



EDITORIAL

Reflexiones desde la trinchera; la radiología antes y después del Covid-19

Considerations from the trench; radiology before and after Covid-19

Ángeles Franco-López

Jefa de los Servicios de Radiología de los hospitales de Vinalopó y Torrevieja. AcProfesora de Universidad por ANECA, Alicante, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: angelesfrnc@yahoo.com (Ángeles Franco-López).

Recibido el 30 de marzo de 2020; aceptado el 6 de abril de 2020.

Cómo citar este artículo:

Franco-López A. Reflexiones desde la trinchera; la radiología antes y después del Covid-19. JONNPR. 2020;5(6):569-77. DOI: 10.19230/jonnpr.3659

How to cite this paper:

Franco-López A. Considerations from the trench; radiology before and after Covid-19. JONNPR. 2020;5(6):569-77. DOI: 10.19230/jonnpr.3659



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Palabras clave

Covid-19; Coronavirus; Pandemia; Radiología

Keywords

Covid-19; Coronavirus; Pandemic; Radiology



Sábeta Sancho, que no es un hombre más que otro si no hace más que otro. Todas estas borrascas que nos suceden son señales de que presto ha de serenar el tiempo y han de sucedernos bien las cosas; porque no es posible que el mal ni el bien sean durables, y de aquí se sigue que, habiendo durado mucho el mal, el bien esta ya cerca.

Don Quijote de La Mancha

Primera Parte, Capítulo XVIII

A la hora de escribir este artículo llevamos ya varios días en “estado de alarma”, recrudescida en el día de hoy por el gobierno de la nación y 8 de confinamiento personal debido a una obligatoria cuarentena, afortunadamente por síntomas leves de Covid-19.

Vaya por delante mi admiración, mi respeto y solidaridad con todos los que están en primera fila de esta batalla: técnicos, enfermeras, auxiliares, celadores, personal de limpieza, médicos de familia, médicos de urgencia, internistas, intensivistas, neumólogos y todos aquellos que, teniendo otras especialidades, refuerzan las tareas de esta pandemia. A todos ellos la vida de un día para otro les ha llevado a un cambio radical en su actividad profesional entrando en una vorágine, en una gran guerra, contra un enemigo desconocido y peligroso. En una lucha trepidante y agotadora en la que a veces tienen que hacer frente al enemigo sin herramientas de defensa. A todos mi pequeño homenaje desde estas páginas.

Sanitarios que pertenecemos a otras especialidades nos sentimos mal por permanecer en la segunda fila de la contienda. Somos los que por un motivo u otro tratamos de organizar la lucha desde dentro de la trinchera.

Los radiólogos somos una de estas especialidades de menor protagonismo, pero también hemos visto de un día para otro un cambio radical en nuestra actividad diaria: hemos vuelto al informe de la radiografía de tórax como actividad central del día a día (¡que desgracia tan grande ha tenido que ocurrir para que volvamos a darle la importancia que tiene!) (Figura 1), nos planteamos nuestro papel en el diagnóstico temprano del Covid-19 con la realización de tomografía computarizada (TC) (Figura 2) ante el retraso que a veces existe en los resultados de la PCR, con dudas e incertidumbres por los problemas estratégicos que esta decisión conlleva y con cambios de protocolos de un día o de una hora para otra. Tratamos de establecer circuitos de limpio y sucio en los departamentos, proteger a nuestros técnicos que están en la primera fila de la batalla. Otra de nuestras tareas en estos días de tribulación es dedicarnos a priorizar y a descitar exploraciones que no son estrictamente necesarias. Empezamos anulando el cribado, las densitometrías y las ortopantomografías y hemos pasado



a anular la realización de todas las exploraciones que no se consideran emergentes. Empezamos siendo indulgentes, para pasar a la anulación de casi todas las pruebas, incluso los controles de oncología que son rutinarios, los que no tienen sospecha de recidiva. Nos obliga a ello nuestro sentido de la responsabilidad ciudadana y médica: no podemos dejar que los pacientes se expongan a salir de sus casas, al riesgo del transporte público y al del propio hospital.

