

# Luces y sombras

J.I. Bilbao

*Servicio de Radiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra. España.*

Grandes empresas, cuando se encuentran saturadas de éxito, cuando las cosas les van bien, deciden que es ése el mejor momento para “parar y pensar”. Me gustaría, a continuación “pararme a pensar”, a que pensemos, en lo que nos espera a los radiólogos.

Decir, así como suena, que nuestra especialidad ocupa una privilegiada posición, tanto en la medicina actual como en la del próximo futuro, no es “una bilbainada” (por usar un argot norriño), ni tampoco un desatino. Es lo que hay.

Esta privilegiada posición se debe a que el manejo rutinario de la “imagen médica” resulta imprescindible en la práctica médica de nuestros días. Su obtención, procesado y distribución supone también un claro reto a la gestión médica actual. La importancia de la “imagen médica”, por su valor en la toma de decisiones clínicas, así como por la creciente complejidad en su manejo, emplaza a sus responsables a una situación de indudable relevancia en la práctica asistencial y en la administración hospitalaria. La mencionada relevancia de la “imagen médica”, y el esfuerzo de muchos, ha colocado a sus hasta ahora principales “responsables”, nosotros los radiólogos, en una posición progresivamente cambiante y algo distinta a la de hace unos años. Nos hemos acercado mucho más a los que tienen que ser nuestros verdaderos “clientes”, a los pacientes.

Pero esta nueva situación ofrece “luces y sombras” sobre las que me gustaría debatir.

En primer lugar, me gustaría hablar de la superespecialización. Hemos evolucionado hacia un reparto de nuestras tareas, siguiendo las tendencias más actuales en lo que se refiere a la distribución y organización de nuestros servicios, en una férrea estructura en “órganos y sistemas”. Se aduce, con su implantación, que así se facilitan, se refuerzan los puentes de diálogo entre nosotros y los demás especialistas. Desde un punto de vista puramente organizativo, probablemente para los grandes hospitales, esta parcelación pueda ser factible y útil. No lo es, desde luego, para servicios con menos de 15-20 radiólogos en los que la ansiada y perfecta “organización”, cuando se indaga un poco, pasa a convertirse en algo más laxo, en un (sic) “siempre mantendremos cierta polivalencia” o “mantenemos una distribución mixta con el fin de sacar mayor provecho a las máquinas”... Siempre habrá excepciones, pero la búsqueda exclusiva de alcanzar la “organización y sistematización” puede descolocarnos. Puede, por una parte, alejarnos de “las máquinas”, pues podemos, imperceptiblemente, renunciar a la investigación y optimización de todos sus recursos, y no ofrecer lo mejor. Por otra parte, puede “sectorizar” nuestro trabajo asistencial, siendo, por ejemplo, grandes interlocutores en lo que se refiere a una lesión visceral, pero no en lo que le ocurre al paciente.

No es esto que estoy exponiendo una crítica a la superespecialización en Radiología ni a la necesidad de búsqueda de nuevas formas de organización y gestión que optimicen los recursos, humanos y técnicos, de los servicios. Sí lo es al hecho de que con tantas vueltas a las “organizaciones de agendas” o a la “asignación de tiempo-procedimiento” perdamos, los radiólogos, el objetivo primero y último de nuestra dedicación, que es el paciente.

En segundo lugar he de hablar de la evaluación de las imágenes. Las imágenes, tanto morfológicas como funcionales, que la Radiología obtiene y ofrece ahora son tremendamente intuitivas, inimaginables hace no mucho para los más visionarios. Destapar las esencias sutiles de la anatomía más precisa podía, hace unos años, ser labor y privilegio de unos pocos. No lo es ahora, desde luego, con esas imágenes tan exquisitas que, tras un, no siempre, sencillo pos-procesado, ofrecen nuestras máquinas. ¿Podremos “competir” con un experto cirujano en el estudio morfológico de una retorcida situación anatómica con la que ellos están acostumbrados a lidiar? ¿Sabemos dar respuesta a todas las cuestiones que abre un estudio funcional de imagen cardíaca o de lesión isquémica cerebral? Son preguntas que, como otras en este artículo, me gustaría dejar abiertamente planteadas.

