



ntervencionismo

Órgano oficial de la Sociedad Iberoamericana de Intervencionismo

- | | |
|----|---|
| 12 | Global Statement Defining Interventional Radiology |
| 14 | Procedimientos Vasculares en Latinoamérica ¿Quién los hace? |
| 18 | Cómo promocionar una práctica de Radiología Intervencionista en Latinoamérica |
| 20 | Abordaje Clínico práctico en Latinoamérica |
| 23 | La Radiología intervencionista en España |

Volumen 11.1 Enero-Marzo 2011 Publicación trimestral



Precio venta: 6€
(+ gastos de envío)

www.intervencionismosidi.org



Congreso Iberoamericano de Intervencionismo

4 al 6 de agosto de 2011 | Cartagena de Indias

Conferencias magistrales Cursos y talleres de actualización
Sesiones interactivas Paneles de **expertos**

Intervencionismo Vascular **No Vascular**
Pediátrico Oncológico
Neurointervencionismo

En simultáneo con el: *XXXVI Congreso Colombiano de*

Radiología

Simposios de imágenes en: **Abdomen** **Músculo-esquelético**
Neurorradiología **Pediatría** **Seno**
Tórax **Vascular**



Obras de la colección: "Cartagena de Indias, Patrimonio histórico del mundo", del autor Mario Acuña Pereiro - Makú.
(Las 32 obras originales de esta colección serán exhibidas en la sede del Congreso del SIDI y Congreso Colombiano de Radiología)

Organizan:



Avalado por:



www.intervencionismosidi.org / www.ACRonline.org
info@intervencionismosidi.org / congreso@ACRonline.org



intervencionismo

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INTERVENCIONISMO

SIDI

Presidente	Mariano E. Giménez (Argentina)	Secretario Científico	Sergio Sierre (Argentina)
Vicepresidente	Mauricio Lozano (Colombia)	Comisión de Relaciones Intersocietarias	Pedro Lylyk (Argentina)
Secretario General	Antonio Mainar (España)		
Tesorero	Marcelo Guimaraes (USA)	Vocales suplentes	Juan Pablo Córdoba (Argentina)
Vocales titulares	Patricio Palavecino (Chile)		Juan Carlos Bravo (Chile)
	Alfredo Scelza (Uruguay)		Malu Arias Screiber (Perú)
	Moisés Roizental (Venezuela)		Hector Tapia (Panamá)
	Francisco Díaz (Uruguay)		

INTERVENCIONISMO

Director de la Revista	Miguel Ángel de Gregorio (España)		
Subdirector	Antonio Mainar (España)		
Secretarios de Redacción	Alicia Laborda (España)		
	Joaquín Medrano (España)		
Comité de Redacción	Y Kimura (México)	C Centola (Brasil)	J Martínez (España)
	FC Carnevale (Brasil)	S Costilla (España)	M Maynar (España)
	M Zaritzky (USA)	H D'Agostino (USA)	X Montañá (España)
	P Gamboa (USA)	G Espinosa (Brasil)	J Mouchard (España)
	J Oleaga (USA)	J Falcó (España)	D Núñez (Venezuela)
	JM Pulido (España)	H Ferral (USA)	JJ Muñoz (España)
	J Palmero (España)	L García (España)	H Montes (España)
	S Sierre (Argentina)	R García-Monaco (Argentina)	JC Parodi (Argentina)
Comité Científico	C Abath (Brasil)	P Gamboa (USA)	J Pueyo (España)
	R Alcántara (México)	M Giménez (Argentina)	J Palmero (España)
	J Pisco (Portugal)	E Górriz (España)	J Rodríguez (USA)
	I Bilbao (España)	J Guilherme (Brasil)	M Roizental (Venezuela)
	A Brazzini (Perú)	L Guimaraens (España)	A Segarra (España)
	R Cantela (Perú)	M Herrera (USA)	C Schönholz (USA)
	V Cardoso de Souza (Brasil)	J Lopera (USA)	R Tobío (España)
	FC Carnevale (Brasil)	M Lozano (Colombia)	R Uflacker (USA)
	W Castañeda (USA)	P Palavecino (Chile)	F Urtasun (España)



Intervencionismo

Volumen 11.1 Enero-Marzo 2011

© SIDI

D.L.: Z-1483-2002

ISSN: 1697-8544

e-mail: intervencionismo@gmail.com

Editorial AQUA S.L.

C/ Río Duero, 45, local dcha.

50003 Zaragoza (ESPAÑA) Teléfono: +34 976 327 133

e-mail: editorial@editorialaqua.com

Editor: Francisco José Vela

Coordina: Grupo Zaragoza

Preimpresión: Orix Systems

Impresión: Ind. Gráf. La Moderna

Carta del director	
<i>Miguel Ángel de Gregorio Ariza</i>	11
Editorial	
Global Statement Defining Interventional Radiology	12
<i>Miguel Ángel de Gregorio</i>	
Originales	
Procedimientos Vasculares en Latinoamérica ¿Quién los hace?	14
<i>Vascular procedures in Latin America. Who are performing them?</i> <i>Aníbal J. Morillo</i>	
Cómo promocionar una práctica de Radiología Intervencionista en Latinoamérica	18
<i>How to promote a Interventional Radiology practice in Latin America</i> <i>Moisés Roizental</i>	
Abordaje Clínico práctico en Latinoamérica	20
<i>A practical clinical approach in Latin America</i> <i>Alfredo Scetza</i>	
La Radiología Intervencionista en España	23
<i>Interventional Radiology in Spain</i> <i>Antonio Mainar</i>	
Noticias	26
Agenda	27

- Creación de páginas web
- Diseño y programación a medida
- Webs autogestionables
- Gestión del alojamiento y dominios

Experiencia en sitios Web y herramientas de Gestión Online para el sector de la Salud



www.intervencionismosidi.org

Sitio Web de la Sociedad Iberoamericana de Intervencionismo



www.gitmi.es

Sitio Web del Grupo de Investigación en Técnicas de Mínima Invasión



www.interinvest.es

Sitio web de la Unidad de Cirugía mínimamente invasiva guiada por imagen



RX Self-expanding Peripheral Stent[®]
Misago

REVOLUTIONARY.

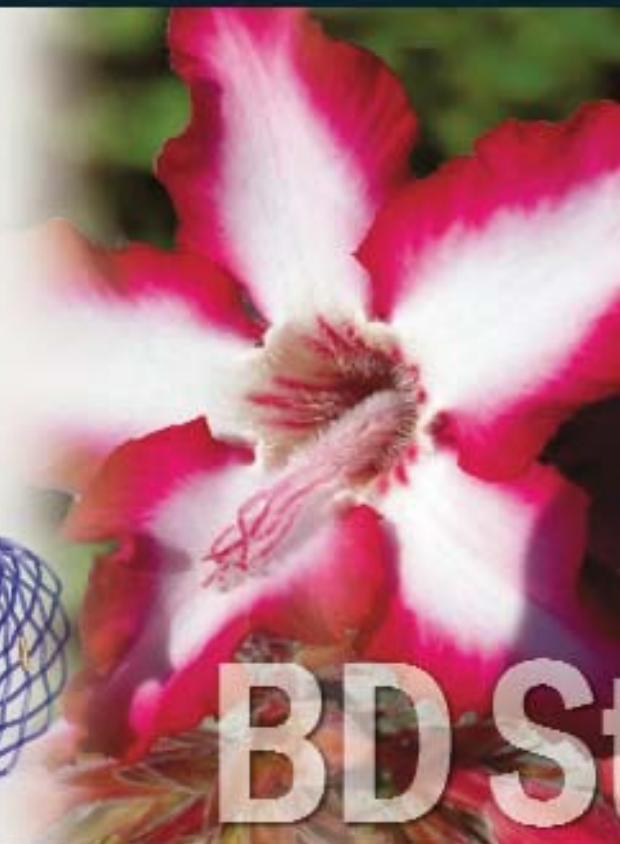
Angio-Seal™
Dispositivo de Cierre Vascular



ST. JUDE MEDICAL™
MORE CONTROL. LESS RISK.

BD Stent

SX-ELLA Stent Esophageal Degradable BD



BD Stent



¡También disponible en Biliar y Colorrectal!

Biodegradación

Único sistema de entrega

Excelente flexibilidad

Marcadores radiopacos



BIOMED, S.A.

PARQUE TECNOLÓGICO DE MADRID
C/ FINANCIA, 3 - 28760 TRES CANTOS - MADRID
TEL: 91 801 87 37 / 91 801 88 09 - FAX 91 801 88 08

Soluciones periféricas



BTK

Paseo-18, Catéter balón, 0.018" / DTW

Astron Pulsar 4 mm, Stent autoexpandible de nitinol, 0.018" / DTW

Elect Explorer, Catéter balón, 0.014" / Rx

PRO-Kinetic Explorer, Stent CoCr balón expandible, 0.014" / Rx

Paseo-35, Catéter balón, 0.035" / DTW

Cruiser, Guía, 0.014"

Ilíaca

Paseo-35, Catéter balón, 0.035" / DTW

Dynamic, Stent balón expandible, 0.035" / DTW

Astron, Stent autoexpandible, 0.035" / DTW

SFA

Paseo-18, Catéter balón, 0.018" / DTW

Astron Pulsar, Stent autoexpandible de nitinol, 0.018" / DTW

Paseo-35, Catéter balón, 0.035" / DTW

Astron, Stent autoexpandible, 0.035" / DTW

Renal

Dynamic Renal, Stent CoCr balón expandible, 0.014" / Rx

Cruiser, Guía, 0.014"

COOK®

ZILVER® STENT

flexibility strength precision

Zenith™ 
AAA Endovascular Graft

High Performance
DETACH™

Günther
Tulip™
Vena Cava MReye® Filter

Carta del Director

América para los americanos



La doctrina “América para los americanos” de James Monroe tiene, como todas las doctrinas, sus contradicciones difíciles de explicar en la mayoría de los casos.

