

Revista Cubana de Urología

La Clínica Urológica

Antonio Rivero Alvisa

Profesor Consultante de Urología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Los urólogos que hemos tenido la oportunidad de desempeñarnos en la especialidad entre los últimos 50 y 60 años, hemos participado en una verdadera revolución tecnológica, quizás una de las más intensas y, ocurrida en menor tiempo, dentro de la medicina universal.

Los elementos complementarios para reafirmar o negar el pensamiento médico en los años 50 del pasado siglo, no pasaban de la endoscopia del tracto urinario bajo y de la radiografía simple y contrastada que nos permitía tener imágenes del sistema excretor: su aspecto, sus deformaciones, la presencia de imágenes radio opacas o translúcidas que nos permitían reafirmar nuestras sospechas o buscar nuevas posibilidades diagnósticas. El aporte del Profesor Joaquín Albarrán al añadir la "uña de Albarrán" al cistoscopio permitió el paso de catéteres hasta cada riñón y poder "colorear" los sistemas excretores con sustancias radio opacas (pielografía retrógrada). Los contrastes endovenosos, cada vez más elaborados y menos agresivos permitieron el desarrollo del urograma endovenoso. Los estudios de la química urinaria pudieron también realizarse de forma selectiva, a cada riñón por separado, al igual que los estudios citológicos. Los estudios bacteriológicos se perfeccionaban con medios de cultivo específicos de acuerdo al germen que se sospechaba.

Los esfuerzos de los urólogos y de los radiólogos por llegar a definiciones diagnósticas que hicieran más seguras las conductas a seguir en cada caso, fueron sorprendentes, sobre todo si los vemos retrospectivamente. Abordaje de la aorta por punción o por la vía transfemoral, para hacer estudios arteriográficos, inyección de aire en el espacio retroperitoneal para "dibujar" masas cuyo origen y expansión no estaban bien definidas, técnicas especiales de cistografía, con el objeto de aclarar la posible infiltración de un tumor al espacio extra vesical, flebografía pelviana, lograda por inyección de contraste en el cuerpo esponjoso de la uretra con el mismo propósito, en fin todo aquello que apoyara nuestras necesidades de tener un diagnóstico más exacto y que impidiera actos quirúrgicos innecesarios o exagerados.

Poco a poco, en las últimas décadas del siglo XX, fueron apareciendo los estudios ecográficos, la tomografía axial computarizada, la endoscopia del tracto urinario superior (ureteroscopia y nefroscopia), la gammagrafía (isótopos radioactivos), la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear, los estudios urodinámicos computarizados, en fin una invasión de estudios complementarios, cada vez más inocuos para el enfermo y más precisos en sus resultados, por supuesto bajo la interpretación de los especialistas con su pensamiento médico. Los procedimientos terapéuticos también fueron revolucionados: apareció la litotricia extracorpórea por ondas de choque, el tratamiento local de los cálculos ureterales y

de las cavidades renales (extracción, litotricia bajo visión, etc.), tratamiento endoscópico de tumores del uréter y de las cavidades renales, cirugía endoscópica del tracto urinario alto y la cirugía laparoscópica y lumboscópica, así como el desarrollo de la cirugía robótica.

No es necesario extenderse en los procedimientos novedosos, pues los lectores son conocedores y usuarios a diario de estas tecnologías. Sin embargo, con toda intención no he mencionado la clínica urológica. Tanto en los estudios realizados hace 50 o más años, como en los actuales, es imprescindible que la decisión de indicar cada examen complementario se tome de forma meditada, siguiendo un pensamiento médico lógico y no al azar.

Una historia clínica cuidadosa, sin pasar por alto ninguno de los pasos que conlleva su confección, incluyendo un examen físico completo, independientemente del motivo de consulta o ingreso, nos podrá llevar a conformar una sospecha diagnóstica. De ahí se desprenderán los exámenes que son necesarios para confirmar la sospecha o para que rectifiquemos nuestro pensamiento. Las posibilidades que brindan, hoy en día, los exámenes mencionados y los que seguirán apareciendo, cada vez más sofisticados, exactos y seguros, son más útiles si sabemos aprovecharlos convenientemente. El prescindir del uso de la nueva tecnología, sería una posición errada, sobre todo para los intereses de nuestros enfermos, pero el uso indiscriminado y tratando de sustituir el pensamiento lógico convierte al médico en un simple ordenador que espera a que le llegue un diagnóstico de forma automática.

Nuestra política de salud pública ha hecho grandes esfuerzos para poder poner al alcance de todos, los medios más modernos. Se ha mantenido el criterio de la gratuidad en todos los casos, pero a su vez sabemos que el presupuesto que se malgaste en recursos lo estamos dejando de recibir en otros beneficios públicos. La idea de "costo-beneficio", tan usada en la salud de los países capitalistas, no se argumenta en nuestro país, sin embargo, es imprescindible que se priorice la clínica, el pensamiento médico y el juicio diagnóstico y de la conducta a seguir en cada enfermo para lograr la mejor atención integral de cada cubano.

Correspondencia: *Antonio Rivero Alvisa* Profesor Consultante de Urología.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. **Correo:** aralvisa@infomed.sld.cu