



T-029 - EMPLEO DE LA ESCALA PESI: MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. Sendín Martín, M. Angelina García, M. Joya Seijo, A. Muñana Fuentes, O. Caamaño Selma, J. Rojas Marcos Rodríguez de Quesada, P. de Peralta García y R. Barba Martín

Medicina Interna. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid).

Resumen

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una entidad con amplio espectro clínico, desde el síncope, a dolor torácico o inestabilidad hemodinámica. El empleo de la escala PESI y realizar una adecuada estratificación pronóstica de los pacientes es esencial para llevar a cabo un manejo óptimo. Intentamos valorar si el manejo terapéutico que llevamos a cabo en nuestro centro se adecúa a la gravedad del paciente.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo incluyéndose aquellos pacientes con diagnóstico principal al alta de Tromboembolismo Pulmonar, ingresados en el Servicio de Medicina Interna de enero a diciembre de 2017. Se analizaron variables bio-demográficas, antecedentes patológicos, comorbilidades, factores de riesgo para el desarrollo de TEP, síntomas, signos, estratificación en la escala PESI simplificada, así como acontecimientos (recurrencia, hemorragia y muerte por cualquier causa) a los 3 meses. Todas estas variables han sido recogidas en un registro específico.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 120 casos de TEP no incidentales durante este periodo; de ellos 100 (83,3%) tenían un PESI intermedio-bajo/riesgo bajo, y 20 (16,7%) un PESI de alto riesgo/intermedio-alto. Ingresaron en UCI únicamente 11 pacientes, de los que 6 eran del grupo intermedio-alto/riesgo alto, siendo fibrinolisados 5 pacientes de este grupo (20%). El 90,83% de los pacientes fueron manejados en planta de hospitalización convencional ($p = 0,0004$). Se implantaron 8 filtros, todos ellos en pacientes de riesgo alto o intermedio-alto. Si valoramos la mortalidad en función del PES en nuestra muestra, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de riesgo alto/intermedio-alto: 4 pacientes (3,33%), frente a 12 (12%) en el grupo de riesgo bajo/intermedio-bajo ($p = 0,9$). Si valoramos la correlación entre la carga trombótica y el PESI, vemos que el 90% de los riesgo intermedio-alto/riesgo alto tiene alta carga trombótica frente al 65% de los pacientes con riesgo intermedio-bajo/bajo riesgo ($p = 0,021$).

Discusión: Hasta el 80,3% de nuestros pacientes son de riesgo bajo/intermedio-bajo, y se han beneficiado de un manejo terapéutico en planta de hospitalización convencional sin existir un aumento de la mortalidad respecto a los de riesgo intermedio-alto/alto riesgo. Fibrinolisamos únicamente al 20% de los pacientes con riesgo intermedio alto/alto riesgo, probablemente por existir

comorbilidades asociadas que impedían el empleo de dicha técnica o por estabilidad hemodinámica en UCI. El 90% de los pacientes con riesgo intermedio-alto/alto riesgo, tienen una alta carga trombótica. Ningún estudio ha mostrado que ni que el tamaño del trombo ni la localización de la obstrucción de las arterias pulmonares, sean marcadores predictores independientes de mortalidad en la embolia pulmonar en modelos que incluyan variables clínicas y biomarcadores.

Conclusiones: El grueso de nuestros pacientes son de riesgo bajo/intermedio bajo y se benefician de un manejo terapéutico en planta de hospitalización convencional. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad en los distintos grupos de pacientes clasificados en función del PESI (simplificado). Sólo el 20% de los pacientes de alto riesgo/riesgo intermedio-alto han sido sometidos a fibrinólisis sistémica, probablemente por existir causas en relación con edad y comorbilidad que lo impedían, o por estabilidad hemodinámica posterior. Las evidencias apuntan a que la valoración clínica, generalmente mediante escalas predictivas, identifican pacientes de bajo riesgo sin necesidad de pruebas adicionales.