



T-079 - SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

R. Salas Campos¹, A. Pardo Pelegrin¹, N. Parra Macias², C. Saval Segura¹ y R. Coll Colell¹

¹Medicina Interna, ²Docencia. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas del paciente pluripatológico (PPP) con sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) e identificar diferencias respecto al paciente no pluripatológico (No PPP).

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo, pacientes > 65 años que consultaron en Urgencias bajo sospecha de TEP (2004-2017). Los clasificamos en PPP y No PPP según los criterios del estudio PROFUND (enf. crónicas incluidas en > 2 categorías definitorias). Calculamos la escala de Wells (EW) para los dos grupos y analizamos las diferencias clínicas. Estudiamos variables clínicas, sospecha clínica (EW), laboratorio y mortalidad. Análisis de los datos, estadística descriptiva para cada una de las variables y pruebas inferenciales según la naturaleza de las variables y su distribución. (SPSS v.15).

Resultados: Sospecha TEP 390 pacientes. F. riesgo ETV: inmovilización 44,6%, cirugía 15%, antecedentes TVP y TEP 7,3% y 31,1%, Cáncer 29%. Categorías diagnósticas PPP (PROFUND): Media/paciente 1,50 (DE = 1,2). EW: P. alta/Intermedia 66,6%, baja 29,5%. TEP confirmada 55,2%. P. alta 72%, intermedia 98%. No TEP y P. baja 79%. Mortalidad 7,2%. TEP confirmada 55,2%. EW y TEP confirmada: P. alta 27,2%, intermedia 39,5%. No TEP y P. baja 28,8%. Pacientes No PPP/PPP: 55,6%/44,3%. Mujer 75,6%/59%. Edad media 81,3 (DE = 7,9)/82,44 (DE = 7,3). Ingreso: MI 58,5%/63%. Pacientes/categorías diagnósticas: No PPP: Ninguna = 41%, A = 16,1%, B = 8,3%, C = 9,7%, D = 0,9%, E = 2,8%, F = 6,9%, G = 10,6%, H = 15,1%. PPP: A = 0, B = 7,5%, C = 12,7%, D = 1,7%, E = 8,7%, F = 24,9%, G = 18,5%, H = 26%. Motivo de consulta No PPP/PPP: disnea 39,8%/45,9%; Dolor torácico 34,8%/21,4%. Antecedentes, clínica y laboratorio No PPP/PPP: EPOC 11,9%/41,6%, AVC 3,4%/20,2%, HTA 84,2%/78%, diabetes 8,5%/37%, I. Cardíaca - CAI 0,8%/2,7% Media: TAS 143/134, FC 90,25/91,29, FR 24,3/23, TVP 11,1/8,1%. Media: dímero D ng/ml 4.230,37/4.568,1 creatinina 1,5 mg/dl/2,1 mg/dl, Hto 39%/36%, PO2 67,63/66,6%. EW: No PPP P. alta 24,17%, Intermedia 47,35, baja 24,6%/PPP alta 32,9%, intermedia 30,9%, baja 36,1%. Confirmación TEP No PPP 66,8% y PPP 40,2% (p < 0,05). Mortalidad: No PPP 6,9%/PPP 7,5%.

Discusión: En este estudio, el % de PPP es ligeramente superior al de otras series de patología general en servicios de M. Interna, si bien aquí trabajamos partiendo de un grupo con sospecha clínica de TEP, y en ningún caso, la proporción de PPP supera a la de NPP. Ambos grupos eran de edad avanzada, con más mujeres, sin diferencias significativas. Por categorías diagnósticas de pluripatología, los PPP presentaron más patología osteoarticular con deterioro funcional, diabetes y

arteriopatía periférica y los No PPP patología cardiorespiratoria, neoplasia y anemia. Ningún PPP lo fue a expensas de la categoría A (I. cardíaca/CAI). Sin diferencias significativas en la presentación clínica, laboratorio y mortalidad hospitalaria aunque el TEP se confirmó con mayor frecuencia y de manera significativa en los No PPP respecto a los PPP. La EW asignó probabilidades mayores para TEP (alta e intermedia) con mayor frecuencia en No PPP. El hecho de no contar con categoría A entre PPP y con menos categorías asociadas a neoplasia y/o anemia, condiciones todas ellas que contribuyen a aumentar el puntaje en EW tanto de manera directa como indirecta, podría explicar esta diferencia. La menor confirmación diagnóstica de la sospecha de TEP en PPP se debería a la confusión que genera la pluripatología crónica sintomática, que puede enmascarar síntomas y signos clínicos de TEP en otros no patognomónicos, sembrando la duda en el profesional que sobrestima falsamente en estos casos el valor de la sospecha clínica.

Conclusiones: El paciente pluripatológico con sospecha de TEP no presenta diferencias clínicas significativas respecto al no pluripatológico. Aun así, se confirma más TEP en el paciente no pluripatológico con diferencia significativa.