr. del Cura:

Gracias por su oportuno editorial, en el que es muy de agradecer el reconocimiento del *mea culpa* de la SERAM. Sí, ciertamente existe una dispersión, demasiado acusada, de las actividades formativas que hace que se pierda el objetivo. Mi reflexión es sobre la formación continuada. Recordamos que la información no es formación, y la formación tampoco es sinónimo de educación. Como recientemente se ha apuntado "Estamos en un contexto de hiperinformación, los ciudadanos tienen la sensación de estar

suficientemente informados, pero lo que están es suficientemente abrumados debido a un desorden de datos sin que nadie se los contextualice"¹.

Como bien dice la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)² obliga tanto a los centros públicos como a los privados. Si muchos sectores lo ven como oportunidad³ la SERAM y la Comisión Nacional también deberían, pues es una necesidad⁴. Pues bien ¡adelántense!, monten un sistema de formación continuada. Definan cuáles son los conocimientos básicos que un radiólogo general tiene que tener actualizados y den la oportunidad de obtener esos créditos de formación continuada (CFC). Establezcan la forma para que se registren las diferencias entre los que queremos actualizarnos. Así mismo, esperemos que esa formación continuada sea estimada en una carrera profesional, que también obliga a los distintos servicios de salud (públicos y privados). Miren otras sociedades científicas y vean cómo articulan la formación continuada, el catálogo de actividades —en las que muchas son de pago— (por ejemplo la SEPAR). Estoy seguro de que pueden mejorarlas.

Después pasen a las áreas de capacitación específicas o subespecialización. Formen equipo con la Comisión Nacional, ya que son los indicados (Art. 29 de la LOPS), y negocien el diploma del área de capacitación específica, que recoge la citada Ley con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Me consta que la Dirección de la revista *Radiología* está considerando la forma de obtener CFC con la lectura de los trabajos de la misma, al igual que ya está funcionando en *Medicina Clínica* y *Revista de Neurología*, así como en muchas más revistas extranjeras. No se pierdan ese objetivo, pues es una de las formas más fáciles de obtener CFC. Es cierto que no existen actualmente criterios para la recertificación-médica (o especialista), pero ya se está trabajando en España en esa dirección y en varios países de la Unión Europea es obligatorio⁵. Es cierto que cada vez la formación continuada será imprescindible, pero habrá que orientarla más también a las necesidades de los participantes³. Como bien señala en su editorial, muchas de ellas son extraacadémicas. Cuando estas son tenidas en cuenta en un curso intensivo son más apreciadas⁶. Ya que hay experiencias voluntarias⁵ aprendan de ellas; seguro que hay radiólogos interesados. Siga con el afán de mejora y ampliación de la formación continuada que le animo a continuar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campelo S. Zarzalejos aboga por "interlocutores profesionales" en la prensa escrita. *ABC* 17/07/2007. p. 21.
2. Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE núm 280, 22 de noviembre de 2003. p. 41442-58.
3. Aubia J. Competencias profesionales en el nuevo marco legal: una oportunidad. *Jano* extra marzo. 2005;68:875-6.
4. Segovia de Arana MJ. Formación médica continua y la carrera profesional. *An R Acad Nac Med (Madr)*. 1999;116:487-503.
5. Pardell H, Ramos A, Aliaga J, Cabero LI, Contreras E, Gual A, et al. Utilización de los créditos de formación médica continuada para la recertificación-relicencia profesional. *Educación Médica*. 2003;6:127-33.
6. Mihai A, Strohle A, Maric N, Heinz A, Helmchen H, Sartorius N. Postgraduate training for young psychiatrists-experience of the Berlin Summer School. *Eur Psychiatry*. 2006; 21:509-15.

Estanislao Arana
*Servicio de Radiología. Hospital Quirón.
Valencia. España.*

Estimado Dr. Arana:

Antes de nada, un doble agradecimiento: primero por sus ánimos, que siempre vienen bien, sobre todo en esos momentos de duda en que uno se pregunta si los proyectos que acometemos tienen realmente interés para alguien. Pero sobre todo por tomarse la molestia de plasmar en un escrito ideas sobre nuestra profesión y sobre cómo nos formamos. Pienso que es uno de los aspectos clave en la vida profesional de un radiólogo, y que todos deberíamos de vez en cuando dedicar algo de tiempo a pensar en lo que hacemos y en analizar cuál es nuestro nivel de competencia profesional y cómo podemos mejorarla.

