



Radiología



LECTURA SISTEMÁTICA E INFORME ESTANDARIZADO: TUMORES

L. Oleaga Zufiría

Resumen

Objetivos docentes: 1. Conocer en qué consiste un informe estandarizado. 2. Valorar las ventajas y limitaciones de la utilización del informe estandarizado en la evaluación de los tumores cerebrales.

Discusión: El informe radiológico es el resultado final del proceso radiológico, es un documento que queda registrado de forma permanente en la historia del paciente y representa el nexo de unión entre el diagnóstico y el tratamiento. La elaboración de un informe radiológico requiere una planificación de la prueba, monitorización, estudio del caso, conocimiento y finalmente estructuración del documento dirigido a los clínicos y al paciente. Es esencial que la comunicación sea adecuada y esa comunicación se realiza por vía del informe. En la creación del informe el radiólogo debe tener en cuenta que quiere transmitir y que interpretación quiere se realice del informe, para ello debe responder a una serie de preguntas: 1) ¿Cuáles son los hallazgos en la prueba? 2) ¿Se correlacionan los hallazgos con los datos clínicos? 3) ¿Es necesario realizar alguna recomendación? En el área de neurología se han incorporado atlas cerebrales que se emplean para facilitar las intervenciones en neurocirugía. Estos atlas pueden asociarse al informe estructurado y tienen aplicaciones clínicas, que incluyen el etiquetado automático de los hallazgos en las imágenes y su correlación anatómica permitiendo una mejor comunicación de los datos y tienen utilidad en formación e investigación. En oncología la cuantificación del tamaño del tumor durante el seguimiento es esencial para determinar la respuesta al tratamiento y definir o variar las líneas de tratamiento. La lectura sistemática siguiendo una plantilla estandarizada mejora la calidad de los informes, permite la inclusión de datos cuantitativos y favorece la comunicación. La utilización del informe estructurado en los informes radiológicos permite un mejor control de la calidad, reduce los errores y omisiones, mejora la seguridad del paciente, minimiza la ambigüedad, aumenta la claridad del texto, acelera el proceso diagnóstico y facilita la interpretación de la información por parte del clínico y los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Folio LR, Nelson CJ, Benjamin M, Ran A, Engelhard G, Bluemke DA. Quantitative radiology reporting in oncology: survey of oncologists and radiologists. *AJR*. 2015;205:W233-W243.
2. Schwartz LH, Panicek DM, Berk AR, Li Y, Hricak H. Improving communication of diagnostic radiology findings through structured reporting. *Radiology*. 2011;260:174-81.
3. Wang KC, Patel JB, Vyas B, Toland M, Collins B, Vreeman DJ, Abhyankar S, Siegel EL, Rubin DL, Langlotz CP. Use of radiology procedure codes in health care: the need for standardization and structure. *RadioGraphics*. 2017;37:1099-110.