

Venturas y desventuras del radiólogo de guardia

Juan Fernández Sánchez

Resumen

El trabajo del radiólogo de guardia no es fácil, pero además el número de urgencias radiológicas se ha incrementado a lo largo de los años. Esto no sólo se debe a la gran cantidad de personas que acuden a los Servicios de Urgencias, sino también al aumento del espectro de exploraciones radiológicas para evaluar casos urgentes. Así, el gran volumen de pacientes como el elevado número de doctores, enfermeras y personal sanitario dando diversas instrucciones en la atención pueden transmitir, en ocasiones, a los Servicios de Emergencias la apariencia de un pseudo "campo de batalla". En este escenario, las vivencias del radiólogo de guardia, sus venturas y desventuras, resultan tan positivas como negativas.

En este artículo, se presentan y discuten los factores y posibles situaciones problemáticas con mayor implicancia en el trabajo del radiólogo de guardia, así como también las potenciales medidas para abordarlas, evitarlas o resolverlas.

Palabras clave. Guardias. Organización urgencias. Problemas de las urgencias. Radiología de urgencias. Radiólogo de guardia.

Abstract

Fortunes and misfortunes of the radiologist on-call

The job of the radiologist on-call is not easy and the number of radiological emergencies have increased over the years, but not only to the larger number of patients visiting the emergency departments, but also to broader spectrum of radiological's examinations required to asses emergency cases. The greater volume of patients, together with a larger number of doctors, nurses and other health professionals, giving diverse instructions for patients care, can at times give the emergency room the appearance of a pseudo-battlefield. The different experiences of the on-call radiologist in such setting can be both positive and negative.

The contributing factors and possible measures for dealing with, avoiding or solving potentially problematic situations which, in turn, may create major implications for the on-call radiologist in carrying out his work are presented and discussed in this article.

Key words. Emergency problems. Emergency radiology. Emergency room management. Radiologist on-call. Wards.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la mejora paulatina en la asistencia sanitaria de Urgencias (originada en el incremento del presupuesto administrativo y en una mejor estructuración de los Servicios en la mayoría de los países), la guardia continúa siendo el talón de Aquiles de muchos hospitales y médicos. El tener que atender rápido a un gran número de pacientes, generalmente con menos medios que en las condiciones normales de trabajo, constituye un problema evidente que afecta de especial manera al radiólogo de guardia por la gran cantidad de exploraciones requeridas.

Si ya en 1985 se afirmó que las guardias, por todas las peculiaridades que conllevan, no podían ser solventadas adecuadamente por cualquier radiólogo ("Night radiology is not for every radiologist")⁽¹⁾, el avance de la especialidad con la introducción de nuevas técnicas diagnósticas y la necesidad de realizar también intervencionismo radiológico de urgencia han implicado, a su vez, un aumento notorio del tra-

bajo del radiólogo de guardia y de su responsabilidad. Dentro de este contexto, cualquier profesional especialista en esta área que haya realizado muchas horas en el Servicio de Emergencias seguramente habrá vivenciado diversas venturas y desventuras.

No obstante, muchas de las dificultades encontradas en esas guardias quizás se podrían haber evitado (o, al menos, haber disminuido) no con más medios, sino más bien utilizando los disponibles en otro orden o sentido; o bien, planteando los problemas de otra forma o con otra actitud, ya que -en palabras de Julio Cortázar- "en realidad las cosas verdaderamente difíciles son las que la gente cree poder hacer a cada momento".

Basándome en más de 30 años de experiencia en Urgencias, desde diversas funciones (de médico residente hasta médico adjunto y jefe de sección), a continuación se exponen y discuten los factores más importantes e influyentes en la guardia radiológica y se plantean algunas soluciones para poder abordar y llevar a cabo la práctica de la manera más adecuada.

Servicio de Radiología y Medicina Nuclear, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Hospital docente de la Universidad de Tübingen, Auerbachstr. 110, Stuttgart, Alemania
Correspondencia: Dr. Juan Fernández Sánchez - fernandez.sanchez@rbk.de

Recibido: abril 2011; aceptado: junio 2011
Received: abril 2011; accepted: june 2011
©SAR-FAARDIT

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VIVENCIA DE LA GUARDIA RADIOLÓGICA

Existen diversos factores que repercuten directa o indirectamente en toda vivencia de guardia. Estos pueden encuadrarse en grandes apartados y son: factores logísticos, factores relacionados con el número de exploraciones requeridas, factores individuales vinculados a la forma en que el radiólogo afronta la guardia, la comunicación y cooperación con todo el personal sanitario de Urgencias, y factores relacionados con el informe.

