



## ARTÍCULO DE OPINIÓN

# La radiología intervencionista en España ¿camina hacia la superespecialización?



## Is Interventional Radiology in Spain walking towards superspecialization?

C. Lanciego

Jefe de la Unidad de Radiología Intervencionista, Servicio de Radiología, Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

Recibido el 6 de noviembre de 2016; aceptado el 25 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 24 de enero de 2017

Son las 14.30 horas del martes 13 de septiembre, en el auditorio principal de la sede del Congreso internacional de la CIRSE (Sociedad Europea de Radiología Intervencionista), considerado como el más relevante a nivel mundial de esta especialidad. Este año 2016, en Barcelona, con la asistencia de más de 6000 participantes de todos los países del globo.

Hay máxima expectación, pues estamos ante una de las conferencias más importantes del congreso, la llamada “Josef Roesch honorary lecture”, en memoria de este pionero, y que suele ser impartida por un intervencionista de renombre, sobre un tema de máxima actualidad. Este año la imparte el Dr. Thierry de Baére, reconocido radiólogo intervencionista francés que trabaja en el Gustave Roussy Cancer Centre, Villejuif, Francia, y se titula: “Evolución de la RI en Oncología, herramientas, procedimientos y guías clínicas”<sup>1</sup>.

Pues bien, el conferenciente no defrauda, no deja indiferente a ninguno de los aproximadamente 2000 asistentes a la charla. A lo largo de 35 minutos va desgranando sus opiniones personales sobre este campo de la radiología intervencionista, sobre cómo se ha llegado a él, sobre cómo la especialidad ha ido evolucionando desde sus inicios hasta una forma de trabajo excelente, eminentemente clínica, con el intervencionista integrado como uno más (de igual

a igual) en un equipo multidisciplinar con los oncólogos, con toma de decisiones individualizada en cada caso, estudiando todos, incluido él, en las revistas propias de oncología y no de las de radiología intervencionista, e incluso participando activamente en la elaboración de guías clínicas de tratamiento del cáncer (hepático en su caso).

Por momentos, parece que la audiencia encogiesese apabullada por una presentación brillante, con tintes más propios de un profeta que de un colega intervencionista. Estamos asistiendo a una disertación de cómo se deben hacer las cosas bien, hoy día, frente a una manera incorrecta de hacer intervencionismo hasta la fecha. Pareciese que la inmensa mayoría de radiólogos intervencionistas presentes en la sala no supieran hacer bien su trabajo diario. Siento una cierta frustración al repasar mentalmente mi trabajo diario y el de mi equipo en una unidad de radiología intervencionista grande, considerada prestigiosa en mi país, y de la que me siento orgulloso.

Es este desasosiego, que me imagino compartido por el 95% de la audiencia, el que me lleva a reflexionar sobre lo que estamos haciendo en nuestro centro y, por ende, en la mayoría de unidades de nuestro país. Si bien de las aproximadamente 100 unidades de radiología intervencionista españolas de hospitales públicos (casi 130 si se incluyen las privadas) no hay dos iguales, la mayoría presentan un modo de funcionamiento similar, en el que se verán reflejados

Correo electrónico: [clanciego@gmail.com](mailto:clanciego@gmail.com)

muchos de los compañeros radiólogos intervencionistas que lean este texto.

Me equivocaré poco si comento que desde hace ya muchos años, casi todas las unidades de radiología intervencionista de nuestro país trabajan intensamente con otros colegas especialistas clínicos y quirúrgicos, comentando los casos a diario, en sesiones conjuntas, muchas de ellas multidisciplinares, haciendo visitas diarias a planta pre- y posprocedimiento, involucrándose muchas veces en el seguimiento de los pacientes tratados, recogiendo consentimientos informados verbales y escritos oficiales de SERVEI, responsabilizándonos de las intervenciones realizadas, trabajando cumpliendo fielmente los estándares de radioprotección y seguridad, y consiguiendo un clima de máxima colaboración y respeto mutuo con la mayoría de especialistas (con algunas excepciones, casi siempre quirúrgicos).

Esta forma de trabajar con mentalidad clínica exige mucha dedicación y un gran sacrificio personal, pues muchas veces no se llega a todo en el día. La realidad de las unidades de radiología intervencionista en España es que están sometidas a una enorme presión asistencial, con infradotación de medios materiales y humanos. La ingente demanda de intervenciones mínimamente invasivas en nuestros centros es tal, que estamos todos desbordados. A esto se añade la apetencia de algunas especialidades quirúrgicas por los procedimientos "endoluminales", especialmente entre los más jóvenes.