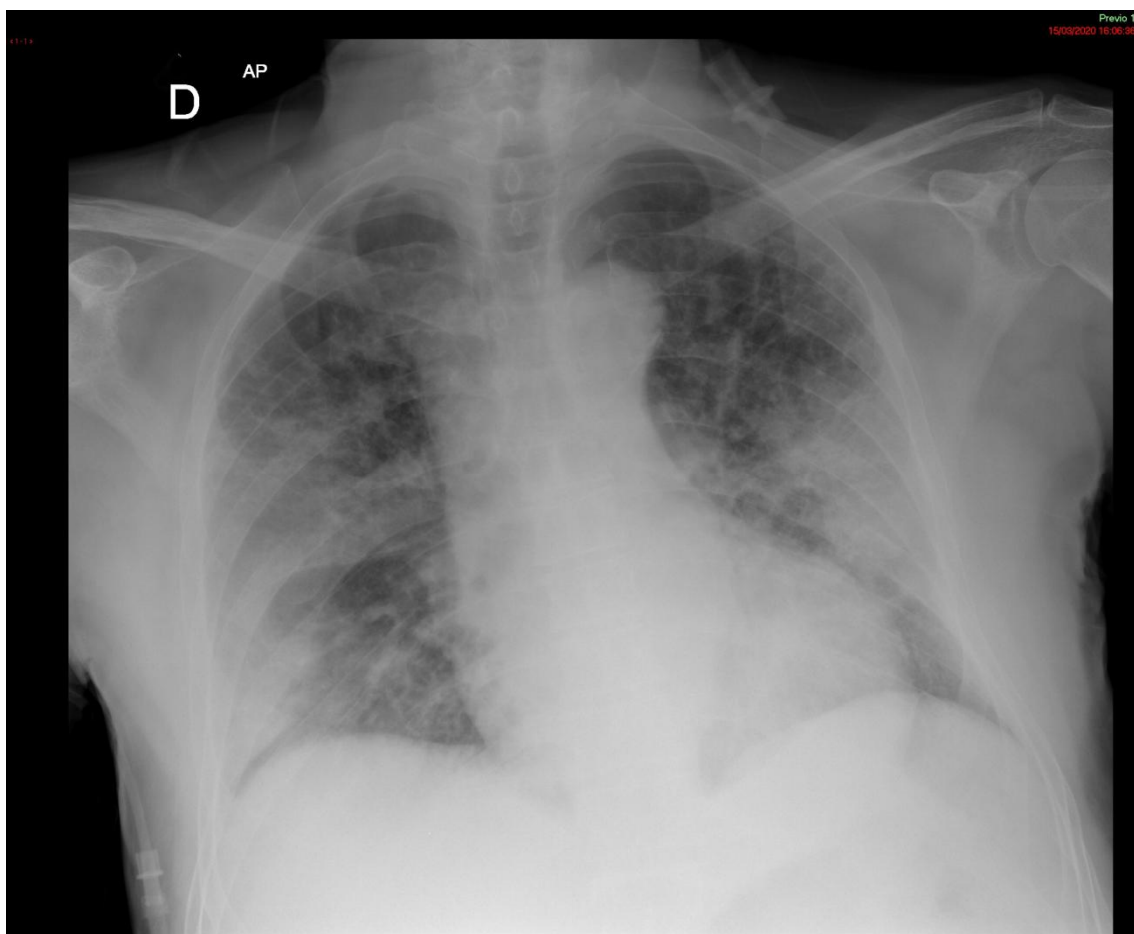


Figura 1. Rx de tórax portátil con hallazgos típicos de la enfermedad con afectación intersticial e infiltrados alveolares bilaterales periféricos de predominio en campos medios e inferiores