En primer lugar, aunque atribuida al presidente J. Monroe en 1823, realmente fue elaborada por otro presidente John Quincy Adams. Esta defensa manifiesta de lo americano frente a lo extranjero, Theodore Roosevelt la llevó a lo extremo en su corolario, afirmando que Estados Unidos defendería sus intereses no sólo en suelo americano sino en el más allá. Se auto-otorgaban la bula o derecho para poder intervenir en cualquier país o lugar, con el pretexto de defender intereses americanos.

Esto es lo que ha hecho y ha venido haciendo desde 1904 (fecha del pronunciamiento del corolario Roosevelt) en cualquier lugar del mundo sobre todo en Latinoamérica. Y este tipo de intervencionismo, que a todas luces aparece como una forma descarada de intromisión en los asuntos de otros países, la comunidad internacional no sólo no lo ha visto mal sino que en ocasiones la ha apoyado y aplaudido. Incluso, este apoyo ha venido de los moradores del país intervenido.

Hablando de Intervencionismo, y este era el motivo del pequeño prólogo histórico, probablemente como efecto adicional de la doctrina Monroe, “el Interventional Radiology” no es sólo para los americanos sino en esta ocasión lo han decidido compartir con otros, sobre todo latinoamericanos. América, inteligente, una vez más defiende sus intereses. No tiene gente que se dedique al Intervencionismo y hace un efecto llamada sobre los intervencionistas latinoamericanos sobre todo.

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Miguel Ariza". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.

Miguel Ángel de Gregorio Ariza
Director de *Intervencionismo*

Editorial

“Global Statement Defining Interventional Radiology”

Miguel Ángel de Gregorio

Con este título tan atractivo, la revista *Journal of Vascular and Interventional Radiology* en Agosto del año pasado, hacía un comunicado oficial de la definición de lo que es la Radiología Intervencionista. Esta definición estaba consensuada por 42 Sociedades científicas de 39 países incluidos SERVEL, SOBRICE y SIDI. Llama poderosamente la atención que una especialidad (trabajo especial) decida definirse casi 60 años después de su primer aliento (1-2). No cuestiono el contenido del documento, que ha sido redactado por ocho famosos intervencionistas del mundo anglosajón (3) tomando, al parecer, la mayor responsabilidad los doctores John Kaufman (Portland, Oregon) y Jim Reekers (Amsterdam, The Netherlands). Simplemente me resulta, cuando menos, curioso. Justamente cuando nuestra especialidad como conjunto doctrinal de conocimientos está más cerca de disgregarse en las múltiples especialidades médicas y quirúrgicas por aparatos y órganos, la mejor medida que se nos ocurre a los intervencionistas es “definirnos”. Al hilo de esta medida me viene a la mente un cuentecillo o chiste español en el que un amigo se encuentra con otro y le relata lo mal que se encuentra, ya que hace unos días encontró a su mujer con otro en la cama. El amigo le pregunta – Y... ¿cuál fue tu reacción? – La primera, abalanzarme sobre los dos para castigarles pero el amante era un tipo enorme y muy fuerte-. Se levantó de la cama me tomó por el cuello y después de pintar una línea blanca alrededor de la cama me dijo: ¡quédate ahí y mira si quieres, pero si cruzas la raya, te mato! – Y entonces... ¿qué hiciste? – Je, je... -Pues cuando él no miraba, yo pisaba la raya-.

Es probable que a algunos de nosotros ya no nos dejen ni mirar, ni pisar la raya. En muchos servicios, en muchos hospitales, las distintas especialidades se han hecho cargo de toda la asistencia vascular, digestiva, urológica y, lo que fue en su día una unidad doctrinal, se ha convertido en parcelas o

subespecialidades de las especialidades de Cirugía Vascular, Digestivo, Cirugía General, Urología, etc. Estos hechos tienen una gran trascendencia para el momento actual pero sobre todo mirando al futuro. ¿Qué poder de atracción va a producir lo que se conoce por Radiología Intervencionista si cada día tiene menos técnicas innovadoras? Y, por otra parte, no menos importante, ¿cómo vamos a formar a nuestros futuros intervencionistas? Muchos radiólogos intervencionistas ya no pueden aprender técnicas endovasculares periféricas, aórticas, stent digestivos, etc. porque sencillamente ya no se hacen en sus servicios o unidades.

Reconoce el documento de declaración global que existen cuatro puntos clave de coincidencia para los dos tipos de unidades de intervencionismo existentes (los dependientes de radiología diagnóstica y los independientes). 1) Se trata de expertos en radiología diagnóstica y en seguridad frente radiaciones ionizante. 2) Son expertos en procedimientos y técnicas mínimamente invasivas guiadas por imagen para aplicar a diversos órganos y enfermedades. 3) Expertos en evaluación y manejo de pacientes que van a ser sometidos a mínima invasión en el ámbito de la Radiología Intervencionista. 4) Existe gran interés en la constante invención e innovación de técnicas, procedimientos y dispositivos. Todos estos valores, seguro, concurren en los radiólogos intervencionistas de la gran mayoría de los hospitales, pero también es verdad que otros muchos especialistas, además de los radiólogos los han adquirido o están en ello.

Kaufman y Reekers (4) en un magnífico artículo “we are IR” , se identifican con orgullo como radiólogos intervencionistas y consideran similar la situación actual a la vivida en la centuria pasada con la irrupción de los rayos X en la Medicina. Al principio, fueron muchos los médicos que los utilizaron pero que

finalmente fueron los Departamentos de Radiodiagnóstico y Radioterapia los que centraron y manejaron las técnicas y su formación. Desafortunadamente creo que los tiempos y las situaciones son diferentes. Muchas especialidades médicas y quirúrgicas han incorporado las técnicas y los procedimientos intervencionistas en su programas de especialidad y su doctrina y filosofía es la de crecer y desarrollarse en estas técnicas.

¿Dónde estamos o mejor dónde estaremos los originales intervencionistas en el futuro inmediato?. Es incierto nuestro futuro. Creo que la mayoría de radiólogos intervencionistas al igual que Kaufman y Reekers decidimos hace mucho tiempo que donde mejor estábamos era al abrigo de la Radiología, convencidos de que la imagen juega un papel fundamental en estas técnicas. Por otra parte, ha existido poca permeabilidad para abrir este trabajo a otras especialidades, trabajando en conjunto en equipos multidisciplinares.

Anne Roberts de la Universidad de California en San Diego, ex presidenta de SIR tituló la Charles T Dotter lecture de 2004 *Interventional Radiology today* (5). *What Would Charles Dotter Say?*. La Dra. Roberts, después de subrayar la vasta labor y la omnipresencia del Dr. Dotter en todas técnicas intervencionistas, analizando una editorial publicada en AJR en 1980 coincide con él, al admitir que en el intervencionismo había algo más que dispositivos y técnicas. Anne Roberts insiste en que el médico intervencionista debe estar preparado para tener la responsabilidad del cuidado directo antes, durante y después de la intervención.

Para cumplir con esta responsabilidad, es necesaria una preparación muy adecuada y profunda del intervencionista, deben cambiar muchos escenarios y darse unas especiales circunstancias que por el momento no estoy seguro que se den. De aquí, que de acuerdo con muchos doctores Dotter, Roberts, Kaufman, Reekers nuestro futuro sea realmente incierto.

Referencias bibliográficas

1. Seldinger SI . "Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography; a new technique". *Acta radiológica* .1953; 39 (5): 368–76
2. Defendiendo la Radiología Intervencionista: http://www.cirse.org/files/File/4-Global-Statement_PRes.pdf
3. Special Communications. Global Statement Defining Interventional Radiology. *J Vasc Interv Radiol* 2010; 21:1147–1149
4. Kaufman J, Reekers J We are IR. *J Vasc Interv Radiol* 2010; 21:1150–1151
5. Ann Roberts. The 2004 Dr. Charles T. Dotter Lecture: Interventional Radiology Today—What Would Charles Dotter Say? *J Vasc Interv Radiol* 2004; 15:1357–1361

Original

Procedimientos vasculares en Latinoamérica ¿Quién los hace?

Aníbal J. Morillo

Resumen

Es difícil obtener datos fiables referidos al trabajo en Radiología Intervencionista y estos podrían variar mucho en dependencia a quien se pregunte. Se plantea un escenario o mejor dicho un campo de batalla donde diversos especialistas disputan sus posiciones y privilegios. Las razones para cada uno son diferentes, pero muy razonadas por cada grupo en particular. La colaboración en equipo debería ser una solución como beneficio para todos, incluidos los pacientes.

Palabras clave

Relaciones interdisciplinarias. Radiología Intervencionista.

