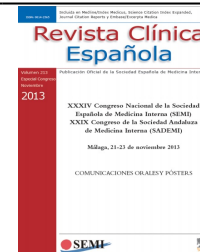




# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## T-81. - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

R. Puerta Louro, M. Rodríguez Arias, L. González Vázquez, F. Fernández Fernández, L. González González, J. Lamas Ferreiro, J. Paz Ferrín, J. de la Fuente Aguado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

### Resumen

**Objetivos:** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es un diagnóstico común en los pacientes ingresados en nuestros hospitales. El objetivo de este estudio fue analizar los factores de mal pronóstico.

**Métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de todos los ingresos hospitalarios entre cuyos diagnósticos se incluya TEP desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2009. Se recogieron variables epidemiológicas, características clínicas, pruebas diagnósticas realizadas, tratamiento instaurado, mortalidad, y supervivencia.

**Resultados:** Identificamos 322 casos, con una edad media de 71 años, 55% mujeres, y presentaban trombosis venosa profunda 37%. Falleció durante el ingreso un 14%. Un 5% de los pacientes precisaron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Se inició tratamiento con heparinas de bajo peso molecular y anticoagulantes orales en 99% y 67% respectivamente, que se mantienen al alta en 63% y 73%. Se realiza análisis univariante y se identifican diferencias con significación estadística para exitus la edad mayor de 65 años 16% vs 6,7% (p 0,02), cáncer 25% vs 10% (p 0,002), antecedente de insuficiencia cardíaca (IC) 29% vs 12% (p 0,017), taquipnea 25% vs 4% (p 0,001), tos 26% vs 12% (p 0,01), hemoptisis 33% vs 12% (p 0,03), taquicardia 20% vs 9% (p 0,04), hipotensión 27% vs 10% (p 0,02), leucocitosis 21% vs 9% (p 0,003), hiperglucemia 25% vs 9% (p 0,001), y como protector inicio en ingreso de anticoagulación oral (ACO) 5% vs 30% (p 0,001) y dolor pleurítico 6% vs 18% (p 0,002). Se identifican diferencias con significación estadística para supervivencia a los 3 meses, como factor de riesgo de mal pronóstico la edad mayor de 65 años 75% vs 87% (p 0,04), cáncer 58% vs 85% (p 0,001), taquipnea 65% vs 85% (p 0,008), tos 61% vs 81% (p 0,018), hemoptisis 44% vs 81% (p 0,02), hipotensión 67% vs 86% (p 0,04), leucocitosis 68% vs 85% (p 0,001) e hiperglucemia 68% vs 83% (p 0,014), actuando como protector el inicio de ACO en ingreso 95% vs 51% (p 0,001) y al alta 96% vs 58% (p 0,001), además del dolor pleurítico 88% vs 75% (p 0,01). Se realiza análisis multivariante, persistiendo como protector frente al exitus el inicio de tratamiento con ACO, mientras como factores de riesgo cáncer y taquipnea.

**Discusión:** El diagnóstico precoz en el TEP es fundamental. En pacientes sintomáticos en las que el dolor torácico es característico, y la instauración de tratamiento con ACO precoz actuarían como protector de mala evolución clínica. Los pacientes con cáncer presentan peor pronóstico, y en los que además se recomienda la utilización de heparinas de bajo peso molecular en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa.

**Conclusiones:** La mortalidad del TEP es elevada. El diagnóstico precoz e instauración de tratamiento con anticoagulantes orales son fundamentales para reducir la mortalidad. La presencia de síntomas, salvo el dolor torácico, indica mayor repercusión del TEP con mayor carga trombótica, y como puede confundirse con otras

situaciones clínicas puede retrasarse el diagnóstico. Los nuevos anticoagulantes orales como rivaroxaban podrían suponer una ventaja en el manejo de los pacientes con TEP.