

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES:

Eventos adversos y juicios originados en problemas de comunicación:

Dra. Elisa Gancedo (Médica Radióloga)

Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Aseguradora de Responsabilidad Profesional

>>> ■ La comunicación es un componente crítico del diagnóstico por imágenes. Sólo puede hablarse de una atención radiológica de calidad cuando los resultados del estudio son entregados en forma oportuna a quienes tienen que tomar decisiones. Los problemas de comunicación son una fuente importante de errores en radiología. Estos errores pueden poner en juego la seguridad de los pacientes y a su vez derivar en causas judiciales. De acuerdo a la Asociación de Aseguradoras de Médicos de los Estados Unidos (PIAA), entidad que agrupa a más de 60 compañías especializadas en responsabilidad profesional, las fallas en la comunicación son la cuarta causa de reclamos contra radiólogos en dicho país. Su análisis de más de 144 demandas originadas en este problema arrojó los siguientes hallazgos (1)

- En el 10% de los casos el informe no fue entregado ni al médico ni al paciente correcto.

- En otro 10% de las demandas se observaron demoras en la entrega del informe. En el 75% de estos casos el retraso influyó en la evolución del paciente.

- En el 18% de las demandas se identificaron errores en el informe escrito. Estos errores determinaron una mala evolución en el 45% de estos casos.

- En el 60% de las demandas en donde se discutió la comunicación de hallazgos inesperados significativos, el radiólogo no contactó directamente al médico responsable de la indicación.

El estándar de comunicación del American College of Radiology (ACR) fue publicado por primera vez en 1991 y revisado periódicamente (la última vez fue en 2005) (2). Este estándar requiere la generación de un informe escrito luego de cualquier estudio o procedimiento. Es específicamente mencionado por otros estándares del ACR y es utilizado por médicos de otras especialidades y de otras partes del mundo como una guía en aspectos de comunicación. El documento cubre la mayoría de los aspectos comunicacionales: responsabilidad del radiólogo y del médico tratante, contenido del informe, comunicaciones de rutina y urgentes, etc.

La seguridad del paciente requiere el compromiso y la cooperación de radiólogos, clínicos y administrativos. Muchas veces los pedidos de estudios carecen de la información clínica que el radiólogo necesita. Esto puede determinar que se realicen investigaciones inapropiadas y, como algunos estudios conllevan altas dosis de radiación, es importante que no se realicen estudios que no van a servir, especialmente en niños.

Las directivas europeas de protección a radiaciones establecen que todos los estudios que involucren radiación requieren una justificación y, para establecer la misma, el pedido debe contar con información relevante (3): el diagnóstico presuntivo y/o los síntomas y signos pertinentes. Puede ser muy útil que el clínico incluya una pregunta específica a ser respondida por el radiólogo. La misma puede ayudar a que se realice el estudio de imágenes más apropiado para el escenario clínico (2). En Europa existen también guías que pueden

ayudar al clínico a elegir el escenario más apropiado (4), pero sigue siendo responsabilidad del radiólogo decidir qué investigación realizar una vez analizados los riesgos y beneficios de las distintas alternativas. Cuando sea posible, las imágenes e informes previos deberían estar disponible para su revisión y comparación.

Otra fuente relativamente común de errores es la equivocación de sitio/lado o de paciente. El pedido debería ser claro en los datos filiatorios, debería especificar claramente el área a ser estudiada y antes de irradiar al paciente se debería reconfirmar verbalmente con este su identidad (5). También se le debería preguntar acerca de estudios previos y, cuando corresponda los antecedentes alérgicos y la medicación. Las equivocaciones en el marcado de lado de la placa también deberían evitarse mediante adecuados protocolos de chequeo, ya que la ausencia o la invisibilidad de la marcación derecha/izquierda podría derivar en tratamientos erróneos (6). Lo mismo aplica para el etiquetado y ensobrado de los estudios.

La comunicación de los hallazgos del estudio es otra fuente potencial de riesgos. En los servicios de radiología, la principal comunicación con los médicos responsables del paciente se establece a través de los informes de rutina que llegan a este último por los canales establecidos por el hospital o el servicio. Sin embargo, hay un grupo de situaciones clínicas que por no ser rutinarias (7) o por significar una urgencia (8) exigen la pronta comunicación del hallazgo en tiempo y forma. Estas situaciones incluyen:

- Hallazgos que sugieren la necesidad de una intervención urgente: Generalmente estos casos provienen de los departamentos de emergencia, de cirugía o de terapia intensiva: neumotórax, neumoperitoneo, tubos o sondas mal posicionados, etc.

