



<https://www.revclinesp.es>

T-040 - SOSPECHA CLÍNICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN LA cuarta EDAD

E. Lorente¹, A. Pardo I Pelegrín¹, R. Salas Campos¹, N. Parra Macías², M. Coll Colell¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Docencia e Investigación. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Describir el perfil del paciente con sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes de 80 años o más.

Métodos: Estudio prospectivo de casos y controles de un registro hospitalario de 344 pacientes con sospecha clínica de TEP, incluidos secuencialmente desde diciembre de 2004 a junio de 2015. Se consideraron 59 pacientes > 80 años o más que acudieron a un Hospital Universitario e ingresaron por sospecha clínica de TEP. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, exploración física, pruebas de laboratorio e imagen. Se estratificó el grado de sospecha clínica mediante escalas de probabilidad clínica (escala de Wells y de Ginebra). La sospecha diagnóstica se confirmó mediante gammagrafía pulmonar, angiotAC pulmonar o bien angiografía. Se realizó un análisis de estadística descriptiva y un análisis de validez interna con curva ROC para las escalas de probabilidad.

Resultados: De los 59 pacientes, el 67,8% (40) eran mujer y el 91,5% (54) procedía de domicilio. El 10,7% fue exitus. La media de edad global era de 85,4 años (DE 4,2). En cuanto a los motivos de consulta, la disnea súbita y el dolor torácico fueron los más frecuentes (24,7% ambos). A su ingreso, el factor de riesgo clásico para TEP más frecuentemente presentado fue la inmovilización de > 3 días (40,9%), seguido del cáncer (34,1%). Entre las comorbilidades, la HTA (32,0%), la IC (14,8%) y la EPOC (13,9%) fueron las más frecuentes. Clínicamente, los pacientes presentaron: FC 93,3x' (DE 20,1), FR 28,8 rpm (7,0), TAs 165,3 mmHg (DE 211,2), TAd 75,1 mmHg (DE 14,1). El 3,4% tenía signos y síntomas de TVP. Los datos de laboratorio, en valores medios, fueron: dímero D 3.328,1 ng/mL (DE 2713,2), creatinina 2,9 mg/dL (DE 13,3), hematocrito 37,1% (DE 6,1), pO2 62,6 mmHg (DE 22,7). Cursaron con troponinas negativas (40,7%) y ECG y Doppler EE.II. anodino (64,4% y 62,5%). El diagnóstico diferencial más frecuente fue el de TEP (29,4%), seguido de insuficiencia cardiaca congestiva (20,6%). Se confirmó TEP en el 31,5% de los casos (23 pacientes). Del total de sospechas de TEP, el clínico corroboró el diagnóstico en el 80% de ellos. El área bajo la curva (AUC) de la curva ROC para la escala de Wells fue de 0,784 (IC95% 0,659-0,910) y para la escala de Ginebra, de 0,538 (IC95% 0,384-0,692), sin diferencias estadísticamente significativas entre ellas. En el caso del dímero D, este valor fue de 0,581 (IC95% 0,374-0,789) y para el DD ajustado por edad fue de 0,524 (IC95% 0,370-0,678), nuevamente sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas. El 90,9% de los pacientes con TEP se trataron con HBPM. El 9,8% era de alta probabilidad hemorrágica según la escala de riesgo hemorrágico de Wells. Sólo el 4,5% presentó hemorragia.

Discusión: El TEP en cuarta edad se presenta de manera inespecífica, confundido frecuentemente con patología cardiaca, lo que dificulta el buen ajuste de las escalas de probabilidad clínica y los marcadores

específicos de TEP en este grupo poblacional. Los factores de riesgo clásico son también situaciones comórbidas frecuentes en edades avanzadas. Los signos físicos, así como la mayoría de datos de laboratorio y pruebas de imagen muestran una tendencia 'hiporreactiva' ante enfermedad aguda embólica, acorde con el grado de envejecimiento. Ni dímero D ni escala de Ginebra son óptimas para la valoración de pacientes con TEP, ya que sus curvas incluyen IC95% que engloban el 0,5. Aunque no se observen diferencias entre Wells y Ginebra, el IC95% de Wells ofrece mayor seguridad en su uso.

Conclusiones: La sospecha de TEP en la cuarta edad responde a mujer hipertensa que consulta por disnea o dolor torácico, sin alteraciones específicas clínicas ni en pruebas de laboratorio, cuyo diagnóstico se confunde con el de insuficiencia cardiaca. La intuición clínica sigue siendo el factor pre-prueba diagnóstica que mejor orienta el diagnóstico.