



<https://www.revclinesp.es>

2205 - UTILIDAD DE LA ESCALA DE WELLS, EL D-DÍMERO Y LOS CRITERIOS PERC PARA MEJORAR EL RENDIMIENTO DEL ANGIO-TAC PULMONAR ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN URGENCIAS

Andrea Carlota Pampín Castelo¹, Bálma Homedes Pedrer¹, Ana Requena de Vega¹, María del Mar Serrats López¹, Marta María Berned Sabater², María Reyes Aguinaco Culebras³, David Gerardo Riesco Acevedo¹ y José Antonio Porras Ledantes¹

¹Medicina Interna, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España. ²Urgencias, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España. ³Hematología, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España.

Resumen

Objetivos: Analizar si la aplicación de la escala clínica de Wells (EW), la determinación del D-dímero y los criterios PERC (*Pulmonary Embolism Ruleout Criteria*) permiten mejorar la adecuación diagnóstica y el rendimiento del angio-TAC pulmonar (a-TACp) en pacientes con sospecha de TEP atendidos en un servicio de urgencias de un hospital general de segundo nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva a pacientes a quienes se les realizó un a-TACp por sospecha de TEP atendidos en el Servicio de Urgencias entre junio-diciembre de 2022. Se definió como angio-TAC justificado al realizado a pacientes con: Grupo 1 EW > 6 (alta probabilidad); Grupo 2 EW 2-6 (probabilidad intermedia) y D-dímero > 500 ng/ml; Grupo 3 EW < 2 (baja probabilidad), PERC < 8 y D-dímero > 500 ng/ml. El análisis de datos se realizó con SPSSv23.

Resultados: Se realizaron un total de 358 a-TACp por sospecha de TEP agudo. La edad media de los pacientes fue de $67,3 \pm 16,4$ años y un 55,5% eran varones. La realización del a-TACp estuvo justificada en 321 pacientes (89,6%); siendo 91 positivos para TEP (28,3%). En 37 (10,3%) pacientes, el a-TACp no estaba justificado, siendo 1 positivo (2,7%). En el análisis por grupos se demostraban diferencias estadísticamente significativas: Grupo 1 con 11 de 20 pacientes (55%) con a-TACp positivo. El Grupo 2 con 137 pacientes, 128 tenían el D-dímero positivo y 54 (42,2%) un a-TACp positivo; y por último el Grupo 3 con 201 pacientes, 191 (95%) con PERC < 8, 173 (86%) tenían un D-dímero > 500 ng/ml y con a-TACp positivo en 27 (15,6%). En este Grupo 3 ninguno de los 18 pacientes con D-dímero negativo tuvo un a-TACp positivo. Se analizaron de forma individual los diferentes ítems de EW destacando el de “Otros diagnósticos son menos probables que TEP” que fue positivo en el 100% de los pacientes del Grupo 1 y en el 59,9% del Grupo 2 ($p = 0,000$).

Discusión: La utilización de las escalas de probabilidad clínica como herramientas pretest en el TEP representan una asignatura pendiente en los servicios de urgencias hospitalarios. En nuestro estudio, aunque de forma retrospectiva, la utilización de la EW clasificó al 43,9% de los pacientes como de alta o intermedia probabilidad clínica con un rendimiento diagnóstico del a-TACp elevado (41,4%). Por otro lado, el uso combinado de EW, D-dímero y PERC hubiese permitido evitar la realización de a-TACp no necesarios al 10,3% de pacientes.

Conclusiones: El uso sistemático de la EW y una sospecha clínica elevada mejora el rendimiento diagnóstico del a-TACp en las urgencias hospitalarias. La aplicación estructurada de EW, D-dímero y PERC integrada en la práctica clínica habitual aumenta la seguridad de los pacientes reduciendo el uso innecesario de recursos.

Bibliografía

Sanjuán P, et al. Escalas de probabilidad clínica en embolia pulmonar: ¿se siguen en la práctica? Arch Bronconeumol. 2014;50(5):172-8.