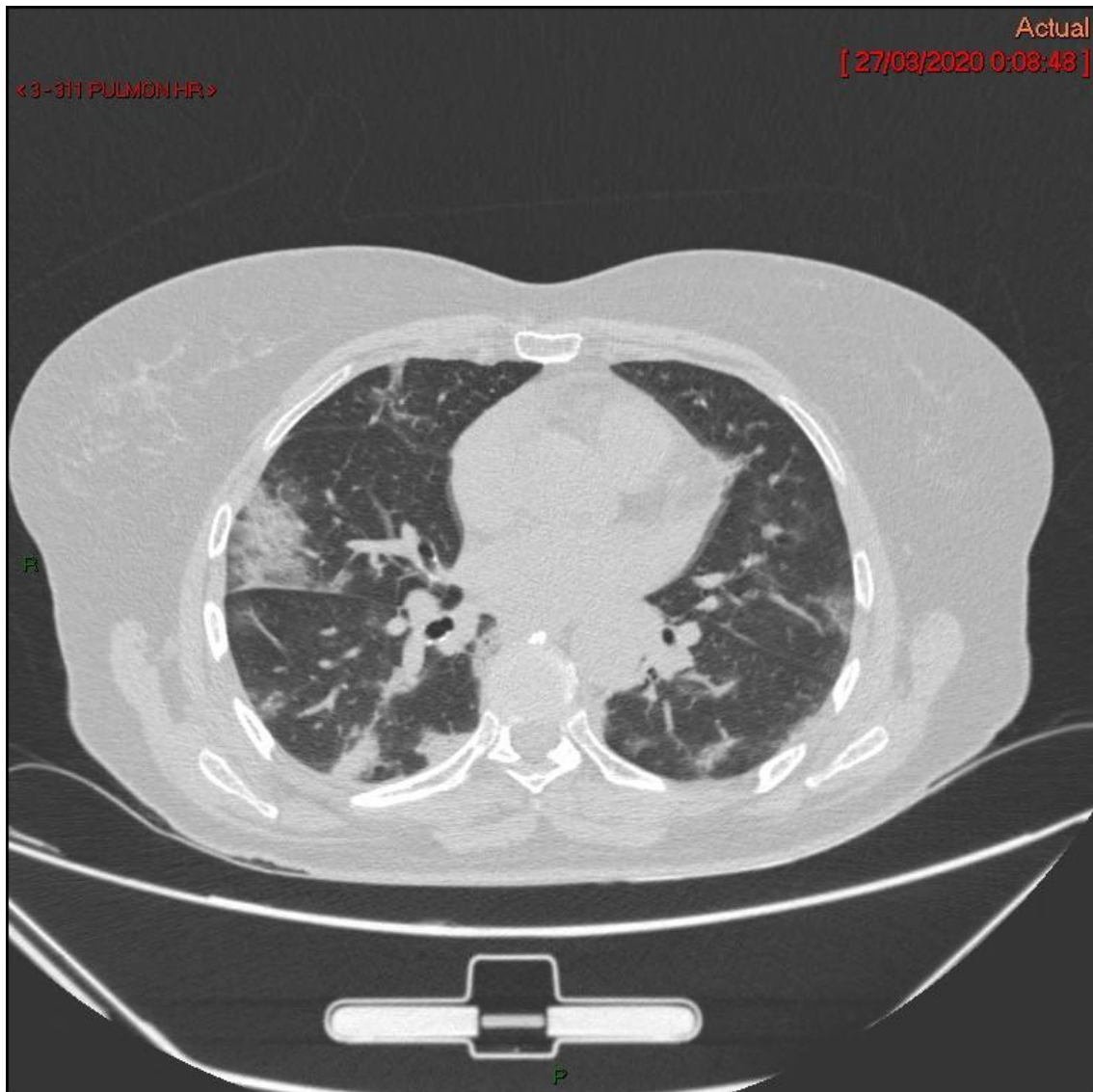


Figura 2a. Hallazgos típicos en la TC: Infiltrados en vidrio deslustrado y alveolares periféricos y de predominio basal

