

## Carta al director

# ¿Somos tan buenos como pensamos?

---

E. Viver-Manresa

*Sr. Director.* Desde el año 1966, en que asistí por primera vez a unas Jornadas Angiológicas, he visto innumerables cambios tanto en la evolución y desarrollo de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular como de la especialidad. No hay duda de que ha habido dos hechos decisivos en esta evolución: la aprobación por parte del Ministerio de Educación y Ciencia de la especialidad como tal y el Programa MIR como crisol de los nuevos especialistas.

Esto implicó la creación de las Unidades Docentes y la aceptación, en el ámbito hospitalario, de la especialidad como un ente independiente, suceso fundamental para la creación de nuevas unidades y servicios, dejando atrás una época en la cual el Ministerio de Sanidad se apoyaba en el hecho de no existir especialistas para no crear nuevos servicios, criterio que algunos miembros de la Sociedad en una visión errónea también apoyaban.

Actualmente la especialidad parece gozar de buena salud, y todos estamos orgullosos del nivel alcanzado, y así, cuan-

do se plantea la necesidad de apoyar un título europeo, se levantan voces diciendo que en España no precisamos de este título ni que nadie venga a examinarnos.

Sin embargo, al leer los registros publicados en *Angiología* (n.º 4, vol. 53), uno referente a nuestra actividad y el otro a la actividad realizada por la Sociedad Española de Radiología Vascular e Intervencionista, ha sido como si un jarro de agua fría cayera sobre mis ilusiones y esperanzas de un futuro esplendoroso de nuestra especialidad.

Leyendo con cuidado el registro de la SEACV, destacan dos hechos: el gran número de técnicas extraanatómicas (558) en el tratamiento de las lesiones ocluyentes del sector aortoiliaco (843 derivaciones aortobifemorales) y el número elevado de embolectomías (848) en el tratamiento de las lesiones del sector femoropoplíteo en comparación con las 614 derivaciones en el mismo sector. Una lectura y conclusión rápida, y quizás no exenta de errores, sería que preferimos técnicas menos complicadas en detrimento de una mayor durabilidad, lo cual me hace pensar

*Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona, España.*

Correspondencia:  
*Dr. Emili Viver Manresa.  
Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Sant Antoni M. Claret, 167. E-08025 Barcelona.*

©2002, ANGIOLOGÍA

que 'no es oro todo lo que reluce', y que tal vez no estamos al nivel que pensamos.

Lo más preocupante para mí fue la comparación de ambas estadísticas. En todas nuestras reuniones hablamos del peligro de los radiólogos intervencionistas, pero viendo los números creo que el temor es ya una realidad.

Asustan las cifras de procedimientos terapéuticos vasculares (1.371) con 3.004 angioplastias, de las cuales 1.246 son del sector aortoiliaco femoropoplíteo, es decir, de nuestro territorio, así como 581 trombectomías de injertos arteriales. Señores, si colocamos el injerto, creo que nos toca a nosotros el solucionar el desaguisado, y no optar por la solución fácil de que sean otros los que arreglen el problema. Esta postura sólo nos traerá graves consecuencias en un futuro próximo.

En el terreno de la hipertensión vascular renal hemos perdido el tren (2.810 angioplastias renales por los radiólogos contra 50 derivaciones realizadas por los cirujanos vasculares), por lo tanto tenemos que procurar que no pase lo mismo en otros terrenos; pero debemos tener muy claro que para no perder el tren hay que subirse

a él, y esto es lo que tenemos que hacer en lo concerniente a las nuevas técnicas endovasculares y videolaparoscópicas, persistiendo a la vez en las antiguas.

Creo que debemos hacer frente a los nuevos retos con valentía y sobre todo con trabajo, y procurar que no nos pase lo mismo que con la arteriografía, que, por creerla poco importante y algo engorrosa, la fuimos abandonado y en la actualidad la hemos perdido en su totalidad.

Cada centro y sus circunstancias son diferentes. En unos los vasculares son los que realizan las nuevas técnicas y en su quirófano; en otros los radiólogos intervencionistas son las estrellas, y en otros el protagonismo está compartido. Mi opinión es que el cirujano vascular, y en su quirófano, es el responsable del proceso en sus cuatro vertientes: diagnóstico, indicación, ejecución y seguimiento. En el caso compartido el vascular tiene que ser el ejecutor del proceso.

Como punto final y despedida, quiero dar las gracias a la Dra. Rosa M.<sup>a</sup> Moreno, pues su trabajo me ha servido de estímulo para poner sobre el papel estas ideas sobre nuestra especialidad.