Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):1209

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-029 - ANGIO-TC PROTOCOLO TEP: ¿LO SOLICITAMOS CORRECTAMENTE?

A. García Morán, R. Fernández Regueiro, M. Díez Fernández, A. Gómez Carrasco, R. Acebal Berruguete, L. Sánchez Suárez, N. Solís Marquínez, J. Santamaría del Tío

Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Resumen

*Objetivos:*Analizar las características clínicas que motivaron la solicitud de angio-tomografía axial computarizada (TC) pulmonar y su resultado final en el Hospital de Cabueñes.

*Material y métodos:*Estudio retrospectivo de los pacientes a los que se solicitó una angio-TC pulmonar en agosto 2015. Se revisó la historia clínica y se estratificó la probabilidad clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) según las escalas de Ginebra y Wells.

*Resultados:*46 estudios: 39 solicitados por el Servicio de Urgencias y 7 por Medicina Interna. Relación hombre-mujer 1:1. Síntoma más frecuente fue disnea en 50%; 24% síncope, 17% dolor torácico y 9% dolor en miembro inferior. Auscultación pulmonar normal en 28 (61%). Valor medio dímero-D 3.100, en 16 (37%) > 5.000 y ninguno negativo. Gasometría con alcalosis respiratoria en 15 (33%). Radiografía de tórax normal en 26 (57%). Diagnóstico alternativo más probable en 32 (70%); principalmente EPOC agudizada, insuficiencia cardíaca, infección respiratoria y síncope vasovagal. TC positiva en 19 (41%): solitario 2 (11%) y múltiple 16 (89%): arterias principales 9 (50%), lobares 9, segmentarias 18 (100%) y subsegmentarias 7 (39%). Probabilidad clínica baja en 12 (26%) con TC positiva en 4 (33%). Probabilidad intermedia en 29 (63%) con TC positiva en 11 (38%), y alta en 5 (11%) con TC positivo en 4 (80%).

Comparativa entre escalas de probabilidad clínica							
	Wells baja	Wells intermedia	Wells alta	Ginebra baja	Ginebra intermedia	Ginebra alta	Valor p
TC positivo	4	7	8	4	11	4	> 0,05
TC negativo	12	13	2	8	18	1	> 0,05

*Discusión:*La incidencia de TEP es 1/1.000 habitantes/año. Ninguna prueba es suficientemente sensible y específica. Debe primar la sospecha clínica, que debe acompañarse de ausencia de un diagnóstico alternativo más probable y normalidad de pruebas básicas. La técnica de elección es la angio-TC. Es una de las pruebas radiológicas más solicitadas a ritmo urgente, no exenta de riesgos (radiación, contraste). Su correcta indicación se establece por escalas de probabilidad clínica. La sensibilidad y especificidad son del 83 y 96% si se aplican estas escalas, si no, los falsos positivos se cifran en 42%, con el consiguiente impacto secundario (terapéutico, psicológico y económico). La TC fue negativa en el 59% y existía un diagnóstico alternativo más probable en el 70%. Ambas escalas clínicas detectaron 4 casos con probabilidad baja cuyo TC fue positiva, con trombos

subsegmentarios/segmentarios aislados que probablemente no justificasen la clínica, y mala técnica otro caso. Aplicando la escala de Wells se detectaron 4 pacientes más con probabilidad baja, lo que sugiere que esta escala en nuestra serie permitiría seleccionar más casos en los que podría ahorrarse la TC, aunque serían necesarios más estudios. No hubo diferencias significativas en la proporción de TC positivos entre ambas escalas.

*Conclusiones:*El uso sistemático de las escalas de probabilidad clínica permite hacer un correcto y racional uso de la angio-TC pulmonar. El criterio fundamental es la normalidad de pruebas básicas y la ausencia de un diagnóstico alternativo más probable. Se reduciría exceso de solicitud, disminuyendo costes y la posibilidad de falsos positivos.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.