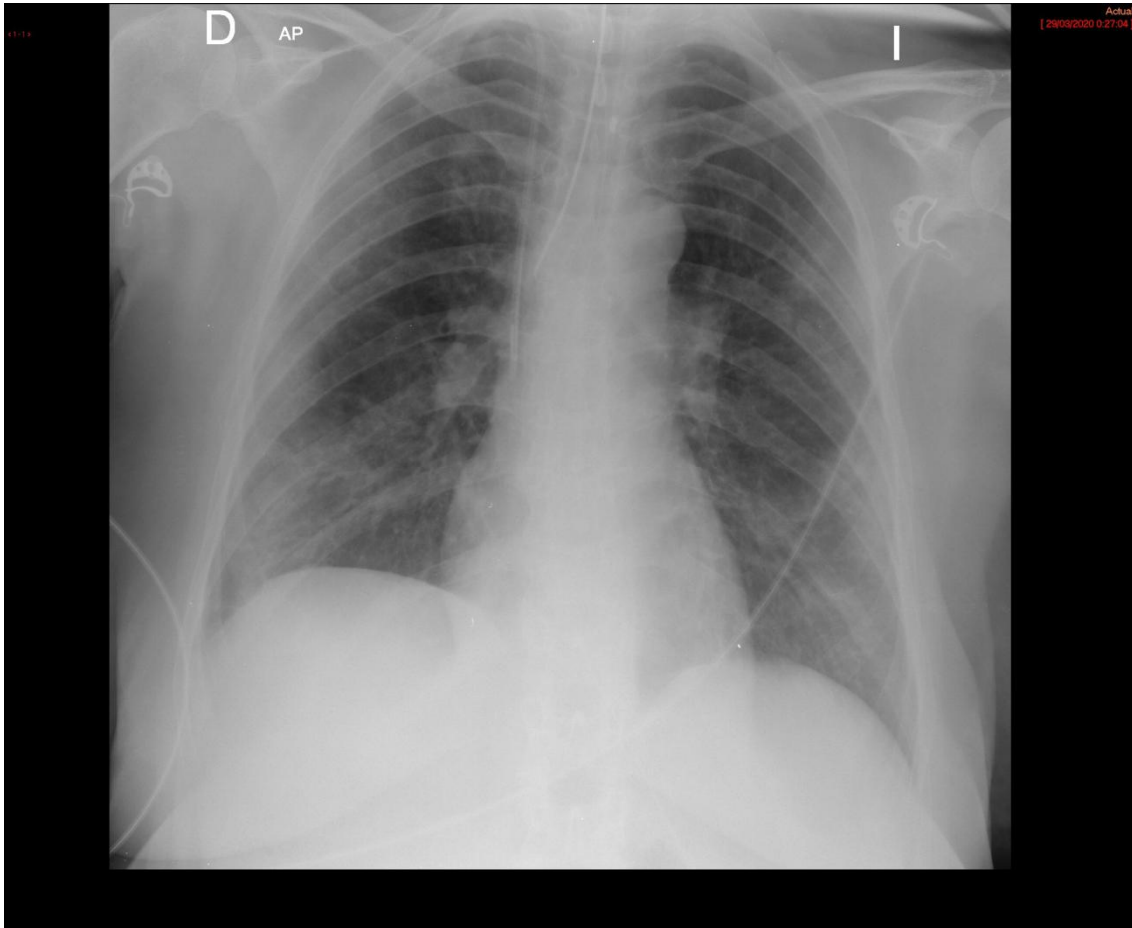


Figura 2b. Rx de tórax realizada en la UVI pocas horas después en la que se visualizan infiltrados en vidrio deslustrados periféricos. Es de destacar la mayor sensibilidad de la TC

Para un gestor del ámbito de la radiología supone un auténtico dolor anular día tras día exploraciones de técnicas que nos ha costado tanto esfuerzo mantener sin lista de espera como la Resonancia Magnética (RM) o incluso la ecografía. Cada vez que vemos la máquina vacía nos recorre un escalofrío. Sabemos que no nos queda más remedio, que tenemos que luchar contra este virus recluyéndonos en casa, nuestros pacientes también.

Hemos anulado más del 80% de las exploraciones, sobre todo ecografías y RM y aproximadamente el 60% de las tomografías. Eso nos ha obligado a revisar una por una todas las solicitudes para valorar su urgencia y esto nos llevó a empezar a pensar en “el día después de la pandemia”.

Cuando esto se termine, bueno, cuando la famosa curva se aplane, y volvamos poco a poco a la normalidad, tendremos multitud de exploraciones pendientes de hacer. Pero además tendremos un país diferente, en gran parte entristecido porque será entonces el momento de



llorar a nuestros muertos y en parte festivo, con la alegría de poder volvernos a abrazar, a besarnos, a la bendita inconsciencia de poder tocarnos.

Habrà una mezcla de sentimientos; probablemente nada volverà a ser igual que antes, pero a nadie le cabe duda que seremos mucho más pobres y eso repercutirá en toda la sociedad y, como no, también de los hospitales. Los recursos serán menores, intentarán recortarnos los sueldos, o aumentar las horas de trabajo... lo de siempre. Todo menos darnos protagonismo en la gestión de los recursos o disminuir el número de cargos que ocupan los despachos. Al fin y al cabo un hospital es la "biopsia" de un país.