1. Factores logísticos

La dotación, localización y organización de la Unidad de Diagnóstico por Imagen de Urgencias (UDI) influyen directamente en las venturas y desventajas de todo radiólogo de guardia.

a) Dotación: resulta evidente que la adecuada cantidad de personal (radiólogos, médicos residentes en formación, técnicos, auxiliares sanitarios) así como de medios técnicos con equipamientos modernos son primordiales al momento de afrontar una guardia. Ésta, a su vez, dependerá de la categoría del centro de salud y de las especialidades médicas que abarque ^(2,3).

En lo que respecta a la dotación de la radiología en Urgencias, las negociaciones con la administraciones hospitalarias se fueron simplificando gracias al aumento y a la cada vez más estrecha cooperación interdisciplinaria de los especialistas (por ejemplo, se han formado los *trauma team* y las denominadas *chest unit* y *stroke unit* para la atención y manejo del politraumatizado, de los pacientes con dolor torácico agudo y de aquellos con un accidente cerebrovascular). Sin embargo, todos estos avances también implican una obligación para el radiólogo de guardia: éste debe profundizar y actualizar continuamente su formación médica para evitar que los nuevos equipos y técnicas de diagnóstico por imágenes se vuelvan contra él, en un efecto "boomerang", y se vea desbordado por ello.

b) Localización: toda UDI tiene que encontrarse en el Servicio de Emergencias o lo más próximo a él ⁽⁴⁾. Diversos estudios han demostrado que cuanto más lejos están uno del otro, mayor es el tiempo transcurrido entre el pedido y la realización de la exploración. Además, cuanto más distanciado está el radiólogo de guardia del Servicio de Urgencias, peor es su comunicación con los otros especialistas ⁽⁵⁻⁷⁾. Este diálogo tardío con los médicos responsables del enfermo no sólo puede tener un efecto diagnóstico y terapéutico contraproducente, sino que también puede ser negativo para la experiencia del radiólogo de guardia o constituirse directamente en una sus desventajas.

c) Organización: evidentemente toda guardia requiere de conocimientos adecuados, pero el éxito en su realización reside, en gran medida, en un trabajo basado en la constancia, el método y la organización. Por ello, la UDI debe tener protocolos específicos de

exploraciones urgentes y con importantes implicaciones terapéuticas (como pueden ser los protocolos para la evaluación del dolor torácico agudo mediante Tomografía Computada -*triple rule out*-, del ictus cerebral o del politraumatizado). Si bien es sabido que "el hábito no hace al monje", parafraseando al historiador romano Tito Livio: "cualquier esfuerzo resulta más ligero con el hábito". Es decir, toda guardia se torna más sencilla si adquirimos la costumbre de hacer las exploraciones repetidamente conforme a las pautas preestablecidas.

2. Número de exploraciones radiológicas requeridas

Por más bien que uno esté organizado, el gran volumen de peticiones constituye el motivo determinante de "descompensación" del ya estresado radiólogo de guardia. Aunque el problema es multifactorial, éste se inicia desde el momento en que el enfermo se dirige directamente a los Servicios de Emergencias de los hospitales y clínicas sin haber acudido previamente al centro ambulatorio o de salud correspondiente. Tras su llegada al hospital, los médicos de Urgencias frecuentemente realizan diversas peticiones de exploraciones radiológicas, muchas veces de dudosa indicación y/o efectividad, para evaluar las molestias de los pacientes. En diversas ocasiones, este tipo de requerimientos funciona como una forma de "desahogo" o como un modo de "ganar tiempo", dado que en ese lapso se pueden evaluar los casos con más calma y se aprovecha para hacer la catalogación clínica de los pacientes.

Estas circunstancias resultan un reto para el radiólogo de guardia, ya que como dijo el neurólogo y psiquiatra austriaco Víctor Frankl: "Cuando ya no somos capaces de cambiar una situación, nos encontramos ante el desafío de cambiarnos a nosotros mismos". No obstante, una posible forma de abordar el "tsunami" de peticiones urgentes es establecer un sistema con diversas categorías de recepción y citación de los pedidos, previamente acordado con el Servicio de Emergencias. Así, mediante un código especial (por ejemplo, "exploración preferente"), los diversos médicos de Urgencias podrían pautar cuáles son las exploraciones más apremiantes por la gravedad del caso.

