Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1296

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-013 - ¿ES LA HIPERTENSIÓN PULMONAR UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN EL TEP AGUDO ESTABLE?

M. Joya Seijo, M. Angelina García, M. Calle Romero, M. Asenjo Martínez, I. Perales Fraile, A. Asenjo Mota, S. Nistal Juncos, R. Barba Martín

Servicio de Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Investigar si la hipertensión pulmonar (HTP) en la fase aguda del tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes normotensos se asocia con un peor pronóstico.

Métodos: Estudio observacional, analizando de forma retrospectiva un número aleatorio de pacientes 128 de 275 que han sido atendidos durante tres años en el Hospital Rey Juan Carlos con diagnóstico de TEP y que están registrados en un formulario interno. Se excluyeron los pacientes inestables al ingreso. Las variables analizadas fueron sexo, edad, estancia media, comorbilidades, mortalidad y presencia de HTP en el ecocardiograma. Se han comparado los pacientes que tenían HTP confirmada (HTP), con los que no (noHTP) y con el grupo formado por noHTP y los que no tiene ecocardio (NoHTPECO) Para realizar el análisis estadístico se han usado el test de t Student, χ^2 con la corrección de Yates y el test exacto de Fisher.

Resultados: Se analizaron 128 pacientes, con una edad media de 68 años (rango 21-101). 63 son mujeres (49,32%). Con respecto a las comorbilidades: 7% EPOC, 9,4% tienen ICC y 13,3% cáncer. La estancia media son 8 días. Se realizó ecocardiograma a 70 y 32 (25%) tienen HTP .La edad media del grupo HTP es de 64,14 años, no HTP 64,84 y noHTPECO 69,32 (p: 0,186).La estancia media es: HTP 8,06, noHTP 9,53. y noHTPECO 8,11. Sin diferencias estadísticamente significativas. Sólo falleció un paciente de la serie.

Discusión: El TEP tiene una morbimortalidad significativa. La mortalidad a corto plazo es 2% en normotensos sin disfunción ventricular y asciende a 30% en pacientes en shock. La importancia de conocer los diferentes factores pronósticos es, por un lado, identificar a los pacientes con riesgo bajo de mortalidad a corto plazo susceptibles de un tratamiento ambulatorio y, por otro lado, identificar a los pacientes con elevado riesgo de mortalidad que puedan beneficiarse de tratamiento fibrinolítico. Algunos estudios sugieren que la disfunción ventricular de VD es la causa más frecuente de muerte precoz en los pacientes con TEP, pero otros trabajos han cuestionado estos hallazgos. En nuestra serie, la presencia de HTP en el ecocardiograma no se asocia a una mayor estancia hospitalaria ni mortalidad dado que sólo falleció un paciente. Hay que tener en cuenta que se trata de un estudio retrospectivo sobre la actividad clínica habitual. No se realiza un ecocardiograma de forma protocolizada a todos los pacientes, sino a aquellos en los que existe sospecha clínica o radiológica de HTP. Por ello, nos pareció más correcto realizar la comparación del grupo con HTP confirmada y

la suma de los otros dos, con el riesgo de incluir algún paciente con HTP no sospechada en este último grupo. La edad es mayor en los que no tienen HTP pero no llega a ser significativo. Puede haber un sesgo de selección y que se realice más ecocardiogramas a los más jóvenes o reflejar una mayor carga trombótica en los de menor edad.

Conclusiones: En nuestra serie, la presencia de HTP en el ecocardiograma no se asocia a una mayor estancia hospitalaria ni mortalidad.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.