- Hallazgos en una segunda interpretación que discrepan con la primera interpretación de la misma imagen y cuando la falta de acción puede afectar negativamente al paciente.

- Hallazgos que el radiólogo razonablemente considera que el médico tratante o quien indicó el estudio no espera y que pueden afectar negativamente al paciente.

Los dos últimos escenarios probablemente no requieren una comunicación inmediata, pero si no se asegura que la información llegue a quien tiene que llegar, se le restarán chances a la eventual cura del paciente.

Muchos factores y circunstancias pueden influir en los métodos de comunicación entre el radiólogo y el médico tratante. Se debe tener en cuenta que la llegada oportuna del informe es más importante que el método en sí. En estos casos la comunicación directa es esencial. La experiencia de juicios demuestra que en el 25% de los casos en los cuales se discute si la comunicación de los hallazgos fue oportuna se observa que el informe fue realizado rápidamente, pero no llegó nunca a las manos del médico tratante (9).

Métodos de Comunicación: (2)

La comunicación personal o telefónica con el médico tratante es apropiada y permite confirmar la recepción de los hallazgos. La notificación por correo con acuse de recibo puede ser también suficiente prueba para demostrar que la información fue entregada a quien correspondía.

Si bien pueden considerarse otros métodos de comunicación, incluyendo mensajes de texto, fax, correos de voz u otros métodos no tradicionales, los mismos no garantizan la recepción de la información. En estos casos, el especialista en imágenes puede considerar el establecimiento de un sistema que explícitamente requiera la confirmación de la recepción por parte del médico tratante.

Documentación de Comunicación: (2)

Los radiólogos deberían documentar todas estas comunicaciones no rutinarias, incluyendo la hora y el método de comunicación y especificando el nombre de la persona a la que se le entregó o brindó la información. Este registro puede incluirse en el informe radiológico, en la historia clínica del

paciente, o bien en los libros internos del servicio. Esta documentación servirá como evidencia de una comunicación apropiada, en la eventualidad de que en algún momento alguien la cuestione.

Comunicaciones informales:

Ocasionalmente se le pide al radiólogo que interprete imágenes (obtenidas en su servicio o en otras instituciones) fuera del ámbito de rayos. Estas interpretaciones no derivan en informes escritos formales, pero sin embargo suelen ser utilizadas por los clínicos para tomar decisiones terapéuticas. Estas consultas “informales” o “de pasillo”, pueden darse en ateneos clínicos o bien cuando el radiólogo se encuentra desarrollando otras actividades fuera de su servicio.

Estas circunstancias pueden impedir la documentación inmediata y pueden ocurrir en ambientes poco apropiados para una correcta visualización del estudio y sin tener acceso a los antecedentes del paciente o a estudios previos para comparar.

Las comunicaciones informales conllevan un riesgo y frecuentemente el único registro escrito que queda de las mismas suele ser la evolución del médico tratante en la historia clínica del paciente. El American College of Radiology (ACR) estimula a aquellos radiólogos que evacúan consultas de esta naturaleza con el fin de mejorar o acelerar la atención del paciente a que documenten estas interpretaciones (2). También, si correspondiera, debería establecerse una norma para el informe de estudios que no fueron generados en el servicio. ■ <<<

Bibliografía

1. Physician Insurers Association of America and American College of Radiology. Practice standards claims survey. Rockville, MD: Physician Insurers Association of America. 1997
2. American College of Radiology. Practice guideline for communication of diagnostic imaging findings. . Res 11. Rev 2005
3. Council Directive 97/43/ Euratom of 30 June 1997. The Medical Exposure Directive. 1997. Official Journal 18: 22-27
4. European Commission Directorate-General for the Environment. Referral Guidelines for imaging. Radiation protection 118.2000
<http://europe.eu.int/comm./environment/pubs/home.htm>
5. Berlin L. The importance of patient registration and processing. AJR 1997; 169: 1483-1486
6. European Society of Radiology (ESR). Risk Management in Radiology in Europe. November 2004. www.ear-online.org
7. Berlin L. Communication of the significant but not urgent finding. AJR 1997; 168: 329-331
8. Berlin L. Communication of the urgent finding. AJR 1996; 166: 513-515
9. Brenner J; Lucey L. et al. Radiology and medical malpractice claims: a report on the practice standards claims survey of the Physician Insurers Association of America and the American College of Radiology. AJR; 171, July 2008. 19-22