De todos modos, como afirmó Borges, "todas las teorías son legítimas y ninguna tiene importancia. Lo que importa es lo que se hace con ellas", por lo que la posible utilización de estos códigos no exime al radiólogo de guardia de su responsabilidad organizativa. Es decir, él debe ser el encargado de determinar no sólo la secuencia de las exploraciones, también si la petición está indicada y si se llevará a cabo. En este sentido, resulta importante saber decir "no" con argumentos y fundamentos, ya que aceptar la realización de todas las exploraciones puede parecer más fácil en un principio, pero a la larga trae más complicaciones.

3. Forma de afrontar la guardia

Frecuentemente, a lo largo de las guardias, muchos

colegas se quejan del excesivo trabajo y de los problemas que surgen; algunos lo hacen desde el mismo momento en que comienzan y, a veces, la UDIU se termina transformando en el Muro de los Lamentos. Esta actitud no sólo no facilita la labor, sino que además puede empeorarla y desencadenar más situaciones conflictivas y desventuradas para el radiólogo de guardia. Es que como escribió William Shakespeare: "Lamentar un infortunio (...) es la más segura vía de crearse otro", y a la guardia hay que afrontarla con una actitud positiva, confiando en nosotros mismos y en la solución de todos los posibles problemas.

"El mejor modo de resolver una dificultad es no tratar de soslayarla", planteó Noel Clarasó; por lo que, teniendo en cuenta sus palabras, es conveniente llevar la iniciativa en la evaluación de las exploraciones realizadas (o por hacer) y en muchos casos anticiparse a posibles nuevas peticiones o variar la secuencia para intentar conseguir el diagnóstico más óptimo en el menor tiempo posible.

No obstante, en todo esto, el criterio de moderación y objetividad es fundamental. Un "híper activismo" en la organización o interpretación (queriendo ver, por ejemplo, más signos patológicos de los que realmente existen en la imagen radiológica y/o sospechando otras enfermedades sin fundamento) puede ocasionar una serie de exploraciones superfluas y un desvío del camino diagnóstico correcto, así como también un retraso e, incluso, la instauración de tratamientos inadecuados. Desde esta perspectiva, vale recordar la advertencia del filósofo chino Confucio: "El ir un poco lejos es tan malo como no ir todo lo necesario".

4. Comunicación y cooperación con el personal sanitario de Urgencias

Las vivencias del radiólogo de guardia, sus venturas y desventuras, también se encuentran en estrecha relación con las formas de comunicación y cooperación que se establecen tanto con los otros médicos de Urgencias como con los mismos compañeros y personal sanitario del área de Radiología. Puede ser que algunos profesionales (sobre todo en sus primeras guardias) tengan la impresión de que los Servicios de Urgencias por momentos son "campos de batalla". Las disputas y competencia entre las diversas especialidades con respecto a la asistencia y/o tomas de decisión para determinar la prioridad y/o secuencia diagnóstica y terapéutica de los enfermos son algunos motivos; pero, a su vez, la aglomeración en la guardias de pacientes, familiares o acompañantes, junto al estrés de los médicos, enfermeras, técnicos y personal sanitario, en ocasiones también da lugar a situaciones conflictivas. Las discusiones acaloradas y poco constructivas no suelen conducir a resultados positivos duraderos y únicamente contribuyen al enrarecimiento del ambiente de trabajo.

De esta manera, el radiólogo de guardia no sólo está inmerso en un ambiente a veces "pre bélico" y

casi siempre caótico, sino que además, en ciertas ocasiones, tiene que pagar las consecuencias de discusiones y gestiones que no están bien llevadas entre (y por) los otros médicos especialistas. Estos exigen inmediatez en la realización de diversas exploraciones radiológicas ("necesito un TC ya"), a pesar de que el enfermo lleva en muchas oportunidades varias horas en el Servicio de Emergencias. Este tipo de peticiones y el ya de por sí excesivo trabajo influyen y pueden causar malestar en los técnicos radiólogos, pero también alteran notablemente la secuencia de exploraciones planificadas.

Para que el radiólogo de guardia pueda abordar y superar estas situaciones es recomendable:

a) Guardar serenidad y tener autocontrol. Según el dicho alemán "In der Ruhe liegt die Kraft", en la tranquilidad reside la fuerza; y el control de las emociones, aunque no sea una tarea sencilla y dependa del temperamento de cada persona, es esencial en el desarrollo de la guardia. Independientemente de la empatía que se sienta por las demás personas, el radiólogo debe mantener una comunicación fluida con la totalidad de los médicos especialistas de Urgencias. El diálogo, a su vez, debe ser constructivo y puede facilitarse con la realización de demostraciones personales en determinadas exploraciones, sobre todo en aquellas con importantes consecuencias. Esto resulta de suma utilidad tanto para el radiólogo y los médicos de Urgencias como para el paciente, principal objeto de toda guardia.

