



Bioética del radiodiagnóstico.

Como los principios de la bioética pueden ayudarnos a ser mejores profesionales

Dolores Dominguez Pinos¹, Leonor Ruiz Sicilia²

¹FEA Radiodiagnóstico; ²FEA Psiquiatría y Directora de la Estrategia de Bioética del SSPA.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es aplicar el método deliberativo a dos casos clínicos reflexionando sobre la buena praxis clínica y tomando como referencia los principios clásicos de la Bioética: Justicia y Equidad frente a No maleficencia y Autonomía frente a Beneficencia.

MATERIAL Y METODO

Se presentan y analizan dos casos clínicos reales:

- El primero se centra en la indicación/justificación y posibles consecuencias de la petición de varias exploraciones radiológicas a un paciente..
- El segundo reflexiona acerca de quién debe dar la información sobre los procedimientos radiológicos realizados, qué tipo de información debe darse, la pertinencia del consentimiento informado en radiodiagnóstico, la información que debe acompañar a la solicitud de la prueba para el/la médico/a radiólogo/a y la que se suministra a los/las médicos/as solicitantes de estudios, etc.

Como el ámbito de la discusión es el de la ética aplicada, se utilizará el método deliberativo para su análisis.

Tras el análisis, concluiremos con una reflexión final sobre los problemas éticos principales que afectan a esta especialidad.

METODO DELIBERATIVO

Los pasos del método deliberativo son:

1. **Análisis de los hechos**: conocer los aspectos del caso de forma detallada y pormenorizada. El objetivo es disminuir al máximo las áreas de incertidumbre clínica que se puedan generar.
2. **Identificación de los problemas éticos del caso**: Su objetivo es ampliar la mirada hacia todas las implicaciones éticas que el caso pueda generar a cada una de las personas relacionadas, aunque no vaya a ser objeto directo de la deliberación. Es conveniente identificar varios
3. **Elección del problema ético objeto de deliberación**: Su objetivo es centrar la deliberación en el problema ético principal que afecta a la persona a la que se lo genera y que presenta el caso.
4. **Identificación de los valores en conflicto**: No existe problema ético si no se enfrentan en el mismo dos valores, por tanto el objetivo de esta fase de la deliberación es identificarlos.
5. **Identificación de los cursos de acción extremos**: Su objetivo es aislar las acciones más lesivas para uno de los valores en contra de la realización del otro.
6. **Identificación de los cursos de acción intermedios de acción**: Su objetivo es proponer opciones que protejan ambos valores en conflicto y los lesionen lo menos posible.
7. **Identificación del curso óptimo**: Su objetivo es identificar cuál es el curso de acción que respeta lo máximo posible los valores en conflicto. No tiene por que ser un único curso, pueden ser varios y conviene ponderarlos.

METODO DELIBERATIVO

8. **Pruebas de consistencia**: Su objetivo es ofrecer garantías de que el curso/cursos óptimos identificados son los mejores de los posibles para el caso objeto de la deliberación ética.

1. **Prueba de la legalidad**: la realización de la decisión tomada no debe entrar en conflicto con la ley.

2. **Prueba de la temporalidad**: La/s decisiones que se tomen deben poderse mantener en un tiempo razonable.

3. **Prueba de la publicidad**; Las decisiones adoptadas deben poder ser públicamente defendidas.

4. **Prueba de la universalidad**: Las decisiones deben poder aplicarse a todos los casos de las mismas características.

5. **Prueba de la realizabilidad**: tiene que ser posible llevar a cabo la decisión tomada.

RESULTADOS

PROBLEMA NUMERO 1

Exposición de los hechos

Paciente de 75 años que consulta en medicina interna de un hospital comarcal por dolor lumbar de larga evolución de características inespecíficas, sin otra sintomatología acompañante. La internista tras una historia clínica y una exploración solicita una analítica completa que incluye despistaje de patología renal, hepática y tiroidea, así como de procesos linfoproliferativos, patología biliopancreática, y marcadores tumorales prostáticos y estudios reumáticos. También solicita una gammagrafía ósea a medicina nuclear y a radiodiagnóstico una placa de tórax en dos planos, una radiografía de columna dorsolumbar en dos planos, un TAC toracoabdominal con contraste, una resonancia de columna lumbosacra, una ecografía abdominal y un doppler arterial de miembros inferiores.

Tras la realización de toda la batería diagnóstica la dosis de radiación recibida por el paciente es de:

- Rx de tórax (0,02 miliSievert o mSv)
- Rx lumbar (1,3 mSv)
- TC toracoabdominal: Torax (7mSv) y abdomen y pelvis (10mSv)
- Gammagrafía ósea (4 mSv)

Esta radiación es equivalente a 1.151 radiografías de tórax simple y equivalente a 10 años de radiación natural aproximadamente.

Por otro lado cuando se realiza la analítica se diagnostica una insuficiencia renal leve con un filtrado glomerular de 55ml/mim/1.73m², que no contraindica la administración de contraste intravenoso para el estudio del TC toracoabdominopélvico, aunque se realiza una estrategia de nefroprotección, el filtrado glomerular desciende a 40ml/mim/1.73m² (insuficiencia renal moderada) con la esperanza de recuperación en los meses posteriores.

Cuando acude a recoger los resultados encuentra que el paciente presenta en el estudio de resonancia magnética lumbosacra una estenosis de canal lumbar que justifica los dolores del paciente y que no tiene criterios quirúrgicos, por lo que se deriva al paciente a rehabilitación para tratar de mejorar los síntomas y se inicia estrategia analgésica de segundo escalón. El paciente se somete a 10 sesiones de rehabilitación con resultados parciales. Deja de tomar la codeína (analgésico de segundo escalón) por estreñimiento y el tramadol (analgésico de tercer escalón) por intolerancia digestiva (náuseas) y finalmente comienza a tomar oxidona (analgésico de cuarto escalón) que finalmente abandona por comenzar con clínica de deterioro cognitivo que mejora al suspender la medicación, por lo que se acaba manejando con lo que usaba inicialmente, analgesia de primer escalón con paracetamol y metamizol con control parcial de síntomas.

