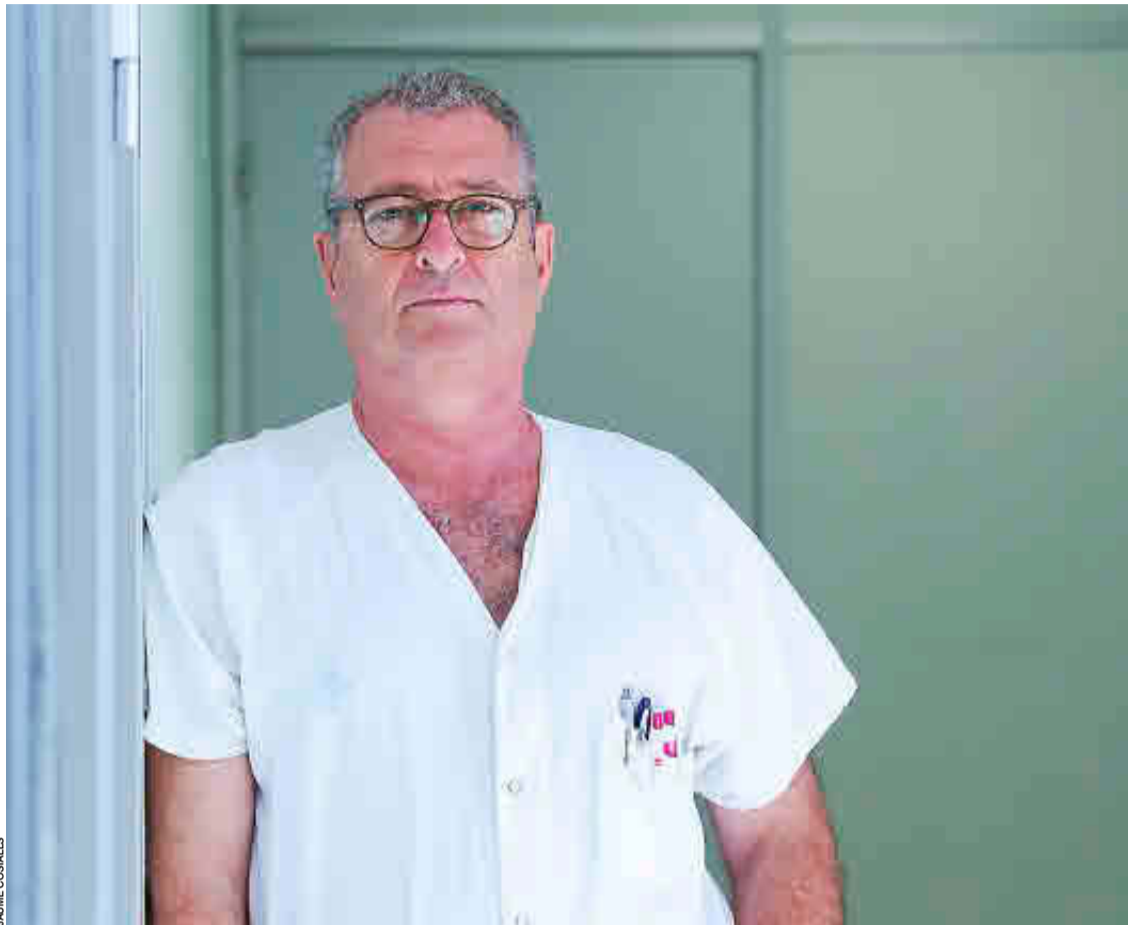


**VALENTÍN FERNÁNDEZ VALENZUELA** | El presidente de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculapunta que la troncalidad seguiría un modelo caduco en EEUU y Europa



JAUME COSIALS

## Vascular quiere formar a expertos en AP que sigan la patología leve

MADRID **NURIA MONSÓ**  
nuria.monso@diariomedico.com

Valentín Fernández Valenzuela, nuevo presidente de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, habla con DM sobre el futuro de la especialidad, marcado por las técnicas no invasivas, y de su deseo de desarrollar un programa de médicos de Familia expertos en estas patologías.

**PREGUNTA.** ¿Qué objetivos se ha marcado para su mandato hasta 2019?

**RESPUESTA.** A nivel institucional, queremos continuar con la línea de reestructuración del congreso por patologías, de forma que se traten de forma integral en los encuentros. Otro es la apertura de una sede en Madrid que puedan aprovechar nuestros socios. Tengo además una idea personal que quiero desarrollar con las sociedades de atención primaria: formar conjuntamente a una serie de profesionales que desde los centros de salud puedan intervenir en el proceso de la enfermedad vas-

cular: hacer un seguimiento, un pequeño cribado y controlar los factores de riesgo. Es algo que ya se hace en especialidades como Neumología y Psiquiatría. Al hospital llega un gran volumen de pacientes que no tienen una patología vascular importante o es controlable. Si lo sacáramos adelante, podríamos aliviar las consultas y dedicar más tiempo a las que nos lleguen. También me gustaría abordar el sector privado, porque cada vez más especialistas están interesados, pero los precios que pagan las aseguradoras son irrisorios.

