Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):1034

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-19. - EVALUACIÓN DE RIESGO EN EMBOLIA PULMONAR AGUDA SINTOMÁTICA

A. Lizcano Lizcano, I. Jiménez Velasco, M. Andrés Fernández, M. Rodríguez Cola, C. Navarro Osuna, P. Peiró Jesús, P. Jiménez Aranda, M. González García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Resumen

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar agudo constituye una patología habitual con importante variabilidad clínica en cuanto a forma de presentación y severidad que conlleva a diferencias pronósticas y terapéuticas. El objetivo de nuestra revisión es analizar mediante criterios clínicos, radiológicos y marcadores analíticos y ecocardiográficos, el grado de afectación y gravedad de una cohorte de pacientes ingresados en planta de Medicina Interna tras el diagnóstico de tromboembolia pulmonar aguda sintomática con el principal objetivo de estratificar su riesgo y valorar pronóstico a corto plazo.

Métodos: Iniciamos una búsqueda y recogida de datos por historia clínica incluyendo a todos los pacientes ingresados en planta de Medicina Interna con diagnóstico de tromboembolia pulmonar aguda durante el segundo semestre de 2013, para análisis estadístico posterior con SPSS v 19.0.

Resultados: Obtuvimos un total de 91 pacientes con media de edad de 68,9 años; el 48,4% hombres y 51,6% mujeres. A 14 pacientes (15,4%) se les diagnosticó de manera concomitante de trombosis venosa profunda en miembros inferiores, un 7,7% tenían antecedentes de inmovilización reciente y a 13 pacientes tras la detección de TEP se les diagnosticó una enfermedad neoplásica. La presentación clínica más prevalente fue en forma de insuficiencia respiratoria aguda (71,3%), dolor torácico (9,6%), síncope (5,4%) y en un 13,7% con inestabilidad hemodinámica en forma de shock; de estos últimos un 6.6% se beneficiaron de una estancia inicial en la Unidad de Cuidados Intensivos y un 4,4% recibieron terapia de fibrinólisis. En la fase aguda, cerca del 90% se trató con heparinoterapia (83,1% con heparina de bajo peso molecular y 5,5% con heparina sódica) seguida de anticoagulación oral, un 4,4% con fibrinólisis y a un 2,2% se les colocó un filtro de vena cava inferior. La estancia media en planta fue de 5 a 10 días para un 50,5% y el 30,8% entre 10 y 20 días. Se notificaron 8 exitus en los primeros días tras el diagnóstico.

Discusión: Clasificamos como pacientes con TEP agudo sintomático de bajo riesgo, de riesgo intermedio y de alto riesgo, basándonos en la combinación de escalas clínicas pronósticas (PESI simplificada), marcadores de disfunción de ventrículo derecho (por angio-TC o ecocardiografía) y de daño miocárdico (elevación de troponina y/o pro-BNP), obteniendo la siguiente distribución: -TEP sintomático de alto riesgo: un total de 13,7%, con datos de inestabilidad hemodinámica (PESI de alto riesgo), con disfunción sistólica de ventrículo derecho por ecocardiografía y/o angioTC torácico. Un 6,6% de estos pacientes ingresó inicialmente en UCI y un 4,4% recibió terapia de fibrinólisis con buena evolución y estancia media hospitalaria de 8 días. -TEP sintomático de riesgo intermedio: un 71,3% debutaron fundamentalmente con fallo respiratorio agudo manteniendo control tensional y perfusión tisular adecuada; en algunos casos se detectó elevación de

troponina y proBNP así como signos radiológicos y ecocardiográficos de sobrecarga de cavidades derechas. En este grupo, la puntuación por escala PESI con más de un ítem estuvo condicionada por la edad (superior a 80 años) y patología respiratoria y/o neoplásica de base. Todos ellos recibieron tratamiento con heparinoterapia inicialmente y posterior anticoagulación oral con dicumarínicos. -TEP sintomático de bajo riesgo: alrededor del 15% de pacientes se encontraban estables y no reunían datos de riesgo ni inestabilidad hemodinámica.

Conclusiones: Existe una clara evidencia de que el empleo de escalas pronósticas junto con determinados hallazgos radiológicos y marcadores analíticos tras el diagnóstico de tromboembolia pulmonar aguda, nos permiten estratificar el riesgo y severidad y dirigir la terapia más adecuada en cada paciente.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.