



# EDITORIAL

## RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN COLOMBIA\*

De acuerdo con estadísticas del Departamento Nacional de Estadística (DANE), de los 46 millones de habitantes que tiene Colombia, 50,6 % son mujeres y 49,3 % son hombres. En el año 2010, un 6 % de la población tenía 65 o más años. La expectativa de vida en Colombia es de 75,22 años.

La mayoría de nuestra población es urbana, concentrada en sus cinco ciudades más pobladas: Bogotá (7 millones de habitantes), Medellín (2,3 millones), Cali (2,1 millones), Barranquilla (1,1 millones) y Cartagena (0,9 millones).

Colombia tiene una moderada prevalencia de enfermedades que pueden eventualmente ser tratadas con las técnicas de la radiología intervencionista. Datos de Globocan nos indican que la prevalencia del cáncer colorrectal es de 10,61 por 100.000 habitantes, mientras que al cáncer hepático le corresponden 2,3 por 100.000. La prevalencia de miomatosis uterina es de 25 a un 40 %.

La Asociación Colombiana de Diabetes sugiere que la prevalencia de esa enfermedad es de 8,7 % en mujeres y 7,4 % en hombres.

Como en otros países, la enfermedad cardíaca isquémica es la responsable de la mayoría de nuestras muertes, unas 244 por 100.000 habitantes, seguida de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, de 119,4 por 100.000.

Las muertes violentas, que incluyen las accidentales y las no accidentales, son bastante frecuentes en nuestro país (78,77 por 100.000). La mortalidad para la diabetes afecta a los mayores de 45 años en 56,42 por 100.000 habitantes. La mortalidad por cirrosis para los mayores de 35 es de 11,92 por 100.000, y la del sida es de 5,21 por 100.000.

La mortalidad global por cáncer es de 73,54 por 100.000, y puede categorizarse según el tipo de neoplasia: para el cáncer del tubo digestivo, 99,83 por 100.000; para el pulmonar, en mayores de 45 años, corresponde a un 34,46 por 100.000. El cáncer mamario conlleva una mortalidad de 24,75 por 100.000, y el uterino, en mayores de 35 años, de 22,7 por 100.000. No resulta sorprendente reconocer que nuestros problemas de salud son similares a los del resto del mundo.

El gobierno colombiano tiene un sistema general de seguridad social que se encuentra en medio de una reforma, que al parecer pasaría de un listado de procedimientos incluidos en nuestro plan obligatorio de salud, a un plan de beneficios que pretende aumentar el cubrimiento a la población colombiana, pero aún no está claro cómo será administrado ni qué tipo de procedimientos intervencionistas serán aceptados como parte de ese plan de beneficios. Como podría anticiparse, los aspectos económicos y los relacionados con los costos también tienen un comportamiento que recuerda al global.

En Colombia, están disponibles la mayoría de los procedimientos de la radiología intervencionista. Esto incluye los de neurointervencionismo, como el tratamiento de aneurismas, malformaciones y otras lesiones del sistema vascular cerebral y espinal y las pruebas funcionales farmacológicas o de oclusión. También se hacen en Colombia todo tipo de procedimientos vasculares periféricos y viscerales, desde los accesos venosos hasta los procedimientos de oncología intervencionista y las reconstrucciones de aorta o las derivaciones portosistémicas transyugulares, pasando por la angioplastia vascular visceral y periférica y la inserción de filtros de vena cava, por citar solo unos ejemplos. Por supuesto, los procedimientos no vasculares, que incluyen biopsias, drenajes de colecciones y derivaciones biliares y del sistema urinario, son también usuales en cualquier servicio de radiología intervencionista.

Como en otros países, también practicamos la “radiología intervencionista Nike®”, concepto que oí por primera vez al intervencionista pediátrico James Donaldson, aunque no sé si sea originalmente suyo. Se refiere a que los intervencionistas colombianos tomamos los mismos riesgos calculados que los de otras partes del mundo, y nos atrevemos a hacer una gran variedad de procedimientos, tal como lo sugiere la frase publicitaria emblemática de esa compañía de artículos para deportes, comunes o extremos (“Just Do It®”).