Cabe la posibilidad, bien cierta, de que los radiólogos, si ocupamos una posición de puro “intermediario” entre la obtención de la imagen (de la que progresivamente nos vamos alejando) y la distribución en las redes (que cada vez controlamos menos) de esta valiosa información podamos, quizá, dejar de ser necesarios, que seamos, por costosos y escasos, prescindibles.

Por tanto, parece muy conveniente que pensemos en cambiar nuestra manera de actuar. Desde luego no es una perogrullada decir que somos médicos ni tampoco lo es el recordar que lo que hacemos es diagnosticar y tratar pacientes. Somos, muy probablemente, de los grupos de especialistas más innovadores, y gracias, en gran parte, a ello la “imagen médica” se encuentra ahora mismo emplazada en tan relevante situación. Pero, a pesar de todo, tenemos que cambiar. Acostumbrados como estamos a asimilar, pulir y mejorar todos los retos tecnológicos que hasta ahora nos han llegado, aceptemos lo que ahora espera nuestra respuesta: la total implicación en la asistencia de los pacientes. ¿Multidisciplinar?, ¿directa?, ¿referida?, llámese como se quiera o enfóquese de la manera que mejor queramos o podamos. El asunto es centrarnos en pensar que nuestra labor debe ir hacia el manejo directo del paciente. Algunos radiólogos han incorporado desde hace años la atención, consulta y “direccionamiento” de la asistencia; y no sólo no les ha ido mal sino que el paciente ha obtenido, con ello, una asistencia de más calidad.

No basta con obtener brillantes exploraciones, detectar lo indetectable o embolizar lo más recóndito y oculto del cuerpo humano. No es suficiente, no es lo que la medicina actual demanda a quienes trabajan con la imagen médica. Permitidme que aporte un ejemplo: hace unos años estudiábamos en la facultad que el signo de Murphy, dolor por la compresión en hipocondrio derecho, era de alto valor diagnóstico para detectar una colecistitis. Sin embargo, pocos años después se pasó a oír un nuevo término, el Murphy-radiológico, es decir, dolor con la compresión

## Correspondencia:

JOSÉ IGNACIO BILBAO JAUREGUÍZAR. Servicio de Radiología. Clínica Universitaria de Navarra. Avda. Pío XII, 36. 31008 Pamplona. Navarra. España. jibilbao@unav.es

ejercida por el transductor, mientras se “veía” la vesícula alterada. Al signo clínico se añadió la “irrefutable” evidencia de la imagen. Este ejemplo de transformación semiológica evidencia un cambio en la rutina clínica. Se pide la constatación de la imagen, se nos pide más.

Además, hemos de tener en cuenta las otras especialidades. Nuestros colegas, “los clínicos”, han visto, en algunos casos desde hace años “el filón de la imagen” no ya para mejorar la atención a “sus” pacientes, sino para incrementar su protagonismo, poder, relevancia y, también, ingresos. Aunque nos choque o parezca curioso, es comprensible. ¿Qué sería de la cirugía vascular sin la incorporación de lo que llaman técnicas endovasculares? ¿Dónde quedaría la Endourológica sin las técnicas percutáneas? Muchos de nuestros colegas saben muy bien de qué va todo esto. Y lo saben de tal forma que procuran, buscan y generan recursos humanos y económicos para gestionar, autónomamente, todos los aspectos relacionados con la (con “su”) “imagen médica”. Y esto genera conflicto.

Sí, es fácil hacer estas reflexiones: “lo fácil es hablar y opinar”. No es tan fácil tomar decisiones. Quizá más en estos momentos en los que hay una alarmante escasez de radiólogos, en los que hay un progresivo incremento de la cultura del ocio y la dedicación *part time* y no *full life* a nuestro trabajo y en los que la telerradiología ha irrumpido en el quehacer radiológico. Momentos también en los que se realizan más y más exploraciones radiológicas: en unos casos requeridas por la denominada “presión asistencial”, que dificulta al radiólogo parar, pensar y plantearse nuevas expectativas, y en otros por un interés claramente lucrativo, pues más exploraciones suponen más ingresos económicos y el mercado está ahí.