El paciente es fumador y presenta en el estudio de TC de tórax un nódulo pulmonar de 5mm, no visible en radiología simple, que puede ser maligno en el 42% de los pacientes por lo que se le indica control con TC en 3 y 6 meses (7mSv por estudio). Independientemente de esto el paciente es valorado por neumología que solicita un PET para valoración, que tiene una alta tasa de falsos negativos en nódulos menores de 8-10mm, y expone al paciente a una dosis de radiación de unos 25mSV (equivalente a 1250 placas de tórax).

En la ecografía y el TC de abdomen se identifica una colelitiasis y la doctora piensa que debe ser valorado el paciente por cirugía para colecistectomía. También aparece de forma incidental una lesión renal quística compleja en riñón izquierdo que se deriva a urología y para su estudio. El urólogo solicita un URO-TC con contraste para caracterización (dosis de radiación de unos 20mSV equivalente a 1000 placas de tórax) junto con un nuevo descenso de las cifras de filtrado glomerular secundario a la administración de contraste, finalmente se clasifica como una lesión quística Bosniak II-F con seguimiento con ecografía de aparato urinario semestral.

En el estudio vascular y el TC de abdomen se identifica un pequeño aneurisma de aorta abdominal de 32mm que se deriva a cirugía vascular, donde, aunque no tiene criterios quirúrgicos y su probabilidad de crecimiento es baja, aún así se solicita ecografía abdominal anual para seguimiento

RESULTADOS

PROBLEMA NUMERO 1

Identificación de los problemas éticos

1. ¿Debe el paciente someterse de forma simultánea a un estudio de ecografía abdominal y TC de abdomen con contraste?
2. ¿Debe el paciente realizarse un TC de tórax sin presentar sintomatología respiratoria?
3. ¿Debe el radiólogo realizar todas estas pruebas diagnósticas a un paciente que consulta por lumbalgia porque su internista las solicita todas las pruebas juntas para acortar tiempos de espera a pesar de los riesgos que ello conlleva?
4. ¿Debe la lista de espera para pruebas diagnosticas ser una justificación para someter al paciente a una radiación mas allá de la recomendada?
5. Debe el profesional solicitar una bacteria de pruebas no secuenciadas cuyo beneficio es dudoso en esas condiciones a expensas de limitar los recursos para otros pacientes?
6. ¿Deben el radiólogo no informar ciertos hallazgos que pueden ser normales en paciente de edad, como la dilatación leve de la aorta en este paciente, para no inducir seguimientos que no van a generar más salud al paciente?
7. ¿Debe este paciente añoso con lumbalgia inespecífica ser derivado a medicina interna desde atención primaria para valoración?

Elección del problema ético objeto de deliberación

¿Debe el radiólogo realizar todas estas pruebas diagnósticas a un paciente que consulta por lumbalgia porque su internista las solicita todas las pruebas juntas para acortar tiempos de espera a pesar los riesgos que ello conlleva?

RESULTADOS

PROBLEMA NUMERO 1

Identificación de los valores en conflicto.

1. Esta forma de realizar solicitudes de exploraciones radiológicas para abarcar el mayor numero de patología posibles daña la equidad ya que se realiza una gran inversión de recursos económicos y de tiempo en un solo paciente en un sistema público donde los recursos son limitados. Queda claramente identificado el valor **Justicia y Equidad**
2. Esta forma de solicitar exploraciones atenta contra la seguridad del paciente con unas dosis de radiación alta para la "salud generada" y con empeoramiento de la función renal pasando de una insuficiencia renal leve a moderada. Queda identificado el valor de la **No maleficencia**.
3. Durante este proceso diagnóstico se ha dañado la autonomía del paciente ya que se ha limitado a ir de consulta en consulta y de exploración en exploración sin toma de decisiones compartidas ni preguntarle su opinión. No queda claro en la exposicion del caso si al paciente se le inform adecuadamente acerca de las pruebas que se le iban a realizar, para que de las mismas y que consecuencias podian tener para el y para su salud. Si la información no fué la adecuada el que aceptara hacerselas no deja a salvo el compromiso de la **Autonomia**.
4. Esta forma de solicitar pruebas puede que acorte los tiempos de diagnóstico pero no genera más salud al paciente ya que continua con el mismo problema que motivó acudir a consulta pero tras pasar por seis especialistas y someterse a una dosis de radiación superior a 3000 placas de tórax lo que atenta con el principio de **beneficencia**.
5. Además de los valores anteriores se enfrentan valores de **Autonomia** del profesional prescriptor, **Autonomia** del profesional realizador, **beneficencia y derecho a la información** del paciente y **justicia y equidad** en relación con la distribución de recursos públicos.

RESULTADOS

PROBLEMA NUMERO 1

Identificación de los cursos extremos de acción

Curso extremo	Curso intermedio	Curso extremo
El radiólogo debe realizar todas las pruebas que se soliciten independientemente del daño que puedan producir ya que han sido solicitadas para diagnosticar al paciente.		Las exploraciones solicitadas por todos los médicos deben pasar por el filtro del médico radiólogo de forma que se establecerá una validación de las exploraciones.

Identificación de los cursos intermedios de acción

Curso extremo	Curso intermedio	Curso extremo
El radiólogo debe realizar todas las pruebas que se soliciten independientemente del daño que puedan producir ya que han sido solicitadas para diagnosticar al paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El radiólogo como especialista en radiodiagnóstico realizará solo la radiología simple de tórax y columna y la resonancia lumbar y con estos resultados hablar con el internista para detener la cascada diagnóstica en este punto ya que ofrecen una explicación a los síntomas del paciente. 2. El radiólogo debe contactar con el médico internista e informarle que no va a realizar todas las exploraciones que ha solicitado, que debe reevaluar al paciente y solicitar un número adecuado de las mismas para evitar daños al paciente. 3. Se citará nuevamente al paciente en la consulta del internista y se reunirán los tres (radiólogo, paciente e internista) para reevaluar al paciente y consensuar entre los tres las exploraciones más seguras y de mayor rendimiento diagnóstico. 4. El radiólogo realizara las exploraciones solicitadas indicando en el informe radiológico la dosis de radiación recibida por el paciente y su equivalente en placas de tórax para informar y concienciar al paciente y al profesional. 	Las exploraciones solicitadas por todos los médicos deben pasar por el filtro del médico radiólogo de forma que se establecerá una validación de las exploraciones.