Summary

It is difficult to obtain trustworthy information referred to the work in Interventional Radiology and these might change very much in dependence whom one asks. A scene appears or rather a battlefield where diverse specialists dispute his positions and privileges. The reasons for each are different, but very reasoned for each particular group. The collaboration in equipment should be a solution as benefit for all, included the patients.

Keywords

Interdisciplinary relations. Interventional Radiology.

Profesor Asistente, Universidad El Bosque
Coordinador Académico del programa de posgrado en radiología.

Radiólogo Institucional y Jefe de la Sección de Radiología Intervencionista del Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

La pregunta de quién hace los procedimientos vasculares en Latinoamérica puede extenderse a todo el continente americano y, al estar representando a la Sociedad Iberoamericana de Intervencionismo (SIDI), puedo extenderla a los países que conforman dicha Sociedad. Esta es claramente una situación global, que puede ser de interés para regiones aún más amplias. Ésta no es una pregunta fácil de abordar. Primero, habría que preguntarse «¿quién sabe?», es decir, «¿dónde preguntar?», técnica mejor conocida como «estrategia de búsqueda». Las posibles fuentes de información incluyen colegas de otros hospitales, que a veces son nuestros propios competidores, hospitales y Servicios de Radiología Intervencionista, Sociedades científicas, compañías que venden sus productos a quienes están haciendo los procedimientos, o la simple búsqueda de la literatura.

Aún cuando la respuesta fuera evidente, es importante explorarla en profundidad. Muchos colegas tienen una visión limitada de lo que pasa en los hospitales cercanos. Cada práctica puede tener sus propias reglas y sus propias batallas territoriales, que pueden ser manejadas de varias maneras. Muchos colegas tienen una visión limitada de esta situación en sus propias ciudades, y qué decir de sus países o del continente donde viven. Algunos incluso se atreven a ofrecer cifras que se basan más en el deseo que en pruebas.

Si se le pregunta a colegas que no son de la misma especialidad, como sería mi caso si, como radiólogo, interrogo a cardiólogos o a cirujanos, esos competidores pueden no querer responder, y pueden adoptar una actitud de sospechosa desconfianza ante quien pregunta sobre estos temas. La respuesta a nuestra pregunta puede no encontrarse de esta manera.

Los hospitales y Servicios de Radiología Intervencionista tienen las mismas dificultades para responder esta pregunta, debido a la gran variedad de escenarios que pueden encontrarse, dependiendo de la fortaleza de cada Servicio, la historia de cada institución o las políticas de cada hospital o Servicio.

Algunas Sociedades científicas pueden poseer este tipo de información, pero también pueden presentar una imagen distorsionada de esta situación. Esta no es una información que comúnmente se investigue y, si existen encuestas, los puntos de vista explorados pueden padecer de problemas de registro que hacen que la información no sea muy confiable. Sin embargo, incluso con problemas de subregistro (o de registro excesivo) y con la conocida variabilidad de las respuestas de los médicos a las encuestas, las Sociedades científicas pueden ser las que se encuentren en la mejor posición para resolver este interrogante.

En Colombia, solicité directamente a algunos representantes de compañías de materiales para intervencionismo vascular información acerca de quiénes son los especialistas que consumen sus dispositivos vasculares. Aunque algunos representantes estuvieron dispuestos a compartir este tipo de información, siempre surgieron algunos problemas de confidencialidad industrial, que impidieron reconstruir esta información de manera adecuada. La mayor parte de la información recibida hace referencia a intereses de mercadeo; parte de la información sobre ventas simplemente no se puede compartir, con base en sospechas de espionaje industrial. Al final, es probable que a las compañías no les importe, siempre y cuando haya ventas.

La literatura sobre este tema hace énfasis en los problemas conocidos por todos, como las batallas territoriales o las tendencias existentes en cada grupo. Hay varias posiciones editoriales y puntos de vista muy diferentes, pero las estadísticas sobre quién hace realmente estos procedimientos en Latinoamérica son escasas, o no han sido publicadas.

Éste no es un problema reciente. Para entender las «guerras vasculares», es importante saber qué está en juego, cuáles son los campos de batalla y quiénes son los que están peleando.

Los problemas son bien conocidos. Algunos están relacionados con la historia de cada una de las especialidades involucradas en las enfermedades vasculares, algunos se centran en las batallas territoriales. Abundan las posiciones y los artículos sobre la importancia de las competencias, incluyendo las competencias técnicas relacionadas con los procedimientos en sí mismos, o aquellas relacionadas con las imágenes y con los temas de radioprotección, así como aquellas competencias clínicas necesarias para el trato con pacientes. La remuneración, por supuesto, es un punto crucial, especialmente cuando existen desigualdades entre los diferentes especialistas.

Los campos de batalla pueden ayudar a decidir quiénes están involucrados. Los territorios vasculares que requieren de un abordaje quirúrgico implican que un cirujano tiene que estar en el equipo o ser el operador principal. Situaciones similares pueden encontrarse en otros casos.

¿Quiénes pelean? Los radiólogos intervencionistas, los cardiólogos intervencionistas, cirujanos vasculares, neurocirujanos, neurólogos y aquellos radiólogos que no hacen radiología intervencionista en su práctica habitual, pero que pueden estar expuestos a estos casos durante sus turnos. Los primeros tres son los presuntos implicados.

I

En 1997, Dietrich trató de describir, en una frase, a cada uno de estos tres jugadores principales, con la advertencia de que no se puede hacer justicia con descripciones tan breves. Lo cierto es que yo creo que las tres descripciones son veraces, pero son intercambiables en forma relativamente fácil y pueden leerse como se leen los horóscopos, según lo que le convenga a cada cual. Según Dietrich, para los cirujanos vasculares «la enfermedad vascular periférica siempre ha sido nuestro dominio porque somos los únicos capaces de un cuidado integral, desde el diagnóstico hasta el procedimiento y el seguimiento». Para los radiólogos, «los procedimientos endovasculares han sido históricamente nuestro territorio. Los cirujanos no están bien entrenados en abordajes endovasculares y los cardiólogos no tienen experiencia en el tratamiento de la enfermedad vascular periférica». Por otra parte, para los cardiólogos, «una arteria es una arteria y un balón es un balón y no importa en qué arteria se use un implante. Tenemos los pacientes, los laboratorios y las habilidades con catéteres».

Con base en la estrategia de búsqueda que he mencionado, la visión aproximada de lo que sucede en Colombia es que la mayoría de los procedimientos vasculares son realizados por cardiólogos, en una proporción aproximada de 42 %. Los radiólogos hacen una buena parte (35 %), pero principalmente de casos vasculares viscerales no renales, algunos casos periféricos, neurovasculares y accesos y otras intervenciones venosas. Los cirujanos (4 %) están involucrados principalmente en los procedimientos aórticos, y otros especialistas (10 %) incluyen neurocirujanos, específicamente en los casos de implantes endovasculares carotídeos (Figura 1).

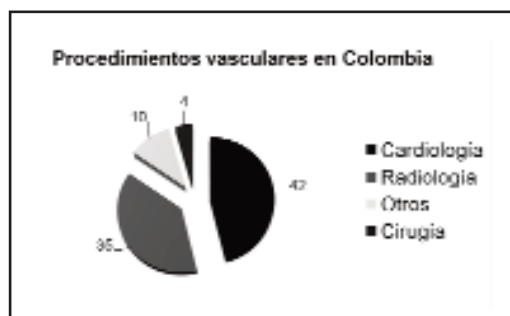


Figura 1

En muchos de nuestros países, parece haber una distribución similar, en la que prevalece la cardiología, en una proporción variada (50 % a 70 %), con los radiólogos en segundo lugar, siendo responsables de algo así como el 20 % al 35 % de los casos de procedimientos vasculares. En algunos casos, esto tiene que ver con los antecedentes históricos o con la exposición que tienen los cardiólogos a pacientes con compromiso coronario y extracoronario, así como la disponibilidad

del equipo necesario y de la infraestructura hospitalaria (Figura 2).

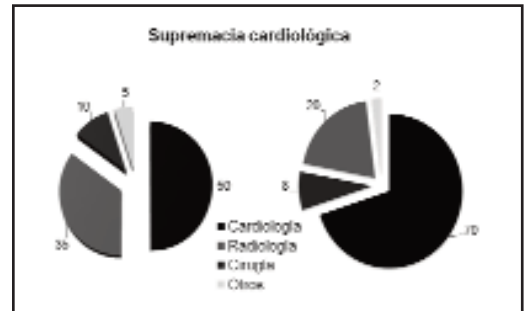


Figura 2

La cirugía prevalece principalmente en hospitales donde los procedimientos vasculares son realizados por más de un grupo, especialmente teniendo en cuenta los procedimientos aórticos, que normalmente requieren de técnicas quirúrgicas para la inserción de dispositivos de gran calibre. Sin información definitiva para sustentarlo, hay algunos países donde esta situación se extiende a áreas donde no se requieren habilidades quirúrgicas específicas, como los tratamientos endovasculares periféricos o viscerales. Aún con el aumento de procedimientos realizados por los cirujanos vasculares en algunos escenarios hospitalarios, la proporción de procedimientos vasculares realizados por ellos se puede calcular entre un 45 % y un 50 %. En esas situaciones sigue habiendo una buena proporción de procedimientos vasculares a cargo de los cardiólogos (12 % a 15 %) y de los radiólogos (25 % a 35 %) (Figura 3).