**PREGUNTA.** Una preocupación en los últimos años de las sociedades es el desarrollo de la recertificación. ¿Han empezado a trabajar en ese tema o están a la espera de una regulación nacional?

**RESPUESTA.** Todavía no nos hemos puesto a ello, aunque estamos pendientes de ver cómo queda el proceso. Personalmente creo que acabará siendo algo rutinario, un trámite administrativo, como la

certificación de los jefes de servicio. En cuanto a la formación continuada, nos preocupa más la aplicación de los códigos éticos de la industria, particularmente el de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). Ha renunciado a pagar invitaciones individuales a congresos, salvo que los profesionales sean ponentes o parte activa del evento. Se supone que ahora lo hará a través de organizaciones y fundaciones. Tendremos que estudiar a fondo cómo encauzar estos fondos para la formación.

**P.** En el ámbito asistencial, ¿hay algún problema que les preocupe como sociedad científica?

**R.** Un tema recurrente es que tenemos problemas en ciertas zonas donde algunos hospitales grandes, como el Marqués de Valdecilla de Santander y el Virgen de la Arrixaca de Murcia, no tienen servicios de Cirugía Vascular, sino que son los cirujanos cardiovasculares quienes se encargan de este tipo de intervenciones. No digo

“Me gustaría promover que en los centros de salud se pudiera hacer un control de las enfermedades vasculares”

“Debemos crear programas de cribado, por ejemplo en aneurismas, o jamás sabremos si funcionan”

“Europa y EEUU han evolucionado a especialidades de 4 ó 5 años. Con la troncalidad vamos a seguir el camino inverso”

que hagan mal su trabajo, pero hay que tener en cuenta que la formación de estos especialistas es fundamentalmente cardíaca, así que en principio no son los profesionales más preparados. También tendríamos que abordar con el Ministerio de Sanidad el cribaje en patología vascular, como los aneurismas. Esto ya lo ha desarrollado el Gobierno de Cataluña en los hospitales de San Pablo y Valle de Hebrón, a través de los centros de salud mediante ecodoppler y ecografía abdominal, y llevan ya un millar de pacientes cribados. No son muchos, pero si no desarrollamos este tipo de iniciativas, nunca sabremos si funcionan.

**P.** ¿Cuántos especialistas hay en España? ¿Hay déficit o exceso de profesionales en el sistema?

**R.** Calculo que entre socios y personal en formación, estaremos cerca de los mil profesionales. Salen más de una treintena de plazas cada año y la especialidad, aunque sea quirúrgica, también se está feminizando; entre el 50 y el 60 por ciento de los nuevos residentes son mujeres. Yo no diría que hay paro en la especialidad, si bien los MIR deben ser conscientes de que quedarse en los hospitales de re-

ferencia es cada vez más difícil, pero creo que para ellos hay espacio en los centros comarcales y pequeños y en el ámbito privado.

**P.** ¿Qué puede representar la troncalidad, que el Consejo Interterritorial quiere retomar de nuevo, para su especialidad?

**R.** No quiero condenarla, pero reconozco que no veo claro el modelo: en especialidades tan específicas no tenemos mucho en común con otras, excepto por patologías. Ocurre algo curioso: cuando nosotros empezamos con nuestra formación, teníamos 4 años para especializarnos, mientras que en Europa y Estados Unidos la tendencia era a una formación general en cirugía y luego un año o dos de especialización. Poco a poco, esos países han ido virando hacia especialidades de 4 ó 5 años, mientras que nosotros vamos a seguir el camino inverso. Además, el problema de ese periodo de formación común es que no creo que se pueda aprovechar mucho y necesitaríamos al menos un año más. Tres años me parecen poco tiempo para enseñar Cirugía Vascular.

**P.** El programa MIR es de 2007. ¿Hace falta revisar algún punto?

**R.** Sin duda hay que renovarlo mucho. No me refiero tanto a patologías, en las que si acaso habría que revisar algunos factores de riesgo, sino a procesos diagnósticos. Hay métodos como la arteriografía que se han quedado obsoletos, porque se han creado pruebas mucho menos cruentas, como el angio-TAC y la ecodoppler. Otro aspecto importante es el tipo de cirugía que se hace. Si bien hay que aprender tanto de la clásica como de la endovascular, y ya en el programa MIR de 2007 se hicieron unos retoques en ese sentido, la segunda está cobrando cada vez más peso.

**P.** Viendo esa tendencia, ¿sería conveniente de cara a futuros procesos selectivos crear plazas por perfil dentro de Vascular o incluso un área de capacitación específica?

**R.** En cuanto a la superespecialización, tanto en el diagnóstico como en la cirugía, la especialidad está evolucionando hacia las técnicas no invasivas, aunque todavía hay quien se dedica a la cirugía más clásica. Personalmente no creo que sea necesario crear puestos específicos para estos casos, entre otras cosas porque no sabemos qué camino va a tomar la especialidad. Puede, y así lo parece, que toda la parte de endovascular acabe absorbiendo al resto de la especialidad. Probablemente si necesitamos mantener algunos expertos en técnicas más clásicas de cirugía abierta. De hecho, no me extrañaría que dentro de 15 años se publicaran ofertas de trabajo para cirujanos de artes antiguas (ríe).