

Nº 310

Tipo: Comunicación oral

# Doble lectura de las TC craneales urgentes, ¿qué factores influyen en el grado de discrepancia?

Dra. Ana Moreno Pastor<sup>1</sup>, Dra. Irene Vicente Zapata<sup>1</sup>,  
Dra. M<sup>ª</sup> Jesús Gayán Belmonte<sup>1</sup>, Dr. José María  
García Santos<sup>1</sup>, Dr. Juan Alfonso Soler Barnés<sup>2</sup>.

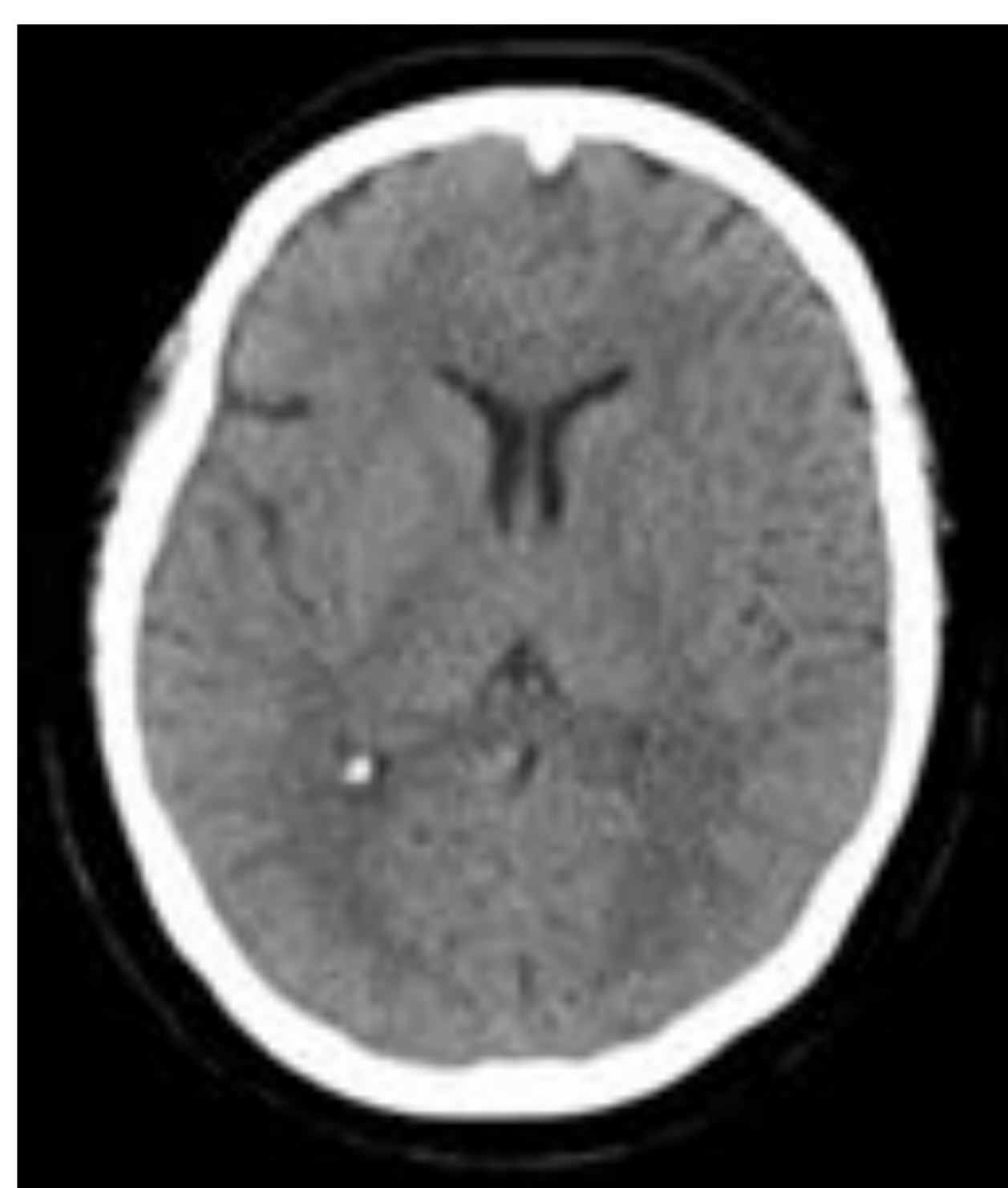
<sup>1</sup>Hospital General Universitario Morales Meseguer,  
Murcia; <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la  
Arrixaca, Murcia

