



851 - IMPACTO DE UN CIRCUITO DE PRIORIZACIÓN EN LA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Isabel Depoorter Ruelle, Alexandra Arias Costa, David Filella Agulló, Rebeca Desirée Moras Sarabia, Laia Matas Pericas, Nerea Hernández de Sosa y Jordi Casademont

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar el impacto de un circuito de priorización de pruebas de imagen en una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) de un hospital terciario.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional donde se analizó el impacto de la implementación de un circuito de priorización de pruebas de imagen en la UDR. Se evaluaron 2 periodos: periodo A sin implementación del circuito (enero-marzo 2023) y periodo B con la implementación del circuito (enero-marzo 2024). Se han incluido todos los pacientes visitados por primera vez durante estos periodos. El circuito iniciado fue la diferenciación de las pruebas en prioridad "1" o "2" según el criterio médico.

Resultados: Se incluyeron 225 pacientes: 122 (54,2%) mujeres, con edad media de 61,3 años (DE 16,4). En la tabla 1 se describen las características generales de nuestra muestra. En el periodo A se visitaron 86 pacientes y en el periodo B, 139. El tiempo transcurrido entre derivación y primera visita fue de 12 días (IQR 6,8-19,3) en el A y de 6 días (IQR 4-9) en el B, con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En la tabla 2 se describen los días entre solicitud y realización de pruebas de imagen. Los resultados más destacables fueron en la radiografía de tórax (0 días respecto 7 días) y en la ecografía abdominal con prioridad 1 (6 días respecto 13). En los TCs de abdomen, la mediana de días con prioridad 1 fue de 5 días (respecto 3,5 sin prioridad) y de tórax 6 días (respecto 5 sin prioridad). El análisis incluyendo todas las pruebas del periodo A y todas las del periodo B con prioridad 1 fue estadísticamente significativa ($p = 0,039$). No hemos observado diferencias estadísticamente significativas por cada prueba de imagen, a excepción de la radiografía de tórax ($p < 0,001$).

Tabla 1. Características generales (n = 225)		
Edad	Años (\pm DE)	61,3 (\pm 16,4)
Mujeres	Nº (%)	122 (54,2%)
Motivo de derivación	Nº (%)	
Síndrome constitucional	68 (30,2%)	
Adenopatía a estudio	44 (19,6%)	
Anemia	38 (6,9%)	

Lesiones ocupantes de espacio	18 (8%)
Fiebre de origen desconocido	3 (1,3%)
Otros	54 (24%)
Origen de derivación	Nº (%)
Centro de Salud	95 (42,2%)
Urgencias	81 (36%)
Intrahospitalaria	49 (21,7%)

Tabla 2. Rapidez en la realización de pruebas de imagen (mediana de días [IQR])

	Periodo A (n = 66)	Periodo B (n = 103, P1 = 90, P2 = 13)	p	
Pruebas de imagen	6 (1-13,3)	4 (1-11)		SP/CP 0,327
SP/P1 0,039				
Radiografía de tórax	n = 22 7 (0-14)	n = 26	SP/CP: < 0,001	
Ecografía abdominal	n = 14 13 (6-21,6)	Global	n = 18	SP/CP: 0,732
	Prioridad 1	n = 11 6 (3-12)	SP/P1: 0,125	
	Prioridad 2	n = 7 19 (14-28)	SP/P2: 0,156	
TC de abdomen	n = 16 3,5 (1-6)	Global	n = 29	SP/CP: 0,061
	Prioridad 1	n = 27 5 (4-8,5)	SP/P1: 0,069	
	Prioridad 2	n = 2 24,5 (2-24,5)	SP/P2: 0,357	
TC de tórax	n = 14 5 (1,8-8)	Global	n = 30	SP/CP: 0,081
	Prioridad 1	n = 27 6 (4-12)	SP/P1: 0,081	
	Prioridad 2	n = 3 19 (17-19)	SP/P2: 0,097	

SP: sin prioridad;
CP: con prioridad;
P1: prioridad 1; P2: prioridad 2.

Conclusiones: A pesar de la ausencia de diferencia estadísticamente significativa por cada prueba de imagen (a excepción de radiografía de tórax), se aprecia una mejora en la rapidez de realización de la ecografía abdominal después de la implementación del circuito de priorización. Los TCs de abdomen y de tórax no reflejan esta mejoría entre periodos porque el clínico a cargo de la UDR en el periodo A empleaba mucho tiempo en gestión (llamadas y/o correos) para agilizar dichas pruebas, mientras que en el periodo B ya no era necesario y se trataba de un proceso automático. Podemos concluir que tras la instauración del circuito de priorización hemos observado un ahorro de tiempo de gestión de las pruebas al clínico. Con consecuencia directa en la contribución de aumentar el número de pacientes visitados por el mismo clínico y mejorar en la rapidez de programación de

primeras visitas, sin necesidad de aumentar el número de clínicos. En global, favorece al buen funcionamiento de la UDR, mejorando su eficiencia, la optimización de recursos y la disponibilidad para realizar las primeras valoraciones, pudiendo reducir el retraso diagnóstico de enfermedades potencialmente graves. Las implantaciones de circuitos con los diferentes servicios del hospital y su implicación son fundamental para el correcto funcionamiento de una UDR.