



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

T-088 - GRAVEDAD Y PRONÓSTICO DE LA EMBOLIA PULMONAR AGUDA EN LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

R. Salas Campos¹, A. Pardo i Pelegrín¹, E. González², C. Saval Segura¹, R. Rouco Marques¹, M. Coll Colell¹, F. Fernández Monràs¹, N. Parra Macías³

¹Medicina Interna, ²Urgencias, ³Servei de Docència. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Conocer la gravedad de la embolia pulmonar aguda (EP) al ingreso, en los pacientes > 80 años en función de la situación hemodinámica (HDM). Conocer el pronóstico y complicaciones durante el ingreso.

Material y métodos: Estudio prospectivo, a partir de un registro hospitalario de 371 pacientes ingresados por sospecha clínica de EP. Seleccionamos a los pacientes > 80 años con EP confirmada y realizamos un estudio descriptivo registrando variables sociodemográficas y clínicas, exploración física, pruebas de laboratorio e imagen. Clasificamos a los pacientes según la situación HDM al ingreso y en función de la tensión arterial sistólica (TAs): riesgo alto si TAs < 90 mmHg y no alto riesgo si TAs ≥ 90 mmHg. Pronóstico: escala de PESI convencional, mortalidad por cualquier causa y complicaciones hemorrágicas. Tratamiento y destino al alta. Se realizó un análisis de estadística descriptiva.

Resultados: 86 pacientes > 80 años con EP confirmada. 69,8% mujeres. Media de edad 86,3 (DE = 4,24) años. Servicio de ingreso: Medicina Interna 65%. Estancia media 32 días (DE = 98) Probabilidad clínica: Escala de Wells: alta 32,6%, intermedio 52,3%, baja 15,1%. Comorbilidades más frecuentes: HTA, fractura de fémur o pelvis y AVC. Cáncer 16,3%. Factores de riesgo clásicos para EP: la inmovilización de más de 3 días en el momento de la consulta fue el más frecuente. Presentación clínica: 6,9% pacientes de alto riesgo. EP y TVP 14%. Laboratorio: DD positivo 95,3% (N = 64), valor medio 4.520 ng/dL (DE = 2.851). Troponinas positivas 13% (N = 46). Pruebas de imagen: ecocardiograma (N = 47) patológico en 63,8%. AngioTAC o gammagrafía pulmonar: TEP bilateral en 75% de los pacientes. PESI convencional puntuación media 131 puntos. PESI V 74,4%, PESI IV 25,6%. Estratificación del riesgo según situación HDM al ingreso: alto riesgo 6,9%. No alto riesgo-riesgo intermedio 80,1%: Riesgo intermedio alto con PESI IV y V, troponinas positivas y ecocardiograma con disfunción ventricular derecha 4,6%. Ningún paciente de bajo riesgo. Tratamiento: HBPM 95,3%, HNa 2,3% y fibrinolíticos 1,2%. Hemorragias durante el tratamiento 9,3%, ninguna mayor. Mortalidad global durante el ingreso: 15,1% todos de alto y muy alto riesgo por la escala de PESI y ninguno con inestabilidad HDM al ingreso.

Discusión: La mayoría de nuestros pacientes con EP aguda se presentaron al ingreso HDM estables. Un 7% fueron de alto riesgo, porcentaje ligeramente superior respecto a la población más joven según la bibliografía. Entre los pacientes de no alto riesgo, la valoración pronóstica mediante la escala de PESI los incluyó a todos en las categorías IV y V y por lo tanto clasificados globalmente como riesgo intermedio. Un 4,6% de éstos fue de riesgo intermedio-alto ya que presentaban troponinas positivas y ecocardiograma con signos de disfunción ventricular derecha. Ningún paciente de bajo riesgo (PESI I y II) por el peso de la edad en la

escala y las comorbilidades. Mortalidad de la serie baja respecto a la descrita en la bibliografía para esta población, y bien relacionada con las categorías de PESI. No falleció ningún paciente con inestabilidad HDM al ingreso. Tratamiento conservador en los pacientes de alto riesgo ya que sólo uno recibió fibrinolíticos. El 98,8% de los pacientes ingresaron en planta. La estancia media larga en relación con el deterioro del estado funcional y reagudización de comorbilidades.

Conclusiones: En nuestros pacientes ancianos la presentación clínica no se correlaciona con la gravedad de la EP ya que presentan una mortalidad baja, incluso en situación de alto riesgo. La edad, estado funcional y enfermedades asociadas probablemente determinan el mal pronóstico más que la propia embolia pulmonar y condicionan una estancia prolongada.