



T-5. - MARCADORES DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN

C. Aranda Cosgaya¹, L. Peralta Ríos², J. Naveda Fernández², A. Jiménez Rodríguez¹, A. del Portillo Rubi¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Valdemoro (Madrid).

Resumen

Objetivos: Evaluar los principales marcadores que determinan una mayor estancia media hospitalaria de los pacientes que ingresan con diagnóstico primario de tromboembolismo de pulmón (TEP).

Métodos: Se ha revisado la historia clínica electrónica de los pacientes que ingresaron en nuestro centro con el diagnóstico primario de TEP entre los años 2008 y 2012. Se recogieron datos sobre los antecedentes personales, datos analíticos, radiológicos y de otras pruebas complementarias. Se calcularon para todos los pacientes la puntuación de la escala de riesgo de Wells y la de la escala pronóstica PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) y s-PESI (PESI simplificado). El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Entre los años 2008 y 2012 ingresaron en nuestro centro 188 pacientes con el diagnóstico primario de TEP. La edad media de los pacientes fue de $70,4 \pm 16,7$ años. El 55,9% eran mujeres. La estancia media fue de $7,9 \pm 9,7$ días. Se calculó la puntuación de Wells de riesgo de TEP al ingreso para todos los pacientes, siendo esta de $5,3 \pm 1,3$. El dímero D al diagnóstico fue de 1.910 ± 1.810 de media. Los pacientes menores de 60 años ($7,3 \pm 5,5$ vs $10,1 \pm 17,3$ días), las mujeres ($8,8 \pm 12,3$ vs $6,9 \pm 4,5$), y la presencia de broncopatía previa ($10,6 \pm 9,3$ vs $7,5 \pm 9,7$) tenían una estancia media mayor, aunque ninguno de los antecedentes de los pacientes presentaba una asociación estadísticamente significativa con la estancia media. La mayor puntuación de Wells al diagnóstico no se asociaba con una mayor estancia media ($8,4 \pm 6,8$ vs $7,7 \pm 10,3$ días). En cuanto a las características analíticas o radiológicas del TEP, la presencia de una TnIc elevada ($9 \pm 5,6$ vs $6,9 \pm 4,2$ días; $p < 0,05$), la presencia de reactantes de fase aguda elevados [RFA] ($8,6 \pm 11,6$ vs $6,9 \pm 4,9$ días), y la presencia de leucocitosis ($9,1 \pm 9,7$ vs $7,1 \pm 9,6$ días) se asociaban a una mayor estancia media. Sin embargo ni la presencia de TEP bilateral ($8,1 \pm 7,9$ vs $7,7 \pm 12,6$) ni la presencia de un TEP central ($7,9 \pm 8,1$ vs $8,1 \pm 12,1$ días) se asociaban a una mayor estancia media. La hipertensión pulmonar (HTP) secundaria al TEP ($9,4 \pm 7,2$ vs $7,6 \pm 10,2$) y la presencia de alteraciones típicas de sobrecarga derecha en el ecocardiograma transtorácico ($9,3 \pm 6,8$ vs $7,6 \pm 10,2$ días) se asociaban a una mayor estancia media. Los pacientes que al ingreso tenían hipotensión arterial ($9 \pm 6,5$ vs $7,7 \pm 10,1$) y los que tenían insuficiencia respiratoria ($9,5 \pm 9,8$ vs $6,9 \pm 9,5$ días) tenían una estancia media mayor. La puntuación media en la escala PESI fue de 128 ± 46 , y en la escala s-PESI fue de $2,2 \pm 1,4$. Los pacientes con un s-PESI de 0 (riesgo bajo de mortalidad por TEP) tenían una estancia media significativamente menor ($4,6 \pm 2,2$ vs $8,4 \pm 10,3$ días); los pacientes con

una puntuación PESI mayor (grupo 5) tenían una estancia mayor que los del grupo 1 y 2 ($9,2 \pm 9,3$ VS $6,5$ y $5,2 \pm 2$ y $2,7$ días, respectivamente).

Discusión: Al diagnóstico de un paciente con TEP se debe determinar el riesgo de mortalidad o complicaciones a corto y medio plazo para lo que existen diversas escalas siendo la escala PESI y s-PESI las más utilizadas. Con ello valoramos la posibilidad de realizar tratamiento ambulatorio. Con la valoración de varios marcadores de fácil obtención podemos valorar también el riesgo de los pacientes de tener una mayor estancia media entre los pacientes hospitalizados.

Conclusiones: Ninguno de los antecedentes de los pacientes predice una mayor estancia media. Ésta depende fundamentalmente de la situación clínica al ingreso (hipotensión e insuficiencia respiratoria, PESI o s-PESI más elevado), algunos datos analíticos (leucocitosis, elevación de RFA o de TnIc) y cardiológica (presencia de HTP o disfunción de VD secundaria al TEP).