



## T-043 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y DIABETES MELLITUS EN LA tercera EDAD

R. Salas Campos<sup>1</sup>, A. Pardo I Pelegrín<sup>1</sup>, C. Saval Segura<sup>1</sup>, C. Fornós<sup>1</sup>, N. Parra Macías<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Docencia e Investigación. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la influencia de la diabetes mellitus (DM) en el tromboembolismo pulmonar (TEP) en comparación con los pacientes no diabéticos de > 65 años.

**Métodos:** Estudio prospectivo de casos y controles extraído de un registro hospitalario de 344 pacientes ingresados por sospecha clínica de TEP, incluidos secuencialmente desde diciembre de 2004 a junio de 2015. Se consideraron 59 pacientes > 65 años diagnosticados de TEP en un Hospital Universitario. Se definieron como casos a los pacientes con DM (10 pacientes) y controles, los no diabéticos. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, exploración física, pruebas de laboratorio e imagen. La sospecha diagnóstica se confirmó mediante gammagrafía pulmonar, angioTAC o bien angiografía. Se realizó un análisis de estadística descriptiva e inferencial bivariada entre casos y controles.

**Resultados:** Contamos con 59 pacientes con TEP de los que 10 eran diabéticos, sin diferencias significativas entre sexos (en conjunto, 76% era mujer) ni en edad [media global de 87,3 años (DE = 3,2)]. Casos y controles consultaron mayoritariamente por disnea súbita (25% y 33%); los no diabéticos acusaron dolor torácico de manera más frecuente que los casos (OR = 1,4), sin que pudiesen observarse diferencias estadísticamente significativas en los motivos de consulta. Tampoco se observaron en cuanto a los factores de riesgo clásicos de TEP; la inmovilización de > 3 días fue el más frecuente en ambos grupos (30% vs 55%). Por lo que respecta a las comorbilidades, casos y controles se distribuyeron sin diferencias significativas, siendo la HTA la más frecuente (28% vs 53%). No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de datos de exploración física, pruebas de laboratorio ni de imagen salvo en mayor presencia de troponinas alteradas a favor de los casos ( $p = 0,049$ ), menor TAd media (68,0 mmHg DE 7,8;  $p = 0,003$ ), mayor bicarbonato medio (25,9 mEq/L DE 1,1;  $p = 0,001$ ) y menor dímero D medio (1.975,8 ng/dL DE 1.232,3;  $p = 0,001$ ). No se observaron diferencias significativas en los diagnósticos diferenciales de confusión entre ambos grupos ni en la proporción de hemorragia durante el tratamiento. Las escalas de probabilidad clínica de Wells y de Ginebra, así como la escala pronóstica PESI tampoco ofrecieron diferencias significativas.

**Discusión:** La evidencia sobre la influencia de la DM en TEP es controvertida. Algunos estudios indican que la DM no guarda relación con el riesgo de TEP, pero se sabe que en casos de enfermedad tromboembólica con diabetes mellitus pre-existente, los pacientes cursan con peor evolución clínica, cuentan con más episodios de trombosis venosa profunda recurrente y asocian una

tasa de sangrado mayor superior a la de los pacientes sin DM. Aunque en nuestro caso la determinación de troponina T sí se presenta frecuentemente más alterada en el grupo de pacientes diabéticos (y de manera significativa), acorde con lo descrito en otras series de la literatura, sorprende que la significación también se observe a favor de valores menores de dímero D en los casos. Los datos de nuestro estudio, limitados a 10 pacientes en el grupo de los casos, no permiten establecer otras diferencias estadísticamente significativas entre diabéticos y no diabéticos. El uso de pruebas no paramétricas y la escasa potencia muestral pueden haber condicionado los resultados, alejándolos de los hallazgos esperados. No obstante, se identifica una tendencia hacia mayor frecuencia de antecedentes de trombosis venosa profunda y TEP en pacientes diabéticos que en no diabéticos, mayor proporción de pacientes inmovilizados de más de 3 días, mayor proporción de pacientes asignados a clase III de PESI, mayor frecuencia de función renal alterada y mayor proporción de pacientes clasificados como probabilidad intermedia de hemorragia.

*Conclusiones:* Los pacientes con TEP y DM mayores de 65 años presentan una tendencia discreta a cursar con peor pronóstico y mayor probabilidad de hemorragia.