No obstante, en la comunicación y cooperación con los demás, el radiólogo de guardia también debe ser firme y consecuente en la toma de decisiones. Es necesario que base sus actos en hechos objetivos y que no se deje manipular -ni en la realización de exploraciones no indicadas, ni en el juicio diagnóstico emitido- cuando considere y esté convencido de qué es lo correcto (a pesar de que el informe "no cuadre bien" con la clínica y/o con la opinión de los otros médicos de Urgencias). A veces las divergencias se basan en deseos o problemáticas personales vinculadas, por ejemplo, a la decisión del ingreso, a la especialidad médica responsable del enfermo o a la indicación de una posible operación; por lo que, en estas situaciones, el radiólogo tiene que mostrar determinación e incluso, si es necesario, debe -como decía Arturo Pérez-Reverte en una de sus novelas- cortar "de raíz cualquier intento de aproximación" sabiendo "que la impertinencia no se desanima ante una negativa cortés".

b) Dejarse aconsejar. El preguntar a alguien con mayor experiencia en más de una vez, en vez de una menos, puede ayudar considerablemente; sin embargo, también deben aceptarse los consejos u opiniones de personas con jerarquías inferiores. A nadie se le tienen que caer los anillos cuando un subordinado acierta en la gestión o evaluación de un caso determinado. De hecho, en alguna que otra guardia, ha sido un médico residente quien ha sacado de apuros a un adjunto o a un jefe de sección.

c) Criticar adecuadamente y lo imprescindible. En

caso de que el radiólogo de guardia se vea en la necesidad de criticar a alguien (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) debe hacerlo sólo si tiene la seguridad y certeza, a través de hechos verificables, de que la razón lo acompaña. Además, es necesario que lo haga de un modo constructivo y en persona, sin involucrar a intermediarios. Independientemente del grado jerárquico, hay que evitar los juicios críticos a un médico (ya sea de otra especialidad o del mismo Servicio de Radiología) en presencia de otros profesionales y menos aún frente al enfermo o familiares. En el caso de fallos con grave repercusión diagnóstica y terapéutica o en aquellos con alguna posible implicación médico-legal, el radiólogo de guardia tiene que documentarlo mediante una breve anotación.

d) Evaluar las críticas que nos hacen (a nosotros y a los otros miembros del área radiológica de Urgencias) y, si son acertadas, aceptarlas y actuar en consecuencia. Pero además, siempre que sean acordes, hay que saber recibir juicios críticos, ya que el que se enoja en demasía o incluso reacciona de forma agresiva ante este tipo de comentarios puede estar reconociendo que en verdad se los merece. En situaciones en las que el radiólogo de guardia sea cuestionado por otros médicos de Urgencias, se debe buscar el diálogo individual y personal, siguiendo las pautas indicadas en el apartado anterior. Si otros médicos de Urgencias acuden al radiólogo de guardia para quejarse de algún miembro de la UDIU, no se debe asumir la crítica inmediatamente como verdad, ni tampoco hay que transmitírsela inicialmente a la persona en cuestión. Primero, lo más recomendable es comunicarla a los otros médicos de Urgencias, quienes verificarán los hechos. Si la imputación fue correcta, se aceptará; pero, en varias circunstancias, las quejas son infundadas o la imputación tiene un grado notoriamente menor al atribuido, por lo que siempre es conveniente comprobar la autenticidad de una crítica importante. De esta manera, se evitan las conductas del estilo: "crítica, que algo queda".

Todo estos procederes pueden repercutir de una forma notable en el modo de vivir las guardias, ya que no hacen más que reflejar que el personal de Urgencias es tripulante del mismo barco y, por ende, que está obligado a cooperar y comunicarse. "Andábamos sin buscarnos, pero sabiendo que andábamos para encontrarnos", escribió Julio Cortázar en *Rayuela*, sin saber que sería una frase que podría aplicarse a las relaciones intrahospitalarias.

5. Realización y tramitación del informe

En la guardia, la interpretación de la exploración puede resultar más difícil que en condiciones laborales normales. Esto se debe a diversos motivos: primero, por el volumen de trabajo; pero también, por la exigencia y premura con la que se emiten los informes (especialmente cuando se trata de casos quirúrgicos). Es posible, entonces, que el radiólogo en una jornada normal interprete de una manera las exploraciones y

que en la guardia las circunstancias lo induzcan a hacerlo de un modo erróneo. Cantidad y calidad, en este sentido, no siempre congenian, y al contexto también hay que sumar el hecho de que, en varias oportunidades, el radiólogo no puede consultar a otros colegas del Servicio, tal vez más experimentados.

