



T-17. - EMBOLISMO PULMONAR AGUDO SINTOMÁTICO TRAS UN INGRESO PREVIO MÉDICO O QUIRÚRGICO

P. Ruiz-Artacho, C. Pérez, N. Marín, J. González del Castillo, F. Martín-Sánchez

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Determinar los resultados a corto plazo en los pacientes con embolismo pulmonar (EP) en función del tipo de ingreso (médico o quirúrgico) en los tres meses previos.

Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo en un hospital universitario desde enero de 2008 a diciembre de 2010 que incluyó a todos los EP agudos sintomáticos con el antecedente de una hospitalización en los tres meses previos. Se realizó un análisis de regresión logística para estudiar la relación entre el tipo de ingreso previo y la estancia media, la mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días.

Resultados: Se identificaron 1.113 casos de EP durante el período de estudio, de los cuales 182 (16,4%) habían presentado un ingreso en los 3 meses previos. De éstos, en 124 (68,1%) se trataba de un IM, mientras que en 58 (31,2%) era IQ. La edad media de los pacientes fue de 73,2 (DE 13,6) años, siendo 110 (60,4%) de sexo femenino. En lo que respecta al perfil de los pacientes, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad entre ambos grupos (IM: 75,0 ± 12,2 vs IQ 69,2 ± 15,5; p = 0,007). Referente a los datos del episodio agudo, se observó una frecuencia de PESI de alto riesgo (≥ 1) mayor en el grupo de pacientes con IM previo (IM: 89,7% vs IQ: 67,2%; p < 0,001) así como una media de saturación basal de oxígeno inferior en dicho grupo (IM: 88,6 ± 9,1 vs IQ 92,4 ± 4,8; p = 0,003). En lo concerniente a los resultados durante el ingreso, se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la mortalidad intrahospitalaria (IM: 21,8% vs IQ: 5,2%; p = 0,005) entre ambos grupos, y no así en la mediana de la estancia (IM: 14,0 [RIC 7,0-23,0] vs IQ: 10,5 [RIC 7,0-20,8]; p = 0,425). Los factores independientes asociados a la mortalidad intrahospitalaria fueron ingreso médico en tres meses previos (OR = 3,34 (IC95% 1,08-10,31); p = 0,020), cardiopatía isquémica (OR = 3,35 (IC95% 1,37-8,21); p = 0,009) y PESI simplificada ≥ 1 (OR = 9,11 (IC95% 1,12-73,84); p = 0,006).

Discusión: Hasta la fecha, se conocía que la hospitalización en los 90 días previos era un factor de riesgo de ETV y que la ETV en pacientes médicos hospitalizados, en comparación con los quirúrgicos, era con mayor frecuencia ETV proximal (TVP proximal y EP) y EP fatal, así como que también tenían mayor riesgo de hemorragia durante el tratamiento⁹. El principal resultado que aporta el presente estudio es que los pacientes ingresados por un EP agudo sintomático y que hayan sufrido una hospitalización en los 3 meses anteriores, tuvieron mayor riesgo de mortalidad tanto durante el ingreso como a los 30 días, si fue en un servicio médico frente al quirúrgico. Estos datos

están en consonancia con los datos previamente publicados sobre el distinto pronóstico de la ETV de los pacientes médicos frente a los quirúrgicos.

Conclusiones: El presente estudio sugiere que el riesgo de ETV en pacientes con ingreso hospitalario persiste tras el alta durante 3 meses, y que aquellos pacientes que desarrollan un EP tras un ingreso médico, tienen mayor mortalidad en comparación con el quirúrgico. Estos datos, si se confirman en futuros estudios, deberían ser tenidos a la hora de estratificar el riesgo a corto plazo en los pacientes atendidos en urgencias por un episodio de EP. Además, subrayan la necesidad de mejorar la adecuación de la tromboprofilaxis en los pacientes hospitalizados con alto riesgo de ETV, y más aún en los ingresados por razón médica.