



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

T-050 - RELACIÓN ENTRE ESCALAS DIAGNÓSTICAS Y DE MORTALIDAD CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ETV

J. Castellanos Monedero, A. Escalera Zalvide, I. Belchín Pérez

Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Resumen

Objetivos: Correlacionar dos escalas diagnósticas y una de mortalidad a corto plazo para enfermedad tromboembólica (ETV), y el retardo en la primera consulta, con la estancia hospitalaria en pacientes con ETV [trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP)] y establecer la correlación de las escalas entre sí.

Métodos: Incluimos 282 pacientes de la base de datos de la Consulta de ETV, cuantificando estancia y demora desde el primer síntoma hasta la primera demanda sanitaria (días). Calculamos la puntuación en las escalas de probabilidad clínica de Wells (signos/síntomas TVP: 3 puntos; frecuencia cardíaca (FC) > 100 lpm: 1.5 puntos; inmovilización o cirugía en las 4 semanas previas: 1.5 puntos; ETV previa: 1.5 puntos; hemoptisis: 1 punto; cáncer: 1 punto; otro diagnóstico menos probable que TEP: 3 puntos) y Ginebra modificada (1 punto para cada ítem: > 65 años, ETV previa, cirugía o fractura en mes anterior, cáncer, dolor en pierna, hemoptisis, FC 75-94 lpm; 2 puntos si FC > 95) y en la escala sPESI de mortalidad a 30 días (1 punto a cada ítem: saturación de O₂ 100%, edad > 80 años, cáncer, EPOC y/o insuficiencia cardíaca, FC > 100 lpm e hipotensión sistólica 100 mmHg). Correlacionamos (coeficiente de correlación de Pearson) las puntuaciones de las escalas entre sí, la demora diagnóstica y con la estancia, de forma global y separando a los pacientes en TEP y TVP.

Resultados: En ETV la escala de Wells se correlacionó con la de Ginebra (0,322; $p = 0$) y la sPESI (0,210; $p = 0$), y ninguna escala lo hizo con la estancia o la demora asistencial. Con sólo los diagnosticados de TVP ($n = 160$), la correlación de la escala de Wells con las otras escalas se confirmó (0,320 y 0,258 respectivamente; $p = 0,001$) y además de forma inversa y significativa ésta se relacionó con la estancia (-0,179; $p = 0,025$). En los pacientes con TEP ($n = 122$) la correlación entre las puntuaciones de las 3 escalas fue positiva y significativa, pero sin relación con la demora diagnóstica ni la estancia.

Correlación entre escalas en pacientes con TEP		
	Ginebra	sPESI
Wells	0,374 ($p = 0$)	0,190 ($p = 0,036$)

Ginebra	1	0,266 (p = 0,003)
---------	---	-------------------

Discusión: Las escalas de Wells y Ginebra son ampliamente utilizadas como guía para dimensionar la probabilidad clínica del TEP. No hay trabajos que concluyan diferencias en su utilidad indistinta, lo que explica la concordancia entre ambas. En la ETEV se han diseñado distintas escalas para la estimación de la mortalidad, para el diagnóstico de TEP, con objeto de seleccionar pacientes tratables ambulatoriamente. La sPESI ha demostrado gran capacidad discriminativa y menor mortalidad en pacientes catalogados de bajo riesgo. Como en otros trabajos, considerando el diagnóstico de TEP la correlación entre escalas es buena, pero pacientes de menor riesgo no están menos tiempo ingresados en nuestro hospital. El diseño para TEP creemos que explica la poca relación entre escalas en los pacientes con TVP. La escala de Wells se relacionó inversamente con la estancia en estos pacientes, pero de entre los de probabilidad clínica se diagnosticaron eventos de TEP concomitante.

Conclusiones: El retraso en la demanda asistencial no influye en prolongar la estancia hospitalaria en pacientes con ETV. La correlación entre escalas de probabilidad clínica y mortalidad precoz en pacientes con TEP es buena. Los pacientes con TVP y menor puntuación en la escala de Wells son dados de alta más precozmente. Son otros factores distintos al riesgo de mortalidad por sPESI lo que determina la estancia en nuestro hospital en pacientes con TEP.