

ONE STOP CLINIC

Dr. Ignacio Riu Padilla

Estancia: 15-28 Septiembre 2013, Spandoc Exchange

Para descartar el **cáncer de mama**, en el NHS realizan programas de *screening*, que interesan a un rango de mujeres comprendido entre los 47 y 73 años de edad, efectuándose mamografías cada 3 años. Si las mamografías son sospechosas de malignidad se les realizan exploraciones complementarias y si la sospecha persiste, se les envía a un centro en el que dispongan de biopsia esterotáxica.

Independientemente de los programas de *screening*, durante mi visita de dos semanas al Hospital Universitario Lewisham de Londres, me ha llamado mucho la atención lo que ellos denominan *One-Stop Clinic* (Consulta Única). Tienen dos áreas específicas, ubicadas en el Servicio de Radiología: una para patología mamaria y otra de cabeza y cuello.

En la consulta de **mama** examinan a pacientes con patología palpable o dolor, ganglios axilares o sospecha de rotura de las prótesis de mama. Son remitidas al hospital por el médico de familia (GP) y deben obtener respuesta y resultados en un tiempo máximo de 15 días. Por la mañana ven los casos nuevos y por la tarde hacen los seguimientos (*follow up*). En los casos de sospecha de cáncer, si no acuden a la cita, se les llama hasta tres veces, cosa que no ocurre con otras patologías en la que si el paciente no acude al hospital no se le avisa, sino que pierde su turno.

Una peculiaridad de estas consultas diagnósticas es que no utilizan el sistema de clasificación de patología mamaria BI RADS como en España, Europa y USA. En nuestro sistema los hallazgos mamográficos se clasifican en VI grados, siendo 0 el que necesita pruebas adicionales (ecografía, proyección complementaria), el I y el II (benignos), pero en el III se establece como probablemente benigno condicionado a un seguimiento a los 6 meses y durante dos años, y en el IV ya se pide biopsia.

En las *One-Stop Clinic* del Reino Unido (RU) el sistema es diferente. A cada prueba que se somete a una paciente se le denomina con una mayúscula y un número. Por ejemplo C (de citología), B (de biopsia), US (de ecografía), M (de mamografía) y RM (de Resonancia Magnética). En estas Consultas Únicas, a los pacientes primero les atienden los cirujanos expertos en mama, que hacen la anamnesis e inspeccionan al paciente. Según el resultado de su exploración, pueden pedir mamografía o no. Si hace falta, dibujan una plantilla de la mama en la que concretan la situación de la zona de interés.

El siguiente paso es en la sala del Radiólogo especialista en mama, que hace la ecografía. Si encuentra masas sobre la marcha realiza, bien una punción con aguja fina (FNA, equivalente al PAAF de aquí), o bien una biopsia core con trucut de calibre 14G. En este caso, se anestesia la piel y el trayecto intraglandular de la aguja.

Un ejemplo: Si tras la eco, el Radiólogo cree que la masa explorada es un probable fibroadenoma, se clasificaría como US2 (pinchable con eco) y hace Paaf, cuyo resultado, si es negativo, sería clasificado como C1(citología).

Otro caso : Si se trata de un macroquiste sintomático, se le aspira para aliviar el dolor y se envía su contenido va a citología y/o microbiología.

A la paciente no se le hace firmar consentimiento informado, se le explica oralmente y si no entienden inglés se contrata a un intérprete. Los pacientes son tratados con el máximo respeto. Antes de la exploración ecográfica, el Radiólogo se presenta a sí mismo y a sus acompañantes y pide permiso para que permanezcamos en la sala. En algunos casos de mama no he podido estar presente, bien porque era una mujer musulmana, o porque la paciente pensaba que había demasiados médicos. Si ha habido punción, se entrega una breve nota en mano a la paciente para que vuelva al cirujano y estos sepan que está en marcha el estudio de anatomía patológica; también se informará a su GP. Si el resultado es una masa benigna (tipo quiste o fibroadenoma) no se les hace seguimiento; el proceso termina ahí. No piden revisiones ni semestrales ni anuales.

El mismo sistema se aplica en la **One-Stop Head and Neck Clinic**. En otro ala del Departamento de Radiología hay un especialista no Radiólogo que palpa y explora los pacientes. Cuando pasan a la sala de ecografía del Radiólogo, este evalúa si merece la pena pinchar (FNA) o no, el o los nódulos. Las punciones tiroideas son selectivas. No pinchan los bocios multinodulares en los que no haya un nódulo dominante. Si se trata de ganglios linfáticos cervicales pequeños y reactivos, tampoco.

Como en todas las salas del Departamento, los Radiólogos disponen de la historia clínica informatizada y las imágenes de otras exploraciones anteriores. Después de hacer la ecografía, es él quien va a decidir si se punciona o no al paciente. He visto pinchar con aguja fina bastantes ganglios cervicales, habiendo muchos casos de tuberculosis. En esta comunidad, llena de emigrantes del tercer mundo, se observa mucha tuberculosis pulmonar y escrófulas. Entonces me percaté de por qué habían sido tan pesados en el Departamento de Salud Ocupacional del hospital con que me pusiera la vacuna de la TBC. Era para protegerme y no como posible fuente de contagio.

En caso de realizarse la punción se preparan cuatro portas (dos secos y dos húmedos) para estudio citológico (*Fig. 1 y 2*). También, si la sospecha es de ganglio o colección infecciosa, se manda a microbiología. Tampoco se les pide a los pacientes el consentimiento informado. En los casos de resultado negativo no se vuelve a citar al paciente salvo que ellos perciban que el bullo ha aumentado de tamaño.