RESULTADOS

PROBLEMA NUMERO 1

Identificación del curso optimo

El radiólogo debe contactar con el médico internista e informarle que no va a realizar todas las exploraciones que ha solicitado, que debe reevaluar al paciente y solicitar un número adecuado de las mismas para evitar daños al paciente, solo se va a realizar la radiografía simple de columna en dos planos y la resonancia lumbar. Este curso de acción implica que los médicos se coordinen y tengan un plan de acción en función de los resultados de las pruebas diagnósticas.

El internista tendrá las entrevistas con el paciente, solicitando la colaboración del radiólogo si hay alguna duda para una entrevista conjunta de forma que el paciente pueda estar bien informado de los beneficios y los riesgos de las pruebas diagnósticas así como sus beneficios esperados

Pruebas de consistencia

1. Prueba de la legalidad: el optimizar las pruebas diagnósticas en consenso con los especialistas implicados no solo es legal si no que lo ilegal podría ser no hacerlo por la yatrogenia que se genera al someter al paciente a pruebas diagnósticas en batería. Las prácticas clínicas e indicaciones deben ser adecuadas a la lex artis.
2. Prueba de la temporalidad: A día de hoy es la mejor opción posible ya que trabaja en el consenso de los especialistas que atienden al paciente, forma parte de una decisión meditada en la que todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente pueden colaborar en la mejor estrategia diagnóstica.
3. Prueba de la publicidad: Existen argumentos que permiten apoyar este curso de acción al realizar una selección mejor de los pacientes que se someten a pruebas diagnósticas mejoramos la accesibilidad a las mismas evitando la saturación y así los pacientes pueden entender mejor que se les hace, porqué se les hace y para qué.
4. Prueba de la Universalidad: Este curso de acción es generalizable al resto de la población, ofreciendo pruebas de alta rentabilidad diagnóstica, disminuyendo dosis de radiación y los efectos adversos del contraste yodado, ese es el objetivo del radiodiagnóstico. Aplicar el criterio ALARA «As Low As Reasonably Achievable» es decir «tan bajo como sea razonablemente alcanzable». Este es uno de los principios básicos para establecer cualquier medida de seguridad radiológica. La seguridad en radiodiagnóstico debe ser una máxima para toda la población.
5. Prueba de la Realizabilidad: La profesión médica en general está en un periodo de cambio con una medicina cada vez más defensiva donde prima mas es mejor "por si acaso". La bibliografía y la experiencia clínica confirman que no siempre mas es mejor ya que esto se relaciona con yatrogenia y va en contra del principio de No maleficiencia. No todo lo técnicamente posible debe ser realizado a cualquier precio porque podemos poner en riesgo la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema.

RESULTADOS

PROBLEMA NUMERO 2

Exposición de los hechos

Paciente de 52 años, mujer, que acude derivada por el servicio de digestivo con aumento de transaminasas, asintomática por lo demás. Se realiza ecografía abdominal previo consentimiento de la paciente tras explicar en qué consiste. Durante la exploración ecográfica se pone de manifiesto una gran masa en flanco derecho que afecta al polo superior del riñón y a los segmentos más bajos del hígado (Segmentos V y VI). Esta masa tiene un tamaño tal que no es fácil en el estudio ecográfico establecer cuál es el órgano que presenta el tumor primario y cual el invadido. Mientras se contacta con el digestivo de guardia para localizar al medico solicitante de la exploración para que conozca el hallazgo y las pruebas diagnósticas que se van a realizar posteriormente.

Se confirma que la paciente presenta cifras de creatinina normales y que no tiene contraindicaciones para el estudio con contraste yodado, requisito necesario para el estudio con contraste yodado intravenoso.

Se le informa a la paciente de que existe una "inflamación" en el lado derecho que hay que estudiar mejor, por lo que se le propone realizar en acto único un estudio complementario con TC de abdomen y administrarle contraste intravenoso. Se solicita a los técnicos de radiodiagnóstico que trabajan en el TC que realicen la exploración a la paciente en el día. Como se trata de un estudio no programado, tienen que esperar a tener tiempo para realizar la exploración tras atender a los pacientes programados para la mañana.

La exploración se demora y la paciente tiene que acudir a una cita. Desconocedora de la gravedad de su padecimiento está en dos ocasiones a punto de abandonar la sala de espera sin realizar el TC para cumplir su cita, pero el técnico y el radiólogo la convencen de que espere un poco más para realizarse el estudio.

Cuando la paciente entra a la sala del TC la enfermera le informa de que se le va a administrar contraste intravenoso y rellena el cuestionario para confirmar que no tiene contraindicaciones al contraste. La paciente se realiza el estudio de TC y no tiene cita en la consulta de digestivo hasta dentro de dos meses. Se le informa que el estudio precisa de una valoración detenida y que en 48 horas estará el resultado, lo puede consultar en su médico de atención primaria. Se le informa también de que el radiólogo que ha realizado el estudio una vez que disponga del informe para la valoración de la organodependencia, se pondrá en contacto con ella para adelantarle la cita de consulta en el área pertinente.

Tras realizar el estudio se confirma la presencia de un tumor renal que invade el hígado (Estadio IV) por lo que se contacta con los radiólogos de la sección de urogenital que presentarán el caso en el comité de urología del día siguiente.

El caso se presenta en 24h en el comité de urología y se cita a la paciente a la semana siguiente en la consulta de tumores urológicos para informarle del diagnóstico y de sus opciones terapéuticas.

