

Paralelismo diagnóstico clínico y radiológico

Yolanda García^a, Jesús Falcón^a, José Antonio García^b y Eduardo Marín^b

^aHospital Miguel Servet. Zaragoza. ^bInspección Territorial de Servicios Sanitarios de Aragón. Zaragoza

Correspondencia

Yolanda García Hidalgo.
Rioja, 32. 9.^o A. 50017 Zaragoza.
Correo electrónico: jfyolgh@comz.org

Introducción

Si se parte de la hipótesis de que en aquellos casos en que se practica una buena anamnesis y una correcta exploración clínica básica, la orientación diagnóstica debería ser reforzada en un alto porcentaje de casos por el informe emitido en el servicio de radiodiagnóstico¹, la concordancia entre ambos diagnósticos puede considerarse como una aproximación indirecta a la calidad de la asistencia prestada. Por otro lado, la eficiencia en la utilización de pruebas complementarias (eficacia al coste más razonable) será tanto mayor cuanto mayor porcentaje exista en la correlación positiva del diagnóstico clínico y diagnóstico radiológico¹.

El objetivo de este estudio es analizar la concordancia existente entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico radiológico, tras estudios de radiología convencional, ecografía (ECO), tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM).

Métodos

Se solicitaron de manera aleatoria 2.500 volantes de petición de exploraciones y los correspondientes informes de los servicios de radiodiagnóstico de los dos grandes hospitales de Zaragoza (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Clínico Universitario Miguel Servet) y sus centros de especialidades correspondientes, así como del Hospital Geriátrico San Jorge de la misma capital. Se analizó el porcentaje de concordancia diagnóstica (clínica y radiológica) desglosando los resultados por servicios médicos, quirúrgicos, áreas específicas (urgencias, hospital de día, etc.), según la técnica exploratoria (radiología convencional, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM), etc.) y la zona de estudio (tórax, abdomen, cerebro, etc.). Se excluyeron exploraciones de cribado y las correspondientes al control de procesos ya

diagnosticados y con tratamiento en curso. Por último, se analizaron un total de 1898 casos, en los que fue posible obtener los volantes de petición y los correspondientes informes de los servicios de radiodiagnóstico.

Resultados

En la tabla 1 se exponen los porcentajes de concordancia entre el diagnóstico de sospecha y el radiológico desglosados por servicios y por áreas de atención sanitaria. En los estudios de radiología convencional y ecográficos el porcentaje de concordancia entre el diagnóstico clínico y el radiológico fue notablemente superior en las solicitudes efectuadas desde los centros de salud y centros de especialidades que en las peticiones de los propios hospitales. Sin embargo, en las exploraciones de alta tecnología, como es el caso de la TC y, principalmente, de la RM, la concordancia fue mucho mayor en las solicitudes realizadas desde los centros hospitalarios.

Discusión

El bajo porcentaje de concordancia (un 44% en conjunto) depende posiblemente de una serie de factores como: a) actitud defensiva del médico ante posibles demandas judiciales, para evitar que se culpe al facultativo de error diagnóstico por no utilizar todos los recursos diagnósticos a su alcance, y se utilizaron las pruebas complementarias para descartar procesos quizás más allá de lo clínicamente razonable; b) presión del usuario que, en alguna medida, ha sustituido su confianza en el médico por la confianza en la técnica y en el aparataje, y c) tendencia por parte de algunos facultativos a sustituir medios tradicionales como la anamnesis y la exploración clínica básica (que requieren dedicación y tiempo) por las exploraciones complementarias.

TABLA 1. Concordancia diagnóstica según servicios y tipo de exploración solicitada

Espec. Médicas	Porcentaje de concordancia					
	Radiografía	Ecografía	TC**	TCbody***	RM****	Total
Atención primaria	50,00	35,29	11,76			47,61
Pediatria	—	20,00	20,00	0,00	0,00	16,00
Urgencias	26,40	66,67	32,50	40,00	0,00	28,84
Geriatría	40,00	28,57	14,29	0,00		34,44
Medicina interna	43,14	33,33	53,85	67,74	37,50	46,11
Hospital de día		25,00	33,33			28,57
Oncología		44,44		66,67	71,43	59,09
Reumatología	50,00	0,00	37,50		60,00	45,45
Neurología	0,00	40,00	44,44	40,00	40,82	37,97
Especialidades quirúrgicas						
Cirugía general		48,39	100,00	85,71	100,00	61,36
Cirugía vascular		33,33		0,00	100,00	33,33
Traumatología	52,38		65,00	66,67		62,73
Oftalmología*			0,00			0,00
ORL	71,43	0,00	55,88	100,00	16,67	57,63
Ginecología		57,14	0,00	33,33	100,00	53,85
Urología	26,67	52,46	0,00	66,67	100,00	41,88
Neurocirugía		25,00	50,00	30,91	72,58	50,93
Maxilofacial		0,00	16,67		0,00	7,14

*Poco valorable por disponer de un número reducido de casos. **TC: tomografía computarizada. ***TCbody: tomografía computarizada de tórax y/o abdomen. ****RM: resonancia magnética.

Respecto a las diferencias en la concordancia entre atención primaria y ambulatoria respecto al hospital en función del tipo de exploración, es probable que las exploraciones de radiología convencional y ecográficas se hayan convertido en estudios sistemáticos en el medio hospitalario, en tanto que en las instituciones abiertas se solicitan para confirmar una orientación diagnóstica. No obstante, no deben obviarse las claras diferencias que existen (de tiempo disponible, recursos materiales, etc.) en la atención de pacientes en consultas externas de atención primaria y centros ambulatorios de especialidades, en relación con la atención en centros hospitalarios. Además no es lo mismo solicitar una exploración de radiología convencional, que representa un menor costo por paciente y que a menudo se practica como un estudio sistemático, que una exploración de alta tecnología, que supone un costo muy superior y con una menor disponibilidad al alcance del usuario en muchos puntos geográficos y en bastantes centros sanitarios².

En esta situación parece razonable adoptar medidas para corregir las desviaciones obtenidas, en unos casos por parte de los responsables de la gestión sanitaria y en otros por los responsables de los servicios médicos³. En cuanto a los responsables de la gestión y administración sanitaria, es básico que se apoye de una manera decidida las decisiones clínicas adoptadas por los facultativos, especialmente ante demandas injustificadas o caprichosas de algún usuario. En

lo referente a los responsables de los servicios médicos, mediante la redacción y el seguimiento de protocolos de actuación que, avalados por las sociedades científicas correspondientes y conocidos y refrendados por los órganos directivos del centro asistencial de que se trate, sean una garantía de la calidad asistencial para el usuario y una prueba del buen hacer facultativo.

Bibliografía

1. Huelin Domeco de Jarauta J, Guirao García A, Pardo Hernández A, Marín Padilla E, García Pérez JA, Martín González J. Control de Calidad de la Asistencia entre niveles. Coordinación entre atención primaria y especializada. En: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Inspección Sanitaria. Evaluación, Auditorías y Acreditación de Centros y Servicios Sanitarios. Madrid: INSALUD, 1998; p. 71-98.
2. Guirao García A, Pardo Hernández A, Huelin Domeco de Jarauta J, García Pérez JA, Marín Padilla E, Martín González J. Evaluaciones Sanitarias. En: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Inspección Sanitaria. Evaluación, auditorias y acreditación de centros y servicios sanitarios. Madrid: INSALUD, 1998; p. 17-68.
3. Drummond MF. Métodos para la evaluación económica en los programas de la salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1991.