OTROS ASPECTOS A SEÑALAR EN ESTE DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA

Fuera de las *One-Stop Clinic*, en el TAC del Departamento se hacen muchas **biopsias**, sobre todo **torácicas**. Hay un Scanner de 64 filas de detectores que está equipado con una escopia dentro de la sala. Por lo tanto el radiólogo no tiene que salir y entrar constantemente de la sala para observar si el sistema coaxial de aguja está bien colocado en la masa (*Fig. 3*). En estos casos, antes del procedimiento en una salita cercana el Radiólogo explica al paciente qué le va a hacer y cuales son sus riesgos. El procedimiento de las **biopsias hepáticas** las realizan principalmente ecodirigidas. También hay consentimiento informado (oral y escrito) y firmado por el paciente. En **radiopediatría** utilizan contrastes adaptados (sabor naranja) y telemandos en los que la escopia irradia muy poco (*Fig. 4*).

Otro tema interesante es el tema de las **guardias**. Hay un radiólogo de guardia de presencia física hasta las 18h; después, si le llaman, puede informar los TAC urgentes desde su casa ya que disponen de un buen sistema telerradiológico. En el caso del Hospital de Lewisham, no hay unidad de patología aguda de niños, por lo que es raro que se solicite una ecografía en urgencias. La mayoría de los casos pasan a ser diagnosticados por TAC. La exploración la efectúan los técnicos y las imágenes son enviadas al Radiólogo de guardia; si el estudio se realiza a partir de las 22 horas, cualquier urgencia que normalmente se hubiese podido solventar con ecografía se convierte en TAC y después lo informan Radiólogos de compañías externas, que pueden estar ubicadas en Australia (aprovechan la diferencia horaria).

Un aspecto que me ha llamado la atención es la versatilidad de los **Radiographers** (en España TER). Ellos pueden hacer venopunciones (no como en España que es cosa de los diplomados en enfermería), pero además hacen ecografías, sobre todo las vasculares y las informan. Esto es debido a la escasez de médicos especialistas, que se implican más en cuestiones multidisciplinares que puramente técnicas (como la medición de los diámetros de las estenosis carotídeas). En patología vascular el Radiólogo sólo explora las extremidades cuando hay sospecha de TVP (ecoDoppler venoso de las extremidades inferiores).

Una ventaja es la **conectividad en las sesiones** que llaman MTD (multidisciplinarias). En una sala se juntan Patólogos, Radiólogos, Cirujanos y Oncólogos. Si en algún caso surgen dudas, al otro lado de una pantalla hay un especialista del *King's College Hospital* que les da su opinión. Asistí a las de mama, pediatría y cirugía digestiva (*Fig. 5*). Cuando llegas te entregan una hoja en la que figuran los datos de los pacientes que se van a debatir, el Radiólogo presenta sus hallazgos, el Patólogo los resultados de las biopsias y se decide sin demoras qué hacer, pasando de un caso a otro rápido, sin discusiones bizantinas.

Por último, un rasgo diferenciador en RU respecto de España es que los Radiólogos informan todas **las placas simples** aunque se hayan realizado en la urgencia dos días antes y el paciente ya tenga un yeso. Lleva coste añadido, ya que hace falta contratar a más especialistas. Parece absurdo, puesto que en el caso de una fractura, por ejemplo, al paciente ya se le ha puesto un yeso o una placa atornillada. Es simplemente por cuestiones legales. A los pacientes no se les entregan las imágenes; al GP (médico de familia) se le envía solo el informe. Las imágenes quedan almacenadas con su historia en el **PACS** (*picture and archive systems*). Si alguien pide un CD con las imágenes, les cobran 20 libras. Los sistemas de PACS disponen de cuatro pantallas, dos de alta resolución para visualizar imágenes y otra para informes (dictafón directo, sin secretarias) y otra con el historial médico.

REFLEXIÓN FINAL

En resumen, veo muy ágil y funcional los sistemas británicos de *One-Stop Clinic* de mama y cuello, con excelente colaboración entre Cirujanos y Radiólogos en una misma Unidad, evitando demoras o seguimientos inútiles. Hay muchos aspectos en los que priman las indicaciones concretas, procurando certeros diagnósticos, apoyados por los resultados de los Patólogos, con el fin de evitar seguimientos inútiles y costosos que pueden bloquear el sistema.

Estudios retrospectivos publicados muestran una disminución de la ansiedad de los pacientes a corto plazo y una reducción de los costes, dado que si no hay hallazgos de patología susceptible de ser tratada, no se vuelve a citar a los pacientes. Lo que es importante, si los hallazgos en la exploración son negativos (no hay pendiente resultado de la anatomía patológica), es tranquilizar a los pacientes antes de salir de la Consulta.

También habría que tener en cuenta el sistema de guardias radiológicas en un hospital público, el papel tan importante y relevante de los TER y el apoyo externo de otros especialistas en las sesiones multidisciplinares.

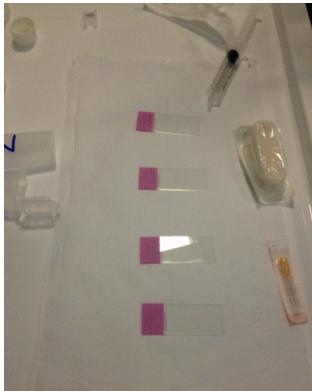


Fig 1 y 2: Material utilizado en PAAF



Fig 3: Drenaje de absceso en el TAC



Fig 4: Exploración fluoroscópica gástrica.



Fig 5: Reunión multidisciplinaria de mama: Patólogos, Radiólogos y Oncólogos