RESULTADOS

PROBLEMA NUMERO 2

Identificación de los problemas éticos presentes en el caso

1. ¿Le debe informar el radiólogo que de la gravedad del resultado de la ecografía y no usar eufemismos como "inflamación" antes de realizar todas las exploraciones complementarias pertinentes ?
2. ¿Debe el radiólogo informar al médico que indicó la prueba, previa a la realización del TC de abdomen, del resultado de la ecografía?
3. ¿Debe enterarse el paciente del resultado de las pruebas en la consulta de Atención Primaria o en la del Urólogo o debería haber sido informado por el radiólogo cuando termina el proceso diagnóstico?
4. ¿Debe ser el personal de enfermería el que recoja el consentimiento informado, aunque sea verbal, para el contraste intravenoso? .

Elección del problema ético objeto de deliberación

1. ¿Le debe informar el radiólogo que de la gravedad del resultado de la ecografía y no usar eufemismos como "inflamación" antes de realizar todas las exploraciones complementarias pertinentes ?

Los valores identificados en conflicto son:

- a) La paciente desconoce el hallazgo por lo puede tener síntomas de complicación a los que puede no dar importancia y ser importantes para su pronóstico (p. e. trombosis de la vena renal que se puede manifestar como dolor lumbar y la paciente pensar que es una lumbalgia simple) o marcharse de la sala de espera sin realizarse las exploraciones necesarias para cumplir sus citas pensando que el TC se puede realizar en otro momento, de esta forma tanto la seguridad y por tanto la **beneficencia** es un valor en conflicto, así como la **autonomía** ya que no puede tomar decisiones de forma libre e informada.
- b) La coordinación médica como valor: No se informa al médico que ha solicitado la prueba. Identifica a la **No maleficencia** directamente porque la descoordinación profesional es maleficiente.

RESULTADOS

PROBLEMA NUMERO 2

Identificación de los cursos extremos de acción

Curso extremo	Curso intermedio	Curso extremo
El radiólogo no tiene que informar de nada al paciente y este debe hacerse todas las pruebas que le indique sin mediar explicaciones ya que el radiólogo actúa por su bien. Tampoco es necesario informar al médico prescriptor de la prueba solo al médico que tenga posibilidad de curar al paciente		El radiólogo debe de pasar al paciente con el acompañante a la sala de ecografía y explicar que sospecha una patología tumoral sin poder determinar su alcance y pedir consentimiento para contraste intravenoso .

Identificación de los cursos intermedios de acción

Curso extremo	Curso intermedio	Curso extremo
El radiólogo no tiene que informar de nada al paciente y este debe hacerse todas las pruebas que le indique sin mediar explicaciones ya que el radiólogo actúa por su bien. Tampoco es necesario informar al médico prescriptor de la prueba solo al médico que tenga posibilidad de curar al paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que el radiólogo informe a la paciente del resultado de la ecografía evitando uso de palabras como tumor, hablar de lesiones "agresivas", solicitar consentimiento para realizar el TC e informar de que según el resultado se derivará a la consulta adecuada. 2. Que el radiólogo le diga al paciente que tiene un hallazgo preocupante y le pregunte al paciente si ha acudido acompañado y si quiere estar acompañado para recibir la información, dando espacio a que el paciente pregunte lo que quiere saber y contestando a sus preguntas. Posteriormente informarle que se necesitan más exploraciones, en concreto un TC de abdomen con contraste. Que el informe de ese estudio tardará algo mas y estará accesible en su historia en el plazo de 48h y que será derivada a la consulta adecuada. Contactará a la mayor brevedad con el medico prescriptor para informar del hallazgo. 3. Que el radiólogo deje a la paciente en la sala de espera y llame al médico prescriptor, le informe de los hallazgos y le informe de que va a realizar de forma complementaria un estudio de TC de abdomen con contraste. Si le parece adecuado se pasará a la paciente y a un familiar a la sala de ecografía para informar al paciente y el familiar de que hablado con su médico se ha decidido realizar un Tc de abdomen con contraste si están de acuerdo para estudiarla de forma más adecuada y que su médico estará al tanto para derivarla al profesional más adecuado 	El radiólogo debe de pasar al paciente con el acompañante a la sala de ecografía y explicar que sospecha una patología agresiva sin poder determinar su alcance y pedir consentimiento para contraste intravenoso.

RESULTADOS

PROBLEMA NUMERO 2

Identificación del curso optimo

Que el radiólogo le diga al paciente que tiene un hallazgo que le preocupa y le pregunte al paciente si ha acudido acompañado y si quiere estar acompañado para recibir la información, dando espacio a que el paciente pregunte lo que quiere saber y contestando a sus preguntas. Que el informe de ese estudio tardará algo mas y estará accesible en su historia en el plazo de 48h y que será derivada a la consulta adecuada. Posteriormente informarle que se necesitan más exploraciones, en concreto un TC de abdomen con contraste. Contactará a la mayor brevedad con el medico prescriptor para informar del hallazgo.

Prueba de consistencia

1. Prueba de la legalidad: Este curso de acción es plenamente legal conforme a la ley de autonomía del paciente.
2. Prueba de la temporalidad: ya es conocido de las estrategias de comunicación como dar malas noticias a los paciente. El que la información sea progresiva y veraz, se adapte a las preguntas/necesidades de la paciente y si es posible se dé en presencia de un acompañante si así lo desea el paciente, forma parte de la buena práctica clínica. Este curso de acción es reflexivo y amparado en buenas prácticas.
3. Prueba de la publicidad: Existen argumentos que permiten justificar este curso de acción, permite un mejor acceso a las pruebas diagnósticas, beneficia a los pacientes ya que se da espacio a que puedan ejercer su autonomía y compartir sus miedos con las personas que pueden calmarlos o acompañarlos. Mejora la seguridad ya que al conocer los riesgos el paciente colabora mejor para su protección, por ejemplo beber agua para disminuir los efectos nefrotóxicos del contraste.
4. Prueba de la Universalidad: este curso de acción permite colocar al paciente en el centro del sistema y que pueda mantener un diálogo de iguales o por lo menos de simetría. Además este curso de acción es exportable a otras relaciones medico paciente y se puede generalizar a otros ámbitos de la relación entre radiólogos y pacientes tanto en instituciones públicas como en las privadas.
5. Prueba de la Realizabilidad: Los radiólogos dentro de su programa de formación no tienen una formación muy extensa sobre cómo dar malas noticias ni comunicación con el paciente por lo que para muchos profesionales puede ser muy difícil realizar este curso de acción.

