



La comunicación entre los médicos. Por qué los médicos seguimos haciendo cosas innecesarias o lo que el radiólogo desearía del clínico

Communication between physicians. Why doctors are still doing unnecessary things, or what the radiologist would like from clinician

Yo creo que llegará el día en que el enfermo se abandonará a las manos de los médicos. Sin preguntarle nada, estos médicos le extraerán sangre, calcularán algunas variables, multiplicarán unas por otras, curarán a este enfermo con sólo una píldora. Sin embargo, si yo caigo enfermo me dirigiré a mi viejo médico de familia. El me mirará en el ángulo del ojo, me tomará el pulso, me palpará el vientre, me auscultará. Después toserá, prenderá su pipa, se frotará el mentón y me sonreirá para calmar mi dolor. Desde luego yo admiro la ciencia, pero también admiro la sabiduría.

Antoine De Saint Exupery. París, abril de 1936

La práctica clínica es el proceso de la actuación médica relacionada con la atención a la salud del paciente. Sus componentes son la información clínica obtenida, las percepciones, los razonamientos, los juicios, los procedimientos utilizados, las decisiones y las intervenciones que se aplican.¹ El análisis inmediato de tal definición nos indica que nos hallamos ante un fenómeno complejo, inexacto y difícilmente reproducible.

Según los clásicos, la práctica de la medicina se fundamenta en la combinación de la ciencia y el arte. Pocos dudan de la importancia de la ciencia, pero el arte de la medicina es también una parte relevante de la ecuación, si lo entendemos como una mezcla de conocimientos, intuición y buen criterio, ingredientes necesarios para la correcta aplicación clínica de la tecnología científica.¹

La medicina como arte ha dejado paso a una medicina como ciencia sistematizada, tecnificada y de trabajo en equipo. Esto, además de inducir unos cambios estructurales claros, ha aumentado de forma exponencial los costes. La atención del enfermo urgente (unidad de cuidados intensivos, urgencia) requiere además una serie de peculiaridades, dado la importante cantidad de recursos que consume, así como la necesidad de una atención inmediata y continua.²

Los enormes avances en el campo de la tecnología diagnóstica y en la prevención y tratamiento de las enfermedades han hecho que sea imposible para cualquiera de nosotros mantenerse al día en el conocimiento de tales avances, en su interpretación adecuada y en la conveniencia de su aplicación a nuestros pacientes, utilizando los recursos convencionales.¹

Los avances en la aplicación de las imágenes médicas son numerosos: se ha ampliado su uso tanto hospitalario como en la consulta médica; la toma de decisiones de muchas especialidades depende de la información que ellas arrojan, desde Urgencias hasta Oncología.³

Hace veinte años nadie habría imaginado el desarrollo que se iba a producir en el universo de la comunicación humana contando en la actualidad con herramientas como los teléfonos móviles, foros en internet, blogs o el correo electrónico, que facilitan extraordinariamente las relaciones entre las personas. Sin embargo,

el reto es si realmente se usan para mejorar el entendimiento entre las personas.

En el ejercicio de nuestra profesión, el aspecto comunicacional adquiere una especial relevancia, ya que es decisivo saber comunicarse tanto con el paciente como con el resto de los profesionales médicos que interactúan en el ejercicio médico cotidiano. En esta vía de comunicación entre médicos es indispensable señalar la importancia que tiene la colaboración de profesionales de diferentes especialidades médicas para ofrecer una asistencia de calidad. Los beneficios de tratamientos multidisciplinarios son evidentes ya que todos los profesionales tienen el mismo objetivo: curar al paciente.

Sin embargo, no resulta fácil coordinar la asistencia de un paciente cuando ha de pasar por las manos de varios profesionales. El paciente es el que finalmente sufre la inadecuada comunicación entre los diferentes médicos que llevan su tratamiento, bien sea por la duplicación de pruebas, errores médicos, etc.

Establecer una estrecha comunicación nos permitiría mejorar nuestra práctica porque los médicos seguimos haciendo cosas innecesarias.⁴ Para que dicha comunicación entre médicos se lleve a cabo con garantías de calidad son necesarias dos cosas: la voluntad de los propios profesionales y el desarrollo de herramientas por parte de los gestores que ayuden a coordinar dicha comunicación.⁵

Un buen número de las acciones que los médicos emprendemos de manera cotidiana son innecesarias o indebidas y, sin embargo, las continuamos haciendo.^{4,5} He aquí algunos ejemplos y consejos que ayudan a llevar a cabo esa comunicación con garantía de éxito.⁵

1. Se debería preguntar a cada médico o bien el propio médico establecer qué

forma de comunicación prefiere usar (teléfono, correo electrónico, fax...) y tenerlo en cuenta en el futuro para cuando se tenga algún paciente en común.

