



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

*Laura Oriente Frutos<sup>1</sup>, David Bonet Tur<sup>1</sup>, Ana María Macías Quijano<sup>2</sup>, Isabel Trouillhet Manso<sup>1</sup>, Daniel García Gil<sup>1</sup>, Blanca Garrido Gamarro<sup>2</sup>, Ana Vanesa Cepero Díaz<sup>1</sup> y Ana Calzada del Valle<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital San Carlos, San Fernando, España. <sup>2</sup>Hospital 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.