Se trata de una enfermedad grave con una alta emoción que hay que saber gestionar, en ocasiones el primero que se asusta es el radiólogo y lo puede llevar incluso peor que el paciente.

Por otro lado no disponemos de salas en rayos donde poder informar de forma adecuada a los pacientes, se informan en salas de exploración que en ocasiones sufren las interrupciones de técnicos, celadores y auxiliares.

Existe también otro punto a considerar, todo el tiempo que el médico invierte en informar al paciente falta de su puesto de trabajo. En las listas de trabajo de los radiólogos no hay espacio para informar a los pacientes, en ocasiones hay el tiempo justo para realizar los estudios y los informes.

DISCUSIÓN

1.El profesionalismo medico y la excelencia profesional como escenario para la realizacion de los valores eticos

El sistema sanitario tiene unos recursos limitados y los profesionales que trabajamos en el somos los responsables de usarlos de forma adecuada. Esto choca con la demanda, la solicitud de exploraciones, de todo lo que es técnicamente realizable. Las demandas/solicitudes de pruebas diagnósticas pueden ser infinitas. El progreso científico aporta cada vez equipos más complejos y técnicas más costosas para diagnósticos complejos que en ocasiones son poco rentables para la salud de los pacientes.

Pero, quienes son los profesionales responsables de la distribución adecuada de recursos ¿Los gerentes de los servicios sanitarios? ¿El jefe de servicio? ¿Los profesionales sanitarios? ¿Los facultativos?

La adecuada distribución de los recursos diagnósticos precisa de un conocimiento adecuado de la gravedad de la enfermedad que potencialmente presenta el paciente ya que la demanda de las exploraciones obliga a la priorización de los estudios y clasificar las exploraciones en función de su necesidad. Esto en cuanto a la solicitud de exploraciones para diagnóstico pero no olvidemos que se solicitan muchas exploraciones que son de seguimiento, para pacientes oncológicos, para lesiones como la esteatosis hepáticas o cirrosis, para seguimiento de lesiones renales, nódulos tiroideos....

Creemos que son los profesionales médicos los mejor cualificados para organizar la actividad asistencial teniendo en cuenta la necesidad de los pacientes en función de sus datos clínicos y también son los mas cualificados para valorar la maleficencia de los tratamientos y las pruebas tecnicas, y por tanto la iatrogenia.

La realización de pruebas diagnósticas por motivos inadecuados, como la medicina defensiva, puede desencadenar una cascada diagnóstica que, lejos de beneficiar al paciente, puede producirle daño, bien por la administración de contraste intravenoso o por la dosis de radiación recibida al exponerse a radiación ionizante. Otra forma de iatrogenia que es el descubrimiento de lesiones que son incidentales y posiblemente no van a tener repercusión en la salud del paciente y que activan cascadas diagnósticas fútiles con aumento del gasto y sin que este gasto revierta en salud generando un balance negativo en el coste/beneficio.

Si es por tanto el especialista en radiodiagnóstico la persona más cualificada para gestionar los recursos que tienen que ver con exploraciones diagnósticas y los seguimientos de los pacientes y entonces ¿Porqué no son los radiólogos los encargados de indicar las pruebas diagnósticas? ¿Porque no existe una mayor coordinacion entre clínicos y radiologos para diseñar el mejor itinerario para las pruebas?, ¿Acaso el Sistema no tiene confianza en un nuevo modelo de coordinacion entre los profesionales implicados? ¿Realizan también los radiólogos una sobreindicación de exploraciones diagnósticas?

Los radiólogos como los analistas clínicos, microbiólogos o patólogos son prestadores de servicio, eso quiere decir que son especialistas que realizan exploraciones que otros facultativos han considerado necesarias para el paciente (tanto para seguimiento como para diagnóstico) y el papel de estos profesionales es la realización de las mismas. Este ha sido el papel clásico de estas especialidades que poco a poco está cambiando. Estos profesionales son los mejor formados en sus áreas y corresponde al clínico indicar cuál es su sospecha diagnóstica y ellos se encargaran de poner los medios diagnósticos adecuados para descartar o confirmar la sospecha. De esta forma los profesionales prestadores de servicio deben trabajar por tanto con una sospecha diagnóstica.

Esta sospecha clínica precisa de una buena historia clínica. La historia clínica es la alta tecnología médica y también está en crisis. Este pilar fundamental está en riesgo; las consultas masificadas, profesionales desmotivados, falta de formación curricular del medico en entrevista clínica y el auge de la medicina defensiva entre otros son algunos de los argumentos que ponen en riesgo esta alta tecnología. Estamos asistiendo a un aumento de la solicitud de pruebas diagnósticas sin sospecha clínica que genera no solo inquietud en el radiólogo, sino en otros muchos profesionales y gestores, que pone en serio peligro la sostenibilidad del Sistema, aumento la incertidumbre acerca de lo que le ocurre al paciente de forma integral e integrada y lo que es mas grave fomenta la desconfianza de los pacientes y de los profesionales que reaccionan con una medicina cuando menos futil y defensiva.

DISCUSIÓN

1.El profesionalismo medico y la excelencia profesional como escenario para la realizacion de los valores eticos

¿Cómo se pueden priorizar las exploraciones diagnósticas en el caso de que no haya sospecha diagnóstica?

Las peticiones se realizan actualmente en un soporte informático que no está diseñado para mejorar y ayudar a los profesionales a citar a los pacientes, dado que hay muchísimas peticiones que gestionar hay que trabajar con filtros complejos y que en ocasiones tienen fallos.

Tenemos otro problema, los médicos que prestamos servicio tenemos listas de trabajo que citan los administrativos sin nuestra colaboración en la mayoría de los casos, con lo que la priorización de los procedimientos se basa en criterios poco claros que han pactado otros profesionales, por ejemplo que exploraciones se derivan a centros concertados y cuales se realizan en el hospital o cuales se citan en una sala de trabajo y no en otra. Esto genera errores en la citación y en la priorización ya que los administrativos no son personal sanitario y no

tienen acceso a los datos clínicos de los pacientes . Todo ello pone en riesgo la seguridad de los pacientes y que el acceso de los mismos sea justo en función de su necesidad.