2. Cuando se derive un paciente a otro especialista se debería remitir un breve historial médico en el que se incluyera qué es lo que se ha intentado y no ha funcionado, las alergias del paciente, su medicación y cirugías, y qué es lo que se quiere lograr con la consulta.
3. También es interesante incluir un listado de las preguntas que se desean que el otro especialista responda, así como otras preguntas que el paciente tenga.
4. Por supuesto, hay que proporcionar al especialista los resultados de las diferentes pruebas que se hayan llevado a cabo (analíticas, radiografías, etc.)
5. No está de más incluir información complementaria a la información médica, como puede ser si el caso es urgente o puede esperar un poco, si el paciente es conflictivo por algún motivo, si necesita tiempo extra o cualquier tipo de información que pueda resultar útil.
6. Otro punto muy importante es el hacer saber al paciente la importancia de que visite a otro especialista, así como las razones concretas por las que se le envía. En este sentido, si tan solo se le sugiere la opción de que otro facultativo le vea puede ocurrir que el paciente salga de la consulta y se le olvide pedir cita, o simplemente no la pida. Por este motivo lo ideal es que el propio médico acuerde la cita con el otro especialista, en lugar de confiar que lo haga el paciente.
7. Además, si un paciente remitido por un médico no acude a su cita, es tarea del especialista ponerse en contacto con el compañero que se lo remitió para infor-



- marle que el paciente no ha acudido a la consulta.
8. Después de que un especialista visite a un paciente derivado por algún colega debería ponerse en contacto con éste para hacerle llegar el informe de la consulta.
 9. Ante una duda relacionada con cualquier aspecto de la atención al paciente lo primero que hay que hacer es preguntar. Una pregunta nunca es tonta o inapropiada, ya que todas contribuyen al cuidado del paciente, y si un médico se siente molesto por tener que atender las preguntas de los compañeros que le derivan se debería preguntar por qué se hizo médico.
 10. Por último, si a pesar de los esfuerzos la comunicación con algún médico no es la adecuada lo ideal es decírselo, amablemente pero dejándole claro la necesidad de comunicarse mejor por el bien del paciente.⁵
 11. ¿Qué hacer cuando en las solicitudes, órdenes, requisiciones e indicaciones por parte de los médicos tratantes no se cuenta con la definición del problema clínico? Sócrates decía que una de las maneras más eficaces para la enseñanza son las preguntas, *por lo menos* el conocer la pregunta, la interrogante clínica motivante del estudio radiológico o de imagen o bien ¿qué hacer cuando el médico tratante se dirige a nosotros pidiéndonos “una ayudadita” en el estudio, “platicado” en referencia a los hallazgos o nos llama vía telefónica para decirnos lo que él ve y concluye de tal forma para que lo asentemos en nuestro informe radiológico y no haya “problemas con la aseguradora”?
 12. El ejercicio clínico, basado principalmente en la historia clínica y en la exploración física, es nutrido con su práctica diaria y con la creación de la experiencia y juicio médico. El Dr. Tinsley Harrison⁶ acostumbraba a decir: “La experiencia clínica es como la experiencia militar” e inmediatamente citaba a Napoleón: “Mi mula tiene más experiencia militar que cualquier otro general que yo haya encarado y sin embargo no le capacita a liderar al ejército”. Hace 40 años más de 88% de los diagnósticos clínicos se basaban únicamente en la historia y el examen físico. Hace 20 años, 75% de los diagnósticos clínicos se basaban únicamente en la historia y el examen físico. Con la disminución en la utilización de la historia y del examen físico en la entrevista médica tan solo 11% del tiempo de entrenamiento de los médicos se origina al pie de la cama y 63% en conferencias, lo que condiciona que con esa pérdida de destrezas y competencias de los médicos, en la actualidad, un porcentaje muchísimo menor de los diagnósticos clínicos se basen en la historia y el examen físico.⁶
 13. Al solicitar estudios auxiliares de diagnóstico o al proponer algún tipo de tratamiento debe haber una indicación convincente, estar totalmente justificado y tener muy claro el objetivo a lograr.⁷ Los análisis complementarios confirman un diagnóstico o rechazan otro, asisten en el tratamiento de afecciones ya definidas, proveen ayuda para el pronóstico, son imprescindibles en la estadificación de un gran número de enfermedades y en la evolución de otras muchas, intervienen en la decisión de opciones terapéuticas, en la detección de efectos indeseables de los medicamentos, rastrean enfermedades ocultas, revelan posibilidades diagnósticas allí donde no llega la sensibilidad de la clínica y ¿por qué no? tienen el poder de tranquilizar al paciente y al médico, por citar algunas de sus ventajas. Sin

embargo, uno de los factores que más deterioran el método clínico es la sobrevaloración de la función que la tecnología tiene en el diagnóstico y atención de los enfermos, de donde surge una de sus inevitables consecuencias: la indicación excesiva e innecesaria de análisis complementarios.⁸