Nuestro sistema sanitario, el de antes del Covid-19, tan cacareado por sus inmensas bondades, vivía, como toda la sociedad occidental, "en el mundo de yupi". Un mundo completamente artificial, el del derroche y el sinsentido. Puedo decirlo con conocimiento de causa. Desde mi puesto de trabajo he visto el, perdónenme el término, disparate de pedir y pedir exploraciones carísimas con escasa o nula repercusión en la evolución del paciente. El mundo donde se pedían PET/T colina como placas de tórax o resonancias magnéticas a troche y moche sin pensar en su precio ni su utilidad práctica. Tratamientos y pruebas sin evidencia de beneficio para el paciente... y todo esto sin diferenciar al R1 del adjunto senior, cualquiera podía pedir cualquier cosa.

Y los radiólogos fuimos cómplices de todo esto. Con una frecuentación radiológica (número de exploraciones por habitante y año) el doble que el Reino Unido o Noruega⁽¹⁾ no nos preocupamos de poner control a tamaño despropósito. Tampoco nos preocupamos de enseñar a nuestros colaboradores a ayudarnos en hacer aquel trabajo que no alcanzábamos a realizar. ¿Qué no había tiempo para informar la radiografía simple? Se dejaba de informar (estamos pagando ahora nuestra inexperiencia) ¿Qué había avalancha de ecografía? En vez de enseñar a nuestros colaboradores a hacer las exploraciones sencillas mirábamos impasibles la lista de espera. Éramos felices e importantes, porque en el "mundo de yupi" sanitario no teníamos problemas de paro. Los salarios bajos, lo normal en este país, pero mucho mejores que los de otros especialistas y nivel de compromiso el justo. Se leían y se leen informes radiológicos de antología: "... puede ser un quiste o una metástasis, a valorar en el contexto clínico" y al siguiente informe, que es lo que mira el gerente. Pero este es otro tema del que podríamos escribir largo y tendido.

No sé cuánto tiempo va a estar el país parado, pero les puedo asegurar que no creo que esta reducción tan austera del número de las exploraciones radiológicas tenga una repercusión grande en la morbimortalidad. Alguien hará este análisis y probablemente, al menos hasta la fecha, en que los estudios sospechosos de patología grave no se anulan: un



bulto que crece rápidamente, una hematuria o una hemoptisis es probable que la repercusión sobre la salud de nuestra población sea mínima. En EEUU se hizo hace años un estudio entre hospitales de alto y bajo gasto y se vio que en las patologías estudiadas no había cambios significativos en la morbilidad⁽²⁾. La diferencia en el gasto estribaba en las "...copias": colonoscopia, endoscopia, laringoscopia y resto de exploraciones complementarias realizadas.

Es este un buen momento para la reflexión. Hemos hecho una medicina consumista en la que el sentido, no del ahorro, sino el de utilizar bien cada euro gastado en sanidad no ha sido inculcado a nuestros residentes y adjuntos jóvenes. He sentido sus miradas de censura en los últimos años cuando en un comité o una sesión he llamado a la sensatez: a no pedir pruebas con demasiada frecuencia, a no hacer tratamientos agresivos a pacientes mayores etc. etc. Tenemos las máquinas de resonancia llenas de pacientes con dolores articulares, en los que no se espera ningún cambio en el tratamiento, solo para que el paciente no proteste, para no correr ningún riesgo, sin saber muy bien por qué ni para qué.

Me gustaría hacer unas reflexiones:

A los cargos directivos:

¿No les parece absurdo que el médico, cuyo salario es aproximadamente un 5% de gasto sanitario pueda hacer, pedir, operar o recetar sin control todo lo que constituye el 80% del gasto? ¿No deberían comprometer más a todo el personal médico?

Liderazgo, esa es la palabra clave: hasta ahora se han preocupado mucho de la gestión (estancia media, lista de espera, complejidad...) preocuparse por favor del liderazgo médico.

Vertebren de nuevo los hospitales, denle relevancia a la dirección médica, creen equipo con subdirectores, recuperen las Juntas Facultativas o Técnico Asistenciales. En definitiva, tengan contentos a sus principales efectivos humanos. La medicina sin médicos nunca va a funcionar.

A los radiólogos:

Volveremos algún día a nuestra actividad habitual. Les pido que utilicen estos días tan especiales para pensar en un futuro razonable y mejor para todos. Hay escasez de radiólogos dice todo el mundo, pero nadie piensa en cómo podemos trabajar mejor sin necesidad de aumentar el número de médicos. Como dice Sitges en su recomendable libro "Si puede no vaya al médico" cuantos más médicos, más enfermedades⁽³⁾. En EEUU hicieron un estudio⁽⁴⁾



para analizar la variabilidad en el número de histerectomías y tonsilectomías entre diferentes estados y vieron la perfecta correlación entre el número de intervenciones y el de especialistas.

