

## El problema de la “orden de rayos”

### *The “X ray order” problem*

Señor Editor,

Se entiende por “orden de rayos” al documento diseñado por un médico para solicitar la realización de un estudio imagenológico, en cualquiera de sus técnicas disponibles, durante el proceso diagnóstico terapéutico de un paciente en particular.

Esta “orden” por definición debe contener la información general del paciente, el examen solicitado, los antecedentes principales, la pregunta clínica y la información del médico que solicita.

Existen diversos formatos para este documento, los que varían desde formularios tipo “checklist” que contienen los nombres de los exámenes disponibles para ser seleccionados marcando una casilla, hasta la utilización de recetarios médicos no diseñados ad-hoc y que son completados de puño y letra del médico solicitante.

Pero, si atendemos al significado de la palabra “orden”, esta podría juzgarse como un mandato que debe ser obedecido y ejecutado; concepto que se opone al objetivo genuino que tiene el documento por naturaleza y a la manera como nos relacionamos los médicos actualmente a la hora de intercambiar puntos de vista relativos a situaciones clínicas particulares y en especial cuando se intenta resolver casos clínicos de mayor dificultad en ambientes multidisciplinarios, donde los médicos tratantes precisan de interconsultores especialistas dependiendo de las necesidades específicas del caso, quienes son requeridos a través de un documento o formulario de interconsulta, por cierto mucho más completo y con mejor información clínica que la “orden de rayos”.

Entonces, ¿por qué no considerar a la “orden de rayos” como una interconsulta imagenológica, de la misma manera que lo hacemos para las restantes especialidades médicas?

Esta diferencia, que podría parecer una elucubración innecesaria y alejada del pragmatismo diario, se justifica en al menos dos dimensiones relevantes, a saber: una dimensión que podríamos denominar “operativa”, que guarda relación con los flujos, procesos y eficiencia de un servicio de imagenología y por otra parte una dimensión “dialéctica”, que implica el diálogo profesional entre dos médicos; el tratante y el radiólogo<sup>1</sup>.

En la dimensión operativa, la “orden” o interconsulta es el comienzo de un complejo proceso de comunicación clínico-administrativa, que transita a través de todas las instancias de un servicio de imagenología, pues es el insumo que permite asignar “la hora”, establecer la codificación y cobros de la prestación, programar el

tiempo de uso de sala, definir la técnica y/o protocolo de adquisición y posproceso de las imágenes (lo que depende de la patología en estudio), guiar y orientar el análisis e interpretación por parte del radiólogo y finalmente indicar con quién se debe contactar el servicio o el mismo radiólogo en el caso de que se necesite discutir el caso o dar aviso de un resultado crítico (Figura 1).

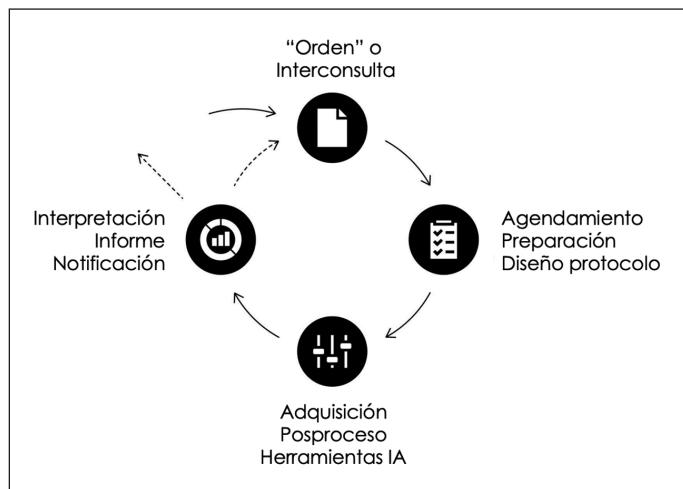
Todos estos aspectos parecen ser menospreciados cuando el documento no contiene la información requerida, en particular si la letra es ilegible, no plantea una pregunta, hipótesis diagnóstica o información clínica relevante. (ej. Cirugías, enfermedades crónicas o tratamientos), lo que resulta en la degradación de todo el proceso clínico-administrativo antes descrito y puede redundar en una merma en la calidad del examen, con los costos sanitarios y económicos implicados.