14. Aunque la tecnología biomédica sigue creciendo de manera explosiva, en nuestra sociedad siempre existen necesidades de atención a la salud, por lo que es inevitable racionar y utilizar de manera óptima los recursos disponibles. Algunos estudios han demostrado que 80% de los costos de atención en salud son imputables a decisiones de los médicos. La disponibilidad de los recursos tecnológicos no sólo ejerce un efecto seductor sino que aumenta las demandas de mala práctica por ejercer lo que se ha denominado medicina defensiva.⁸
15. Diversas investigaciones han permitido identificar indicadores de la competencia de los médicos, como el uso global de medios diagnósticos; también han evidenciado que es imprescindible incrementar la efectividad clínica con el objeto de minimizar los sesgos de la sola intuición clínica o de la experiencia no sistematizada en la toma de decisiones, facilitar la práctica médica basada en la mejor evidencia disponible y evaluar el verdadero impacto de las intervenciones en la modificación de la historia natural de las enfermedades.
16. Mi perspectiva como radiólogo es y me atrevería a decir que en base a los hallazgos y al abordaje sistemático con el que realizamos nuestro quehacer establecemos al sitio del diagnóstico moderno muy por fuera de la cama del paciente, reposicionándonos como médicos, con un papel más participativo e integrador

orientando tanto al médico como al paciente. Recordemos que todos compartimos un mismo objetivo que es curar al paciente, o por lo menos darle una mejor calidad de vida; por lo tanto habrá que orientarnos en la misma dirección. Es indispensable terminar con conductas ancestrales y equivocadas y ello no siempre es fácil en medicina,⁴ la Radiología no es la excepción. Sólo la actualización continua de los conocimientos por medio del estudio ininterrumpido permitirá eliminar algunas conductas indebidas, inadecuadas y hasta peligrosas. En muchas ocasiones romper dogmas es lo que permite el avance de los conocimientos médicos.

17. Las habilidades comunicativas en la relación médico(a)/paciente influyen en el logro de mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva de ambas partes, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento del plan terapéutico, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de exámenes complementarios.^{9,10} Por tanto, la comunicación efectiva en salud requiere de profesionales con altas competencias profesionales, buenos desempeños, magníficas habilidades en sus especialidades, conocedores de los procesos que se desarrollan en sus servicios, de los protocolos de diagnóstico, terapéuticos o de otra índole; en fin, de la excelencia profesional.⁹

La comunicación entre médicos favorece al paciente y a los propios médicos. Las habilidades fundamentales que se deben formar en un médico, como son las de diagnosticar, tratar y prevenir, están muy relacionadas con la calidad en la comunicación que establece. Las habilidades comunicativas en la relación médico-paciente influyen en mejores resultados



en la salud física, mental, funcional y subjetiva, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento de los tratamientos, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de complementarios.⁹

Sólo la actualización continua de los conocimientos por medio del estudio ininterrumpido permitirá eliminar algunas conductas indebidas que, en algunos casos, no sólo son inadecuadas sino hasta peligrosas. En muchas ocasiones romper dogmas es lo que permite el avance de los conocimientos médicos.⁴

REFERENCIAS

1. Gudiol-Monte F. "Ojo clínico" y evidencia científica. Educación Médica 2006;9(S1):S21-S23.
2. Quintana-Díaz M, Sánchez-Casado M. Radiología urgente: lo que el clínico espera del radiólogo. Radiología 2011;53(1):3-6.
3. Andrade-Barreto OA, Villa-Caballero L. Radiología diagnóstica en la era tecnológica. Comparación entre dos modelos. Gac Méd Mex 2005;141(5):425-429.
4. Ruiz-Argüelles GJ. ¿Por qué los médicos seguimos haciendo cosas innecesarias?: algunas reflexiones con sesgo hematológico. Rev Hematol Mex 2012;13(2):43-44.
5. <http://grupofivasa.blogspot.mx/2008/10/la-comunicacion-entre-mdicos-en-los.html>
6. Joshua AM, Celermajer DS, Stockler MR. Beauty is in the eye of the examiner: reaching agreement about physical signs and their value. Inter Med J 2005;35:178-187.
7. Sánchez-Chibrás JE. Los excesos en el ejercicio de la Medicina. Rev Mex Angiología 2010;38(1)4-6.
8. Gómez-López VM, Navarrete-Escobar A, García-Ruiz ME y Galván-González FG. Diabetes Mellitus e hipertensión arterial. Costo en estudios de laboratorio. Rev Med IMSS 2004;42(4):331-335.
9. De Dios-Lorente JA, Jiménez-Arias ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. MEDISAN 2009;13(1). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san10109.htm#categ
10. <http://es.slideshare.net/betomotta/2011-manejo-de-la-interrelacion-profesional-medica-entre-radiologos-y-clinicos>

Motta-Ramírez GA

Médico Radiólogo

*Departamento de Radiación Ionizante
del Hospital Central Militar*