



## T-35. - CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Argenta Fernández<sup>1</sup>, M. García García<sup>1</sup>, T. García Guerrero<sup>2</sup>, L. Mateos Polo<sup>1</sup>, I. González Fernández<sup>1</sup>, R. Fernández Santalla<sup>1</sup>, J. Herráez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

<sup>2</sup>Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

### Resumen

**Objetivos:** Estudio retrospectivo sobre las características clínicas de los pacientes diagnosticados de TEP en el Servicio de Medicina Interna I de Salamanca entre 2011 y 2012.

**Métodos:** Se seleccionaron todas las historias de los pacientes diagnosticados de TEP entre las fechas señaladas, recogiendo: datos demográficos, factores de riesgo, síntomas y signos, resultados analíticos (dímero D, proteínas C y S, antitrombina y gasometría arterial), electrocardiograma, pruebas de imagen y tratamiento. La estadística se realizó con el sistema SPSS 20.

**Resultados:** Se analizaron 68 historias de pacientes diagnosticados de TEP. De éstas, el 58,8% correspondían a mujeres, con edad media de 75 años, y el 41,2% a hombres, con edad media de 68,7 años. Como factores de riesgo destaca la inmovilización (29,4%), traumatismo (13,2%) y la cirugía (11,8%). Se encontró neoplasia de base en el 16,2% (destacando próstata y ginecológicos). El 16,2% eran diabéticos y el 33,8% eran obesos. Un 13,2% de los pacientes tenía antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) previa y un 5,9% de TEP. El 7,4% eran fumadores activos. Los síntomas más frecuentes fueron disnea (83,8%), síncope (79,1%), dolor pleurítico (38,2%), dolor en extremidades inferiores (20,6%), presíncope (19,1%) y hemoptisis (11,8%). Para estudio de trombofilia, se determinó la proteína C en 17,6%, la proteína S en 4,4% y la antitrombina en 19,1%, siendo en todos normal. El dímero D fue positivo en todos los pacientes en los que se determinó (82%). En la gasometría arterial, la alteración más frecuente fue la hipocapnia (22,1%) seguida de insuficiencia respiratoria global (19,1%), hipoxemia (5,9%), y normal en el 11,8%. El ECG fue normal en 47,1%, seguido de inversión de la onda T (19,1%) y bloqueo de rama derecha (13,2%). Destaca la baja frecuencia del patrón S1Q3T3 (10,3%). La tomografía axial computarizada de arterias pulmonares se utilizó como prueba diagnóstica en todos los pacientes excepto en uno, que se optó por una gammagrafía de ventilación perfusión. A un 45,6% se realizó ecografía de miembros inferiores venosa (positiva en el 23,5%). Se realizó ecografía a 15 pacientes asintomáticos (positiva en 3 casos). El ecocardiograma fue realizado al 8,8% de los pacientes objetivando disfunción del ventrículo derecho en la mitad de ellos. Inicialmente, todos los pacientes se anticoagularon con heparina de bajo peso molecular (HBPM). La mortalidad fue del 2,9%. La estancia media fue de 9,2

días.

*Discusión:* Por todos es conocida la elevada frecuencia de la ETEV y sus graves repercusiones clínicas. No obstante, las numerosas formas silentes o inespecíficas impiden saber con exactitud las cifras reales al respecto. Nuestros pacientes son en su mayoría mayores de 70 años y tienen algún factor de riesgo conocido. El síntoma más frecuente es la disnea. El Ecocardiograma se realizó a un pequeño número de pacientes, aunque en algunos de ellos se solicitó la prueba ambulatoriamente. Aunque las manifestaciones clínicas y la exploración física de la TVP son de poca utilidad diagnóstica, en los pacientes analizados en nuestro estudio se confirmó su presencia en todos los casos que presentaban signos sugestivos.

*Conclusiones:* La ETEV es una enfermedad frecuente y con importante morbimortalidad, que en muchos casos tiene pocas manifestaciones clínicas, constituyendo su diagnóstico un gran desafío. Para su diagnóstico hay que prestar especial atención a los factores de riesgo, que se han incrementado en la población actual (comorbilidad, edad elevada, inmovilización...) y a la sintomatología característica. La clave del pronóstico de esta enfermedad está en su detección lo más precozmente posible para instaurar el tratamiento adecuado.