



T-042 - ESCALAS DE PROBABILIDAD CLÍNICA PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN 3ª Y 4ª EDAD: ¿FUNCIONAN?

A. Pardo i Pelegrín¹, R. Salas Campos¹, C. Saval Segura¹, R. Rouco Marques¹, N. Parra Macías²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Docencia e Investigación. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Valorar la utilidad de las escalas de probabilidad clínica de Wells y de Ginebra, en combinación con Dímero D, en el diagnóstico de TEP en pacientes de la 3ª y 4ª edad.

Métodos: Estudio prospectivo de casos y controles de un registro hospitalario de 344 pacientes ingresados por sospecha clínica de TEP. Se consideraron 68 pacientes de 65-79 años (grupo A) con sospecha clínica atendidos. Se definieron como casos los pacientes con TEP. Se tomó un segundo grupo de estudio con pacientes > 80 años (grupo B) con sospecha clínica (60 pacientes). Al ingreso, 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 validez interna con curva ROC para las escalas de probabilidad.

Resultados: La prevalencia de TEP en el grupo A fue del 50% (34/68 casos) y en el grupo B del 35,7% (10/28 casos). Para el grupo A, la escala de Wells atribuyó el 7,9% de pacientes a la categoría de alta probabilidad; de ellos (5 pacientes), 2 confirmaron el diagnóstico. En el caso de Ginebra, el paciente clasificado como alta probabilidad no lo hizo. El área bajo la curva (AUC) de la curva ROC para la escala de Wells fue de 0,639 (IC95% 0,484-0,794) y para la escala de Ginebra, de 0,427 (IC95% 0,268-0,586), sin diferencias estadísticamente significativas. De los 2 casos de dímero D negativo, sólo 1 lo fue realmente. La media de dímero D fue de 3.265,6 ng/mL (DE 2.451,1). Su AUC fue de 0,656 (IC95% 0,503-0,808). Para el grupo B, el análisis de Wells atribuyó el 6,7% de pacientes a la categoría de alta probabilidad; de ellos (4 pacientes), 3 presentaban TEP. En el caso de Ginebra, sólo 2 de los 7 pacientes (11,7% del total) clasificados como alta probabilidad de TEP tenía la enfermedad. El AUC de la curva ROC para la escala de Wells fue de 0,784 (IC95% 0,659-0,910) y para la escala de Ginebra, de 0,538 (IC95% 0,384-0,692), sin diferencias estadísticamente significativas entre ellas. El único caso de dímero D negativo excluyó la enfermedad. La media de DD en este grupo fue de 3.419,5 ng/mL (DE 2.724,4). Su AUC fue de 0,598 (IC95% 0,396-0,801). Para el grupo A, el poder combinado de DD con Wells en el diagnóstico de TEP mostró una sensibilidad (S) de 0,88 (IC95% 0,65-1,1), especificidad (E) de 0,17 (IC95% -0,13 -0,46), valor predictivo positivo (VPP) de 0,58 (IC95% -0,13 -0,46), valor predictivo negativo (VPN) de 0,5 (IC95% -0,19 -1,19). Los valores de validez interna para la combinación de DD y Ginebra fueron: S 1,0 (IC95% 1,0 -1,0), E 0,06 (IC95% -0,06 -0,18), VPP 0,53 (IC95% 0,36 -0,70) y VPN 1,0 (IC95% 1,0 -1,0). Para el grupo B, el poder combinado de DD con Wells en el diagnóstico de TEP mostró una S de 1,0 (IC95% 1-1), E de 0,5 (IC95% -0,19 -1,19), VPP de 0,8 (IC95% -0,45 -1,15) y VPN de 1 (IC95% 1 -1). Los valores de validez interna para la combinación de DD y Ginebra fueron: S 1,0 (IC95% 1,0-1,0), E 0,06 (IC95% -0,06 -0,18), VPP 0,48 (IC95% 0,30-0,66) y VPN 1,0 (IC95% 1,0-1,0).

Discusión: En pacientes de 65-79 años, sólo el Dímero D resulta confiable, mientras que en pacientes de cuarta edad, el Dímero D deja de ser de utilidad en favor de la escala de Wells. En 3ª edad, la máxima utilidad se obtiene de combinar DD con escala de Ginebra, ya que nos permite excluir el 100% de los pacientes con sospecha de TEP que no lo tienen. Para confirmación diagnóstica, ninguna escala asociada a DD es útil, ya que sólo identifican algo más del 50% de pacientes con TEP. En la 4ª edad, DD asociado a Ginebra y/o Wells excluye al 100% de pacientes sin TEP; DD y Wells permiten identificar al 80% de los TEP.

Conclusiones: Las escalas de probabilidad clínica en combinación con DD ayudan a orientar el diagnóstico de TEP en pacientes de 3ª y 4ª edad. DD negativo con baja probabilidad en las escalas permite excluir el diagnóstico.