



T-078 - ¿SIRVEN LAS ESCALAS PREDICTIVAS PARA DIFERENCIAR ENTRE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO Y NO MASIVO?

B. López Alonso, M. Sánchez Rodríguez, N. Caro Gómez, J. Soto Benítez, B. Montenegro Puche, B. Ruíz Estévez, A. Cáceres Gestoso, E. Ruíz Blasco

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Objetivos: Describir en qué grado se relacionan las escalas predictivas de Wells y Ginebra con la posibilidad de estar ante un tromboembolismo (TEP) masivo y ver si el TEP masivo, conlleva una peor escala pronóstica. Describir el tratamiento iniciado en estos casos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre los pacientes ingresados con diagnóstico al ingreso o durante éste de TEP en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Puerta del Mar de Cádiz durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2014. Se consideraron masivos aquellos tromboembolismos que radiológicamente presentaba obstrucción mayor de 50% de los vasos pulmonares o de dos o más arterias lobares. Se excluyeron los pacientes en edad pediátrica y aquellos casos no confirmados mediante TAC de tórax. La recogida y análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 20.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 96 pacientes, en los cuales se diagnosticó de TEP no masivo en el 61,5% (n = 59) y masivo en el 38,5% (n = 37), predominando el sexo femenino con un 56,3%. Tanto la escala de Wells como la de Ginebra, la mayoría de los pacientes tanto con TEP no masivo como masivo, presentaron una probabilidad intermedia, correspondiéndose los casos de TEP masivo con bajo porcentaje de pacientes con una alta probabilidad en las distintas escalas (el 16% en la escala de Wells y el 10% en Ginebra), siendo incluso más bajo que para los casos de TEP no masivo. En relación con la escala pronóstica PESI, en los TEP no masivos, la mayoría, un 33%, tenía una clase III, seguido de un 25,4 con clase IV y un 20% con clase V. Sin embargo, en los casos de TEP masivo, aunque ninguno presentó un PESI clase I, la mayoría, un 41,9% también tenían clase III, seguido de clase II un 25,8% y tan solo un 12,9% tenían clase V. En cuanto al tratamiento realizado inicialmente en los casos de TEP masivo, en la mayoría de ellos (83,7%) el tratamiento se llevó a cabo con heparina de bajo peso molecular (HBPM), falleciendo en el 16% (n = 5) de los casos. En cuanto a la fibrinólisis se realizó en 2 pacientes, falleciendo uno de ellos, y tanto con heparina no fraccionada como el filtro de vena cava también se trató a 2 pacientes en cada caso, sin ningún fallecimiento.

	Puntuación escala Wells			Total
	Baja probabilidad (< 2p)	Probabilidad intermedia (2-6p)	Alta probabilidad (> 6p)	
TEP no masivo	16	24	19	59
TEP masivo	15	16	6	37

Total	31	40	25	96
-------	----	----	----	----

	Puntuación escala Ginebra			Total
	Baja probabilidad (0-3p)	Probabilidad intermedia (4-10p)	Alta probabilidad (>10p)	
TEP no masivo	13	40	6	59
TEP masivo	5	28	4	37
Total	18	68	10	96

Discusión: Las escalas de Wells y Ginebra, predicen la probabilidad clínica, clasificando a los pacientes en categorías con prevalencia de TEP distinta (en torno al 10% para probabilidad baja, el 25% para probabilidad intermedia y más del 60% para probabilidad alta). En nuestra serie, sin embargo, la mayoría de los pacientes, presentaban una probabilidad predictiva de TEP intermedia en ambas escalas, seguida de una probabilidad baja. Respecto a la escala PESI, la mayor parte de los casos de TEP masivo tenían una clase II-III, si bien es cierto que a los pacientes que fallecieron no se les aplicó esta escala, en cuyo caso, probablemente habría salido más alta. Por otro lado, el criterio para definir los casos de TEP como masivos, fue radiológico y no clínico (caracterizado por inestabilidad hemodinámica), lo que nos lleva a pensar que la gravedad de los pacientes con TEP va a depender más de la clínica y el compromiso hemodinámico que de la extensión radiológica.

Conclusiones: Las escalas predictivas de probabilidad clínica de TEP, no nos ayudan a la hora de sospechar que nos encontremos ante un TEP masivo. Tampoco podemos decir que un TEP masivo definido por criterios radiológicos, asocie un peor pronóstico al menos si aplicamos la escala pronóstica PESI. Los pacientes con TEP masivo tratados con HBPM, tuvieron una tasa de mortalidad relativamente baja.