



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

## Déjà vu

Cuentan que en 1964 Charles Dotter, tras haber realizado su primera angioplastia que salvó la pierna de la buena señora octogenaria, supongo que de Oregón, a veces recibía notas de “ver pero no tocar”. En los formularios de petición procedentes de otros departamentos del Hospital de Portland, detrás de “Angio left femoral arteriogram” se podía leer en mayúsculas y subrayado: “Visualize but do not try to fix”.

Algunos de ustedes ya se están preguntando a qué viene aquí y ahora lo del “ya visto”, ese fenómeno no bien explicado, en el que al presenciar algo tenemos la sensación de haberlo vivido antes. Pues bien, hace un par de días, una doctora de mi hospital me quiso recordar que los intervencionistas no somos médicos y que debemos obedecer estrictamente lo que nos solicitan. ¿Temen que les arrebatemos la propiedad del paciente o de la enfermedad?

Algunos especialistas confunden lo del trabajo multidisciplinar con lo de trabajar en equipo haciendo lo que yo diga, ya que soy el líder. Si no es así, ya no es trabajo en equipo y se deberá aplicar aquello de que la responsabilidad del paciente es suya, y por ello también se hace lo que él decide.

Falta mucho tiempo para que el Intervencionismo, la Radiología Intervencionista, tome la responsabilidad de su propio trabajo y no dependa de otras especialidades en decisiones científicas y médicas. ¿Quién se atrevería a increpar al cirujano que en el curso de colecistectomía ha resecado una lesión hepática con “mala pinta”?

Más que nunca nuestra especialidad, que se encuentra en un momento crucial, necesita de un plan estratégico que establezca los reconocimientos administrativo y universitario que permitan una formación y un desarrollo de su cartera de servicios adecuados.

Probablemente esto es importante, pero quizás es más importante que los propios intervencionistas tomemos conciencia de que debemos hacer ese cambio. Pasar de ser simples manejadores de habilidades y casos con imágenes para ser médicos en el total sentido de la palabra, responsables de pacientes, con independencia suficiente para decidir sobre lo que nadie mejor que nosotros conoce de la enfermedad y del paciente.

Ya no se trata de la versión 2.0 de radiólogo, como decía Jim Reekers<sup>1</sup>. Se trata de adoptar las modificaciones necesarias para alcanzar los objetivos que hagan de nuestra actividad médica un trabajo reconocido, independiente y útil para el paciente, dejando de ser una especialidad comparsa, de caprichos y del último recurso. No podemos resignarnos, como anuncia SIR, a ser la especialidad que desde 1953 estamos inventando para otros<sup>2</sup>. Si todos tomamos esa decisión, al menos me gustaría cobrar la parte proporcional de royalties o de franquicia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reekers J The spider model for clinical involvement in radiology Insights Imaging 2014; 5:403-405.
2. Seldinger I Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography; a new technique. Acta radiol. 1953;39:368-76.