



<https://www.revclinesp.es>

V-119 - ¿CÓMO INFLUYE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA?

D. Gérez Neira, M. Villa García y M. López Zúñiga

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Resumen

Objetivos: Analizar cuál era el motivo por el que fueron ingresados los pacientes a los que se les solicitó una ecocardiografía en su proceso diagnóstico, el motivo de petición y los diagnósticos al alta de estos pacientes; así como la correlación entre éstos.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra aleatorizada de pacientes atendidos por el servicio de M. Interna a los que se le solicitó una ecocardiografía durante su hospitalización entre febrero y junio de 2017. Se realizó una revisión sistemática de la historia clínica investigando el motivo de ingreso, el de solicitud de la prueba y el diagnóstico al alta.

Resultados: Se reclutó una muestra de 95 pacientes, con una edad media de 70,53 años (16-92 años), siendo el 89,6% mayores de 50 años y estando el 61,5% comprendido entre los 70-89 años. El 53,1% de los pacientes eran varones. Se analizaron los principales motivos de ingreso: un 22,1% ingresó por disnea de probable origen cardíaco, 15,8% por infección respiratoria; 13,7% por deterioro general; el 8,4% por dolor no torácico y en un 6,3% por aumento del perímetro de miembros inferiores o fiebre sin foco, dándose otros motivos en menor porcentaje. El motivo de solicitud de la ecocardiografía fue en un 41% insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), un 11,6% por disnea de origen incierto; el 9,5% por síndrome febril sin foco, y menos del 4% con motivos tales como debut de una fibrilación auricular, sospecha hipertensión pulmonar o dolor torácico. Más del 50% de los diagnósticos principales al alta se distribuyeron entre dos síndromes: ICC (28,2%) e infección respiratoria (24,2%). Cabe destacar otros diagnósticos como enfermedad neoplásica (7%), enfermedad tromboembólica e insuficiencia respiratoria de origen mixto con un 4%. El 32,6% restante fueron otros diagnósticos aislados. Analizamos en mayor profundidad la rentabilidad diagnóstica de la ecocardiografía en los pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca (38): el 52,6% presentaba una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) deprimida, el 24% no severa y el 24,57% grave. En los pacientes dados de alta con ICC como diagnóstico principal (25), el 48% tenía una FEVI deprimida. De aquellos pacientes en los que la ICC era un diagnóstico secundario (24) en todos se detectó disminución de la FEVI, no grave en el 22,7% y severa en el 35,7%.

Discusión: La orientación diagnóstica es determinante a la hora de obtener una mayor rentabilidad de la ecocardiografía. Si bien es cierto que se trata de una prueba no invasiva, el que consigamos extraer su máxima utilidad va a depender en gran medida de su indicación. Su utilidad es indiscutible a la hora de diagnosticar disfunciones cardíacas, pero también la negatividad de la prueba va a cercarnos el diagnóstico diferencial y con ello esclarecerá el diagnóstico definitivo.

Conclusiones: En nuestro análisis descriptivo resalta la amplia diversidad diagnóstica a la que se enfrenta el internista en su práctica habitual. La ecografía clínica debe considerarse como una herramienta más, aplicable en múltiples escenarios y siendo determinante en muchas ocasiones para alcanzar el diagnóstico final.