# OBJETIVO

Identificar qué factores intervienen en el grado de discrepancia entre el informe radiológico primario (IRP) y el de doble lectura (DL) de las TC craneales urgentes.

# MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo retrospectivo unicéntrico de las discrepancias detectadas en la doble lectura de las TC craneales urgentes realizadas durante un año en turno de guardia en un hospital de segundo nivel.



Octubre 2014

2434  
informes

Octubre 2015



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Neurorradiólogo de guardia

Error de no mecanización de la doble lectura

# MATERIAL Y MÉTODO

## DEFINICIÓN DE DISCREPANCIA:

- **Discrepancia:** Todo cambio detectado entre 1ª y 2ª lectura.
- **Mayores / Menores:** Según condicionen o no, cambio en la actitud clínica.



Tres neurorradiólogos realizaron la doble lectura, sin el informe radiológico primario, que leyeron después.



# MATERIAL Y MÉTODO

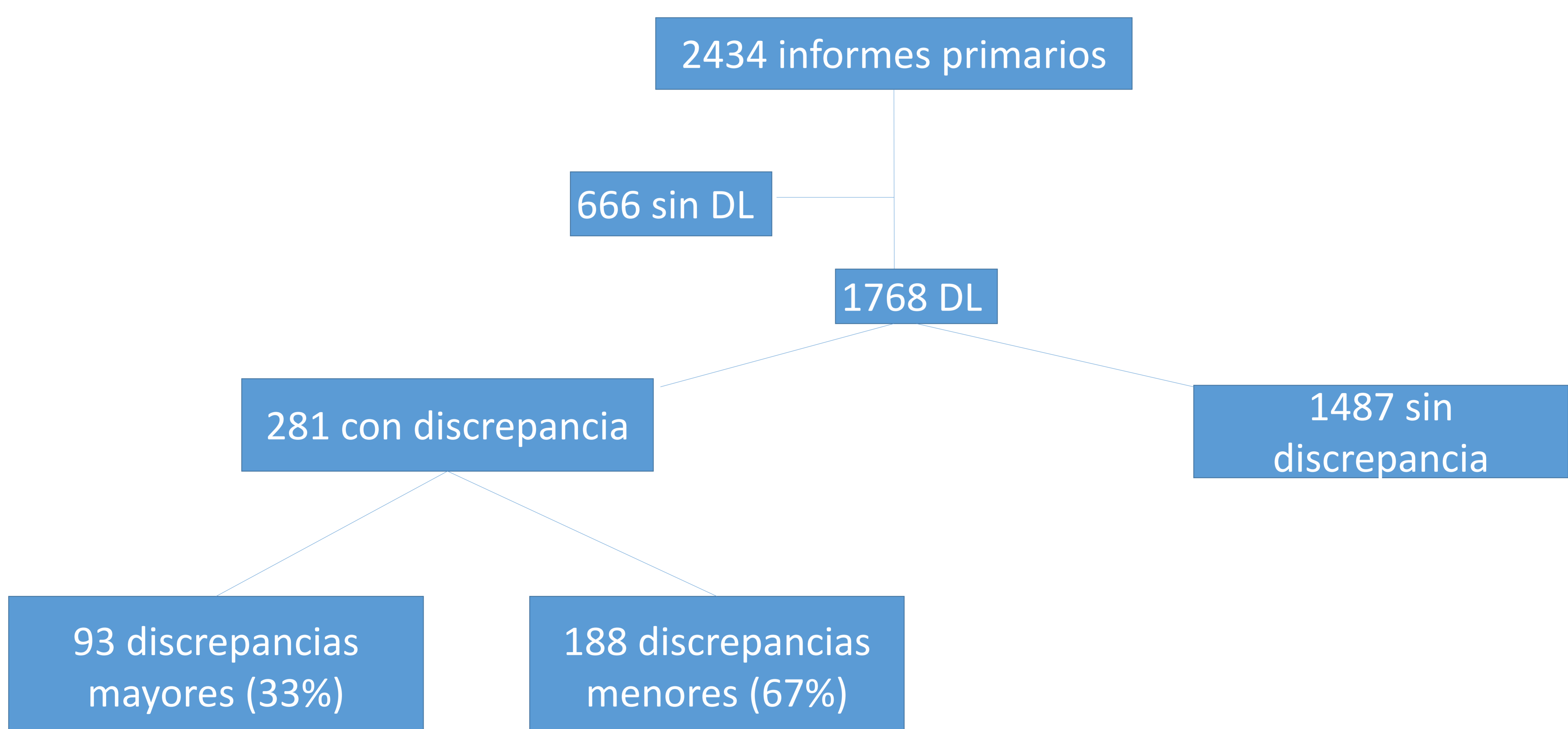
## VARIABLES

Edad, sexo	Fecha de la TC
Servicio peticionario	Turno de validación
Información clínica aportada en la petición	Radiólogo que valida
	Nº de estudios informados en la guardia
Protocolo de estudio	Hallazgos diagnósticos
Existencia de estudios de imagen previos	Neurorradiólogo que realiza la doble lectura

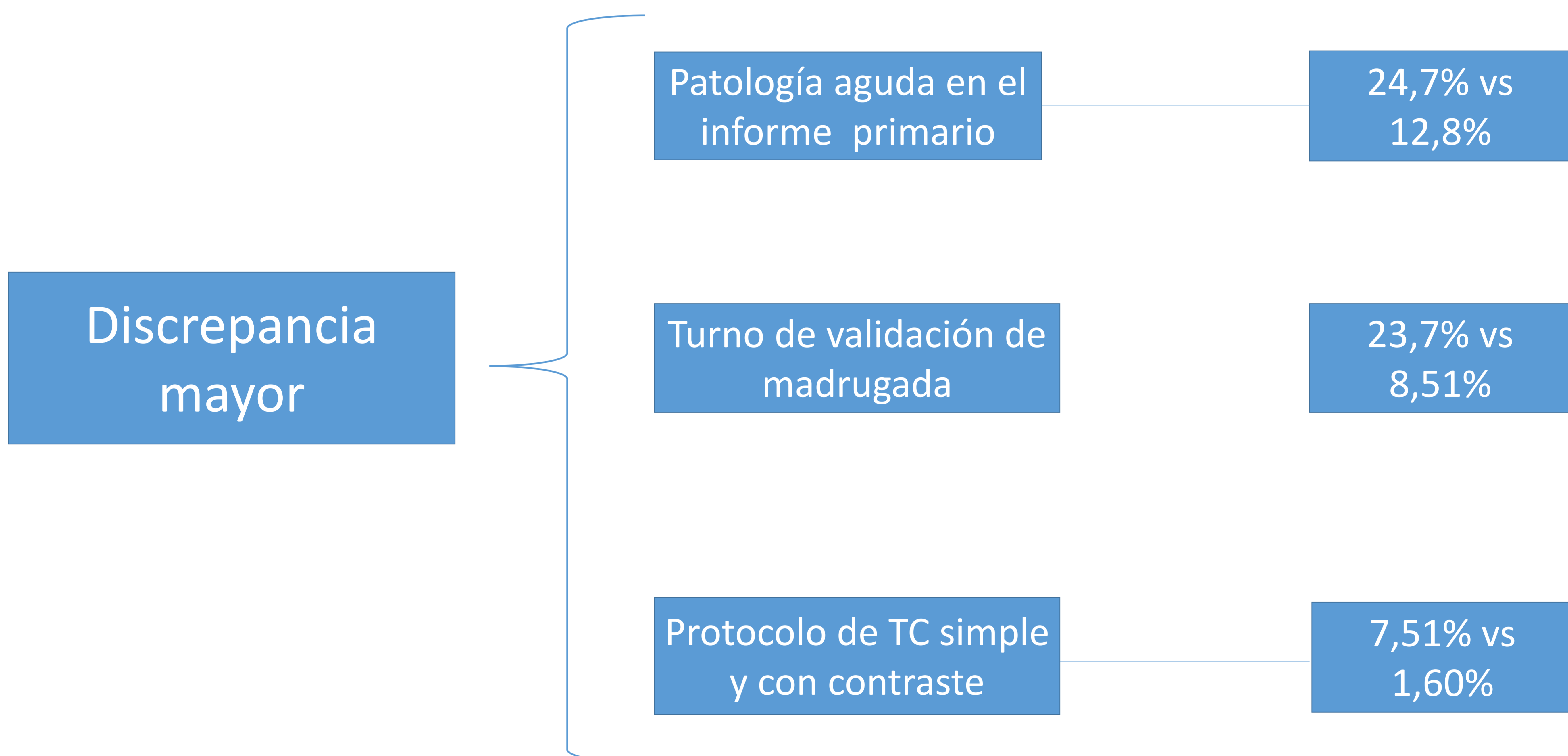
Las variables cuantitativas se expresaron como medias  $\pm$  desviación estándar o mediana y rango intercuartil según la distribución fuera o no normal (test de Shapiro-Wilk) y las cualitativas como frecuencias y porcentajes.

