



1205 - LA ECOGRAFÍA CLÍNICA Y SU IMPACTO DURANTE EL INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Laura Oriente Frutos¹, David Bonet Tur¹, Ana María Macías Quijano², Isabel Trouillhet Manso¹, Daniel García Gil¹, Blanca Garrido Gamarro², Ana Vanesa Cepero Díaz¹ y Ana Calzada del Valle¹

¹Hospital San Carlos, San Fernando, España. ²Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España.

Resumen

Objetivos: Describir y analizar el impacto de la realización de ecografía clínica en pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes dados de alta del servicio de Medicina Interna del Hospital San Carlos entre el 01/09/2022 y el 11/10/2022. De los 117 pacientes recogidos, se registraron las características demográficas, así como el motivo de ingreso, las escalas de valoración Barthel, Braden y Pfeiffer, los estudios realizados durante el ingreso incluyendo el número de análisis, de pruebas radiológicas, la realización de ecografía clínica y los fallecimientos. Se utilizó el programa SPSS v 29 para el análisis descriptivo de variables (mediana, desviación estándar, frecuencias, test de comparación de medias para muestras independientes). La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: Nuestra población ($n = 117$) presentaba un 60,7% de varones y una mediana de edad de 79,2 ($\pm 13,858$) años, encontrándose 22 (18,8%) de ellos institucionalizados. Los pacientes presentaban un índice de Barthel medio de 43,08 (dependencia moderada), escala de Braden de 15,07 (riesgo leve para el desarrollo de UPP), y Pfeiffer de 5,16 fallos (deterioro cognitivo moderado). Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: infección respiratoria (33%), causas digestivas (17,9%), insuficiencia cardiaca (10,3%), y causas urológicas (9,4%). La estancia media fue de 8,56 días. Durante el ingreso, 24 pacientes (20,5%) fallecieron. A 49 pacientes (41,9%) se les realizó ecografía clínica durante el ingreso. Este grupo, tuvo una estancia media de 9 días (frente a 8,24 de no ecografía, $p 0,517$), una media de 4,96 analíticas (4,24 el grupo de no ecografía, $p 0,252$), 1,67 radiografías (frente a 1,24 del grupo de no ecografía, $p 0,084$), y 1,85 episodios de retención aguda de orina (frente a 1,99 de no ecografía, $p 0,006$). El principal motivo de ingreso del grupo de paciente a los que se realizó ecografía clínica fue insuficiencia cardiaca (60,3%) seguido de causas urológicas (25,2%), incluyéndose en este último grupo infecciones urinarias asociadas a enfermedad renal, pielonefritis agudas y sepsis urinarias; y causas digestivas, incluyéndose colecistitis agudas y colangitis (10,2%). En el grupo de pacientes a los que no se realizó ecografía clínica el principal motivo de ingreso fue infección respiratoria (40,3%) seguido de causas oncológicas (13,6%). Un 1,86% de estos pacientes fallecieron (frente a 1,75% de no ecografía, $p 0,159$). El índice de Barthel medio de los pacientes a los que se realizó ecografía clínica fue de 55 frente a 40,3 en los que no se realizó.

Discusión: Entre los pacientes a los que se les realizó ecografía clínica, la estancia media, el número de análisis y de pruebas radiológicas fue mayor, sin llegar a resultar estadísticamente significativo, en probable relación con la mayor complejidad y comorbilidad de dichos pacientes. No obstante, se precisaría probablemente de un número de pacientes mayor para acercarnos a resultados más significativos.

Conclusiones: La realización de ecografía clínica durante el ingreso puede convertirse en una herramienta fundamental para mejorar la calidad asistencial, el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes.