



GUÍA CLÍNICA SOCHUMB

Recomendaciones generales para el informe del examen “ultrasonografía obstétrica”

Santiago, Marzo de 2016

Drs. Masami Yamamoto, Huberto Vaccaro, Daniel Pedraza.

Objetivo de la guía clínica:

- Definir los contenidos mínimos del informe en lo técnico, las imágenes que deben adquirirse y los requisitos administrativos mínimos, con el objetivo de lograr un examen válido y adecuado.
- Pretende aclarar requisitos técnicos para uso general en la población.
- Los objetivos de la guía clínica buscan que la práctica médica logre los mejores resultados en términos de salud pública.

I. Nombre del examen:

“Ultrasonografía obstétrica”.

II. Generalidades:

- Bajo este examen se incluyen ecografías realizadas en diferentes momentos de la gestación.
- Las recomendaciones generales y aspectos administrativos del informe ultrasonografía obstétrica son comunes, sin embargo, los objetivos del examen y por ende los contenidos del informe pueden variar según el período del embarazo.
- Un hallazgo detectado en el primer trimestre deberá ser consignado y requiere el correcto seguimiento en los exámenes sucesivos. Una lesión anexial descrita en el primer trimestre, requiere una mención en los exámenes sucesivos, ya sea esté presente o ausente.
- No se incluyen aquí los objetivos específicos de los exámenes 11-14 y 22-24, Doppler fetal o Doppler materno, por la extensión de sus contenidos específicos, y por ser complementarios diferentes y específicos que los objetivos de este examen.

III. Objetivos del examen según períodos del embarazo.



Primer trimestre:

1. Vitalidad
2. Ubicación del embarazo
3. Datación del embarazo
4. Diagnóstico de embarazo múltiple y corionicidad
5. Descartar lesiones anexiales

Segundo trimestre

1. Vitalidad
2. Datación si no hay ecografías previas.
3. Diagnóstico de embarazo múltiple y corionicidad
4. Ubicación placentaria
5. Crecimiento fetal.

Tercer trimestre

1. Vitalidad
2. Datación si no hay ecografías previas.
3. Diagnóstico de embarazo múltiple y su corionicidad.
4. Presentación fetal
5. Ubicación placentaria
6. Crecimiento y bienestar fetal.

Estos objetivos principales de la ecografía obstétrica buscan mejorar aspectos de la salud perinatal, como la edad gestacional, disminuir riesgos fetales y maternos. La aplicación de esta guía permitirá mejorar los resultados individuales y globales de la salud chilena.

Cuáles no son objetivos generales del examen ultrasonografía obstétrica.

- a. Informar sobre la probabilidad de aneuploidías
- b. Informar sobre anomalías congénitas menores
- c. Informar sobre el sexo fetal
- d. Entregar fotos para medios digitales de difusión social, dado el carácter privado y médico del examen.

IV. Contenido del informe



Los contenidos del informe son el desarrollo del documento escrito, deben traducir el cumplimiento de los objetivos propuestos y considerar aspectos administrativos.

1. Condiciones del examen. Se deberá incluir en el informe el equipo utilizado, el tipo de transductor, y la calidad de la imagen obtenida, definida como adecuada y satisfactoria, limitada, inadecuada, difícil visualización. El objetivo es poder aclarar las dificultades del examen que pudieran explicar los resultados.
2. Indicación del examen. Como todo examen médico, debe estar consignado el médico que lo indica, y la sospecha o motivación de realizar el examen. Este puede venir descrito en la orden de solicitud del médico, o ser referido verbalmente por la paciente. En cualquier caso la indicación deberá quedar registrada en el informe.
3. Antecedentes de importancia. Cualquier antecedente médico de importancia será registrado en el informe. Si estos no están escritos, se podrá interpretar que la paciente no los entregó. El registro de los antecedentes permitirá al operador de la ecografía, así como al tratante, interpretar mejor los resultados. Como antecedentes se pueden escribir como “hipertensión arterial crónica”, o “antecedente de prematuridad en embarazo previo”, etc.
4. Datación del embarazo. Todo informe ecográfico deberá incluir la FUR aportada por la paciente, o cualquier otra información importante para este fin, como FUR operacional, fecha de concepción, o fecha de transferencia de embriones. Si no se dispone de una fecha certera, se deberá describir que no se dispone de ellos. La EG deberá definirse por la biometría embrionaria o fetal, corroborada por una FUR segura y confiable. La dispersión aceptable para que la ecografía confirme una FUR está dado por la siguiente tabla:

Medida	Edad Gestacional obtenida por la medición:	Dispersión aceptable
LCN	5 ½-7 semanas	+ - 3 días
LCN	7 a 12 semanas	± 4 días



DBP	12 a 17 semanas	± 7 días
DBP	18 a 24 semanas	± 11 días
DBP	24 a 28 semanas	± 14 días
DBP	29 o más semanas	± 21 días

Si la ecografía define que la edad gestacional difiere en más días que lo aceptable, deberá informarse según la ecografía, y adjuntar que la EG tiene una dispersión, entre paréntesis.

