

Dra. Rocío Enríquez García,¹
Dr. Gregorio Viramontes Trejo¹

¹Del Departamento de Radiología e Imagen del Hospital General de México, O.D. Dr. Balmis 148, Col. Doctores, 06700, México, D.F.
Copias (copies): Dra. Rocío Enríquez García, Dr. Gregorio Viramontes Trejo E-mail: foroderesidentes@hotmail.com

Lo que no debe faltar en... Una interpretación

¿Qué es lo que realmente no nos debiera faltar?

Es difícil precisarlo, ya que depende de lo que el clínico desea saber, así entonces debemos hacernos la primera pregunta, ¿cuál es la finalidad del estudio? Al obtener la respuesta podremos orientar nuestra interpretación.

Un ejemplo de esto es cuando el clínico refiere a un paciente a control por un absceso con drenaje percutáneo a Tomografía Computarizada, ¿cuál es la finalidad del estudio? Desea saber las características del absceso y sus dimensiones para determinar si le retira el catéter o bien se lo deja y cambia el tratamiento antibiótico. Entonces nos damos cuenta que debemos orientar nuestra descripción y no omitir los hallazgos relevantes.

Los puntos que aquí mostramos sólo son una sugerencia, ya que no existen reglas, sólo guías.

Componentes de un reporte

1. Demográficos

- a) Lugar donde se realizó el estudio.
- b) Nombre del paciente y otra identificación.
- c) Nombre del médico (si el paciente es autorreferido, deberá de ser asentado).
- d) Nombre del examen a realizar.
- e) Fecha del estudio.
- f) Tiempo del estudio (si es relevante).
- g) Datos extras del paciente:
 - Fecha del dictado.
 - Fecha y hora de la transcripción.
 - Fecha de nacimiento o edad.
 - Sexo.

2. Información clínica relevante.

3. Cuerpo del reporte.

- a) Procedimientos y material. Deberá de incluir una descripción de los procedimientos realizados y cualquier medio de contraste (concentración, volumen, ruta de administración cuando aplique) medicación, catéteres o dispositivos usados. Cual-

quier reacción o complicación deberá ser anotada.

- b) Hallazgos: El reporte debe de incluir adecuada terminología anatómica, patológica y radiológica para describir los hallazgos.
 - c) Limitaciones: Cuando se considere se deben asentar los factores que pueden comprometer la sensibilidad y especificidad del procedimiento.
 - d) Hechos clínicos: El reporte deberá de responder una pregunta clínica en cuestión.
 - e) Comparación de estudios y reportes.
4. Impresión (conclusión o diagnóstico).
- a) Un diagnóstico preciso deberá de ser dado cuando éste sea posible.
 - b) Diagnósticos diferenciales.
 - c) Estudios adicionales o de seguimiento paraclarificar o confirmar el diagnóstico, deberán ser sugeridos en caso necesario.
 - d) Cualquier reacción adversa del paciente deberá de ser reportada.

El BI-RADS actualmente es el único reporte estandarizado que incluye un léxico definido y organizado con conclusiones y recomendaciones.

El reporte representa la calidad de nuestro trabajo, por ello es importante leerlo y corregirlo antes de finalizarlo.

Las siguientes son algunas frases que sugerimos evitar: "El examen está provisto", "es obtenido", "es tomado" o "es enviado para interpretación", "parece ser", "un hallazgo es visto", "visualizado" o "se identificó". Frases como "no se identifica" o "se ve fractura", genera confusión porque implica duda, es decir, que la fractura pudiera existir, este término sólo aplicaría en caso de costillas o cadera en mujeres con osteoporosis. Las palabras que no aseguran un diagnóstico pueden generar duda y desconfianza al clínico, se sugiere dejar una clara descripción de los hallazgos y las posibilidades diagnósticas, además de sugerir los estudios complementarios, esto orientará mejor al clínico.

No repetir el nombre del estudio realizado en la impresión (tele de tórax normal, TC de abdomen normal). También se deberá evitar la frase “sin anormalidades significativas”.

Los términos: “Correlación clínica será necesario” y “si clínicamente está indicado” están sobreusados y a veces reflejan una postura defensiva de los Radiólogos.

En el caso de la radiografía en la proyección tele de tórax es suficiente poner normal si no hay evidencia de lesión en ausencia de síntomas, sin embargo, en caso de existir síntomas sin una lesión o con lesión es preferible una descripción de los hallazgos patológicos con su conclusión.

En el Ultrasonido y la Tomografía Computarizada, la mayoría de los clínicos prefieren ver la descripción completa órgano por órgano independientemente del resultado, siendo más popular el formato por áreas y especificando en cada caso si es normal y las dimensiones del órgano sí lo requiere o la descripción de la lesión con sus posibilidades diagnósticas.

Nunca debemos omitir el agregar en la interpretación el uso de dispositivos de protección radiológica (protec-

tores para el transductor, protector tiroideo o gonadal, etc.), ya que puede usarse en caso de demandas.

No olvidemos que para obtener un buen resultado, es importante tener todas las condiciones que permitan la interpretación de las imágenes, ya que en algunos estudios se ha precisado que esto puede interferir en el análisis y omitir datos que orienten a un buen diagnóstico.

Concluiremos entonces que lo ideal es conocer lo que desea saber el clínico, así como su punto de vista y sus necesidades particulares, favoreciendo una mejor relación clínico-Radiólogo, con esto se podrá hacer una gran diferencia obteniendo un mejor diagnóstico para el paciente. No olvidemos que para la adecuada valoración es indispensable tener las condiciones idóneas para el análisis de las imágenes, además de contar con las características clínicas del padecimiento del paciente, los reportes previos e imágenes para compararlas con el estudio actual. Finalmente, recordemos siempre que el reporte representa nuestro trabajo y la confiabilidad que ofrecemos al clínico.