



## T-062 - ESCALAS DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN EL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN. ¿SE PUEDE PREDECIR EL RIESGO ELEVADO DE MORTALIDAD?

C. Aranda Cosgaya<sup>1</sup>, T. Capel Astrua<sup>1</sup>, M. Peralta Ríos<sup>2</sup>, A. Vegas Serrano<sup>1</sup>, M. González Juárez<sup>1</sup>, A. Jiménez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Valdemoro (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** Las escalas propuestas y validadas que utilizamos en la actualidad para estimar el riesgo de mortalidad de los pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) tienen una elevada capacidad de detectar al paciente de bajo riesgo. El objetivo es valorar si 3 de estas escalas (PESI, s-PESI y Ginebra) tienen una buena capacidad de detectar a los pacientes del alto riesgo de mortalidad.

**Métodos:** Se ha realizado la revisión retrospectiva de los pacientes ingresados en nuestro centro entre los años 2008 y 2014 con el diagnóstico principal de TEP. Se han calculado para todos ellos las puntuaciones de las escalas referidas. Se ha realizado el análisis estadístico con el programa SPSS 18.0.

**Resultados:** En este periodo 299 pacientes ingresaron con el diagnóstico principal de TEP. La edad media fue de  $71,2 \pm 16,3$  años, siendo el 50,8% mujeres. 84 pacientes (28,1%) fueron diagnosticados además de TVP. Fallecieron en el seguimiento 79 pacientes (26,4%), de los cuales 34 (11,4%) lo hicieron en los 30 primeros días desde el diagnóstico y 49 (16,4%) en los primeros 90 días. Sólo 46 pacientes (15,4%) tenían una clase de riesgo 1 o 2 en la escala PESI (puntuaciones menores o iguales a 85) y ninguno de ellos falleció a los 30 ni a los 90 días. Sólo 34 pacientes (11,4%) tenían una puntuación de 0 en la escala s-PESI y ninguno de ellos falleció a los 30 ni a los 90 días. Según la escala Ginebra el 54,2% de los pacientes eran de bajo riesgo (0-2 puntos) y la mortalidad en este grupo fue del 6,2% y 7,7% a los 30 y 90 días respectivamente. En la escala PESI la probabilidad de fallecimiento a los 30 días aumenta un 0,2% (0,2-0,3) por cada punto ( $p < 0,005$ ) y en un 6,8% (4,1-9,5) por cada categoría de riesgo ( $p < 0,005$ ). En los pacientes del grupo de riesgo 1 al 4 de la escala PESI sólo hubo un fallecimiento (0,7%) mientras que en el grupo 5 la mortalidad era del 21,4%. En el análisis multivariante, de las variables evaluadas en la escala PESI, sólo la presencia de cáncer activo (OR 14,6% IC 5,9-23,4%), de hipotensión arterial al ingreso (OR 11,6% IC 2-21,6%) y de alteración del estado mental (OR 19,1% IC 10-28,2%) se asociaban de forma significativa al riesgo de mortalidad a los 30 días. En la escala s-PESI la probabilidad de fallecimiento a los 30 días aumentaba en un 7% (4,3-9,6) por cada punto de la escala ( $p < 0,005$ ). En los pacientes con 0 o 1 puntos en la escala s-PESI la mortalidad fue del 1,1%; en los pacientes con 2 puntos del 7,2%, pero en los pacientes con 3 puntos o más la mortalidad ascendía hasta el 20,7%. En el análisis multivariante, de las variables evaluadas en la escala s-PESI, de nuevo la presencia de cáncer activo (OR = 0,17 IC 0,08-0,26) y de hipotensión arterial al ingreso (OR = 0,16 IC 0,06-0,25) se asociaban a un mayor riesgo de mortalidad a los 3 meses.

*Discusión:* Las escalas clínicas de riesgo de mortalidad son una excelente herramienta para identificar a pacientes de bajo riesgo, que se pueden beneficiar de un tratamiento domiciliario o de alta precoz. Además nos pueden permitir identificar a los pacientes de alto riesgo, desde el mismo ingreso y mediante el uso de escalas de fácil aplicación en la práctica diaria.

*Conclusiones:* Las escalas PESI y s-PESI detectan muy bien a los pacientes de bajo riesgo de mortalidad en los 30 primeros días de un TEP, de modo que ningún paciente con puntuaciones bajas fallecía en este periodo de tiempo (ni a los 90 días) en nuestra cohorte. Una limitación en este sentido podría estar en relación con el bajo número de pacientes que estas escalas clasifican como de bajo riesgo. Pero además tienen la capacidad de detectar a pacientes de alto riesgo cuando las puntuaciones obtenidas en las escalas es alta. Las variables de ambas escalas que más se asocian al riesgo de mortalidad son la presencia de cáncer activo y de hipotensión arterial en el momento del diagnóstico.