5. Presentación fetal. Todas las ecografías después de las 22 semanas o más de 500g deberán informar la presentación. Antes de ello, es una información prescindible, dado que no afectará el resultado perinatal.
6. Ubicación placentaria. Para la disminución de hemorragia y riesgo materno, la ubicación placentaria deberá ser descrita en todas las ecografías después de las 22 semanas o más de 500 de peso fetal estimado. Placenta previa oclusiva es aquella que su borde llega o cubre el orificio cervical interno. Placenta baja es aquella que su borde está a menos de 3cm del orificio cervical interno. Ecográficamente, no se utilizará la nomenclatura de placenta previa parcial, por no ser posible de distinguirlo de la placenta previa marginal, que es un subtipo de oclusiva.
7. Crecimiento fetal. El crecimiento fetal deberá estar consignado en todos los informes, definido como la medición estándar del diámetro biparietal, fronto-occipital, perímetro abdominal y longitud femoral. La fórmula recomendada es Hadlock DBP-CA-Fe, dado que ha probado ser la fórmula que mejor se correlaciona con el peso fetal en Chile. Para cada medición, deberá indicarse si está bajo p5, o el percentil para la edad gestacional. Este último puede ser representado en cifras o dentro de una figura donde se pueda evaluar el punto de la medición actual. (Fórmula a usar: Hadlock, disponible en todos los equipos de ultrasonografía) La medición de las estructuras debe considerar:
 - a. Diámetro biparietal. Existen tablas internacionales.
 - b. Diámetro fronto-occipital
 - c. Perímetro abdominal
 - d. Longitud del fémur

Se podrá incluir la edad gestacional promedio de las mediciones, o la que corresponde a cada medición de biometría, cuando esté bajo 22 semanas, o cuando no haya ecografías previas en la paciente. Se prefiere que el



informe no incluya esta información, si la paciente tiene la edad gestacional bien determinada.

8. Bienestar fetal. La evaluación del bienestar fetal de una ecografía obstétrica debe considerar en forma básica y mínima los movimientos fetales y el líquido amniótico. En caso de haber dudas, se podrá realizar un perfil biofísico, el cual se considerará necesario en caso que el operador encuentre que haya poca movilidad fetal durante el examen.
9. El líquido amniótico debe describirse en todo exámen, como normal, aumentado o polihidroamnios, disminuido o oligoamnios, según corresponda. Se puede informar el Índice de líquido amniótico si el operador lo considera.

10. Conclusiones

- a) Debe incluirse siempre la condición de embarazo único o múltiple.
- b) Debe incluirse la edad gestacional, y la precisión de ella (por FUR, por ecografía precoz, etc).
- c) Debe incluir el diagnóstico del crecimiento fetal, especialmente si está bajo el percentil 10 de la curva de crecimiento.
- d) Debe incluir en texto todas las anomalías encontradas.
- e) Cualquier sugerencia a la paciente, deberá estar por escrito. No se aconseja indicar verbalmente decisiones categóricas, o sobre el pronóstico, si estas no pueden quedar por escrito.

V. Aspectos administrativos del informe ecográfico. Se debe incluir:

- a. Datos del paciente:
 - i. Nombre completo, RUT.
 - ii. Indicación
 - iii. Antecedentes médicos de interés
- b. Del lugar y momento del examen
 - i. Fecha del examen
 - ii. Dirección
 - iii. Teléfono
 - iv. Mail o sitio web, si corresponde.
- c. De la validez clínica del examen:
 - i. Deben incluirse las imágenes que sean representativas de lo descrito en el texto, tomadas durante el examen, realizadas



- por quien informa. Las mediciones deberán estar representadas en las imágenes incluidas en el informe.
- ii. Todos los hallazgos patológicos deberán incluir una imagen.
 - iii. Debe disponerse de una copia del examen, con las imágenes entregadas, para casos de auditoría clínica o médico legal. Las imágenes se almacenarán un año y los informes, tres años.
- d. De los realizadores del examen
- i. Nombre, apellido paterno, inicial del apellido materno.
 - ii. Identificador del operador, como RUT, inscripción del Colegio Médico, número de socio de Sochumb, Sochog, o Conacem.
 - iii. Especialidad de ginecología y obstetricia si corresponde.
 - iv. Firma del operador que se hace responsable del exámen, haciéndose responsable del contenido del informe.
 - v. Iniciales de la secretaria digitadora.
- VI. Grabación y acompañantes durante el examen.
- a. Los medios visuales no deben ser grabados por los pacientes, salvo expresa autorización del médico operador, en partes limitadas. El examen, como proceso de adquisición de imágenes, necesita tiempo, dedicación, concentración, y no es posible que se revise como proceso auditable por los pacientes.
 - b. No es requisito de los ecografistas entregar material grabado de todo el examen o una parte de él.
 - c. El carácter médico del exámen, que busca aclarar diagnósticos y objetivos sanitarios declarados en este documento, hacen necesario que se realice con la mayor tranquilidad, sin desconcentrar la atención hacia niños u otros distractores. La autorización de distractores y la realización del examen con otros fines a los médicos descritos, puede desviar las finalidades para la cual el examen se requiere, alterando su calidad, y produciendo costos excesivos por sus errores.
- VII. Los operadores deben ser las profesionales que tienen entrenamiento específico en el diagnóstico de condición de normalidad y las patologías, el correcto pronóstico y en conocimiento de las complicaciones.



REFERENCIAS

1. Salomon L, Alfirevic Z, Berghella V et al. Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37:116-126.
2. AIUM Practice Parameter for the performance of the obstetric ultrasound examination. Ultima descarga marzo de 2016. <http://www.aium.org/resources/guidelines/obstetric.pdf>
3. Ultrasonography in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 101. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;113: 451–61.
4. Ultrasonography in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 101. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;113: 451–61.