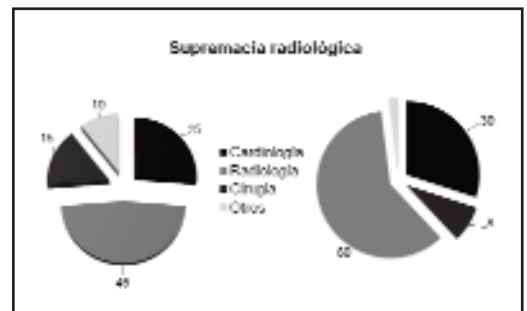


Figura 3

La radiología parece prevalecer en mi propia inclinación o preferencia, o en países donde los cirujanos no están bien entrenados (aún) en estos procedimientos o donde los «primeros en llegar» fueron los radiólogos. De nuevo, sin encuestas o estudios que puedan confirmarlo, en la mayoría de los casos, los procedimientos vasculares los hacen quienes estén dispuestos a hacerlos, con un entrenamiento variado y dependiendo de la disponibilidad de los dispositivos requeridos. No parece haber escenarios donde un sólo grupo se encar-

gue de todos los procedimientos vasculares. En los casos donde los radiólogos hacen entre un 45 % a 60 % de los casos, los cardiólogos pueden hacer entre 25 % y 30 %, y los cirujanos entre 8 % y 15 %. El que la especialidad de la radiología prevalezca, no significa necesariamente que haga la mayoría de los procedimientos, sino una proporción creciente de ellos (Figura 4).

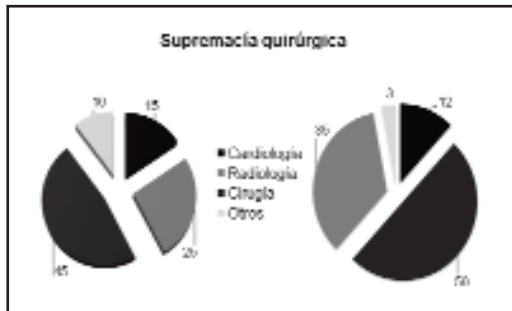


Figura 4

Creo que hay tres puntos en los que todos los que hacemos procedimientos vasculares podemos estar de acuerdo, cada uno merecedor de un comentario adicional:

1. La cosa no se ve bien.
2. Se requiere más investigación al respecto.
3. El trabajo en equipo puede ser la mejor manera de hacerlo.

Mis comentarios a estos tres puntos son los siguientes (respectivamente):

1. No importa a qué jugador (radiólogo, cardiólogo o cirujano) se le pregunte, parece ser que siempre el panorama podría ser mejor.
2. Realmente necesitamos abordar esta situación con pruebas. Son indispensables las encuestas y las estadísticas de las Sociedades científicas para entender la situación real y para tratar de determinar qué políticas se requieren, o si se requieren políticas o regulaciones para la realización y promoción de tratamientos vasculares menos invasivos.
3. Si todos los que saben jugar este juego se involucran, el campo del intervencionismo debería evolucionar hacia una alternativa real y práctica para las enfermedades vasculares en una forma global.

Figura 4. La supremacía radiológica en la realización de procedimientos vasculares puede darse en los países donde los cirujanos no han adquirido aún entrenamiento en estas técnicas, las cuales pueden haber sido iniciadas por radiólogos.

Referencias bibliográficas

1. Baerlocher MO, Asch MR, Hayeems E: Current issues of interventional radiology in Canada: A national survey by the Canadian Interventional Radiology Association. *Can Assoc Radiol J* 2005; 56(3): 129-139.
2. Dietrich EB: Who should be doing endovascular surgery? *Texas Heart Institute J* 1997; 24(1): 9-10.
3. Domínguez Asenjo R: La disyuntiva del cirujano vascular frente a la radiología intervencional. [The vascular surgeon doubt in front of interventional radiology]. *Rev chil chir* 2002; 54(4):319-321.
4. Domínguez R: Quo vadis cirugía arterial: ¿convencional o radiológica intervencional? [Quo vadis arterial surgery: conventional or interventional radiology?] *Rev Med Chil* 1996; 124(11):1381-1384.
5. Grava-Gubins I: Effects of various methodologic strategies. Survey response rates among Canadian physicians and physicians in training. *Can Fam Physician* 2008; 54(10): 1424-1430.
6. Lakhani SE, Kaplan A, Laird C, Leiter Y: The interventionalism in medicine: interventional radiology, cardiology, and neuroradiology. *International Archives of Medicine* 2009; 2:27.
7. Levin DC, Flanders SJ, Spettell CM, Bonn J, Steiner RM: Participation by radiologists and other specialists in percutaneous vascular and nonvascular interventions: Findings from a seven state database. *Radiology* 1995; 196: 51-54.
8. Levin DC, Rao VM, Bonn J: Turf wars in radiology: the battle for peripheral vascular interventions. *J Am Coll Radiol* 2005; 2:68-71.
9. Levin DC, Rao VM, Bree RL, Neiman HL: Turf battles in radiology: how individual radiologists can respond to the challenge. *Radiology* 1998; 209: 330-334.
10. Martínez-Rodrigo JJ: Competencias profesionales: del conflicto a la oportunidad. [Professional competencies: From conflict to opportunity]. *Radiología* 2008; 50(1): 5-10.
11. Palmero da Cruz J: ¿Quo vadis, intervencionista? [Quo vadis, interventionalist?] *Intervencionismo* 2009; 9(2): 50-51.
12. Veith FJ, Marin ML: Endovascular technology and its impact on the relationships between vascular surgeons, interventional radiologists, and other specialists. *World J Surg* 1996; 20: 687-691.
13. Zarins CK: The vascular war of 1988. *JAMA*, 1989; 261(3): 416-417.

Original

Cómo promocionar una práctica de Radiología intervencionista en Latinoamérica

Moisés Roizental

Resumen

La especialidad de Radiología Intervencionista en Venezuela al igual que en resto de Latinoamérica es una gran desconocida. No hay reconocimiento académico ni asistencial y son pocas las oportunidades para la formación en el propio país.

Las técnicas intervencionistas están en manos de otras especialidades, cirujanos, gastroenterólogos, etc. Para progresar es necesario darse a conocer no sólo entre las diferentes especialidades sino también en los medios sociales. Exponemos un plan de promoción de nuestra especialidad.

Palabras clave

Radiología Intervencionista en Venezuela. Promoción de la Radiología Intervencionista.

Summary

The speciality of Interventional Radiology in Venezuela as in the rest of Latin America is a great stranger. There is no academic recognition not welfare and the opportunities are small for the formation in the own country.

The Interventional techniques are in hands of other specialities (gastroenterologists, surgeons, etc.) To progress is necessary to be announced not only between the different specialities but also in the social means. We expose a plan of promotion of our speciality.

Key words

Interventional Radiology in Venezuela. Promotion of Interventional Radiology.

La especialidad de Radiología Intervencionista en Venezuela y en la mayoría de los países latinoamericanos no cuenta con muchos postgrados, es decir hay pocas universidades que ofrecen entrenamiento formal en esta relativamente nueva subespecialidad. Esto hace que existan pocos Radiólogos Intervencionistas en el país con entrenamiento formal y la mayoría han sido entrenados en Estados Unidos o Europa.

Muchas de las intervenciones mínimamente invasivas guiadas por imágenes son realizadas por médicos de otras especialidades, por ejemplo, las intervenciones endovasculares las realizan cardiólogos intervencionistas y cirujanos vasculares y las no vasculares como drenajes biliares, de abscesos y accesos venosos, cirujanos generales, entre otros.

La radiología intervencionista es, por lo tanto, poco conocida por la comunidad médica y el público en

general, generando una gran oportunidad para su desarrollo en nuestros países. Hay un gran potencial para desarrollar exitosamente una práctica tanto académica como privada que cuente con entrenamiento formal a médicos radiólogos interesados.

Para el desarrollo de una práctica de intervencionismo, la misma debe ser promocionada, junto a una campaña educativa, ambas orientadas de forma separada por un lado a la comunidad médica y por el otro al público en general.

Antes de promocionar una práctica, el Servicio de Radiología Intervencionista en un hospital DEBE funcionar como un departamento CLÍNICO, con identidad propia, imagen corporativa que incluya un logo, horario de consultas y privilegios para hospitalizar pacientes. El éxito de la práctica dependerá de la atención clínica que se preste a los pacientes tanto hospitaliza-

dos como ambulatorios. El Radiólogo Intervencionista es un CLÍNICO, y como tal debe ejercer, de lo contrario seguirá siendo un médico con habilidades técnicas sin especialidad clínica propia.