Quizá, para todo ello, sería conveniente pensar en una serie de cambios. Por ejemplo, refrescar detalles de la docencia de las asignaturas en las facultades. Debemos de tener una presencia nítida en las facultades de Medicina. Los alumnos deben saber quiénes somos y qué hacemos. Los que al final de la carrera deseen acudir a formarse como radiólogos deben saber que la Radiología es una especialidad clínica en la que se atienden pacientes. Los que decidan realizar otra especialidad deben de identificarnos como los expertos, que somos, en ello.

Modificar algunos aspectos del programa de la especialidad. Somos de los pocos países de Europa en los que los residentes de una especialidad no han tenido la posibilidad de realizar un Internado previo a la residencia. Hemos pasado de médicos internos residentes (MIR) a médicos residentes. No hay transiciones en el programa formativo-laboral de los nuevos médicos. De la carrera se pasa al MIR y del MIR a la plaza asistencial. Ocurre que un especialista de, por ejemplo, Oftalmología, nunca habrá visto a un paciente. Sólo sus ojos. No sé si esta formación clínica debe de incorporarse durante el programa de residencia o antes. En cualquiera de los casos, la residencia debe, en mi opinión, de tener cinco años y no cuatro. Si mantenemos cuatro, la demanda de superespecialización radiológica fragmentará aún más el concepto global de la especialidad. Se aduce que mante-

ner los cuatro años incorporaría, por otra parte, a los residentes antes al mercado laboral. Se tome la decisión que se tome, conviene decir que ahora somos ya, los españoles, los únicos europeos que mantenemos los cuatro años y de los pocos que no tenemos ningún tipo de internado clínico ni en la carrera, ni después de ella, ni al inicio de la especialidad.

Exige plantear de otra manera la burocrática gestión basada únicamente en la producción de imágenes. Demanda una mayor implicación en la toma de decisiones sobre directrices hospitalarias. Y obliga a que los radiólogos participemos, o busquemos la manera de hacerlo, directamente en la gestión del hospital. Si sabemos que “la imagen” es tan importante, tenemos que decirlo y hacerlo valer.

Con un enfoque realmente “romántico”, los radiólogos deberíamos de trabajar en un único centro hospitalario. Daría continuidad a nuestra asistencia, nos permitiría trabajar de forma homogénea, sin necesidad de acoplarnos a las circunstancias del lugar concreto en el que, en esa hora del día, nos encontremos.

La escasez de radiólogos debe de obligarnos a priorizar. Nuestra función es dar valor añadido a la imagen médica mediante la realización de informes que permitan enfocar, dirigir y mejorar la asistencia de los pacientes. Nuestras habilidades, aprendidas y transmitidas durante años, nos permiten efectuar resolutivos procedimientos terapéuticos. Pero somos pocos. Y además no queremos que nuestros colegas “los clínicos” vayan suplantándonos en nuestras funciones. Por tanto, además de procurar cómo puede haber más radiólogos, algo tenemos que hacer para que nuestro tiempo sea más eficaz y útil. Hay gran cantidad de artículos que evidencian que muchos procedimientos pueden ser realizados por el personal auxiliar, no médico, del servicio. La realización de un cierto volumen de ecografías, procesados de imágenes de tomografías computarizadas o resonancias magnéticas o cribado previo de informes en Radiología de urgencias son ejemplos de ello. Esta incorporación implica una modificación en su formación y, quizá, titulación. Implica el establecimiento de unos roles claros y precisos en los organigramas de los servicios, responsabilización compartida del manejo de las agendas de citación y una meditada estructuración de los elementos arquitectónicos, físicos, de los emplazamientos de máquinas, salas, etc.

Nuestro privilegiado conocimiento, adquirido durante tantos años, sobre aspectos tan diversos como anatomía, fisiología, tratamientos endoluminales, etc., nos sitúa en un excelente lugar para, decididamente, centrarnos en “el paciente”. Es trabajo de todos, y no es fácil lo que propongo pero, en mi opinión, es el camino a seguir. O vamos a ir mal.

#### **Declaración de conflicto de intereses.**

Declaro no tener ningún conflicto de intereses.