

Plantillas “*check-list*” para valorar e informar ecografías clínicas



**GRUPO DE TRABAJO DE ECOGRAFÍA CLÍNICA DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

EDITORES

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Roser Martínez Mas• Patricia Bote Gascón• María Landa Gárriz | <ul style="list-style-type: none">• Isabel González Bertolín• Fidel Gallinas Victoriano• Adrián Ranera Málaga |
|--|---|

AUTORES

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Sílvia Yevenes Ruiz• Miriam Triviño Rodríguez• Iris Collazo Valduriola• Íngrid Badia Vilaró | <ul style="list-style-type: none">• Enric Alonso Alegre• Aiza Hernández Villarroel• Andrea Suárez Fernández |
|--|---|

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El uso de la ecografía clínica en los servicios de urgencias pediátricos está cada vez más extendido a nivel mundial. Sin embargo, un uso indiscriminado, no homogéneo y sin conocimiento de la evidencia puede conllevar errores e incluso perjudicar la seguridad del paciente.

A fin de promover el uso estandarizado y unificado de las aplicaciones de ecografía clínica, el Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría ha creado las plantillas “*check-list*” que presentamos a continuación.

Las plantillas están dirigidas a personal de urgencias de pediatría que utiliza la ecografía clínica en su práctica clínica diaria. Sin embargo, **para el uso de estas plantillas es necesario un conocimiento previo de la técnica**, tanto a nivel teórico-práctico como en el uso en pacientes a tiempo real.

Los **objetivos** de las plantillas son los siguientes:

- Mostrar los ítems básicos a identificar en aplicaciones específicas de ecografía clínica para que los profesionales tengan presentes los hallazgos a valorar en cada una de ellas.
- Que dichas plantillas sirvan de guía para la elaboración de informes donde se refleje tanto los hallazgos obtenidos como su interpretación final de forma estandarizada y homogénea.

DATOS PERSONALES

Fecha examen: __/__/__

Hora examen: __:__

Sexo: Masculino Femenino Indeterminado

Espacio para etiqueta
del paciente

DATOS MÉDICOS

Médico que realiza la ecografía clínica: _____

Tipo de examen: Inicial De control

Indicación examen:

- Sospecha neumonía Dolor torácico
 Insuficiencia respiratoria aguda Bronquiolitis moderada-severa
 Educacional/Investigación Otras: _____

DATOS DE LA ECOGRAFÍA

Calidad de las imágenes: Adecuada Limitada

Hallazgos: (marcar con una X los hallazgos obtenidos. Si no valorable, no marcar nada)

PLANOS		Deslizamiento pleural	Líneas A	Líneas B	Consolidación	Broncograma	Derrame	Punto pulmón	Otros	No valorable
PULMÓN DERECHO	Campo anterior	SUP								
		INF								
	Campo lateral	SUP								
		INF								
	Campo posterior	SUP								
		INF								
PULMÓN IZQUIERDO	Campo anterior	SUP								
		INF								
	Campo lateral	SUP								
		INF								
	Campo posterior	SUP								
		INF								

INTERPRETACIÓN

- Normal Consolidación (neumonía/atelectasia) Derrame pleural
 Neumotórax Patrón intersticial/alveolo-intersticial Otros: _____
 No valorable

COMENTARIOS

DATOS PERSONALES

Fecha examen: __/__/____
 Hora examen: __:____
 Sexo: Masculino Femenino Indeterminado

Espacio para etiqueta
del paciente

DATOS MÉDICOS

Médico que realiza la ecografía clínica: _____
 Constantes: FC: _____ TA: _____ FR: _____ Sat O2: _____
 Tipo de examen: Inicial De control
 Indicación examen:
 Politraumatismo Traumatismo abdominal Traumatismo torácico
 Educacional/Investigación Otras: _____

DATOS DE LA ECOGRAFÍA

Calidad de las imágenes: Adecuada Limitada
 Hallazgos: (marcar con una X los hallazgos obtenidos)

PLANOS ABDOMINALES Y CARDÍACO	Normal	Líquido libre	Otros	No valorable
Subcostal				
Cuadrante superior derecho		<input type="checkbox"/> SUPRAdiafragmático <input type="checkbox"/> INFRAdiafragmático		
Cuadrante superior izquierdo		<input type="checkbox"/> SUPRAdiafragmático <input type="checkbox"/> INFRAdiafragmático		
Suprapúbico longitudinal				
Suprapúbico transverso				
PLANOS PULMONARES	Deslizamiento presente	Deslizamiento ausente	Otros	No valorable
Hemitórax derecho				
Hemitórax izquierdo				

INTERPRETACIÓN

Normal Neumotórax Líquido libre intraabdominal
 Líquido libre tórax Derrame pericárdico Otros: _____ No valorable

COMENTARIOS

DATOS PERSONALES

Fecha examen: __/__/__

Hora examen: __:__

Sexo: Masculino Femenino Indeterminado

Espacio para etiqueta
del paciente

DATOS MÉDICOS

Médico que realiza la ecografía clínica: _____

Constantes: FC: _____ TA: _____ FR: _____ Sat O2: _____

Tipo de examen: Inicial De control

Indicación examen:

- Compromiso circulatorio Dolor torácico Traumatismo torácico/Politraumatismo
 Compromiso respiratorio Síncope Parada cardiorrespiratoria
 Educacional/Investigación Otras: _____

