



<https://www.revclinesp.es>

T-091 - UTILIDAD DE LAS ESCALAS PRE-TEST Y DEL DÍMERO D EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

A. García, D. Caravia, C. Menéndez, H. Gómez, J. Rugeles, C. Yllera, V. Cárcaba, S. Suárez

Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Resumen

Objetivos: Valorar la rentabilidad independiente y conjunta del parámetro dímero D (DD) y de las escalas Wells y Ginebra en la predicción clínica de tromboembolismo pulmonar agudo y la realización y aplicación correcta de dichos parámetros en nuestra cohorte de pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de un total de 364 pacientes a los que se realizó angioTC urgente por sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) y requirieron ingreso en nuestro hospital entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre del mismo año. Las historias clínicas se revisaron a través de la plataforma Millennium. En el análisis estadístico descriptivo de los datos se realizó la valoración de frecuencias, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Resultados: La realización conjunta de las escalas Wells y Ginebra aparece solamente en 1 de nuestros pacientes y obtuvimos 152 TEP positivos. Para nuestro estudio, calculamos las escalas de forma retrospectiva a través de la historia clínica. Los valores predictivos tanto positivo (VPP) como negativo (VPN), la sensibilidad (S) y la especificidad (E) se muestran en la tabla. Existen 44 pacientes con riesgo bajo de TEP en ambas escalas. De estos solamente un 13,6% presentaron tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA), 4 de ellos de extensión bilateral. Al realizar la escala PERC sobre los pacientes de bajo riesgo, obtuvimos 5 resultados de PERC 0, todos ellos con DD positivo, de los cuales 2 fueron diagnosticados finalmente de TEPA (40%), ambos segmentarios. Del mismo modo, existen 19 pacientes que presentaron alto riesgo en ambas escalas, todos ellos con DD positivo, de los cuales un 89,5% fueron finalmente diagnosticados de TEPA, siendo más del 70% de los mismos de extensión bilateral. En cuanto a la valoración de riesgo intermedio, un 68% de los pacientes con este resultado en la escala de Wells fueron finalmente tromboembolismos, mientras que menos del 50% fueron diagnosticados cuando el resultado intermedio fue obtenido en la escala de Ginebra. La valoración del DD se realizó ajustada a la edad del paciente. El VPN de dicho parámetro fue de 0,9 con una alta sensibilidad 0,99 y una muy baja especificidad 0,05.

Tablas/Valores	VPP	VPN	S	E
Wells	0,86	0,89	0,67	0,96
Ginebra	0,90	0,80	0,67	0,95

Conjunta (W + G)	0,90	0,95	0,74	0,95
------------------	------	------	------	------

Discusión: La fiabilidad predictiva de las escalas pretest es similar a la descrita en la literatura, especialmente en la utilización conjunta de ambas escalas. En nuestro trabajo, los pacientes con un resultado de riesgo intermedio la predicción de la escala de Wells es mejor que la de Ginebra. En los pacientes de bajo riesgo, el uso de la escala PERC con resultado 0 no descarta con el suficiente rigor los pacientes sin TEP, probablemente al tratarse de una cohorte de pacientes añosos y con muchas comorbilidades donde el supuesto PERC 0 es muy improbable. Si en los pacientes con bajo riesgo en ambas escalas, no se realizará DD y angioTC se dejarían sin diagnosticar un 3,94% de los pacientes. El valor predictivo negativo de nuestra serie para el dímero D es similar a lo descrito, con una especificidad muy baja.

Conclusiones: Debemos insistir en la importancia predictiva de las escalas de Wells y Ginebra y en su realización en los pacientes con sospecha de TEPA. El uso conjunto de ambas escalas mejora la sensibilidad diagnóstica y su valor predictivo negativo. La asociación en los pacientes de bajo riesgo de la escala PERC no es una estrategia válida en nuestra serie. El dímero D no aporta información añadida de interés en los pacientes con alto riesgo de TEPA valorados por las escalas de Wells y Ginebra.