Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):671

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-058 - PROBABILIDAD CLÍNICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO. ¿ES ÚTIL LA ESCALA DE WELLS?

R. Salas Campos[1], A. Pardo Pelegrin[1], N. Parra Macias[2], E. Bernabeu Garri[1] y R. Coll Colell[1]

[1]Medicina Interna, [2]Docencia. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Determinar la precisión clínica de la escala de Wells (EW) para el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) en el paciente pluripatológico (PPP) con sospecha clínica de TEP. Comparar precisión diagnóstica respecto al paciente no pluripatológico (No PPP).

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo incluyendo pacientes > 65 años que acudieron a Urgencias bajo sospecha de TEP (2004-2017). Los clasificamos en PPP y No PPP según los criterios del estudio PROFUND (enf. crónicas incluidas en 2 o más categorías definitorias). Registramos datos sociodemográficos y clínicos. En los dos grupos calculamos la puntuación EW, analizamos la precisión de la escala para el diagnóstico de TEP y comparamos resultados. Análisis de los datos: determinamos los parámetros de validez interna de la escala (S, E, VPP y VPPN) y valoramos la capacidad discriminatoria de la escala mediante la curva ROC y comparamos los dos grupos mediante el área bajo la curva (AUC).

Resultados: Sospecha TEP 390 pacientes. F. de riesgo ETV: inmovilización 44,6%, cirugía 15%, antecedentes TVP y TEP 7,3%/31,1%, cáncer 29%. EW: P. alta 27,2%, intermedia 39,5%, baja 28,8%.TEP confirmada 55,2%. EW y TEP confirmada: P. alta 19,2%, intermedia 26,1%, baja 7,7%. No PPP/PPP: 55,6%/44,3%. Demografía, antecedentes y clínica: Mujer 75,6%/59%. Edad media 81,3 (DE = 7,9)/82,4 (DE = 7,3). EPOC 11,9%/41,6%, tabaquismo 6,8%/15,6%, obesidad 17,5%/16,2%, AVC 3,4%/20,2%, HTA 84,2%/78%, diabetes 8,5%/37%, I. cardíaca 1%/4%. Pacientes/categorías diagnósticas: No PPP: A = 27,3%, B = 14,1%, C = 16,4%, D = 1,6%, E = 4,7%, F = 11,7%, G = 18%, H = 26%. PPP: A = 0, B = 7,5%, C = 12,7%, D = 1,7%, E = 0,7%, F = 24,9%, G = 18,5%, H = 26%. Signos clínicos No PPP/PPP: TVP 11,1/8.,%; FrC > 100 x´ 30,4%/31,2% EW No PPP: alta 24,17%, Intermedia 47,35, baja 24,6%. PPP: alta 32,9%, intermedia 30,9%, baja 36,1% TEP confirmado: No PPP 66,8% y PPP 40,2% (p 0,05). TEP confirmado por categorías diagnósticas: No PPP: A = 21,5%, B = 19%, C = 13,9%, D = 2,5%, E = 3,8%, F = 11,4%, G = 20,3%, H = 7,6%. PPP: B = 9,1%, C = 12,1%, D = 4,5%, E = 10,6%, F = 21,2%, G = 19,7%, H = 22,7% Wells y TEP confirmado: No PPP: P alta 29,1%, intermedia 53,2% y baja 14,2%. Validez interna: AUC 0,719 (IC95% 0,642 – 0,795); P. alta VPP 80,3; baja VPN 61,5. PPP: P. alta 47%, Intermedia 34,9, Baja 13,8%. Validez interna: AUC 0,732 (IC95% 0,652-0,812), P. baja VPN 83,92.

Discusión: Nuestros pacientes con sospecha de TEP, la EW los clasificó en su mayoría como probabilidad alta-intermedia. Por grupos, el paciente No PPP presentó más pacientes asignados a categoría alta e intermedia y el PPP presentó mayor número de pacientes con P. baja. En relación con la comorbilidad y TEP confirmado los pacientes PPP con patología osteoarticular crónica, deterioro funcional, diabetes, anemia y neoplasia presentaron con mayor frecuencia TEP. En cuanto a la EW en los PPP es coherente, ya que en baja

probabilidad clasifica pocos casos de TEP (VPN 83,92%), en intermedia la probabilidad asignada a TEP aumenta y en alta la probabilidad del diagnóstico de TEP aumenta aún más (AUC 0,732). En el paciente No PPP la EW es eficaz (AUC 0,719) sobre todo en probabilidad alta (VPP 80,39%) y sin diferencias significativas respecto al PPP. En cuanto a los parámetros de validez interna para el PPP el VPN de baja probabilidad es bueno (84%) y mejor que en el No PPP (62%). Globalmente con todos los resultados se puede decir que cuanto más PPP es el paciente, más eficaz es el Wells para descartar TEP y cuanto menos pluripatológico, más eficaz para confirmar TEP.

Conclusiones: La escala de Wells en el paciente pluripatológico con sospecha de TEP es válida para descartar la enfermedad en pacientes con baja probabilidad clínica.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.