

## CARTA DEL DIRECTOR



Durante muchos años los mal denominados intervencionistas, mejor cirujanos mínimamente invasivos, han confiado las tareas clínicas de seguimiento y control de su quehacer médico a otros especialistas. ¡Que mal suena lo de intervencionista! De sus múltiples acepciones, todas ellas peyorativas, la menos mala sería “el que se ingiere en los asuntos de un país o de otras gentes”. El cirujano mínimamente invasivo que guía sus procedimientos por la imagen, enredado en una carrera técnica de nuevos y sofisticados procedimientos, cada día mas ocupado, ha olvidado lo más importante, el cuidado y la atención al paciente. ¡Y esto no es lo más grave! Por otra parte, debido a la precariedad de medios humanos, ha desatendido algo tan vital para el desarrollo, mantenimiento y progresión del trabajo médico como es el seguimiento y control de sus resultados.

¿Conoce algún cirujano, independientemente de su presión asistencial, que no atienda, que no realice seguimiento de sus intervenciones, de sus pacientes, de sus resultados en el tiempo? Cuando se diseñan nuevos servicios asistenciales de Cirugía, el “staff médico”, no se calcula sólo en base a uno o dos cirujanos por quirófano, sino que tienen en cuenta la consulta de referencia de pacientes, la atención en la sala de ingresados y la consulta de seguimiento clínico.

Muchas de las unidades de Cirugía Mínimamente Invasiva Guiada por Imagen (CMIGI) de nuestro país durante mucho tiempo han contado con un solo intervencionista que debía atender una gran cartera de servicios y una gran demanda asistencial. Bajo esas circunstancias ha sido difícil desarrollar un trabajo asistencial clínico-intervencionista pleno. Existen pocas unidades de CMIGI del país que tengan consulta propia de primer día y de seguimiento y menos que tengan adscritas camas propias o que dispongan de medios humanos para realizar una atención médica adecuada en otras salas de internamiento hospitalario. El especialista médico que realiza estos quehaceres ha vivido su actividad “metido” en un agujero –sala de CMIGI– totalmente de espaldas al paciente. Los pacientes le han sido remitidos con solicitudes no comentadas ni consensuadas para realizar intervenciones complejas sin haber participado en la decisión ni en la explicación al paciente. La visita diaria a la sala –elemental y necesaria en muchos procedimientos– aún en el deseo de cumplimentarla, por una parte por la falta de costumbre y por otra por la escasez de medios, es prácticamente desconocida en nuestros hospitales. Y esta práctica es mucho más necesaria y relevante en las técnicas intervencionistas no vasculares. De tal forma que en la experiencia de Horacio D’Agostino, el éxito clínico en este tipo de procedimientos no vasculares depende al cincuenta por ciento de la técnica en el momento de realizarlo y el otro cincuenta por ciento del seguimiento clínico y cuidado de catéteres en los días

sucesivos. En resumen, si esto es cierto, con la falta de cuidados médicos post-procedimiento estamos exponiendo al paciente al 50 % de fracasos.

Finalmente, la consulta de seguimiento post-intervención requiere así mismo de medios humanos y espacio físico adecuado, que en contadas ocasiones se reúnen.

Los beneficios de una consulta de primer día, como dice el Dr. Chambers del Hospital Fairfax en USA, permitiría la aceptación de pacientes remitidos directamente a las Unidades de CMIGI, su tratamiento y seguimiento en colaboración con el médico remitente. En la experiencia de este grupo médico los resultados de eficacia y eficiencia son sobresalientes y son muchos los especialistas en copiar su modelo para aplicarlo en su medio.

Un grupo médico especialmente receptivo a esta colaboración sería la Atención Primaria. Ambos especialistas categóricamente relegados y desatendidos podrían disponer de un puente de comunicación “la información de posibilidades terapéuticas mínimas que reinsertan en pocos días horas al paciente a su comunidad y a colaboración en la atención inmediata para resolver problemas preferentes y urgentes: varices, isquemia aguda, sospecha de trombosis”. Ya existen claros ejemplos de esta colaboración en el país (Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia con el Dr. Martínez) Las unidades de CMIGI con una mínima atención por parte de la administración puede jugar un papel importante en este sentido de colaboración con la Atención Primaria. Unen a las dos especialidades muchos factores, de todos destacaría uno: “la ilusión por trabajar a pesar de las adversidades”. De estos colectivos se diría que todavía no están enfermos por contagio del lesivo “*burn síndrome*”. El problema es: ¿por cuánto tiempo?

*Miguel Ángel de Gregorio*  
*Director de Intervencionismo*