



Miguel Ángel de Gregorio Ariza
Catedrático de Universidad
Editor Jefe de Intervencionismo

Fellows y Residentes

Algunos afirman que la Radiología Intervencionista (RI) comparte con la Radiología Diagnóstica (RD) poco más que el nombre. Si se olvida, que en sus orígenes una influyó mucho sobre la otra y que los procedimientos se realizan con control de imagen, es difícil encontrar lugares comunes. La gran mayoría de las especialidades tienen su origen en un tronco común. ¿Quién puede dudar de que la Neurocirugía, la Traumatología y otras muchas surgen del tronco común de la Cirugía General? En la actualidad todos aceptan contenidos, formación y trabajo diferente para cada una de ellas. En el mismo sentido, muchas especialidades utilizan rutinariamente la guía de imagen para realizar sus intervenciones: urólogos, traumatólogos, gastroenterólogos y por supuesto ningún radiólogo cuerdo reclama estos procedimientos para su especialidad. Los argumentos en los que, al parecer, se vincula la unidad forzosa de ambas especialidades RD y RI es el nombre, entonces, ¿un simple cambio de nombre de una de las dos, sería suficiente para separarlas? Como es obvio la respuesta categórica es, no; o por lo menos, no es tan sencillo.

Las recomendaciones de CIRSE publicadas en abril de 2016 definen a la RI como una bien establecida subespecialidad de la Radiología que realiza una gestión integral y moderna de los pacientes en una amplia gama de patologías¹. En esta oscura indefinición, quizás el concepto más claro sea “es una bien establecida subespecialidad de la Radiología” y esto es así porque todo el mundo reconoce bien la palabra radiología, su significado y su alcance. Un poco más adelante, este mismo documento admite que la clínica y su conocimiento son sustanciales para el desarrollo de esta especialidad. O sea que sin decirlo admiten que la imagen radiológica y la clínica son los dos pilares donde se sustentaría esta especialidad (subespecialidad).

La realidad de la formación de radiólogos intervencionistas contradice las recomendaciones de las diversas sociedades. Los radiólogos adquieren su formación a lo largo de cuatro o cinco años con un programa repleto de contenidos radiológicos con poco espacio y ninguna rotación por servicios clínicos². En algunos países como en Estados Unidos o Inglaterra, los aspirantes a radiólogos intervencionistas realizan un *fellowship* o super-especialidad de un año o máximo dos. Durante este periodo especial aprenden todos los procedimientos, técnicas, materiales, etc. propios de este trabajo singular. No existe, en la gran mayoría de hospitales, un programa específico con contenidos clínicos.

La palabra *fellow* se define y traduce como miembro de un grupo de personas instruidas que trabajan juntos como compañeros en la búsqueda del conocimiento o la práctica mutua. A los *fellows* se les confunde o asimila con los médicos internos o residentes. El término residente sería el más apropiado para completar la formación del radiólogo intervencionista ya que después de su jornada radiológica “habitual” debería completarla con su formación clínica. La RAE (Real Academia Española) define al residente como persona que vive en el mismo lugar donde trabaja. ¿Será esto una sutil invitación a los médicos en formación de Radiología Intervencionista para adquirir completa y adecuada formación?

BIBLIOGRAFÍA

1. 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

2. de Gregorio MA, Laborda A. Letter to Editor. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2016;39:1528-9