Conscientes de esta problemática en los servicios de radiodiagnósticos se está estableciendo un sistema de validación de las exploraciones diagnósticas solicitadas por parte de los médicos asistenciales, de forma que se validan en función de los protocolos diagnósticos disponibles, o en caso de ausencia del mismo, en función de la pertinencia de la prueba en función de los datos clínicos aportados. Este sistema no tiene en cuenta que cuando un radiólogo no valida una exploración por no considerarla necesaria no se le informa a los pacientes que esa prueba no se va a citar, tampoco tiene en cuenta que cuando la exploración se valida, la cita va a depender de cuando admisión lo cite lo que puede no tener relación con su necesidad clínica.

Con todos estos elementos, la distribución adecuada de los recursos está claro que es compleja en este sistema complejo. Entonces ¿qué margen de maniobra tiene los profesionales?.

La distribución adecuada de recursos pasa por la implicación de los profesionales de radiodiagnóstico en los comités hospitalarios, en las guías de práctica clínica hospitalaria, en los protocolos y en el trabajo codo con codo con los compañeros clínicos asistenciales, compartiendo dudas, inquietudes, sospechas diagnósticas y trabajando con el equipo de admisión en reuniones conjuntas, no solo validando exploraciones, también hay que indicar la sala donde debe ser citadas y el plazo para la cita. Se deben valorar los casos que se van a enviar al concierto de forma conjunta (radiólogos y administrativos). Los administrativos deben estar pendientes de que se realicen la exploraciones en plazo, avisando a radiodiagnóstico cuando esto no sea así para que se faciliten mas citas, bien en forma de continuidades asistenciales o derivando al concierto.

Todavía no está resuelto como actuar en caso de las pruebas no validadas ya que los clínicos pueden acceder a la historia y tener esta información si la buscan, pero los pacientes no sabrán que no serán citados para las exploraciones hasta hablar con el médico solicitante y pueden pasar meses.

DISCUSIÓN

2. Cómo tener en cuenta la autonomía en la estructura real del proceso de peticiones de pruebas diagnósticas.

En el radiodiagnóstico clásico el paciente no tiene espacio para su autonomía ya que, clásicamente, se somete de forma "ciega" y prácticamente sin mediar explicaciones a las exploraciones que le ha solicitado su médico asistencial y que el radiólogo considera necesarias para llegar al diagnóstico que se sospecha.

Tras la ley de autonomía del paciente el consentimiento informado toma relieve y el radiodiagnóstico se tiene que incorporar a esta práctica. Hay que informar a los pacientes de la exploración que le vamos a realizar, de sus riesgos, de porqué es necesaria y de su resultado de forma comprensible.

La formación curricular del especialista en radiodiagnóstico no tiene una formación muy extensa en entrevista clínica, se plantea como un curso obligatorio dentro de las competencias transversales que se realiza a través de Portal Eir con videos y luego lo que aprenden durante sus rotaciones con otros profesionales que han tenido una formación similar a ellos en cómo hablar con los pacientes, lo que los deja, en la mayoría de los casos, dependientes de sus propias habilidades en cómo dar malas noticias. Cómo explicar en un lenguaje comprensible a un paciente las exploraciones y los riesgos que corre no es fácil, además la información debe estar adaptada a las necesidades del paciente y a su nivel cultural, algo francamente complejo para el radiólogo, esto podría explicar en parte el porqué algunos de los procedimientos de consentimiento informado se han dejado en mano de personal de enfermería y no han sido asumidos por los radiólogos, por ejemplo, el consentimiento para administrar contraste yodado intravenoso.

Por otro lado el radiólogo al estar aislado en su unidad de radiodiagnóstico se ha incorporado tarde en este reconocimiento del paciente como interlocutor válido, ya que clásicamente el interlocutor del radiólogo es el facultativo peticionario. Clásicamente el objetivo del radiólogo y al que va dirigido el informe radiológico es al facultativo peticionario. La aportación del radiólogo al diagnóstico del paciente se realiza a través del informe que se escribe en un lenguaje técnico que es difícil de interpretar para los pacientes. Dentro del reconocimiento de esa autonomía del paciente una de las posibilidades que podrían tener los radiólogos es que las conclusiones del informe se puedan escribir en un lenguaje que sea inteligible para el paciente. Eso es fácil cuando el informe en la ausencia de hallazgos, pero ¿cómo hacerlo cuando existen hallazgos poco claros o que precisan de otras pruebas diagnósticas? ¿Qué sucede cuando el radiólogo indica una exploración al clínico para completar el diagnóstico que este no solicita, lo debe solicitar el radiólogo? ¿Quieren los pacientes saber qué es lo que tienen o para ellos es más importante la información que consiste en cómo recuperar la salud, como se les puede tratar para que mejoren? ¿Solicita el radiólogo exploraciones complementarias útiles para el diagnóstico y tratamiento del paciente o fútiles?

Como hablábamos antes el radiólogo es un médico prestador de servicios, en ocasiones la información que aporta el radiólogo al paciente puede entrar en conflicto con la información del clínico. Algunos médicos clínicos ven con malos ojos que sea el radiólogo el que informe al paciente, uno de los argumentos es que ciertamente el radiólogo no conoce todos los aspectos de la historia clínica, solo los que el clínico ha compartido en la solicitud y esto puede sesgar la información.

Efectivamente todas estas preguntas están presentes cuando el radiólogo realiza una exploración, ¿se debe de informar verbalmente a los pacientes de hallazgos de poca trascendencia o dejar que sea el facultativo peticionario el que lo explique y de las indicaciones de tratamiento pertinente?, p.e. la esteatosis hepática leve.