Una vez establecido el servicio clínico de Radiología Intervencionista, se puede empezar a promocionar; la promoción debe constar de una campaña educativa interna (en el hospital donde funciona) y externa, dirigidas de forma separada a los médicos y a los pacientes. La promoción interna debe incluir conferencias dirigidas a los diferentes departamentos, o médicos referentes de pacientes, por ejemplo, la revascularización endovascular a los internistas, cardiólogos, diabetólogos y podólogos; los drenajes biliares y de abscesos a los cirujanos; la embolización uterina a los ginecólogos y médicos generales; las terapias regionales del cáncer como quimioembolización, ablación y accesos venosos con puertos subcutáneos a los oncólogos, entre otras. Estas conferencias dan a conocer el servicio prestado y garantizan referencias de pacientes hospitalizados y ambulatorios. Al comenzar una práctica es recomendable enviar una carta explicativa de presentación a todos los médicos de la institución, ofreciendo los servicios prestados a los departamentos involucrados. Es imprescindible escribir artículos tanto científicos en revistas locales o internas de la institución, como educativos dirigidos al público en general. El radiólogo intervencionista se debe involucrar en todas las actividades académicas de la clínica u hospital, tanto en conferencias de morbimortalidad y casos clínicos, reuniones clínico-radiológicas, oncológicas entre otras, además de formar parte de las sociedades médicas o científicas.

La promoción externa también debe hacerse separada tanto a los médicos como a los pacientes. Debe lograr

ser invitado a los principales congresos de las diferentes especialidades, no solo en el de Radiología, que por lo general tiene un escaso interés en intervencionismo, sino en las especialidades que tienen relación directa con la práctica de intervencionismo. Es de suma importancia tener presencia en los congresos de medicina interna, cardiología, oncología, cirugía trasplante, neurocirugía, traumatología, ginecología, etc. Todos los especialistas de la ciudad o del país deben enterarse de lo que hace un radiólogo intervencionista, y lo que les puede interesar para el mejor tratamiento de sus pacientes. La presentación de trabajos científicos y posters debe estar presente en los principales congresos, la publicación de artículos científicos debe ser permanente, principalmente en revistas de sociedades científicas distintas a la de radiología.

La promoción al público en general, potenciales pacientes, puede hacerse a través de publicidad tanto en medios audiovisuales como en prensa escrita. Internet es una buena herramienta para dar a conocer la especialidad y las intervenciones que realiza una determinada práctica en el hospital. A través de Internet se puede no sólo promocionar, sino también educar al paciente; es una herramienta de consulta muy usada por los pacientes para obtener una segunda opinión sobre su enfermedad, y principalmente para buscar alternativas mínimamente invasivas. Es así como los sitios web de educación médica en muchos temas de interés para el radiólogo intervencionista han proliferado en ésta última década.

En conclusión, el éxito de una práctica intervencionista depende de su carácter clínico y docente, entrenamiento formal de sus integrantes, su promoción interna y externa tanto a médicos como a pacientes, manteniendo ante todo, la ética médica.

Referencias bibliográficas

1. Becker GJ, McClenny TE, Kovacs ME, Raabe RD, Katzen BT. The importance of increasing public and physician awareness of peripheral arterial disease. *J Vasc Interv Radiol* 2002 ;13:7-11
2. Petrey WB, Allen B Jr, Thorwarth WT Jr. Radiology coding, reimbursement, and economics: a practical playbook for housestaff. *J Am Coll Radiol* 2009 Sep;6(9):643-8

Original

Abordaje clínico práctico en Latinoamérica

Alfredo Scelza

Resumen

La Radiología Intervencionista constituye un elemento de primera necesidad para la asistencia médica moderna.

Es la parte de nuestras prácticas diarias que evitan procedimientos de cirugía convencional. En América Latina nos movemos en una amplia gama de culturas, tantas como entornos de práctica, con diferentes accesos a la tecnología médica. El diferente nivel de formación en procedimientos intervencionistas hace que su abordaje también sea muy diverso.

En algunos países de América Latina los cirujanos generales realizamos toda la clase de procedimientos no vasculares. En esta presentación se muestra aquellos países que tiene mayor desarrollo en técnicas intervencionistas no vasculares y cuál es su relación con los radiólogos.

Palabras clave

Radiología Intervencionista no vascular.

Summary

Interventional Radiology is an essential component of modern health care delivery.

Is part of our daily practices avoiding surgery procedures; in Latin America we have wide range of cultures, practice environments, access to medical technology and diverse level of formation in interventional procedures and even lack of it.

In some countries of Latin America we perform all kind of non vascular procedures; in this presentation we show you witch countries have the great development in nonvascular procedures and the relationship between general surgeons and radiologist.

Keywords

No vascular Interventional Radiology.

Ex Prof. Asist. Cirugía General
Hospital Maciel, Montevideo
Uruguay

Prof. Asistente Clínica
Quirúrgica, Universidad
Claeh, Punta del Este
Uruguay * Intervencionista
No vascular desde 1999.

No podemos hoy en día pensar en un buen cuidado médico sin la Radiología Intervencionista, es parte de nuestra práctica diaria evitando y o sustituyendo procedimientos quirúrgicos. Disminuyendo de forma sustancial la morbimortalidad y por ende los costos sanitarios, en la era actual que demanda de forma creciente tratamientos menos invasivos.

La radiología intervencionista es un componente esencial en las prestaciones modernas del cuidado de la salud, con múltiples y variadas aplicaciones.

La Sociedad Iberoamericana de Intervencionismo (SIDI) está compuesta por miembros de 14 países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela) así como también cuenta con miembros de EE.UU., España y Portugal. Actualmente cuenta con más de 200 miembros activos en sus 10 años de existencia.



Figura 1

En Latinoamérica hay veinte países, dos lenguas, (español y portugués), 569.000 millones de habitantes en 21.069.501 km cuadrados.

Gran variedad de culturas, acceso disímil a la asistencia así como a la tecnología médica, además de diferentes niveles de formación en radiología intervencionista. Incluso en ciertas regiones está ausente.

La información (Data) es la piedra fundamental para generar conocimiento. En Latinoamérica hay varias limitaciones para su generación y/o acceso. Múltiples países, sin conexiones entre ellos. Lamentablemente, por otra parte, no hay tampoco una cultura universal en generar base de datos, aunque esto ha ido mejorando paulatinamente.

Por lo tanto, la información en este artículo proviene de nuestra Sociedad (SIDI) de sus miembros así como de los cursos y congresos realizados en los últimos 10 años.

En Latinoamérica se realizan todo tipo de procedimientos intervencionistas no vasculares, desde biopsias en casi todo el organismo hasta drenajes de colecciones (uno de los procedimientos más efectivos y gratificantes en el armamentario intervencionista no vascular). También se ha extendido el manejo de la patología hepatobilio pancreática, urológica así como el uso de prótesis (stents) en patología maligna, rol capital en el tratamiento oncológico paliativo multidisciplinario.

Basados en los datos de nuestra asociación los países con más desarrollo en los procedimientos no vasculares son: México, Venezuela, Colombia, Brasil, Chile, Argentina, Uruguay.



Figura 2

Los países en los cuales estos procedimientos se encuentran en su casi mayoría (90%) en las manos de los radiólogos (como el resto del mundo) son: México, Panamá, Colombia, Venezuela, Chile.

En Brasil la relación entre radiólogos y cirujanos generales es de 1 a 1 (Data de SOBRICE, Sociedad Brasileira de Intervencionismo).

Los países en los cuales estos procedimientos están en manos de cirujanos generales con una relación 8-9 a 1 son Argentina y Uruguay, contrastando con el resto del mundo.

Pero además en estos dos países se realizan más del 50% de todos los procedimientos no vasculares en Sudamérica, la pregunta es ¿Por qué?.

Cuando hablamos con los radiólogos nos dicen que parte de su poca participación en la realización de los procedimientos no vasculares se debe a una deficiencia en la etapa formativa (residencia), escaso o nulo acceso a los pacientes, están la mayoría de su tiempo en procedimientos diagnósticos debido a la gran demanda de los mismos y tienen cierta prioridad por los procedimientos vasculares.

Figura 1. Mapa de los principales países de la SIDI

Figura 2. Países de mayor consumo de material fungible

En cambio el cirujano general accede a la mayoría de los pacientes ya que son referidos a él por los otros médicos, son patologías que eran antes resueltas por el propio cirujano, así como también muchas veces son pacientes propios con complicaciones postoperatorias. La imagen está vinculada desde el inicio en la etapa formativa del cirujano y es una arma capital y de uso diario en nuestra profesión, pero para mí la explicación de este fenómeno se debe a que tanto en Argentina como en Uruguay los cirujanos generales tenemos una tradición histórica en los procedimientos mínimamente invasivos. Hace 50 años atrás el Profesor Raúl Praderi en Uruguay y el Profesor Rodolfo Mazzariello en Argentina ambos cirujanos generales comenzaron el camino de los procedimientos mínimamente invasivos.

Praderi fue el primero en realizar la intubación trans-tumoral transhepática en 1961 y Mazzariello la extracción instrumental de cálculos residuales en 1966.

Posteriormente y siguiendo sus pasos el Profesor Horacio D'agostino (en sus orígenes cirujano general de la Plata, actualmente Jefe del departamento de radiología intervencionista en Shreveport, Louisiana, EE.UU.) fue y es el mentor en Sudamérica de los procedimientos no vasculares, maestro de nuestros maestros como Willy Castañeda en México y Renán Uflaker en Brasil.

Llegando a nuestros días donde sin duda el mayor promotor de los procedimientos no vasculares en Sudamérica es el Profesor Mariano Giménez actual presidente de la SIDI y referencia latinoamericana en el tema.