Todas estas situaciones pueden influir negativamente en la vivencia de la guardia. Sin embargo, hay formas de evitarlo: ante todo, se debe tener la calma y control suficientes -de sí mismo y del entorno- para tomarse un mínimo de tiempo para la realización del informe. La frase de Napoleón Bonaparte, "Vísteme despacio que tengo prisa", desde esta perspectiva, podría ser el lema.

No obstante, la elaboración del escrito tampoco puede demorarse demasiado o ser pospuesta para más adelante, pues la avenida del "después" termina conduciendo a un callejón sin salida o a un mal resultado. La realización y tramitación tardía del informe pueden tener no sólo consecuencias diagnósticas y/o terapéuticas, sino también importantes implicaciones médico-legales^(8,9). Para impedir situaciones conflictivas o consecuencias jurídicas, el radiólogo de guardia debe también realizar una comunicación verbal del informe cuando éste tenga importantes alcances. En caso de que se modifique un parte ya escrito y/o se varíe en el juicio diagnóstico tras haber tramitado verbalmente el informe al médico peticionario, las modificaciones no sólo deben comunicarse personalmente, sino que además, a efectos médico-legales, tienen que quedar reflejadas por escrito a través de una breve anotación adicional (por ejemplo, "el informe se modificó el día 'd' a la hora 'h', habiéndoselo comunicado al Dr. X"). Se dice que "rectificar es de sabios", pero también es de necios hacerlo con frecuencia; por ello, es necesario contar con una buena y continua formación profesional del radiólogo de guardia, así como también con una adecuada comunicación y tramitación del informe.

CONCLUSIÓN

La gran cantidad de pacientes con patologías diversas que acuden a los Servicios de Urgencias más el escenario peculiar, las condiciones laborales y el horario (en gran parte nocturno) hacen que las experiencias del radiólogo a lo largo de las guardias sean muy variables. El conocimiento de los posibles factores que influyen en este contexto y las formas de abordarlos repercuten en la posibilidad de percibir las vivencias de un modo positivo (como venturas) o negativo (como desventuras).

Sin embargo, este "saber" es un cúmulo de continuas experiencias adquiridas a lo largo del tiempo. En este sentido, la frase de Ernesto Sábato resulta alusiva y ejemplificadora: "La vida [del radiólogo] es tan corta y el oficio de vivir [la guardia] tan difícil, que cuando uno empieza a aprenderlo ya hay que morirse

[dejar de hacerlas]”.

Para aquellos médicos que todavía no han realizado guardias o que estén iniciando y tengan temores o para aquellos radiólogos reacios a llevarlas a cabo, quizás les sirva de ayuda saber que es allí, precisamente en la guardia, donde con frecuencia se adquieren los mayores conocimientos. Si bien en el camino tropezarán con muchas situaciones difíciles, también experimentarán la gratitud y el reconocimiento del trabajo bien hecho.

Bibliografía

1. Fries JW. Night Radiology. *AJR Am J Roentgenol.* 1985;145:1091-2.
2. Harris JH. Reflections: emergency radiology. *Radiology* 2001;218:309-16.
3. Kool DR, Blickman JG. Emergency department radiology: reality or luxury? An international comparison. *Eur J Radiol* 2010; 74:2-5.
4. Fernández Sánchez J. Organización y gestión de una Unidad de Diagnóstico por Imagen de Urgencias. *Anales de Radiología México.* 2004; 1:17-22.
5. Chen JL, Dorfman GS, Li MC, Cronan JJ. Use of computed tomography scanning before and after sitting in an emergency department. *Acad Radiol.* 1996; 3:678-82.
6. Lee KL, Graham CA, Lam JM, Yeung JH, Ahuja AT, Rainer TH. Impact on trauma patient management of installing a computed tomography scanner in the emergency department. *Injury.* 2009; 40:873-5.
7. Mills AM, Baumann BM, Chen EH, et al. The impact of crowding on time until abdominal CT interpretation in emergency department patients with acute abdominal pain. *Postgrad Med.* 201; 122:75-81.
8. Fernández Sanchez, J. Juicios por malpractica en Radiodiagnostico. *Radiología.* 1995; 37:305-9.
9. Berlin L. Standards for radiology interpretation and reporting in the emergency setting. *Pediatr Radiol.* 2008; Suppl 4:639-44.