



El informe en ecografía

Sociedad Española de Ultrasonidos SEUS

Documento SEUS 2013-03

Octubre de 2013

Todas las ecografías deben ser informadas. La ausencia de realización de informe por el facultativo responsable de realizar la exploración es un acto de mala praxis. Un informe de calidad sólo se consigue cuando todas las fases del estudio tienen una calidad adecuada y la firma que el médico ecografista estampa en un informe debería asegurar que todo el proceso se ha realizado con rigor.

Pero este mismo rigor también debería aplicarse al propio informe, de forma que se asegure una información adecuada y completa. Para ello, se recomienda seguir las siguientes recomendaciones.

PARTES QUE DEBE INCLUIR

a. Datos demográficos

- Nombre del paciente y otros identificadores (número de historia clínica)
- Médico o servicio que solicita el estudio
- Tipo de estudio que se informa
- Fecha de realización del estudio
- Hora del estudio si es relevante

Asimismo se recomienda la inclusión de:

- Fecha de dictado del informe
- Fecha de transcripción del informe
- Edad o fecha de nacimiento del paciente
- Sexo del paciente
- Carácter de urgente de la solicitud del estudio, si así fuera

b. Datos clínicos relevantes

Con frecuencia son imprescindibles para la adecuada realización e interpretación de la prueba. En principio se debería incluir la información que se ha recibido del médico que ha indicado el examen. Hay que tener en cuenta que un informe ecográfico es la interpretación de las imágenes ecográficas en el contexto clínico del paciente, por lo que una misma imagen puede ser interpretada de forma distinta en un contexto clínico diferente. Por ello es importante, de cara a una posible reevaluación, conocer la base clínica a partir de la cual se interpretaron los hallazgos.

c. Cuerpo del informe:

- Técnica realizada. Descripción de la técnica realizada y del material utilizado. Se especificará el uso de:
 - Contraste utilizado (indicando dosis cuando sea pertinente)
 - Medicación.
 - Catéteres.
 - Se referirá cualquier tipo de complicaciones inmediatas durante el procedimiento (reacción a los contrastes, hematomas espontáneos...).
- Limitaciones del estudio. Se indicarán, si existen, los factores que pueden limitar el rendimiento de la prueba (obesidad, meteorismo etc.).
- Hallazgos. Descripción precisa con terminología anatómica, patológica y ecográfica.
- Datos comparativos. Siempre que estén disponibles, se compararán los hallazgos con los estudios previos del paciente.

- En caso de biopsia, drenaje u obtención de cualquier muestra se dejará reflejado el envío de la muestra al Servicio correspondiente para su estudio.
- Complicaciones, en caso de que se hayan producido.
- En caso de procedimientos intervencionistas se dejarán reflejados los cuidados post-procedimiento, seguimiento del paciente y control ecográfico recomendado. Estos datos se incluirán siempre en la historia clínica del paciente, si está disponible. En el informe se incluirán opcionalmente en caso de que se hayan consignado en la historia, y obligatoriamente en caso de que no se haya podido hacer.
- En caso de que se hayan obtenido datos clínicos del paciente no aportados por el facultativo que solicita la prueba (bien a través de la historia clínica o del interrogatorio del paciente), estos deberán ser incluidos en el informe.

d. Impresión final, conclusión o diagnóstico:

- Se deberá incluir una conclusión final. Puede ir también al principio del informe.
- Es importante tener en cuenta que muchos médicos no leen todo el informe, pero la conclusión se lee siempre, por lo que cualquier hallazgo de interés debe ser consignado aquí.
- Se sugerirá un diagnóstico específico siempre que sea posible.
- Si es oportuno, se propondrá un diagnóstico diferencial.
- Si se estima conveniente, se harán recomendaciones de seguimiento o de realización de otras pruebas de imagen.
- Cualquier complicación deberá referirse también en la conclusión.

REDACCIÓN

El informe final escrito se considera como el medio definitivo de comunicar los resultados de una prueba diagnóstica al médico de referencia. El lenguaje utilizado debe ser claro. Es preferible usar frases cortas, con un solo predicado, en vez de frases complejas y oraciones subordinadas, ya que estas últimas son más proclives a posibles dobles interpretaciones. Deben evitarse las abreviaturas. Se admiten aquellas que son de uso absolutamente general y, por tanto, comprensibles por todos (por ejemplo: UVI, TC, RM).

Es obligatorio revisar cuidadosamente al comprobar el informe o evitar las frases que empiezan con “no”, especialmente si se usan medios de transcripción, ya que la palabra “no”

al principio de la frase se puede omitir con facilidad, cambiando absolutamente el sentido de la frase.

Los hallazgos negativos relevantes (por ejemplo, la ausencia de metástasis hepáticas en un paciente con carcinoma de colon) deben ser comentados específicamente. Los hallazgos incidentales deben ser también descritos siempre, indicando su interpretación como incidentales.