Para comparar grupos se utilizaron los test de t de student, U de Mann-Whitney y Ji2 de Pearson o test exacto de Fisher respectivamente. Significación estadística (P<0,05).

# RESULTADOS



# RESULTADOS



# CONCLUSIONES

Los principales factores favorecedores de discrepancia mayor fueron el **diagnóstico de patología aguda** en el informe radiológico primario y el **turno de validación de madrugada**.



# BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Geijer H, Geijer M (2018). Added value of double reading in diagnostic radiology, a systematic review. *Insights into Imaging* 9:287–301.
- 2.- Lauritzen PM, Hurlen P, Sandbaek G, Gulbrandsen P (2015). Double reading rates and quality assurance practices in Norwegian hospital radiology departments: two parallel national surveys. *Acta Radiol* 56:78–86.
- 3.- Husby JA, Espeland A, Kalyanpur A, Brocker C, Haldorsen IS (2011). Double reading of radiological examinations in Norway. *Acta Radiol* 52:516–521.
- 4.- Guerin G, Jamali S, Soto CA, Guilbert F, Raymond J (2015). Interobserver agreement in the interpretation of outpatient head CT scans in an academic neuroradiology practice. *AJNR Am J Neuroradiol* 36:24–29.
- 5.- Agostini C, Durieux M, Milot L et al (2008). Value of double reading of whole body CT in polytrauma patients. *J Radiol* 89:325–330.
- 6.- Lauritzen PM, Andersen JG, Stokke MV et al (2016). Radiologist-initiated double reading of abdominal CT: retrospective analysis of the clinical importance of changes to radiology reports. *BMJ Qual Saf* 25:595–603.
- 7.- Lian K, Bharatha A, Aviv RI, Symons SP (2011). Interpretation errors in CT angiography of the head and neck and the benefit of double reading. *AJNR Am J Neuroradiol* 32:2132–2135.
- 8.- Agrawal A, Koundinya DB, Raju JS, Agrawal A, Kalyanpur A (2017). Utility of contemporaneous dual read in the setting of emergency teleradiology reporting. *Emerg Radiol* 24:157–164.