



LA COMUNICACIÓN EN RADIOLOGÍA

Aunque la radiología es una especialidad médica basada en la imagen, lo que define a un radiólogo no es la capacidad de generar imágenes médicas, sino la de emitir informes sobre estas, comunicarlos a otros especialistas e integrarlos en el sistema de salud. La comunicación es, por tanto, la base principal del trabajo del radiólogo. Si se pregunta a un radiólogo cuál es su ocupación principal, la respuesta en la gran mayoría de los casos será que consiste en emitir informes y comunicarlos a otros profesionales médicos o a los pacientes.

A pesar de que los informes son la base de nuestro trabajo, son escasas las publicaciones radiológicas que se centran en ellos (1-7). Las actividades de formación dirigidas a mejorar la competencia de los radiólogos en esta área tan importante son casi inexistentes. Es común que los programas de formación de residentes pasen de puntillas o, sencillamente, no aborden la formación en habilidades de comunicación e informe. Sin embargo, las principales organizaciones profesionales radiológicas han publicado guías y documentos muy completos para definir las características que deben tener los informes radiológicos (8-12), lo que demuestra la importancia que dan a esta parte de nuestro trabajo. A estas publicaciones me remito para aquellos que quieran profundizar más en las recomendaciones para elaborar buenos informes.

Otras formas de informe

Estas publicaciones se centran en los informes escritos de las exploraciones —los más habituales en radiología— y aquellos en los cuales los radiólogos pensamos inicialmente cuando se nos habla de informes.

Sin embargo, los informes que elaboramos los radiólogos van mucho más allá de los escritos, pues incluyen también otras formas con características especiales que también son informes, aunque no seamos conscientes de ello. Estos incluyen:

1. El informe provisional

Es el informe que se hace en situaciones de urgencia o ante consultas directas, de forma rápida, en situaciones en las que existe premura y se necesita una opinión del radiólogo para tomar una decisión clínica que no permite esperar. Muchas veces se hace oralmente, a veces se escribe a mano. Sin embargo, y a pesar de la presión del ambiente, este informe es extraordinariamente importante y debe tener las mismas características que el informe final. Cuando se emite, debe hacerse constar que está basado en información incompleta.

Por supuesto, emitirlo no excluye realizar un informe final una vez realizada una lectura completa y calmada de la exploración. La emisión de un informe provisional debe documentarse, bien en el texto del informe final o bien en una anotación en la historia clínica. Y es muy importante que cualquier discrepancia significativa entre el informe

provisional y el final sea comunicada directamente de inmediato al clínico que solicitó la exploración; así mismo, debe ser mencionada en el informe final y consignada en la historia clínica.

2. Las anotaciones en la historia clínica

Cuando los hallazgos radiológicos son muy importantes o inesperados, conviene llamar la atención sobre ellos para que no pasen desapercibidos al clínico. La historia clínica es el documento principal que permite comunicar la información al conjunto de los médicos que tratan al paciente. Las anotaciones en la historia clínica deben ser hechas por el radiólogo para documentar los procedimientos o la medicación administrada, informar sobre complicaciones durante las exploraciones, informar cambios en las exploraciones realizadas, documentar hallazgos significativos inesperados en las exploraciones o, como se ha mencionado antes, documentar la realización de informes provisionales o directos.

3. La comunicación directa de los hallazgos

En ocasiones los informes no llegan a su destino. Por ejemplo, en un estudio realizado durante un año en la Universidad de Michigan se comprobó que en ocho casos no se recibió el informe de pacientes con diagnóstico de posible cáncer (13).

Las principales asociaciones de radiólogos han puesto énfasis en la obligación del radiólogo de comunicar directamente al médico solicitante los hallazgos de una exploración radiológica en tres circunstancias (8-12):

- Cuando estos obligan a una actuación médica urgente.
- Cuando la interpretación difiere significativamente de un informe provisional previo.
- Si los hallazgos son importantes y no son sospechados por el clínico.

La comunicación con el clínico: más allá del informe

El radiólogo no puede trabajar aislado. Para que su trabajo sea verdaderamente relevante es imprescindible que este se implique en el manejo clínico del paciente, como médico especialista que es. Eso supone cuidar y fomentar la comunicación con el resto de los especialistas implicados en el cuidado del paciente. Y esa comunicación debe ser en dos direcciones.

Por una parte, el radiólogo necesita recibir información de los clínicos, ya que los hallazgos de las exploraciones deben ser interpretados según el contexto en que se producen. Además, el radiólogo está obligado a consultar directamente con el clínico para conseguir

información adicional siempre que la información clínica recibida sea insuficiente. También es recomendable consultar cuando el diagnóstico es difícil o si nuestros conocimientos son insuficientes (por ejemplo, si la técnica quirúrgica empleada nos es desconocida).