¿Cuáles han sido los aspectos positivos de la experiencia de los cirujanos generales en los procedimientos no vasculares?. Primero y básico un manejo global clínico del paciente tanto en el ámbito pre, intra y posthospitalario, En segundo lugar se ha jerarquizado a la ecografía como la guía imagen más segura y muchas veces olvidada dejando la guía tomográfica para situaciones complejas en extremo (menos del 15% de los casos). Sin embargo, lo más importante de todo es que el cirujano promovido a la especialidad (radiología intervencionista) en la práctica clínica diaria.

Muchas veces, en Latinoamérica la pregunta fue o sigue siendo (en algunos lugares) quién debe realizar los procedimientos no vasculares Para nuestra sociedad (SIDI) esto no es un problema.

El o ella independientemente de su formación básica (cirugía, radiología) debe saber sobre epidemiología, fisiopatología, cuidados clínicos, interpretación de imágenes, tener conocimientos sobre radioprotección, destrezas adquiridas en los procedimientos percutáneos guiados por imágenes pero sobre todo tener claras las indicaciones de los procedimientos así como de sus

complicaciones y un gran compromiso en el seguimiento del paciente.

Debe ser realizado por el técnico medico con el mayor conocimiento y técnica y que logre resultados dentro de los estándares para dicha técnica.

Con esto logramos una situación beneficiosa no sólo para el paciente y el médico intervencionista sino que también para la especialidad, siendo nuestra sociedad quien debe velar por la formación básica del medico intervencionista para que cumpla los requisitos fundamentales.

En los últimos 5 años en el curso "hands on" organizado por nuestra sociedad (el mas grande y completo de Latinoamérica) han concurrido integrantes de catorce países latinoamericanos, de diferentes especialidades (mayoritariamente cirujanos y radiólogos) con un promedio de concurrencia anual de 453 participantes el cual se ha ido incrementando de forma sostenida año a año. De las encuestas realizadas a los participantes, el 95 % alcanzó y/o excedió en sus expectativas en cuanto al curso. Concluyendo el intervencionismo no vascular en Latinoamérica está creciendo con más técnicos, se realizan más procedimientos, está llegando a todos los países y regiones, se comparte y complementa de forma amistosa y profesional entre los radiólogos y cirujanos, seguimos aprendiendo de las Sociedades más antiguas y por ende mas sabias (CIRSE-SIR), continúa mejorando sus resultados con un franco beneficio para los pacientes que acceden a ella, habiéndose establecido ya en la practica diaria. Quizás en un futuro cercano nos podamos unir todas las sociedades de intervencionismo en una única y universal con una finalidad principal darles a nuestros pacientes el mejor tratamiento con el mínimo daño posible teniendo siempre en mente el enunciado hipocrático "primum non nocere".

Referencias Bibliográficas

1. Latinoamérica. Diccionario Enciclopédico. Eds.Oceano, Barcelona 1999.
2. Encuesta de Participantes Cursos CMI "Hands On" Buenos Aires 2009.
3. Praderi R: Coledocostomía transhepática. Bol Soc Cir Uruguay 1961,32:237-41.
4. Praderi R. Twelve years experience with transhepatic intubation Ann Surg 1974.179:937.
5. Mazzariello R. La extracción instrumental de cálculos biliares residuales. Bolet y trab Socieda Argentina de Cirujanos 1966;24:640.
6. Mazzariello R: A fourteen-year experience with nonoperative instrumentl extraction of retained bile duct stones World J. Surg 1978.2:447.

Original

La radiología intervencionista en España

Antonio Mainar

Resumen

La especialidad de Radiología Intervencionista en España se inicia en los años 80. Los doctores Manuel Maynar y José María Rius fueron los pioneros de esta especialidad. La gran mayoría de los intervencionistas proviene de la Radiología Diagnóstica. El número de procedimientos que realizan los intervencionistas es muy importante.

Palabras clave

Radiología Intervencionista en España.

Summary

The speciality of Interventional Radiology in Spain begins in the 80s. The doctors Manuel Maynar and Jose Maria Rius were the pioneers of this speciality. The great majority of the Interventional Radiologist comes from the Diagnostic Radiology. The number of procedures that the interventionals Radiologist performe is very important.

Key words

Interventional Radiology in Spain.

Unidad de Cirugía
Minimamente Invasiva
Guiada por Imagen

Hospital Clínico Universitario
Lozano Blesa. Zaragoza.
Spain

La Sociedad Española de Radiología Vascular e Intervencionista (SERVEI) se forma en el comienzo de la década de los 80 tras una reunión promovida por los Drs. José M^a Rius y Manuel Maynar, donde se concentraron unos 15 radiólogos con actividad asistencial intervencionista. El primer presidente de la Sociedad fue el Dr. D. Manuel Maynar Moliner. Figuras 1 y 2.

Figuras 1 y 2: Drs. Rius y Maynar. Pioneros del Intervencionismo en España.



Figuras 1 y 2

Figura 3. Actividad del 2008 de diversos procedimientos vasculares.

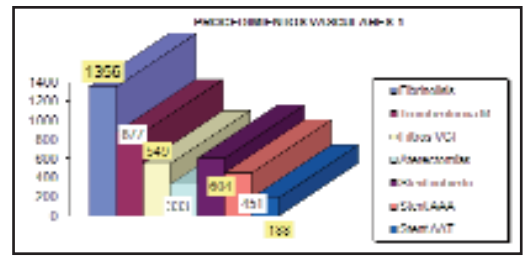


Figura 3

Figura 4. Actividad del 2008 de diversos procedimientos vasculares.

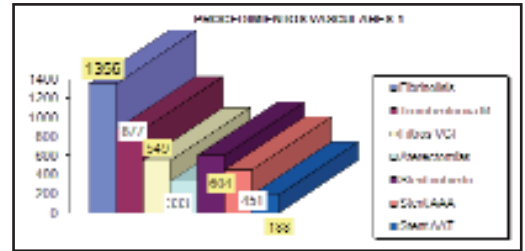


Figura 4

Figura 5. Procedimientos no vasculares del mismo período de tiempo.

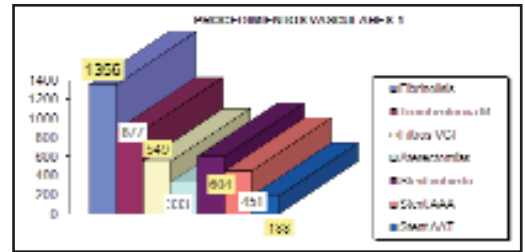


Figura 5

Se comenzó a andar con paso firme y gran decisión y no tardamos en darnos cuenta que nuestro nivel de preparación y sistemática de trabajo estaba a la altura de lo que se hacía en el resto de Europa e, incluso, en los EE.UU.

Las magnitudes generalmente se miden en números y por el orden. SERVEI desde el principio estuvo bien organizada y los números son muy elocuentes. La actividad asistencial desarrollada en nuestro país, se ha venido recogiendo desde hace años con variable participación de los distintos hospitales públicos donde se realiza. Esto hace que las cifras estén por debajo de la realidad en todas las ocasiones. En el año 2008, (últimos datos oficiales recogidos por la SERVEI y publicados en Enero de 2010), se realizaron un total de 134.791 procedimientos, sin contabilizar consultas externas, interconsultas ni visitas a pacientes en planta etc., correspondientes a los 52 (63.3 %) hospitales públicos que enviaron sus datos de los 82 (127 en total, si incluimos los No públicos) que hay en el territorio nacional con desarrollo de la Radiología Intervencionista. El número de facultativos intervencionistas que trabajan en esos 52 hospitales es de 138. El cálculo aproximado para el 100% rondaría los 214.000 procedimientos.

En los gráficos se puede visualizar la distribución de los procedimientos en los que no figuran los procedimientos diagnósticos invasivos y no invasivos. Figuras 3-5.

Durante mucho tiempo nos hemos considerado importantes en la labor asistencial hospitalaria cotidiana. Las cifras parecen avalar nuestro papel. Pero, ¿realmente somos una subespecialidad necesaria e indispensable?

Qué duda cabe de que si nosotros no hubiéramos existido, se habrían desarrollado determinados procedimientos por otras especialidades médicas dentro de su lógica evolución, pero nos cabe el honor y la satisfacción de haber sido los primeros en poner en marcha la gran mayoría de ellos, y de haberlos hecho bien. Enseñamos el camino y, desde la cirugía, la endoscopia, la urología y, cómo no, la cirugía vascular entre otros, se han ido desgajando parcelas de nuestra actividad, hasta hacer casi testimonial el volumen de algunas de nuestras técnicas.

Al contrario que en Iberoamérica, aquí la inmensa mayoría de los Intervencionistas procedíamos de la Radiología como ciencia troncal. Este caminar conjunto no siempre ha demostrado ser positivo pues ha creado no pocas ocasiones de fricción, lo que no ha favorecido nuestro crecimiento y desarrollo. Mientras que para los radiólogos la imagen y su interpretación constituye el fin de su trabajo, para el intervencionista

la imagen es un instrumento, una guía que le permite realizar procedimientos diagnósticos y, sobre todo, terapéuticos, no exentos de riesgo y complicaciones. Un recurso añadido en nuestra especialidad es asumir las pruebas diagnósticas vasculares no invasivas (eco-Doppler, angio TC y angio-RM), como ya se hace en algunos hospitales, pero ello no debe ir en detrimento de la actividad terapéutica que sabemos y queremos hacer.

