



## ¿Quién lee nuestro informe radiológico?

El informe radiológico es el resultado final del ejercicio diagnóstico del radiólogo, cualquiera sea la modalidad de imagen que se haya empleado.

La solicitud del estudio de imagen la hace un médico tratante, quien espera mediante dicha imagen confirmar una impresión diagnóstica, encontrar un diagnóstico patológico para el problema clínico de su paciente, descartar patologías para estrechar el diagnóstico diferencial, controlar la evolución de una enfermedad conocida o utilizar la imagen para planear adecuadamente un tratamiento quirúrgico.

Pero este informe, emitido por el médico radiólogo, no solamente es leído por el médico tratante; en primer lugar, es el paciente mismo o su familiar quien lo lee como un dictamen médico que le dirá que posee una nueva enfermedad o que su enfermedad conocida mejora o empeora, que no encuentran aún la causa de sus dolencias o que en vez de la enfermedad sospechada se ha descubierto una lesión distinta.

Por tanto, el lenguaje empleado para la elaboración de este informe debería ser lo suficientemente claro para que no solo el médico tratante, sino cualquier persona no médica pueda entenderlo. La conclusión, que es el párrafo que será más leído, debe responder a la pregunta implícita en la solicitud médica relacionada con la sintomatología. Si el paciente tuvo un trauma y le fue solicitada una imagen de su columna, claramente en la conclusión debe escribirse si hay o no una lesión traumática —por ejemplo, una fractura—, así los principales hallazgos sean otros —por ejemplo, discopatía, escoliosis y osteoartrosis—. Debería tener un diagnóstico o varios diagnósticos probables si hay lugar y no solo una descripción de los hallazgos con una recomendación de un estudio adicional, lo cual reflejará nuestro conocimiento de la semiología de la imagen, que permite establecer el diagnóstico más probable. En lo posible, con un lenguaje de certeza más que de duda. Es innecesario generar dudas ante hallazgos que posiblemente son muy claros y de fácil diagnóstico. Por tanto, es preferible evitar términos como “podría tratarse de... colelitiasis”. Si usamos en la descripción epónimos o signos, que en mi opinión deberían evitarse, ellos deben ser aclarados a continuación, pues no todos los médicos —y menos los pacientes— estarán familiarizados con ellos. Si el hallazgo que se informa es fortuito, es mejor que así sea descrito y mejor aún si se adiciona la gravedad o levedad de dicho hallazgo. Seguramente, el paciente quedará tranquilo al leer que le han encontrado una ectopia tonsilar que no afecta otras estructuras de su cerebro y que no reviste significado patológico. Aún si el informe menciona que se ha encontrado un aneurisma, los hallazgos adicionales de estabilidad del mismo o de un pequeño tamaño deben incluirse para orientar el manejo o simplemente continuar la observación de dicho hallazgo fortuito. Si el hallazgo es normalmente esperado luego

de un evento, un tratamiento o condición previa, es deseable que así se describa. Por ejemplo, si el diagnóstico es “recambio a médula ósea grasa”, la implicación patológica del mismo será diferente si se agrega que es un cambio esperado luego de la radioterapia que ha recibido el paciente.

Los errores de gramática y ortografía o errores inesperados del dictado se deben buscar activamente para corregirlos antes de que queden definitivamente en el informe. La lectura mediante dictado digital a menudo “traduce” el dictado de manera errónea. Si iniciamos el dictado sin dar unos segundos de espera, se pueden omitir palabras y esto puede ser tan grave como para que en la conclusión queden escritas frases como “se demuestran lesiones metastásicas” en vez de “no se demuestran lesiones metastásicas”.

Los pacientes rápidamente pueden hoy día leer su informe radiológico y esto genera en ellos casi siempre algún grado de ansiedad. El lenguaje médico a menudo no es comprendido por el común de las personas, pero ellas tienen acceso a buscar los términos en internet. Por supuesto, el médico tratante es quien generalmente explica al paciente sus resultados y los correlaciona con los datos clínicos que posee, para hacer recomendaciones. Pero puede pasar mucho tiempo entre la lectura por el paciente de su informe radiológico y la cita con su médico, quien realmente conoce este lenguaje. Entre tanto, el paciente o su familia pueden sentirse muy confundidos, angustiados o pesimistas por lo que han entendido al leer su propio informe radiológico. Aunque no es muy difundida en la práctica diaria, la posibilidad de que el paciente pueda hablar con su radiólogo es una buena alternativa.

La invitación es a que al elaborar los informes de los estudios de imagen pensemos no solo en emitir un sofisticado diagnóstico, sino en el paciente, quien seguramente lo leerá de primera mano y para quien dicho informe representa un dictamen muy importante de su estado de salud.

Sonia Bermúdez Muñoz  
Editora