Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):816

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-36. - SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS

S. Márquez Batalla, E. Fraile Villarejo, I. González Fernández, M. Belhassen García, A. Plata Izquierdo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Resumen

Objetivos: Dada la frecuencia con la que se realizan pruebas diagnósticas a pacientes por sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP), nuestro estudio pretende analizar los datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes a los que se les realizó angioTAC en urgencias para descartar TEP y en cuántos de ellos se confirmó el diagnóstico.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo revisando las historias clínicas de 527 pacientes atendidos en urgencias en el Hospital Universitario de Salamanca con sospecha de TEP desde agosto 2012 hasta mayo 2013.

Resultados: Se incluyeron un total de 527 pacientes a los que se les practicó angioTAC por sospecha de TEP de los cuales en sólo 143 (27,13%) se confirmó el diagnóstico de TEP. Del total de los 527 pacientes, 277 eran mujeres (52,56%) y 230 varones (47,44%), con una edad media de 69,8 años. El 48,77% tenían hipertensión arterial, el 22,2% dislipemia, el 17,46% diabetes mellitus y el 7,59% eran fumadores. Sesenta pacientes (11,38%) tenían antecedentes de TEP o trombosis venosa profunda (TVP). El 24,66% habían tenido previamente algún grado de inmovilización, 21 pacientes por cirugía reciente (12 de ellos tenían TEP), 20 por traumatismo (6 fueron TEP), 1 caso de viaje prolongado en el que se confirmó TEP y 88 por otras causas (ingreso reciente, de ellos 7 TEP, o vida cama-sillón, 30 TEP). El 21,82% (115) tenían antecedentes de neoplasia, de ellos en 38 pacientes se confirmó el diagnóstico, los tumores más prevalentes fueron: hematológicos (10), pulmón (7) y próstata (7). De los fármacos asociados, el más prevalente fueron los anticonceptivos orales en 11 pacientes. A pesar de estar 30 pacientes con heparina a dosis profilácticas, 13 de ellos presentaron TEP. En los 527 pacientes, el síntoma más prevalente fue la disnea (61,29%) seguida del dolor pleurítico (22,77%) y síncope o presíncope (15,37%). Los signos más frecuentes taquicardia (28,27%) y crepitantes (16,31%). A 57 pacientes (10.81%) no se les realizó radiografía de tórax y entre los TEP el hallazgo patológico más frecuente fue la cardiomegalia (22,28%). A los pacientes que tenían registrada gasometría arterial (381) se aplicó la escala Ginebra presentando 213 pacientes probabilidad baja (de ellos se confirma TEP en 47), 163 probabilidad intermedia (64 fueron TEP) y alta 7 (3 fueron TEP). De los 213 pacientes con probabilidad baja, 26 además tenían dímero-D (DD) negativos, de ellos ninguno fue TEP. Según la escala Wells, de los pacientes con TEP el 97,37% tenía probabilidad intermedia y sólo el 2,63% alta. De los 143 pacientes con TEP, 92 eran bilaterales (64,33%). En ellos se observan cifras de DD más elevadas (valor medio de 11,07 ?g/ml frente a 6,22 ?g/ml en los TEP segmentarios). A 58 pacientes de los TEP diagnosticados se les realizó eco-doppler venoso el mismo día o durante el ingreso presentando TVP concomitante en 31 casos, 22 de ellos eran en TEP bilaterales.

Discusión: La presentación clínica del TEP es variable e inespecífica, por lo que es una de las patologías muy presentes en el diagnóstico diferencial de los pacientes atendidos en urgencias. Las escalas de probabilidad clínica Wells y Ginebra nos ayudan a estratificar el riesgo. En nuestro estudio con probabilidad clínica baja y DD negativo se descartaba TEP, aun así se realizó angioTAC en 26 pacientes. Con probabilidad intermedia y DD negativo sólo un caso presentó TEP por lo que habría que individualizar en esta situación. Cabe destacar que en sólo 7 pacientes de los TEP la probabilidad clínica fue alta.

Conclusiones: El diagnóstico del TEP es una tarea difícil debido a su amplio espectro clínico y la ausencia de especificidad de los síntomas presentados. Las escalas para estratificar el riesgo nos ayudan pero la sospecha clínica es un paso fundamental y de suma importancia para el adecuado diagnóstico y evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.