DISCUSIÓN

2. Cómo tener en cuenta la autonomía en la estructura real del proceso de peticiones de pruebas diagnósticas.

En el caso de las ecografías también es frecuente que los pacientes durante la exploración se fijen en la pantalla del ecógrafo y pregunten sobre las medidas que se toman por protocolo diagnóstico aunque la exploración sea normal, ¿es necesario explicar pormenorizadamente los hallazgos al paciente o basta decir que son normales o anormales a pesar de que esto pueda prolongar la exploración o hacer que el radiólogo tenga olvidos en el protocolo diagnóstico por las interrupciones? ¿Se debe informar al final de la exploración de forma somera al paciente sin entrar en explicaciones durante la exploración aunque esto pueda aumentar la inquietud del paciente?

En procedimientos intervencionistas si suele ser el médico que realiza el procedimiento el que se identifica e informa al paciente, aunque se echa en falta la participación de los profesionales que indican el procedimiento. Los radiólogos realizan procedimientos intervencionistas en muchas ocasiones sobre la recomendación de otro profesional, con la que puede no estar de acuerdo y en medio queda el paciente, en ocasiones confundido, que entiende que su capacidad de mejorar depende del procedimiento aunque pueda no ser verdad. El radiólogo tiene poco conocimiento general del paciente; de su patología, experiencias previas, miedos y creencias, por lo que lo tiene difícil para explicar la utilidad o no del procedimiento y porque debe hacerse o no de forma contextualizada, a parte de sus propias habilidades de comunicación que también pueden ser una barrera.

Todavía en la cultura medica no se ha avanzado lo suficiente en la idea de que el consentimiento informado es más que el documento, que es el respeto de la autonomía del paciente, a que se escuche su voz, ya que todo lo que realizamos en el ámbito medico debería estar orientado al paciente como centro del sistema.

Otro de los problemas aparecen cuando el radiólogo no dispone de tiempo en su actividad asistencial para la información del paciente y esta no es algo rápido, informar al paciente implica que hay que respetar los tiempos del mismo y hay que dejar espacio para que el paciente asimile la información y haga preguntas y no digamos del espacio que también debe tener la familia del mismo que en ocasiones pregunta más que el propio paciente y para la que también necesitamos tiempo. Todo el tiempo que se dedique a esta actividad de información no se dedica a trabajar y esto puede ocasionar retrasos en los informes y problemas asistenciales al radiólogo.

Otro aspecto importante es donde informar, no se disponen de salas de información en radiodiagnóstico, solo de salas de diagnóstico donde existe un trasiego incesante de profesionales, que no facilitan un entorno relajado e íntimo donde poder informar.

Un paciente bien informado toma mejor las decisiones sobre su salud, esto es un hecho, y la información debe ser una prioridad en el radiodiagnóstico y sobre la que se debe trabajar, comenzado con la formación de los profesionales en comunicación para que puedan trabajar sus miedos y dificultades en la comunicación y posteriormente con la concienciación de todos los profesionales. Esto hará que se demanden los espacios para la información tanto de tiempo como de lugar.

CONCLUSIÓN

1. El profesionalismo médico y la excelencia profesional como escenario para la realización de los valores éticos

Actitud habitual	Problema ético	Procedimiento alternativo	Problema evitado	Beneficio propuesto
<p>1. Solicitud de exploración radiológica sin clara indicación clínica.</p> <p>2. Se solicitan múltiples pruebas diagnósticas para una patología y se citan sin valoración radiológica por el equipo de admisión</p>	<p>Daña el principio de la justicia distributiva</p> <p>Daña la no maleficiencia/seguridad</p>	<p>Solicitar pruebas diagnósticas en colaboración con el servicio de radiodiagnóstico o no solicitar exploraciones sin indicación clara, usar guías de práctica clínica si es posible</p>	<p>Evitamos gasto sanitario y mejoramos el coste/oportunidad</p> <p>Evitamos yatrogenia por radiación ionizante u uso de contraste</p> <p>Evitamos seguimientos de hallazgos incidentales poco rentables para la salud del paciente</p>	<p>Disminuimos las listas de espera</p> <p>Uso racional de los recursos</p> <p>Disminuimos la medicalización de los pacientes.</p> <p>Disminuimos nefrotoxicidad y tumores radioinducidos</p>
<p>1. Se citan pacientes por admisión sin conocimiento de datos clínicos de forma errónea en una sala donde no se puede realizar la exploración</p> <p>2. Se deriva a un paciente oncológico al centro concertado para valoración de una lesión de nueva aparición porque es mas "rápido"</p>	<p>Daña la no maleficiencia/Seguridad</p> <p>Daña el principio de la justicia distributiva</p>	<p>Citar a los pacientes tras la valoración de datos clínicos por el radiólogo indicando este en que sala se debe citar y con qué demora</p> <p>Citar a los pacientes oncológicos en el centro hospitalario para que si la lesión es sospechosa se pueda estudiar histológicamente en acto único evitando demoras</p>	<p>Evitamos demoras innecesarias en exploraciones</p> <p>Evitamos citar a pacientes de forma errónea donde no se puedan estudiar de forma adecuada</p> <p>Realizamos estudios histológicos en acto único pudiendo avisar al médico solicitante</p>	<p>Realizamos un uso racional de los recursos</p> <p>Mejoramos la accesibilidad de los pacientes</p> <p>Adecuamos los tiempos de esperas a la sospecha clínica</p>
El radiólogo informa lesiones incidentales que activan cascadas diagnósticas fútiles que no generan más salud al paciente	<p>Daña la no maleficiencia/Seguridad</p> <p>Daña la justicia</p>	No informar lesiones de bajo impacto en la salud del paciente o indicar al facultativo solicitante de la exploración que no precisa más estudios por este motivo	<p>Evitamos sobrediagnóstico y angustia innecesaria del paciente por hallazgos inespecíficos</p> <p>Evitamos la sobrecarga del sistema con exploraciones innecesarias</p>	<p>Disminuimos los efectos adversos del contraste y la radiación ionizante</p> <p>Mejoramos la demora del diagnóstico al no generar solitudes de pruebas innecesarias</p>
Se solicitan exploraciones sin orientación clínica	Daña la no maleficiencia/Seguridad	<p>Valorar con el facultativo peticionado la necesidad o no de la prueba</p> <p>Trabajar con guías diagnósticas y terapéuticas</p> <p>Realizar consultas clínicas con más tiempo para los pacientes para realizar buenas historias clínicas.</p> <p>Formar de forma adecuada a los profesionales en historia clínica</p>	<p>Evitamos realizar exploraciones innecesarias.</p> <p>Evitamos demoras diagnósticas</p> <p>Evitamos insatisfacción por parte del paciente por no saber qué tiene ni cómo mejorar</p>	<p>Mejorar las listas de espera</p> <p>Mejorar el diagnóstico con las exploraciones adecuadas en tiempo y forma</p>
No se cita al paciente por fallo del sistema informático de citas o se cita en una sala errónea	<p>Daña la justicia</p> <p>Daña la no maleficiencia</p>	Solicitar a informática un sistema de citación más eficiente y orientado a las necesidades del clínico y el radiólogo para poder realizar sus funciones de forma adecuada	<p>Evitamos que no se realicen las exploraciones adecuadas a pacientes que las necesitan para su diagnóstico y tratamiento</p> <p>Evitamos ansiedad y demoras diagnósticas</p> <p>Evitamos reclamaciones por no citar a los pacientes.</p>	<p>Mejorar la accesibilidad</p> <p>Mejorar la demora diagnóstica</p> <p>Mejorar la satisfacción de los pacientes</p>
El radiólogo no valida la exploración solicitada y el paciente no es informado de que no se va a citar	Daña la autonomía, la justicia y la beneficencia	<p>Enviar una carta al paciente dándole una cita para que las explicaciones de la anulación se den en persona.</p> <p>Informándole del especialista solicitante que se ha anulado la exploración.</p>	<p>Evitamos reclamaciones por los pacientes por falta de cita</p> <p>Evitamos demoras diagnósticas al estar pendientes de pruebas</p> <p>Evitamos incertidumbre del paciente</p> <p>Evitamos yatrogenia por sobrediagnóstico</p>	<p>Disminuimos demoras diagnósticas al ajustar mejor las indicaciones</p> <p>Disminuimos efectos adversos de contraste y radiación ionizante</p>