DATOS DE LA ECOGRAFÍA

Calidad de las imágenes: Adecuada Limitada

Hallazgos: (marcar con una X los hallazgos obtenidos. Si no valorable, no marcar nada)

- PLANO SUBCOSTAL VENA CAVA INFERIOR

PLANO	Tamaño/colapsabilidad normal	Aumentada/fija	Pequeña/colapsada
Axial			
Longitudinal			

- RESTO DE PLANOS

PLANO	Tamaño VD			Tamaño VI			Contractilidad			Derrame pericárdico	
	Normal	↑	↓	Normal	↑	↓	Normal	↑	↓	Presente	Ausente
Subcostal											
Apical 4 cám.											
Paraesternal largo											
Paraesternal corto											

INTERPRETACIÓN

- Normal Hipovolemia Disfunción miocárdica
 Derrame pericárdico Taponamiento Otros: _____ No valorable

COMENTARIOS

DATOS PERSONALES

Fecha examen: __/__/__

Hora examen: __: __

Sexo: Masculino Femenino Indeterminado

Espacio para etiqueta
del paciente

DATOS MÉDICOS

Médico que realiza la ecografía clínica: _____

Indicación examen:

- Descartar derrame articular Educacional/Investigación
 Otras: _____

Localización: (cadera patológica)

- Cadera derecha Cadera izquierda

DATOS DE LA ECOGRAFÍA

Calidad de las imágenes: Adecuada Limitada

Hallazgos: (marcar con una X los hallazgos obtenidos)

PLANO	Espacio articular normal	Aumento receso sinovial anterior >5 mm*	Diferencia de 2 mm respecto a contralateral*	Líquido con ecos en el interior	No valorable
Cadera patológica					
Cadera contralateral					

*Mediciones:

Cadera patológica: _____ mm

Cadera contralateral: _____ mm



INTERPRETACIÓN

- Normal Derrame articular
 Otros: _____ No valorable

COMENTARIOS

DATOS PERSONALES

Fecha examen: __/__/__

Hora examen: __: __

Sexo: Masculino Femenino Indeterminado

Espacio para etiqueta
del paciente

DATOS MÉDICOS

Médico que realiza la ecografía clínica: _____

Indicación examen:

Descartar fractura Educacional/Investigación

Otras: _____

Localización:

Frontal Parietal Occipital Otro: _____

Lateralidad:

Izquierda Derecha Ambas

DATOS DE LA ECOGRAFÍA

Calidad de las imágenes: Adecuada Limitada

Hallazgos: (marcar con una X los hallazgos obtenidos)

PLANO	Cortical íntegra	Sutura/Fontanela	Colección partes blandas	Disrupción cortical	Acabalgamiento cortical	No valorable
Longitudinal						
Transversal						

INTERPRETACIÓN

Normal Fractura Cefalohematoma
 Otros: _____ No valorable

COMENTARIOS

DATOS PERSONALES

Fecha examen: __/__/__

Hora examen: __: __

Sexo: Masculino Femenino Indeterminado

Espacio para etiqueta
del paciente

DATOS MÉDICOS

Médico que realiza la ecografía clínica: _____

Indicación examen:

- Descartar fractura Descartar fractura desplazada
 Educacional/Investigación Otras: _____

Localización:

- Falange Antebrazo Brazo Pierna Muslo Otro: _____

Lateralidad: Izquierda Derecha Ambas

DATOS DE LA ECOGRAFÍA

Calidad de las imágenes: Adecuada Limitada

Hallazgos: (marcar con una X los hallazgos obtenidos; si sólo es un hueso marcar sólo "hueso 1")

	PLANO	Cortical íntegra	Disrupción cortical	Angulación	Acabalgamiento	Hematoma periostio	No valorable
HUESO 1	Dorsal						
	Volar						
	Lateral						
	Medial						
HUESO 2	Dorsal						
	Volar						
	Lateral						
	Medial						

INTERPRETACIÓN

- Normal Fractura rodete Fractura NO desplazada
 Fractura desplazada Otros: _____ No valorable

COMENTARIOS

DATOS PERSONALES

Fecha examen: __/__/__

Hora examen: __: __

Sexo: Masculino Femenino Indeterminado

Espacio para etiqueta
del paciente

DATOS MÉDICOS

Médico que realiza la ecografía clínica: _____

Indicación examen:

- Descartar absceso Descartar cuerpo extraño
 Educacional/Investigación Otras: _____

Localización:

- Pierna Brazo Abdomen/espalda Cara Otro: _____

DATOS DE LA ECOGRAFÍA

Calidad de las imágenes: Adecuada Limitada

Hallazgos: (marcar con una X los hallazgos obtenidos)

PLANO	Tejido estructurado	Tejido NO estructurado	Aspecto en empedrado	Colección*	Cuerpo extraño	Gas subcutáneo	No valorable
Longitudinal							
Transversal							

PLANO	Doppler normal	Doppler aumentado	Colección SIN señal Doppler interior*	Colección CON señal Doppler interior*	No valorable
Doppler color					

*Si presenta colección:

- Tamaño: _____ x _____ x _____ mm
 Profundidad respecto a la piel: _____ mm

INTERPRETACIÓN

- Normal Inflamación/celulitis Absceso
 Cuerpo extraño Otros: _____ No valorable

COMENTARIOS