Tampoco hemos sido capaces de hacernos oír ante las Autoridades Sanitarias con la suficiente fuerza como para conseguir una acreditación específica de lo que hacemos. Probablemente nuestro problema es el pequeño número de Intervencionistas que somos (unos 250, repartidos en 136 salas), frente al de otras Sociedades Médicas.

Nuestra supervivencia pasa por una actividad basada en la formación (clínica y técnica) sin olvidar el seguimiento de nuestros pacientes, explicando a los enfermos y a nuestros compañeros hospitalarios la realidad de estas cirugías mínimamente invasivas, nuestra considerable experiencia y los resultados obtenidos, que dan soporte a la Radiología Intervencionista. Tener “oficio” como ha defendido siempre el Prof. M. Mainar, “espíritu de trabajo y generosidad de entrega”, en definitiva “pasión por el Intervencionismo” como dice el Prof. MA. de Gregorio y acercarnos cada vez más a la clínica que, como apuntaba hace ya unos años el Dr.

Robert White redundaría en la calidad y atención de los pacientes, deben ser los pilares básicos de nuestro futuro si no queremos convertirnos en “puncionadores de lesiones” “drenadores de colecciones” e “implantadores de accesos venosos permanentes”.

No son pocos los hospitales donde la actividad asistencial se va reduciendo progresivamente a éstas técnicas que podemos considerar “menores” y con las que estamos totalmente de acuerdo en que se hagan en nuestras Unidades de Intervencionismo, pero nuestra preparación, capacidad y recursos tecnológicos, nos obligan a ir mucho más allá. Intentemos recuperar procedimientos perdidos y, sobre todo, evitar que se pierda ni uno solo más.

Los que ya vestimos canas (o sea que vamos siendo viejos) en esta profesión, padecemos cierto grado de cansancio, desencanto y desánimo secundario a los resultados de una lucha desigual y constante para que se nos reconozca institucionalmente y por el resto de la comunidad médica así como por el resto de la sociedad. Pero no debemos cejar en el empeño ya que somos el espejo donde se miran los jóvenes que, no sin dificultades en cuanto a la ausencia de formación específica, van llegando a nuestras unidades asistenciales. Pedimos que se nos acepte y se nos use, basándonos en nuestros conocimientos y preparación.

Referencias Bibliográficas

- 1 Sociedad Española de Radiología Vascul ar e Intervencionista (SERVEI): <http://www.servei.org/>
- 2 CIRSE. Comunicado en defensa de la Radiología Intervencionista. http://www.cirse.org/files/File/4-Global-Statement_PRes.pdf



GITMI Y UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Se inicia el segundo Módulo del Estudio Propio de la Universidad de Zaragoza "Máster en Técnicas intervencionistas Mínimamente Guiadas por Imagen para ciencias biomédicas". Durante los meses de Octubre a Febrero se ha desarrollado el Primer módulo: Generalidades y procedimientos básicos, con diecinueve Unidades teóricas, foros de discusión y casos prácticos clínicos, a través, de la plataforma educativa del grupo, a la que se puede acceder a través de la dirección <http://www.plataforma.gitmi.es>

Este segundo módulo profundizará en el intervencionismo no vascular y se prolongará durante el resto del curso académico.

Asimismo, en Mayo, tendrá lugar la primera semana práctica de esta edición, con alumnos provenientes de toda España y América del Sur. Se realizará en el Hospital Clínico Veterinario de la Universidad de Zaragoza. Durante la semana práctica los alumnos podrán poner en práctica sus conocimientos teóricos con biomodelos y simuladores, trabajar con mano a mano con los mejores expertos en la materia sobre modelos animales, probar materiales y técnicas innovadoras, contactar con otros profesionales de la materia, realizar discusiones sobre casos clínicos reales a través de videoconferencias con grandes expertos de todo el mundo, todo ello de forma intensiva y en formato "hands-on". www.gitmi.es

SIDI



Se acerca la fecha del Congreso Anual de la Sociedad Iberoamericana de Intervencionismo. Cartagena de Indias será un marco incomparable para nuestro evento más importante. Se están dando los últimos retoques a un programa con gran peso internacional. Además se presentará y se pondrá a la venta el Manual de Intervencionismo de la SIDI.

www.intervencionismosidi.org



**GLOBAL EMBOLIZATION SYMPOSIUM
AND TECHNOLOGIES MEETING (GEST) 2011**
27-30 Abril, 2011
Paris, Francia
www.gest2011.eu



**SITE 2011 - 9º Simposio Internacional sobre
Terapéutica Endovascular**
4 -7 Mayo, 2011
Barcelona, España
site2011.atlantacongress.org



**CONGRESO IBEROAMERICANO
DE INTERVENCIONISMO SIDI 2011**
4-6 de Agosto, 2011
Cartagena de Indias (Colombia)



CIRSE 2011
10 al 14 de Septiembre 2011
Munich (Alemania)
<http://www.cirse.org/index.php?pid=568>



**XI CURSO INTERNACIONAL "HANDS ON" 2011 EN CIRUGÍA
INVASIVA MÍNIMA Y RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA**
10-13 Noviembre, 2011
Buenos Aires (Argentina)
www.intervencionismosidi.org

TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS EN EL TÓRAX

NUEVA EDICIÓN ACTUALIZADA



Nuevos Capítulos
Más Imágenes
Más Práctico

Versión española e inglesa

Distribución en América:

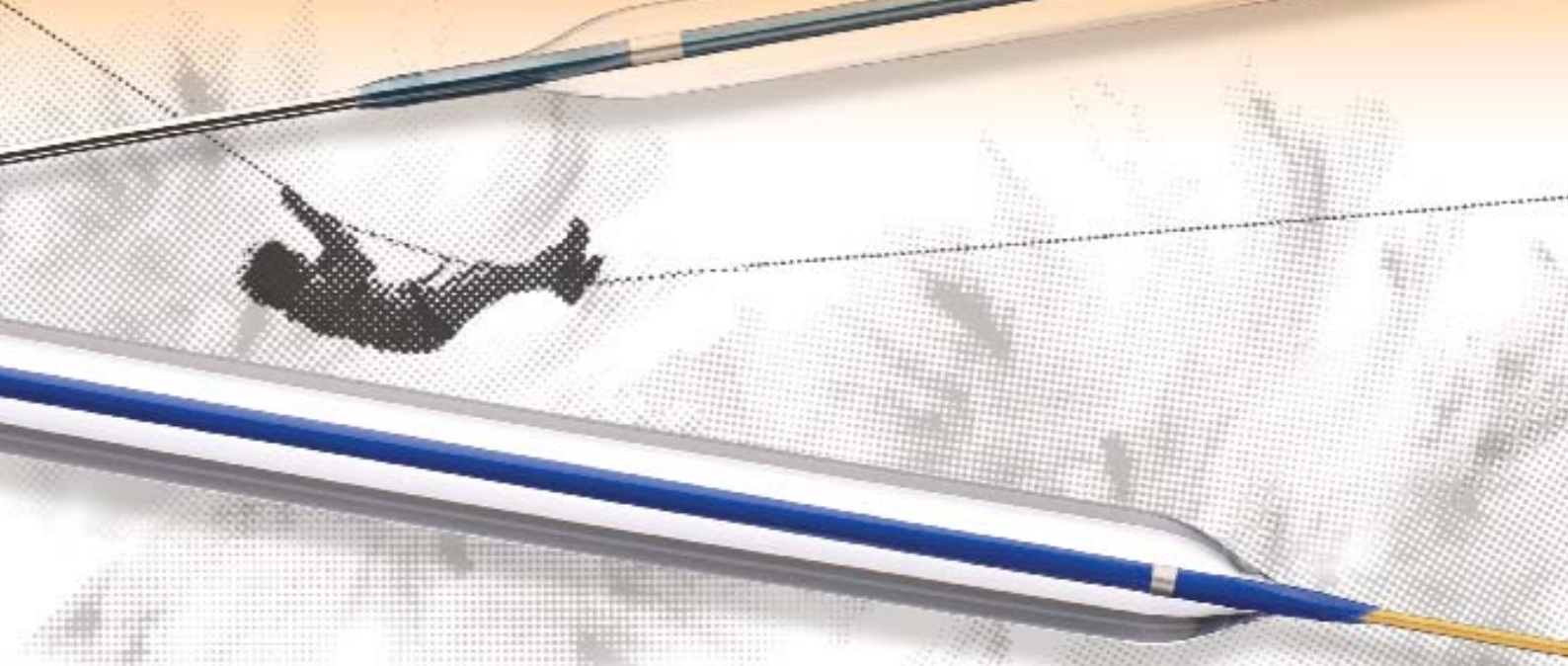


Guadalajara - Jalisco - Mexico

www.editorialaqua.com

C/. Río Duero, 45 - 50003 ZARAGOZA (España) - Tel. +34 976 327 133 - Fax +34 976 340 355

e-mail: editorial@editorialaqua.com



Elevating the Art of *Crossing*

Introducing the next generation
of PTA Balloons

EverCross™ .035 OTW PTA Balloon

NanoCross™ .014 OTW PTA Balloon

DESIGNED FOR OPTIMAL CROSSING WITH:

- Best-in-class tip entry profile
- Ultra low crossing profile
- Enhanced pushability



Visite la web de la Sociedad Iberoamericana de Intervencionismo

www.intervencionismosidi.org



Descargue nuestra revista en formato digital



Consulte nuestra agenda de cursos y congresos



Manténgase informado de las últimas novedades



Ya puede reservar su edición del



Manual de técnicas intervencionistas guiadas por imágenes

- Intervencionismo vascular y no vascular de la mano de los mejores expertos en cada tema
- Escrito por reconocidos especialistas iberoamericanos
- Útil, práctico y actualizado
- Escrito en habla hispana y dirigido a profesionales de las técnicas de mínima invasión
- Manual de uso práctico y libro de referencia de la especialidad

A la venta en:

EDICIONES
journal

Ediciones Journal
www.journal.com.ar

Auspiciado por:



Sociedad Iberoamericana de Intervencionismo
www.intervencionismosidi.org

máster

UNIVERSIDAD
ZARAGOZA
ESPAÑA

Este Máster está diseñado y dirigido para la formación especializada de licenciados en Medicina y Cirugía General, Veterinaria y Enfermería



TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS GUIADAS POR IMAGEN PARA CIENCIAS BIOMÉDICAS

Estudio Propio de la Universidad de Zaragoza

Los objetivos de este Máster vienen definidos en las carencias observadas en la formación de los especialistas a quién va dirigido, tanto a nivel asistencial como académico.