CONCLUSIÓN

2. Cómo tener en cuenta la autonomía en la estructura real del proceso de peticiones de pruebas diagnósticas.

Actitud habitual	Problema ético	Procedimiento alternativo	Problema evitado	Beneficio propuesto
El radiólogo tiene una formación escasa en entrevista clínica	Daña la autonomía del paciente	Entender la formación en Entrevista Clínica como una necesidad planteando formación durante los cuatro años de especialización y tras la misma como formación continuada	Evitamos reclamaciones de los pacientes por falta de información Evitamos angustia e insatisfacción Evitamos estudios con artefactos por falta de colaboración	Mejora la relación radiólogo-paciente Aumenta la visibilidad de la radiología como especialista Mejora la autonomía del paciente y la toma de decisiones consensuadas
Los pacientes no son informados por el radiólogo que solo conoce el diagnóstico pero no el tratamiento ni en pronóstico exacto	Daña la autonomía, la justicia y la no maleficiencia	Informar según nivel cultural y necesidad del paciente	Evitamos la ansiedad y el miedo del paciente por el procedimiento Mejoramos su toma de decisiones	El paciente al estar bien informado puede ejercer su autonomía de forma real El radiólogo puede tener más visibilidad como profesional de referencia
El radiólogo informa verbalmente o través de un informe de forma técnica al paciente	Daña la autonomía del paciente	Realizar información verbal adecuada a las necesidades del paciente y su familia Escribir un informe con conclusiones lo más sencillas e inteligibles posible	Evitamos ansiedad en el paciente que tiene que esperar a ver a su médico para entender de forma adecuada y personalizada el informe Evitamos policonsultas de los pacientes a múltiples profesionales	Mejoramos la toma de decisiones informadas del paciente ya que conoce mejor su patología.
El radiólogo indica una exploración complementaria que el médico que atiende al paciente no solicita	Daña la autonomía y la no maleficiencia	Si el radiólogo cree que se debe de indicar una prueba o la cita, teniendo en cuenta el coste-utilidad para el paciente o habla con el médico clínico para dirimir juntos la necesidad de la misma	Evitamos la falta de diagnóstico de enfermedades que pueden ser potencialmente graves (tumores) Evitamos la incertidumbre del paciente Evitamos cascadas diagnósticas fútiles	Mejora la relación del médico peticionario y el radiólogo Mejoramos la información al paciente al actuar de forma conjunta Mejoramos la seguridad del paciente disminuyendo la yatrogenia diagnóstica
El médico solicita una exploración pero no quiere que el paciente sea informado por el radiólogo	Daña la autonomía del paciente y la no maleficiencia/ seguridad	El radiólogo debe informar al paciente con información no comprometida para el médico peticionario, respetando que el ámbito del tratamiento y pronóstico le corresponde a él	Evitamos discrepancias entre médicos que dañan la relación médico paciente Evitamos reclamaciones y malestar por parte del paciente.	Mejoramos la toma de decisiones del paciente si está correctamente informado en el diagnóstico. Mejoramos la relación clínico-radiológica informando de forma conjunta sin comprometer
Se solicita una biopsia de una lesión que radiológicamente no es candidata a la misma y el radiólogo no realiza con el malestar secundario del paciente	Dañamos la autonomía, la justicia.	La solicitud de biopsias debe ser consensuada ente clínicos y radiólogos para evitar dudas en los pacientes y malestar	Evitamos reclamaciones por parte del paciente Evitamos ansiedad e incertidumbre en el paciente Evitamos yatrogenia por realizar intervencionismo innecesario	Mejoramos la relación médico-pacientes Mejoramos la demora en procedimientos intervencionistas al realizar sólo los que son necesarios.
El radiólogo informa de forma precipitada y sucinta al paciente en una sala de exploración con interrupciones de personal sanitario	Daña la autonomía	El radiólogo debe informar de forma comprensible y adecuada al paciente en una sala con privacidad	Evitamos ansiedad e incertidumbre en el paciente. Evitamos reclamaciones por falta de entendimiento	Mejoramos la relación radiólogo-paciente aumentado la visibilidad del radiólogo Mejoramos la toma de decisiones del paciente de forma autónoma