En Colombia, también es posible adquirir la mayoría de los dispositivos de la radiología intervencionista. Existe cierta demora en el ingreso de algunos insumos, que puede estar relacionada con el volumen de procedimientos que requieren materiales altamente especializados. También puede depender de la experiencia de los intervencionistas con estos productos. Hay factores relacionados con el mercado, que también explican algunas de las demoras en la llegada de los insumos al país. Los procesos de ingreso de estos materiales al país, sin duda necesarios para asegurar un mínimo control gubernamental de calidad, implican una serie de trámites exigidos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), que deben ser completados por los fabricantes o distribuidores de estos productos

\* Texto basado en la ponencia presentada en el simposio *Sir Global: South America*, en la 38.ª Reunión Científica Anual de la Sociedad de Radiología Intervencionista (SIR), Nueva Orleans, Estados Unidos, 15 de abril de 2013, en representación de la Sociedad Iberoamericana de Intervencionismo (SIDI).

y que pueden tardar varios meses. Es evidente que los insumos de baja rotación generan menor interés por parte de los distribuidores para cumplir con esta exigencia, aunque es sabido que en Colombia estos trámites son mucho más ágiles que en otros países de la región.

Aunque personalmente estoy en desacuerdo con la reutilización de materiales, el Ministerio de la Protección Social, mediante su Resolución 4725, ha elaborado una clasificación de riesgo de los dispositivos médicos, basada, entre otros aspectos, en el grado de invasión. Solo pueden ser esterilizados para su reutilización un máximo de tres veces aquellos productos clasificados como de bajo riesgo. Aún así, existe la percepción de que algunas instituciones tienen políticas de reutilización menos estrictas.

Los principales protagonistas del intervencionismo son los radiólogos intervencionistas, los cardiólogos intervencionistas y los cirujanos vasculares. Hay algunos otros en áreas específicas como la neurorradiología, que ha captado el interés y la dedicación de neurocirujanos y neurólogos.

También era predecible que los problemas territoriales en nuestro país tuvieran el mismo carácter global. Algunos países de Latinoamérica, entre los que se encuentran México, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia, son considerados como un potencial de negocio multimillonario, con una enorme proyección de ventas. Un reciente estudio del Grupo Millenium, acerca del mercadeo de dispositivos vasculares periféricos, demostró un crecimiento compuesto anual de ventas de un 10 % hasta 2015, lo cual puede representar cerca de 250 millones de dólares.

Hay varios factores que favorecen esta tendencia. Entre ellos, el aumento en la edad de la población y el incremento en las tasas de obesidad y diabetes. También se ha aumentado el entrenamiento de diferentes especialistas en los procedimientos intervencionistas y en el uso de dispositivos especiales, con un obvio impacto en las ventas. La disponibilidad de dispositivos también va en aumento, gracias a que el personal experimentado y el que se está formando puede mantener las estadísticas de las conocidas ventajas de la radiología intervencionista, como las relacionadas con la morbilidad y la disminución en la estancia hospitalaria y en el consumo de recursos quirúrgicos.

Por otra parte, hay algunos aspectos que pueden obstaculizar esta tendencia de incremento en las ventas de insumos. Una de las principales es el costo de los dispositivos, que puede ser tan alto que no resulta en una alternativa viable a algunos procedimientos quirúrgicos. Las políticas de reutilización también disminuyen el ingreso de insumos nuevos. El incremento en la disponibilidad de técnicas no invasivas, como la angioTC, ha reemplazado en muchos casos a las angiografías diagnósticas, aunque también contribuyen a seleccionar mejor los casos de intervencionismo terapéutico. Otro factor en contra de las ventas puede ser la competencia de precios entre los fabricantes de los insumos, cuya variabilidad no es necesariamente el reflejo de los precios de los mismos insumos en otros países.

Los estudios de evidencia clínica, o su ausencia, pueden ir a favor o en contra de los procedimientos de la radiología intervencionista y del crecimiento en las ventas de dispositivos.