Nosotros tenemos la obligación ética de hacer las exploraciones necesarias en el momento oportuno y con la calidad adecuada en cada momento. Tenemos la obligación moral de administrar bien nuestros recursos sin desperdiciar tiempo de máquina ni tiempo de radiólogo en lo que no es verdaderamente necesario.

Necesitamos tiempo para hacer segunda lectura de informes complejos, revisar nuestras series para saber si lo estamos haciendo bien y estudiar y estar al día. Reivindiquemos ese tiempo. Salgamos de la trampa de hacer informes “contrarreloj”. Todos tenemos una familia que mantener, una casa que pagar... pero huyamos de ser mercenarios. Necesitamos tiempo para hacer las cosas bien, para estudiar el caso complejo y rechazar las pruebas que no están indicadas. Es nuestra responsabilidad que los pacientes que lo requieren no esperen más tiempo del imprescindible, que sus exploraciones estén bien hechas y que sus médicos tengan tiempo para leerlas con tranquilidad y los conocimientos adecuados.

A la población:

La información sanitaria está absolutamente mediatizada por diferentes intereses. Hay exploraciones como el cribado de mama que la población “exige”, más mamografía y antes, cuando sabemos que científicamente está muy cuestionada, de hecho algunos países ya han decidido suspenderla. Nadie las ha hablado a nuestras mujeres de lo que es y supone el sobrediagnóstico derivado del cribado⁽⁵⁻⁷⁾. Ese enorme gasto que supone mantener estos programas se podría emplear en más investigación y redundar en un mayor beneficio para las mujeres enfermas.

Olvídense del mantra “cuanto antes mejor” que es válido en algunas circunstancias pero no en todas. En determinados casos de cánceres de próstata a una edad avanzada lo mejor es mejor no hacer nada. Suena raro pero es así: la mayoría de los hombres de más de 80 años morirán con cáncer de próstata, un número muy pequeño lo harán a causa de él.

Hacerse más pruebas no es mejor. Muchas de ellas le someterán a una radiación innecesaria y encontrarán hallazgos dudosos, la mayoría sin trascendencia llamados “incidentalomas” que supondrán más pruebas, angustia y a veces cirugías innecesarias.

Todos deberíamos reflexionar de un sistema sanitario (no solo el nuestro, me refiero al mundo occidental) que con toda su tecnología de Da Vincis, TCs, RMs , PET/TCs, etc., está viendo morir perpleja a una ingente cantidad de personas por un pequeño virus contra el que



toda nuestra tecnología es ineficaz. Y no fuimos los primeros, podíamos haber aprendido de China, Corea, Irán o Italia.

Parece evidente que es muy difícil para el ser humano aprender del mal ajeno. Es tiempo de pensar en ganarle la batalla al virus y es tiempo también de pensar en cómo, en el futuro, organizarnos mejor para, entre todos, pacientes incluidos, conseguir que la crisis económica que se avecina no afecte a la salud de los que consigamos sobrevivir a esta tragedia colectiva.

Referencias

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad asistencial de diagnóstico y tratamiento por la imagen. Estándares y recomendaciones .2013
2. Brownlee S. Overtreated. Why too much medicine is making us sicker and poorer. Bloomsbury USA 2007. ISBN 10:1-58234-579-1
3. Sitges-Serra A. Si puede, no vaya al médico . Penguin Random House Grupo Editorial , Barcelona 2020. ISBN 978-84-18006-00-5
4. Brawley OW. How we do harm: A doctor breaks ranks about being sick in America. St. Martin's Press , New York USA 2011. ISBN 978-0-312-67297-3
5. Welch G. Overdiagnosis. Making people sick in the pursuit of health. Beacon Press, Boston USA 2011. ISBN 978-0-8070-2199-6
6. Franco-López A, Zarazaga A, Culebras JM. Sobrediagnóstico: un fenómeno perjudicial para la salud. JONNPR. 2019;4(10):964-7. DOI: 10.19230/jonnpr.3243
7. Zarazaga A, Franco-López A, Culebras JM. Beneficios y "maleficios" del cribado. El sobrediagnóstico y la medicina anticipativa. JONNPR. 2020;5(4):369-78. DOI: 10.19230/jonnpr.3299