



Editorial

Artículo español

La alta tecnología no sustituye al bien hacer clínico

High technology is a poor substitute of clinical excellence

Ángeles Franco-López

Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Vinalopó. Elche, Alicante, España

Los cambios habidos en los últimos años en el ámbito de la medicina han sido tan trepidantes como en el resto del mundo científico. En menos de cien años hemos pasado de una medicina centrada en los síntomas clínicos y en la exploración clínica (figura 1) a una medicina altamente tecnificada.

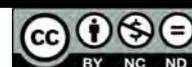


Figura 1: Sesión Clínica en el Aula Magna de la Clínica de la Concepción de Madrid, en 1967. D. Carlos Jimenez Díaz explora al paciente, que ha sido conducido al lugar. Al fondo, grandes clínicos de la época, entre otros, D. Eloy Lopez Garcia, D. Jose Perianes, D. Jose Luis Rodriguez Miñón, D. Heliodoro González Mogená y D. Pedro de la Barreda. A los médicos de más edad se les anteponía siempre el tratamiento deferencial de Don, con lo que se hacía patente el respeto al conocimiento y se marcaba la distancia, algo que, lamentablemente, también se ha perdido en el siglo XXI

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelesfmc@yahoo.com (Ángeles Franco-López).

Recibido el 6 de septiembre de 2017; aceptado el 21 de septiembre de 2017.



Este camino rápido y sin tiempo a la reflexión tiene ahora sus luces y sus sombras. La medicina altamente tecnificada, en la que muchos profesionales han sustituido el razonamiento clínico por la petición de pruebas altamente sofisticadas y caras promueve, como dice Fred ⁽¹⁾ en su artículo *Hyposkillia, deficiency of clinical skills*, pereza mental, lo que hace que dejemos de usar la más sofisticada máquina que se puede utilizar en el diagnóstico: el cerebro. Necesitamos clínicos que pidan las exploraciones para confirmar su hipótesis diagnóstica, no que pidan TC y RM como quién lanza los dados al aire ⁽¹⁾.

La alta tecnología necesita que hagamos un uso adecuado de ella: que se pida al paciente oportuno en el momento adecuado, que sea realizada correctamente por un profesional con experiencia y que la consecuencia de su realización sea un cambio o una confirmación diagnóstica que supongan una actitud terapéutica diferente con el paciente.

Los que hemos tenido la inmensa suerte de trabajar con grandes clínicos sabemos la importancia que tiene una buena orientación del paciente e incluso que, a veces, no hacer nada es lo mejor que se puede hacer en medicina.

Pero nosotros, los radiólogos del siglo XXI, también sabemos el alto valor de la tecnología: los procedimientos más sofisticados de última generación son de gran ayuda en múltiples patologías: el uso adecuado de la RM en patologías como el mieloma, el cáncer de próstata, las enfermedades hepáticas, cardíacas etc. han modificado el conocimiento de la enfermedad como de la noche al día

Pero para poder seguir ejerciendo una medicina de excelencia, a tono con la calidad de la alta tecnología de que se dispone, es imprescindible seguir elaborando historias clínicas meditadas y completas, exploraciones físicas exhaustivas, tactos rectales y auscultaciones con el fonendoscopio de “toda la vida”. ¿Es acaso frecuente hoy día diagnosticar un cáncer de recto en primera instancia mediante el tacto rectal o una estenosis mitral por auscultación con el fonendoscopio tras oír un primer tono fuerte, con chasquido de apertura, arrastre presistolico y soplo mesodiastólico? ¿Cuántas subictericias se diagnostican después de ver el perfil bioquímico y no mediante la simple observación visual de las conjuntivas? Las exploraciones complementarias han de perseguir la matización de lo sospechado de manera razonada y no utilizarse como un disparo de perdigones “a ver que cae”. Las consultas interprofesionales, asimismo, deben buscar el enriquecimiento del diagnóstico mediante el intercambio de opiniones, a veces, entre especialistas, desde diferentes perspectivas y no, como sucede en ocasiones, para trasladar la responsabilidad del diagnóstico a otro colega. Debemos formar especialistas comprometidos con el coste, a veces altísimo, de exploraciones sofisticadas o de última moda, evitando su utilización cuando técnicas más sencillas y económicas puedan arrojar la misma luz. Especial atención debe tenerse a la reiteración de exploraciones, (¿Hay que revisar con TC cada seis meses de por vida un nódulo benigno de pulmón con características de hamartoma?), incluso teniendo en cuenta que muchas exploraciones conllevan una morbilidad no desdeñable. (¿Cuántas historias clínicas de pacientes (con enfermedades crónicas se ven con TC o RM, que se cuentan por decenas, sin arrojar cambios en el diagnóstico ni en el tratamiento?).

De los responsables de nuestros centros sanitarios depende la potenciación de la figura del director médico, el respeto a las opiniones de los profesionales de mayor experiencia y la liberación de tareas administrativas a determinados profesionales que se distinguen por su bien hacer clínico (¿No es más importante establecer diagnósticos brillantes razonados sobre un conocimiento contrastado con la bibliografía más actual ó conducir sesiones clínicas que establecer el turno de guardias de los miembros del servicio?). No hay duda de que, si los profesionales optamos por estos derroteros, ganaremos un mayor respeto de la población y, sin duda, al comprometernos con el gasto sanitario, de forma colateral nuestro trabajo será mejor remunerado o, por lo menos, tendremos motivos para exigirlo.

Referencias

1. Fred HL. Hyposkillia Deficiency of Clinical Skills. *Texas Heart Institute Journal* 2005;32(3):255-257