



<https://www.revclinesp.es>

T-033 - INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE UN DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

A. Rodríguez Cobo, D. Martínez-Urbistondo, E. Caro Tinoco, A. Domínguez Calvo, R. Suárez de Villar, M. Agud Fernández y P. Villares Fernández

Medicina Interna. Hospital Universitario Madrid Sanchinarro. Madrid.

Resumen

Objetivos: El protocolo para el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP) consiste en su sospecha clínica, aplicación de una escala de riesgo y realización de pruebas complementarias -dímero D o angioTC- según el riesgo. La potencial gravedad del TEP requiere una gran sensibilidad diagnóstica, aunque no parece razonable aplicar el protocolo a todos los pacientes que presentan clínica respiratoria. Esto redundaría en el colapso de los servicios de Urgencias y de Radiología con un aumento de la exposición de la población a radiación. Esta dualidad en la aproximación al TEP ha dado lugar a la escala PERC (Pulmonary Embolism Rule-out Criteria). La posibilidad de un diagnóstico alternativo está incluida en la escala de Wells. Sin embargo, ese diagnóstico de entidades con criterios claros y con menos requerimiento de pruebas diagnósticas, como la neumonía o la agudización de EPOC (AEPOC), debería excluir (o limitar) la realización de angioTC. El objetivo del estudio es evaluar la influencia de PERC y de tener un diagnóstico alternativo en la probabilidad de presentar TEP.

Material y métodos: Estudio trasversal de los pacientes sometidos a angioTAC torácico entre enero de 2010 y abril de 2017 en un hospital universitario de la Comunidad de Madrid. Posteriormente, se seleccionaron de forma aleatoria 100 pacientes con TEP y 100 sin TEP. Se recogieron de forma retrospectiva variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, presencia de comorbilidad (cardíaca, oncológica, renal o pulmonar), hábitos tóxicos, la sintomatología y las constantes vitales al ingreso, así como la puntuación en las escalas de Wells y de PERC para TEP. Se consideró diagnóstico de neumonía la presencia de tos, fiebre y un infiltrado pulmonar, mientras que fue criterio de AEPOC la presencia de tos, fiebre y antecedente de EPOC.

Resultados: La cohorte del estudio estaba compuesta por 200 pacientes, todos ellos sometidos a angioTC: 100 tuvieron TEP y 100 no. De los pacientes sin TEP, un 82% tenía riesgo bajo de TEP, un 15% intermedio y un 3% riesgo alto en la escala de Wells. En el grupo de casos, las proporciones fueron de 27,35 y 38% respectivamente para riesgo bajo, intermedio y alto. 7 pacientes cumplieron criterios de neumonía, 7 de AEPOC y 13 todos los criterios de PERC. En el total de pacientes, la incidencia de TEP fue de un 29% entre los pacientes con neumonía (2/7), de 29% entre los pacientes con AEPOC (2/7) y de 15% entre los que cumplían los criterios de PERC (2/13). Sin embargo, entre los pacientes con riesgo bajo según la escala de Wells, ninguno de los 19 con diagnóstico de neumonía o de AEPOC o que cumpliera los criterios de PERC fue diagnosticado de TEP tras la realización de un angioTC (20,2%).

Discusión: Nuestro estudio, con sus limitaciones (casos y controles, transversal, retrospectivo) incide en tres aspectos: 1. La escala de Wells es fundamental en la evaluación de los pacientes con clínica respiratoria, puesto que ni PERC ni la presencia de otro diagnóstico alternativo a TEP consiguieron una sensibilidad fiable en pacientes con riesgo intermedio y alto. 2. El PERC - validado en otras poblaciones- parece útil para la disminución de la realización de pruebas en nuestra muestra. 3. La presencia de todas las características de PERC o el diagnóstico de una entidad alternativa al TEP en pacientes con bajo riesgo podría evitar hasta un 20% de angioTC.

Conclusiones: Los pacientes con clínica respiratoria se benefician de la aplicación de la escala de Wells. Si se confirman los hallazgos de este estudio, aquellos con riesgo bajo y que presentan criterios de PERC o un diagnóstico alternativo podrían no someterse a más pruebas diagnósticas.