En la dimensión dialéctica, si asumimos la interacción entre el médico tratante y el médico radiólogo como una instancia de diálogo, esta debe asegurar un suficiente intercambio de información clínica, de donde cada parte, fundamentada en sus hallazgos, puede intentar persuadir a su contraparte, pero que a su vez debe estar abierto a ser persuadido. En este sentido, posiblemente sean las discrepancias más útiles en el proceso diagnóstico que las meras coincidencias, pues permiten ampliar los diagnósticos diferenciales y disminuir los eventuales sesgos.

Esta relación dialéctica, la mayoría de las veces es impersonal y se configura en base a dos documentos críticos. Por una parte es la “orden de rayos” (mejor dicho: interconsulta imagenológica), que actúa como “input”, abriendo el proceso de diálogo y paralelamente toda la actividad del servicio de imagenología, y por otra parte, el informe, que corresponde al “output” del proceso y compendio de todo el trabajo del servicio de imagenología, donde debe estar contenida la respuesta a la interconsulta y las recomendaciones finales.

En la actualidad vislumbramos una asimetría entre estos dos documentos que marcan el inicio y el final de la interconsulta imagenológica. Por un lado, el informe prácticamente en todos los centros es un documento relativamente estructurado, digitalizado y suficientemente completo<sup>2</sup>, sin embargo, su contraparte aún se ejecuta a discreción por cada solicitante, siendo en gran parte de los casos escueto, carente de información o de pregunta clínica, en ocasiones ilegible y sin información verificable de quién lo solicita.

Sabemos que la información clínica mejora de forma ostensible la interpretación médica de las imágenes en un proceso de integración intelectual realizada por el radiólogo desde una visión médica y contextualizada<sup>3</sup>, y también sabemos que un estudio bien ejecutado e interpretado, en buena parte de los casos, es capaz de modificar significativamente la probabilidad postest para confirmar o descartar un diagnóstico en particular, sin embargo para esto no basta únicamente con emplear



**Figura 1.** Resumen esquemático de las etapas clínico-administrativas de un servicio de imagenología. Nótese que la “orden” o interconsulta imagenológica incide en cada una de las instancias del proceso. IA: Inteligencia artificial.

la técnica imagenológica adecuada, sino que también es fundamental contar con una probabilidad pretest favorable obtenida a partir de la evaluación clínica<sup>4</sup>.

En suma, la sustitución de la “orden de rayos” por una interconsulta imagenológica es una necesidad, y sus fundamentos deben difundirse en la comunidad médica desde los cursos de pregrado y por cierto entre los profesionales en ejercicio. La incorporación de esta buena práctica indudablemente producirá un positivo efecto en el resultado final del proceso diagnóstico-terapéutico.

*Dr. Luis Canales Franco<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Médico neurorradiólogo, Unidad de Imagenología,  
Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.

## Referencias

1. García J. Radiología, los clínicos y los radiólogos. Radiología 2012; 54 (5): 385-6.
2. Tardáguila F, Martí-Bonmatí L, Bonmatí J. El informe radiológico: filosofía general. Radiología 2004; 46 (4): 195-8.
3. Balza R, Mercaldo S, Chiang C, et al. Impact of patient-reported symptom information on agreement in the MRI diagnosis of presumptive lumbar spine pain generator. American Journal of Radiology 2021. Online first accepted manuscript. 10.2214/AJR.20.25210.
4. Silva Fuente-Alba C, Molina M. Likelihood ratio (razón de verosimilitud): definición y aplicación en radiología. Revista argentina de radiología 2017; 81 (3): 204-8.

Correspondencia a:  
Dr. Luis Canales Franco  
Unidad de Imagenología, Hospital Clínico Herminda Martín,  
Chillán.  
Francisco Ramírez #10. Chillán, Chile.  
luiscanalesf@gmail.com