La situación, lejos de haber mejorado, se mantiene estancada desde hace años, yo diría que apenas ha cambiado desde el magnífico análisis del Dr. Segarra en 2008<sup>2</sup>, y apenas ha sufrido modificaciones sustanciales en el siguiente análisis de situación realizado por los Dres. Santos y Crespo en 2014<sup>3</sup>. Son tan buenos dichos artículos, que deberían ser de lectura obligada para todos los residentes y adjuntos jóvenes interesados en la radiología intervencionista, con el fin de saber de dónde venimos y lo que somos.

La mayoría de unidades de España trabajan duramente para mantener una cartera de servicios amplia (más de 300-400 procedimientos diferentes), según el catálogo de prestaciones SERAM (actualizado en 2009 y con recientes modificaciones), y para ello luchando a diario para superar dificultades de todo tipo, la mayoría de índole presupuestaria, de escasez de personal, de medios técnicos obsoletos, con las salas angiográficas con más de 8 años de antigüedad de media, y también de orden interno, con poca comprensión de las jefaturas de servicio de radiología, en muchos casos para "entender" esa forma de dedicación clínica a los pacientes, más allá de un recuento numérico de procedimientos y que supone mucho tiempo "no productivo".

Otro aspecto clave es la de la provisión de servicios de radiología intervencionista y adecuada proporcionalidad que debe existir entre la demanda de procedimientos intervencionistas y la cobertura de estos en jornadas de 24 horas. En un documento fantástico, a modo de recomendaciones del

tipo guías clínicas de la propia sociedad CIRSE<sup>4</sup> se exhulta a las administraciones sanitarias de cada país miembro o región a que se tengan en cuenta la población atendida y criterios geográficos a la hora de organizar esa atención continuada, y se habla de ratios de 6-8 radiólogos intervencionistas para población en torno a 1 000 000 de habitantes, y de más de 8 cuando se supera el millón de habitantes cubiertos. Entre 4-6 ya se podría hablar de montar una guardia localizada con garantías, y si se está por debajo de 4 este esfuerzo debería repartirse entre hospitales próximos.

Cuando la mayoría de nosotros como responsables de las unidades estamos peleando para mantener un catálogo amplio de prestaciones intervencionistas, con criterios de calidad máxima, atención inmediata y disponibilidad total (24 horas al día/365 días al año), como las mejores armas para defender la especialidad pensando en nuestro futuro y en el de las nuevas generaciones de jóvenes intervencionistas, surgen tendencias como las de la *superespecialización en centros monográficos*, como en el que trabaja el Dr. De Baére, lo que es totalmente respetable.

Pero la reflexión a la que os invito a participar desde el debate abierto, tras la publicación de esta carta, sería: 1) si pueden coexistir ambos modelos; 2) si estos centros son factibles en el sistema sanitario público de nuestro país, con 17 sistemas de salud diferentes, casi impermeables para el trasiego de pacientes entre ellos, y 3) si antes de crear centros de tratamiento especializados o monográficos de patologías concretas con intervencionistas dedicados solo a un grupo pequeño de procedimientos intervencionistas, no sería mejor dotar de medios y financiación adecuada a los ya existentes, que pasan por unos momentos muy críticos.

Finalmente, y volviendo al mensaje mesiánico que recibimos ese día de nuestro colega francés, y desde todo el respeto a su quehacer diario, a la excelencia queremos llegar todos, pero se debe alcanzar desde la equidad. Tenemos que llegar a ello desde un socialismo de las oportunidades y de una aristocracia del mérito.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. De Baére T. The IR evolution in Oncology. Tools, treatments, guidelines. CIRSE 2016. Disponible en: [www.esir.org](http://www.esir.org). The Josef Roesch Honorary Lecture.
2. Segarra Medrano A. La radiología vascular e intervencionista: presente y futuro en nuestro país. Radiología. 2008;50:2-3.
3. Santos Martín E, Crespo Vallejo E. Radiología intervencionista. Problemas actuales y nuevos caminos. Radiología. 2014;56:103-6.
4. Tsetis D, Uberoi R, Fanelli F, Roberston I, Krokidis M, van Delden O, et al. The Provision of Interventional Radiology Services in Europe. CIRSE recommendations. Cardiovasc Intervent Radiol. 2016;39:500-6.