Entonces, ¿hacia dónde va el intervencionismo en Colombia?

La industria ha demostrado interés en apoyar a los pacientes, con varias estrategias para ayudas educativas, financieras y legales. Hay algunas compañías que orientan a los pacientes en los trámites de aprobación requeridos para los procedimientos de alto costo. Es conocida la estrategia de las compañías farmacéuticas que usan esquemas de descuentos progresivos de medicamentos para los pacientes que se mantengan fieles a su marca.

La industria también está interesada en el apoyo a la educación médica continua y a los proyectos de investigación que involucren sus productos,

pero esta es una situación de alto riesgo, en cuanto se expone a cruzar límites éticos.

Quizá sea necesaria una asociación colombiana de radiología intervencionista que pueda ayudar al crecimiento de la especialidad en un ámbito más académico que gremial. Sería también muy importante fortalecer las reuniones de radiología intervencionista en las diferentes regiones del país. Solo hay un grupo nacional de unos 30 amigos de diferentes especialidades que se ha reunido para discutir algunas complicaciones de la neurorradiología intervencionista. Los esfuerzos de algunos intervencionistas del país para agruparse no han sido muy exitosos, y tienen la limitación de que en algunos casos pueden ser incompatibles con los intereses de los diferentes grupos involucrados en este territorio.

Es necesaria una mayor exposición de los radiólogos en formación al intervencionismo, para evitar que los residentes de radiología quieran huir ante la mención de una aguja y prefieran la relativa comodidad de la penumbra de las salas de lectura a los horarios de disponibilidad extendidos y la dedicación requerida por los que escogen el flujo de adrenalina que se asocia a la radiología intervencionista.

Necesitamos una mejor descripción de nuestro trabajo, una especie de asesoría de imagen, que permita cambiar la idea de que los radiólogos intervencionistas no son un valor agregado, sino que resultan ineficientes desde el punto de vista de su productividad, especialmente cuando se pretende comparar el tiempo empleado en la elaboración de un procedimiento complejo con el requerido para la interpretación de estudios no invasivos.

Muchos de los radiólogos intervencionistas en Colombia no pueden dedicarse exclusivamente a la práctica de esta especialidad, tanto por factores como la variabilidad en el volumen de pacientes en cada institución, como por las diferentes formas de remuneración que existen, algunas de las cuales compiten en condiciones desfavorables con la remuneración recibida por especialistas no radiólogos para los mismos procedimientos. Es común que no se asigne tiempo para las actividades no radiológicas de la radiología intervencionista, que incluyen consultas clínicas para la planeación de los procedimientos o para el seguimiento de los pacientes.

Es tal la cantidad de actividades clínicas que no suelen hacer parte del trabajo del radiólogo no intervencionista, y tan evidente la necesidad de asimilarlas a la especialidad, que la solución encontrada por la Sociedad de Radiología Intervencionista (SIR) ha sido tan práctica como sorprendente: separar el intervencionismo de la radiología, y crear una especialidad independiente, que tenga presente los aspectos clínicos y el papel del intervencionista como médico tratante principal, no como un interconsultante. Esto implica un cambio en el currículo, que aumente las exigencias en las habilidades clínicas y quirúrgicas, a expensas de una menor exposición a los aspectos diagnósticos que hicieron de la radiología una especialidad única, diferente a las demás.

Para los apasionados por la especialidad, como yo, es impensable separar de la radiología a la aguja, la guía y el catéter cuya secuencia correcta de uso se le ocurrió a Sven Ivar Seldinger en 1952, quizá sin sospechar que alcanzarían la categoría de íconos. De lo que estoy seguro es de que Seldinger pudo experimentar el grado de satisfacción que se alcanza cuando se domina el uso de estas tres herramientas, y se dirigen, con imágenes, hacia el beneficio de nuestros pacientes.

*Aníbal J. Morillo, MD*

*Médico radiólogo institucional*

*Jefe de la Sección de Radiología Intervencionista*

*Departamento de Imágenes Diagnósticas*

*Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá*