



## 1294 - ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS DE LA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL.

*Sergi Aguilar I Ginés, Josep Ferrer Arbaizar, Verónica Enguita Grauliana, Mireia Torres Avilés, Joan Romeu Fontanillas, Xoel Pena Pérez, María Delgado Capel y María Cristina Tural Llacher.*

*Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la actividad asistencial de nuestra Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) desde 2018 hasta la actualidad.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de la actividad de la UDR a partir del registro informático de datos.

**Resultados:** Entre el 12/01/2018 y el 25/10/2022, la UDR de nuestro hospital ha atendido a un total de 601 pacientes (50,7% mujeres), con una edad media de 58,98 años (desviación estándar (DE)  $\pm$  18,15). El 44,9% de los pacientes procedían de Atención Primaria, el 27% de Urgencias y el 28,1% de otros servicios del hospital. El tiempo de evolución de los síntomas antes de la primera visita fue de 1 mes de mediana [rango intercuartílico (RIQ): 0-4]. El tiempo hasta la primera visita fue de 9,5 días de media (DE  $\pm$  9,8) con una media de visitas por paciente desde la primera visita hasta la visita-diagnóstico de 2,43 (DE  $\pm$  1,15). Globalmente, la media de visitas por el diagnóstico de procesos neoplásicos (sólidos o hematológicos) fue superior que por el diagnóstico de procesos no neoplásicos [2,55 (DE  $\pm$  1,17) vs. 2,40 (DE  $\pm$  1,51), respectivamente]. El tiempo entre la primera visita y la visita del diagnóstico fue de 23 días (IQR: 7-21). La media de tiempo entre la solicitud y la práctica de la primera exploración complementaria (PEC) fue de 9 días (RIQ 0-16). En el 23,6% de los casos la PEC fue la analítica, en el 22% la TAC, en el 21,6% la ecografía + PAAF/BAG y en el 8,5% el estudio endoscópico. En los últimos años se ha detectado un incremento de la solicitud de las TACs como PEC (13,3 vs. 27,4% en 2018 y 2022, respectivamente) y una disminución de las ecografías + PAAF/BAG (52 vs. 19,1% en 2018 y 2022, respectivamente). De los 601 pacientes, requirieron ingreso el 8% (N = 48/601), de los cuales el 64,5% (N = 31/48) presentaron como diagnóstico final la neoplasia. El motivo de consulta más frecuente fue: la presencia de tumoraciones periféricas 36,5% (de las cuales, 33% eran adenopatías y el 3,5% tumoraciones óseas o de partes blandas), seguido del síndrome tóxico 34%, el dolor abdominal 9,3%, las tumoraciones o masas abdominales 6,3%, la fiebre 6,3% y la anemia 6,1%. Los principales diagnósticos fueron: neoplasia sólida o hematológica 19,4% (sólida 12,3% y hematológica 7,1%), TBC 1,8% y enfermedades benignas en un 54,7%. De los 73 pacientes con neoplasia sólida, el 39,7% tenía una neoplasia diseminada. Encontramos una asociación significativa entre dolor abdominal y el diagnóstico de neoplasia (17,9 vs. 7,2%,  $p = 0,001$ ), y entre la presencia de masas abdominales y el diagnóstico de neoplasia (16,2 vs. 3,9%,  $p < 0,001$ ). En este estudio no objetivamos relación estadísticamente significativa entre la presencia de síndrome tóxico, anemia o adenopatías con el diagnóstico de

neoplasia.

*Conclusiones:* La UDR es una herramienta eficaz y eficiente en el diagnóstico de enfermedad grave que requiere respuesta ágil. La optimización de las UDR requeriría recursos económicos que permitieran mejorar los circuitos de las exploraciones complementarias, así como profesionales entrenados en el cribado de enfermedades graves.