



T-55. - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

N. García-Pozuelo Adalia, F. Teigell Muñoz, M. Duarte Borges, P. Catalán Martín, O. Madrid Pascual, D. Paredes Ruiz, A. Sánchez-Morla, B. Otero Perpiñá

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) en los servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital 12 de Octubre (H12O).

Métodos: Se identificaron 106 pacientes dados de alta de los Servicios de Medicina Interna y Neumología del H12O con diagnóstico principal de TEP, entre septiembre de 2012 y junio de 2013. Se recogieron características demográficas; antecedentes personales (enfermedad pulmonar o cardíaca previas, enfermedad tromboembólica venosa -ETEV- y anticoagulación (profiláctica o terapéutica), insuficiencia renal crónica y neoplasias); forma de presentación en Urgencias (gasometría basal, primera determinación de troponina T ultrasensible (TnT), NT-proBNP y dímero D -DD-); método diagnóstico (angioTC torácica, gammagrafía pulmonar o únicamente doppler venoso de miembros inferiores); escalas de probabilidad clínica (Wells y Ginebra); necesidad de fibrinólisis; mortalidad a los 30 días y al año. Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 15.0. El análisis descriptivo se presenta como frecuencias para variables cualitativas y como medias, medianas y desviaciones estándar para variables cuantitativas.

Resultados: El 58% de los pacientes fueron varones; siendo la edad media de 68,4 (\pm 18,5) años con un rango comprendido entre los 21 y los 93 años. El 50% de los pacientes presentaron comorbilidad asociada, por orden de frecuencia: enfermedad pulmonar (27%); cardiopatía (22%); neoplasia (22%), ETEV previa (16%) y enfermedad renal crónica (9%). El 70% de las neoplasias se encontraban activas en el momento del TEP. El 6,7% de los pacientes recibían tratamiento anticoagulante al diagnóstico: dos de ellos HBPM en profilaxis, dos como tratamiento y tres acenocumarol (los tres en rango infraterapéutico). Los valores gasométricos en Urgencias mostraron insuficiencia respiratoria sólo en el 26% de los pacientes (SaO₂ media de 92% y pO₂ basal media de 66 mmHg). Se determinó DD en el 78% de los casos (mediana de 6741 ng/ml); la TnT en el 87% (mediana de 28 ng/ml); y el NT-proBNP en el 25% (mediana de 1.488 ng/L). La probabilidad clínica según las escalas de Wells y Ginebra fue en la mayoría de los casos media (67% y 57% respectivamente), siendo alta en el 18 y 9% respectivamente, y baja hasta en el 15 y 32% de los casos. El 87% se diagnosticó mediante angioTC torácica, el 12% por gammagrafía y sólo en el 3% se asumió el diagnóstico con ecografía doppler. El 6,6% precisó fibrinólisis. El 7% de los pacientes fallecieron en el primer mes, siendo el TEP la causa fundamental de la muerte. La mortalidad al año fue del 18%, principalmente por

infecciones o por progresión de enfermedad neoplásica.

Discusión: El TEP es una patología frecuente en los Servicios de Medicina Interna y Neumología. Un gran número de pacientes presentan comorbilidad asociada, especialmente cardiopulmonar y neoplásica. A pesar de lo esperado, la insuficiencia respiratoria es poco habitual en su presentación; y aunque es infrecuente en pacientes anticoagulados su aparición se asocia a niveles infraterapéuticos. Las escalas clínicas pueden ser útiles para el diagnóstico, pero la mayoría de los pacientes presentan una probabilidad intermedia y hasta un 15-30% tienen baja probabilidad. La TnT y el NT-proBNP son marcadores útiles de gravedad y pronóstico, aunque su empleo en esta patología no se ha generalizado. La mortalidad a corto plazo es baja, pero está condicionada por la gravedad del TEP. A largo plazo la mortalidad aumenta, en relación con la comorbilidad de base del paciente.

Conclusiones: El TEP es una enfermedad potencialmente grave en la que la determinación de la TnT y el NT-proBNP de forma rutinaria podría ser de gran utilidad en el manejo del mismo. La mortalidad a corto plazo es baja y condicionada por la propia enfermedad y a largo plazo aumenta a expensas de las comorbilidades de base del paciente.