En relación con los puntos que plantea en su carta he de comentarle que la SERAM, tanto *per se* como a través de sus secciones, ya ha iniciado movimientos tendentes a promover el establecimiento de sistemas de certificación y recertificación para los profesionales. La SERAM participa con otras varias sociedades científicas en el proyecto ARA (Plan estratégico de procesos de acreditación y reacreditación desde las sociedades científicas) para la acreditación de los médicos residentes y reacreditación voluntaria de los profesionales en ejercicio. Por otra parte, tanto la SERVEI como el grupo GENI de la SENR han desarrolla-

do proyectos específicos para la creación de áreas de capacitación específica en Radiología y Neurorradiología intervencionistas, proyectos que incluyen la definición de los criterios de acreditación de equipos y profesionales.

Hay que decir, sin embargo, que estas iniciativas no cuentan, al menos de momento, con el respaldo de la Administración, y que en el fondo, lo que pretendemos es influir en esa Administración para que desarrolle en el futuro la normativa en el sentido indicado. La Administración ha optado de momento, y siguiendo la misma Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que usted cita¹, por la vía de estimular, pero no obligar, a la formación continuada mediante el sistema de la carrera profesional. Este sistema, que ha dado excelentes resultados en muchos centros en que se ha aplicado con seriedad, corre el riesgo de perder sus objetivos al ser aplicado de forma generalizada, y quedar convertido, en unos casos, en un mero complemento de antigüedad si se siguen los deseos de los sindicatos, y en otros en una especie de premio a la "adhesión al régimen". Por otra parte, es dudoso que estas certificaciones elaboradas por las sociedades científicas sirvan de momento más que como mérito curricular o como elemento de satisfacción personal, dado el escenario de déficit acuciante y progresivo de médicos en el que nos encontramos (una realidad evidente para todos, excepto, al parecer, para los decanos de las Facultades de Medicina). Las propuestas de áreas de capacitación específicas duermen también el sueño de los justos, a la espera de la definición de los nuevos

proyectos de troncalidad de las especialidades médicas. Aunque somos conscientes de todo ello, nuestras iniciativas están pensadas para dejar poso.

En cuanto a la Comisión Nacional de la Especialidad, le puedo asegurar que las relaciones con la SERAM son estrechas, y no sólo porque la SERAM nombre directamente a dos de los miembros de la misma (la Dra. Gómez León, presidenta de dicha Comisión es uno de los principales activos de la SERAM, especialmente en lo que a la formación hace referencia, y su comunicación con la Junta Directiva es fluida en todo lo que puede tener relevancia para el futuro de nuestra profesión). Sin embargo, no se puede pedir a la Comisión más de lo mucho que ya hace, dado su carácter consultivo.

Menciona usted también las actividades de formación continuada que la SERAM desarrolla. Creo sinceramente que este campo es uno de nuestros puntos fuertes, gracias al trabajo, la mayor parte de las veces silencioso, de cientos de nuestros asociados en los años pasados. La SERAM, contando con sus secciones y filiales, es una de las sociedades científicas que más actividades destinadas a la formación organiza; actividades que incluyen múltiples formatos tanto presenciales como virtuales. El proyecto Radiología Virtual es un ejemplo espléndido de cómo adaptar a un formato actual y novedoso este tipo de actividades. Los socios de la SERAM pueden elegir cada año entre centenares de actividades, muchas de ellas gratuitas, entre las cuales es muy difícil que no encuentren unas cuantas que coincidan con sus intereses. Me consta que las diversas organizaciones

que las diseñan están continuamente intentando detectar necesidades formativas para incluirlas en el desarrollo de sus futuras actividades. La mayor parte de éstas, incluyendo muchas de las virtuales e incluso la lectura de las Monografías que edita la SERAM, están acreditadas por el Consejo de Formación Continuada, por la propia SERAM, o por entidades internacionales. En este campo a los actuales responsables de la SERAM nos toca mantener la herencia que hemos recibido y desarrollarla en la medida de lo posible.

Celebro y agradezco, finalmente, la sensibilidad que usted demuestra hacia estos aspectos de nuestra profesión que, personalmente, creo que son tan importantes para nosotros como los relacionados con la interpretación radiológica, pero que siempre han tenido una consideración secundaria entre nosotros. Algo que tristemente queda patente en la escasa asistencia que reciben las actividades centradas en la formación en los Congresos de la SERAM. Cambiar esa inercia es nuestro reto más difícil, pero no tengo ninguna duda de que lo vamos a conseguir.

Reciba un afectuoso saludo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE núm. 280, 22 de noviembre de 2003. p.41442-58.

Jose Luis del Cura
Responsable de Formación
de la SERAM. Hospital de Basurto.
Bilbao. España.