Otra parte de la comunicación, también necesaria, puede tener un fin que podría llamarse “comercial”. Es aquella que está dirigida a influir en los clínicos que solicitan las exploraciones. Es importante que los radiólogos demos a conocer nuestros servicios a los clínicos que eventualmente puedan solicitarlos, sobre todo para dar a conocer nuevas técnicas o exploraciones que se podrían solicitar. También es útil formar a nuestros clientes en la indicación de las pruebas que realizamos, sus limitaciones y su valor diagnóstico, para que conozcan qué exploraciones solicitar y cuándo, así como en cómo interpretar los informes que emitimos.

Esta formación nos permite ser más eficientes, potenciar considerablemente el alcance y la utilidad de nuestro trabajo y formar parte del proceso de toma de decisiones en el paciente. Las herramientas para lograr eso son la participación en sesiones clínicas y comités multidisciplinarios, la organización de conferencias y cursos de formación dirigidos a los clínicos o la comunicación directa con ellos. Todos deben de formar parte de las obligaciones del radiólogo.

Finalmente, están las formas más habituales de contacto con otros especialistas: las consultas directas. A menudo son consideradas engorrosas y molestas porque interrumpen el ritmo de trabajo, distraen y requieren dedicarles mucho tiempo. Incluso se han propuesto estrategias para enfrentarse a estas interrupciones o evitarlas. Sin embargo, desalentar estas consultas es un error estratégico absoluto: son el servicio que el clínico más valora del radiólogo y, además, las que confieren una ventaja competitiva al radiólogo local frente a los servicios de informes a distancia. Son un servicio que conviene valorar y cuidar.

La comunicación con el clínico es la base de nuestro trabajo, su objetivo final. El informe debe verse como una parte más del proceso de comunicación médica radiológica, una parte importante, pero no la única. La comunicación directa de los hallazgos que alteran de forma importante el manejo del paciente, los informes orales, la opinión de experto, las consultas directas, la formación de los clínicos en aspectos relacionados con la radiología, son valores añadidos de nuestro trabajo que debemos practicar para ser más eficaces y útiles.

José Luis del Cura

Editor invitado

Presidente de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM)

Profesor asociado, jefe de Estudios y jefe de Sección de Radiología del Hospital de Basurto, Bilbao, España

Referencias

1. Tardáguila F, Martí-Bonmatí L, Bonmatí J. El informe radiológico: filosofía general (I). *Radiología*. 2004;46:195-8.
2. Martí-Bonmatí L, Tardáguila F, Bonmatí J. El informe radiológico: estilo y contenido (II) *Radiología*. 2004;46:199-202.
3. Kahn CE Jr, Langlotz CP, Burnside ES, et al. Towards best practices in radiology reporting. *Radiology*. 2009;252:852-6.
4. Kushner DC, Lucey LL, American College of Radiology. Diagnostic radiology reporting and communication: the ACR guideline. *J Am Coll Radiol*. 2005;2:15-21.
5. Dunnick NR, Langlotz CP. The radiology report of the future: a summary of the 2007 Intersociety Conference. *J Am Coll Radiol*. 2008;5:626-9.
6. Siström CL, Langlotz CP. A framework for improving radiology reporting. *J Am Coll Radiol*. 2005;2:159-67.
7. Reiner BI, Knight N, Siegel EL. Radiology reporting, past, present, and future: the radiologist's perspective. *J Am Coll Radiol*. 2007;4:313-9.
8. European Society of Radiology (ESR). Good practice for radiological reporting. Guidelines from the European Society of Radiology (ESR). *Insights Imaging*. 2011;2:93-6.
9. American College of Radiology (ACR). ACR practice guideline for communication of diagnostic imaging findings [internet]. 2010 [citado 2015 sep. 30]. Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=32541>
10. The Royal College of Radiologists. Standards for the reporting and interpretation of imaging investigations [internet]. 2006 [citado 2015 sep. 30]. Disponible en: <https://www.rcr.ac.uk/publication/standards-reporting-and-interpretation-imaging-investigations>.
11. Société Française Radiologie, Groupe de travail SFR-CRR. Recommandations générales pour l'élaboration d'un compte-rendu radiologique (CRR). *J Radiol*. 2007;88:304-6.
12. Morales A, del Cura JL, Bueno A, et al. SEUS 2013-03: El informe en ecografía. Madrid: Sociedad Española de Ultrasonidos SEUS; 2013.
13. Choksi V, Marn CS, Bell Y, et al. Efficiency of a semiautomated coding and review process for notification of critical findings in diagnostic imaging. *AJR*. 2006;186:933-6.