El informe debería responder a aquellas cuestiones clínicas planteadas al solicitar el estudio. Un informe no debería darse por concluido hasta que el facultativo que lo emite no está seguro de que se ha respondido de forma clara y comprensible a los siguientes puntos:

- Lo que ha visto en el estudio.
- Lo que piensa que ha causado los cambios observados.
- Lo que quiere que el médico que ha referido al paciente piense tras leer el informe.
- Lo que sugiere que se haga a continuación.

COMPROBACIÓN Y FIRMA DEL INFORME

El informe final debe leerse y revisarse detenidamente para evitar fallos de transcripción o de ortografía.

En el informe se identificará claramente al médico responsable del estudio, que será quien firme el informe, ya sea con firma manual en el formato de papel, o mediante firma electrónica (en los informes realizados con herramientas informáticas y distribuidos por la red). En caso de ecografías realizadas por facultativos sometidos a supervisión directa, deberán ser firmados por el realizador y por el supervisor, que será el responsable del estudio.

El informe se enviará con las imágenes correspondientes, y se guardará una copia siguiendo la normativa vigente.

OTRAS INTERPRETACIONES

Cuando un informe está firmado o validado electrónicamente no se podrá modificar, pero se podrán hacer añadidos, en los que se seguirán las mismas normas que en el informe original.

IMÁGENES CLAVE

El informe deberá adjuntar, siempre que sea pertinente, una o varias imágenes anotadas en las que se clarifican los hallazgos, de manera que faciliten su interpretación tanto por parte del médico solicitante como de aquellos que realicen exploraciones posteriores derivadas de esa ecografía.

COMUNICACIÓN

Se realizará comunicación directa (personal, telefónica o por medios electrónicos) con el médico responsable del paciente cuando los hallazgos ecográficos sugieran gravedad, sean inesperados y significativos o necesiten de una actuación médica inmediata. En caso de no poder comunicar con el médico responsable, se hará llegar el resultado del estudio al responsable del servicio o se remitirá directamente al paciente al servicio de urgencias, si fuera pertinente. Los servicios deberán contar con protocolos escritos que especifiquen la actuación a seguir ante esas circunstancias.

Cuando el Radiólogo considere que los hallazgos indican la necesidad de una actuación antes de lo programado se pondrán en marcha aquellos mecanismos previstos para asegurar que el informe llegue lo antes posible al médico o médicos responsables del paciente. Ello no excluye la comunicación directa de los resultados en las circunstancias antes descritas.

La fecha, hora y persona a la que se han notificado los hallazgos deberán ser mencionadas claramente en el informe, preferentemente al principio o al final de este.

Reconocimientos: Este documento ha sido elaborado y revisado por la Comisión de Asuntos Profesionales de la SEUS, formada por: Ángel Morales, Jose Luis del Cura, Ángel Bueno, Enrique Remartínez, Beatriz García, Santiago Méndez, Silvia Martínez, Pedro García, Mar Pelayo, Carlos Nicolau, M. Ángeles García.

Este documento debe ser citado de la siguiente manera:

Morales A, del Cura JL, Bueno A, Remartínez E, García B, Méndez S, Martínez S, García P, Pelayo M, Nicolau C, García MA. SEUS 2013-03: El informe en ecografía. Madrid: Sociedad Española de Ultrasonidos SEUS 2013.

Bibliografía:

American College of Radiology. ACR practice guideline for communication of diagnostic imaging findings. (Revised 2010, Resolution 11). Reston, EEUU: American College of Radiology; 2010:1–6.

Berlin L. Pitfalls of the vague radiology report. AJR 2000; 174:1511–1518

Berlin L. Communicating findings of radiological examinations: whither goest the radiologist's duty? AJR 2002; 178:809–8152

Berlin L. Replacing traditional text radiology reports with image-centric reports: A shift from epiphany to enigma? AJR 2006; 187:1156–1159

Berlin L. Communicating results of all radiologic examinations directly to patients: has the time come? AJR Am J Roentgenol. 2007;189:1275–82.

European Society of Radiology (ESR). Good practice for radiological reporting. Guidelines from the European Society of Radiology (ESR) Insights Imaging 2011; 2:93–96

European Society of Radiology (ESR). ESR guidelines for the communication of urgent and unexpected findings. Insights Imaging 2012; 3:1–3

Gunderman R, Ambrosius WT, Cohen M. Radiology reporting in an academic children's hospital: what referring physicians think. Pediatr Radiol 2000; 30:307–314

Servicio de Radiodiagnóstico. Empresa Pública Hospital Costa del Sol. Disponible en <http://www.radiologiamarbella.com/joomla/>.

Stolberg HO. Radiology reporting handbook. Can Assoc Radiol J 2002; 53:63–72

Tardáguila F. Martí-Bonmatí L. Bonmatí J. El informe radiológico: Filosofía General (I), Estilo y contenido (II). Radiología 2004; 46: 195-199.

The Royal College of Radiologists. Standards for the communication of critical, urgent and unexpected significant radiological findings. 2008. Disponible en: http://www.rcr.ac.uk/docs/radiology/pdf/Stand_urgent_reports.pdf