La parte teórica se lleva a cabo a través de internet siguiendo los apartados realizados por los profesores.

Estos módulos tienen un diseño muy intuitivo y con diversos casos clínicos.

Las sesiones prácticas se realizan en el Hospital Veterinario de la Universidad de Zaragoza.

Resumen de los temas tratados en cada módulo:

Módulo 1. Generalidades.

Procedimientos básicos

- Anatomía radiológica del animal de experimentación
- Punciones arteriales y venosas
- Materiales necesarios en CMI
- Radioprotección nivel II

Módulo 2. Procedimientos no vasculares

- Punción lesiones en tórax y abdomen
- Drenaje de colecciones (tórax y abdomen)
- Gastrostomía. Gastroyeyunostomía
- Stents en tubo digestivo
- Vertebroplastia y otras técnicas
- Shunt portosistémico. TIPS

Módulo 3. Procedimientos vasculares

- Cateterización, ATP y stent en TSA. Neuroprotección
- ATP y stent en arterias periféricas
- Filtros de vena cava inferior. Stent en VCI, VCS y venas ilíacas
- Embolización de tumores y vasos
- ATP, fibrinólisis y stent en troncos viscerales

Módulo 4.

Procedimientos especiales

- ATP y stent en FSA e infrapopliteo
- Endograft para AAA
- Embolización cerebral
- Láser en sistema venoso
- ATP, stent y fibrinólisis intracerebral

Dirigido por:

Dr. D. José Rodríguez Gómez
Profesor Titular de Universidad
Dr. D. M. A. de Gregorio Ariza
Catedrático de Universidad



Abierto el plazo de preinscripción

Solicite mayor información en la Secretaría del Máster

María García Checa

utmi@unizar.es

Tfno: +34-976-762-816. Fax: +34-976-762-816

La Revista Iberoamericana de Radiología Intervencionista *Intervencionismo* constituye la publicación oficial de la Sociedad Iberoamericana de Radiología Intervencionista y de la Sociedad Brasileña SOBRICE.

Las instrucciones para autores que se citan a continuación se ajustan a los requerimientos exigidos para Publicaciones en Revistas Biomédicas (JAMA 1993;269:2282-2286).

Los artículos aceptados serán propiedad intelectual de la Revista *Intervencionismo* y no podrán ser publicados parcial o íntegramente sin el permiso escrito de los autores y de la Revista *Intervencionismo*.

Los artículos se deberán remitir preferentemente a la dirección de correo electrónico intervencionismo@gmail.com o al Profesor Miguel Ángel de Gregorio Ariza. Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva Guiada por Imagen. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. San Juan Bosco, 15. Zaragoza 50009. España. Teléfono 976 556400- Extensión 2981/2983

Comité Científico

Derechos de Autor y envío de originales

Un documento en el que se acuerde la cesión de Derechos de Autor firmado por todos los autores deberá acompañar el envío de los artículos originales.

Conflicto de Intereses

Los artículos en los que consten autores con intereses comerciales en una empresa u organización deberán acompañar un escrito describiendo el tipo de relación existente. Después de revisar este documento, el Editor decidirá la existencia real de conflicto de intereses.

Si el Editor lo considera oportuno lo hará constar en una nota a pie de página en la primera hoja del artículo publicado.

Selección de artículos

Todos los artículos serán revisados por un evaluador externo, al que se remitirá el artículo de forma anónima para su revisión científica. Los evaluadores podrán aceptar o rechazar el artículo para su publicación, o aceptarlo de forma condicional a la realización de algunas correcciones. En este caso el artículo se devolverá a su autor para que realice las modificaciones convenientes en un plazo de 20 días y, de ser así, se aceptará para su publicación. En caso de no cumplir los plazos el artículo deberá pasar de nuevo la evaluación externa.

PREPARACIÓN DE ARTÍCULOS

Los originales se remitirán en formato informático Microsoft Word a la dirección intervencionismo@gmail.com y podrán ser enviados en castellano o portugués.

Contenido

Primera página: incluirá el título completo del artículo (en castellano o portugués y en inglés); nombres y apellidos de los autores; institución/es de donde procede el trabajo.

También incluirá el nombre y dirección de un autor designado, así como su e-mail y teléfono para envío de correspondencia.

Segunda página: incluirá el resumen.

Resumen

El resumen no debe superar las 500 palabras con la siguiente estructura:

– En caso de originales: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones.

– En caso de casos clínicos y revisiones: resumen.

Palabras clave: Entre tres y seis.

El resumen y palabras clave deben estar traducidas también al inglés.

Las siguientes páginas incluirán el texto del artículo:

• En el caso de artículos de investigación estará estructurado en:

– *Introducción.* Debe describir la experiencia y literatura existente hasta el presente estudio, así como establecer el objetivo del mismo.

– *Material y métodos.* En esta sección se incluirá la descripción de la selección de los individuos, materiales (incluyendo la empresa comercial) y procedimientos utilizados en el artículo. Puede incluirse bibliografía para referirse a métodos que hayan sido publicados.

Técnicas nuevas o modificadas deben ser descritas y evaluadas de forma crítica para evaluar las limitaciones reales y potenciales.

Si ha sido necesario realizar un análisis estadístico para demostrar la validez del estudio, debe aportarse en uno o más apéndices.

Los trabajos que incluyan investigaciones con humanos deben indicar su aprobación por parte de la Comisión de Ensayos Clínicos de su Institución, así como señalar la obtención de los pacientes del consentimiento informado.

Los trabajos que incluyan investigaciones con animales incluirán en esta sección, que el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ensayos con Animales.

– *Resultados.* Los datos y resultados del trabajo deben presentarse con una secuencia lógica en el texto. Las tablas e ilustraciones resumirán observaciones importantes. Trabajos con cierta complejidad pueden requerir la inclusión de subsecciones dentro de este capítulo de resultados.

– *Discusión.* Debe resaltar los aspectos nuevos e importantes del estudio así como las conclusiones que se desprendan. No hay que repetir los datos presentados en la sección de Resultados. También es preciso incluir las implicaciones y limitaciones de los hallazgos, relacionándolos hallazgos con los de otros estudios relevantes. Pueden incluirse recomendaciones si se cree conveniente.

– *Conclusiones.* Se evitarán conclusiones no desprendidas de los datos presentados.

– *Agradecimientos.* Se incluirán en hoja aparte al final del texto.

– *Bibliografía.* Las citas se numerarán según el orden de aparición en el texto y no superarán el número de 35. Las abreviaturas de citas que aparezcan seguirán las normas de Vancouver.

Resultados no publicados no se citarán en la lista de la bibliografía, incluyéndose entre paréntesis en el texto.

Para artículos de revistas con seis o menos autores, se citarán los apellidos e iniciales de los nombres según el ejemplo:

Tus ideas nos interesan

EBERS TE QUIERE ESCUCHAR



“

Ebers proporciona servicios de consultoría en tecnología médica con el objetivo de que puedas ver tu idea convertida en un producto de éxito

”

Tus ideas nos interesan

Convertimos ideas brillantes en productos atractivos

En Ebers sabemos que los profesionales sanitarios atesoran la mayor cantidad de conocimientos e ideas sobre tecnología médica. Nuestro objetivo es desarrollar esas ideas hasta convertirlas en productos. A partir de tus indicaciones, nos encargamos del diseño, la construcción de prototipos y la realización de los ensayos necesarios, así como de la obtención de protección intelectual para las invenciones, proporcionando los recursos necesarios para obtener diseños comercializables.



Consultoría en Tecnología Médica

ebers

SMART MEDICAL ENGINEERING

www.ebersmedical.com

Contacto:

info@ebersmedical.com

Tel: [+34] 627 62 96 69

Fax: [+34] 976 76 25 78



Creciendo juntos

Compromiso a largo plazo en Enfermedad Arterial Periférica

Abbott Vascular está comprometida con:

- el desarrollo de la próxima generación de **productos**
- la inversión en una mayor **evidencia** endovascular
- la creación de una red **formativa** de alto nivel para los profesionales



Cátedra **Abbott**
Endovascular
Universidad Zaragoza



Abbott
Vascular