Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):696

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-058 - ALTA HOSPITALARIA PRECOZ DE LOS PACIENTES CON EMBOLISMO PULMONAR. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

F. Muñoz Rodríguez[1], A. Arjol Boga[2], M. Plasín Rodríguez[1], B. Vilaseca Arroyo[1], A. Fernández Luque[1], P. Vázquez Belles[1], E. Mauri Nicolás[1] y J. Tricas Leris[1]

[1]Medicina Interna; [2]Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Fundación Hospital Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Conocer el porcentaje y las características de los pacientes con embolismo pulmonar (EP) que son dados de alta de forma precoz del hospital y tratados en su domicilio bajo la supervisión de una Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHaD), Evaluar su evolución a los 30 días del diagnóstico comparándola con los pacientes tratados en el ámbito hospitalario.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EP en nuestro centro desde enero de 2014 hasta abril de 2017. Una vez ingresado el paciente se estratificaba su riesgo mediante la escala PESI simplificada (PESIs). Un valor de 0 identificaba a los pacientes de bajo riesgo. Con valores ? 1 se valoraba la disfunción del ventrículo derecho mediante pruebas de imagen (TAC torácico o ecocardiografía) y/o biomarcadores (troponina I o Nt Pro- BNP). También se evaluaba el riesgo hemorrágico mediante la escala RIETE. Se ofrecía el alta hospitalaria y el seguimiento por la UHaD a todos los pacientes identificados como de bajo riesgo. También a aquellos pacientes con una evolución inicial satisfactoria que, a juicio del médico responsable, podían ser tratados en su domicilio. Se programaba una visita de control a los 30 días del alta médica. Se consideraron variables de mal pronóstico la mortalidad por cualquier causa, la recurrencia y la hemorragia.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 70 pacientes (53% mujeres) con una edad media de 67 (23-94) años. El 50% de los episodios fueron idiopáticos y el resto secundarios (16% cáncer, 14% inmovilización, 11% insuficiencia venosa, 6% cirugía y 3% anticonceptivos orales). El 34% de los pacientes fueron identificados como de bajo riesgo. El 40% del total fue dado de alta de forma precoz en seguimiento por la UHaD (39% de ellos con PESIs = 0 y 61% con PESIs ? 1). Estos pacientes tuvieron una estancia media hospitalaria significativamente inferior a los pacientes ingresados (4,6 vs 7,9 días; p 0,0001) y tenían menor puntuación tanto en la escala PESIs (0,7 vs 1,4; p = 0,003) como en la escala de riesgo de hemorragia (1,7 vs 2,3; p = 0,02). Del total de la muestra 11 (16%) pacientes tuvieron una evolución desfavorable: 1 (1,4%) paciente sufrió una recurrencia, 3 (4,2%) pacientes sangraron y 9 (13%) fallecieron (5 pacientes debido al cáncer, 2 por hemorragia, 1 por EP y el último por neumonía nosocomial). Independientemente de donde fueron tratados, los paciente de bajo riesgo siguieron una evolución significativamente mejor que los pacientes de alto riesgo con menor mortalidad (0% vs 20%; p = 0,02) y tendencia a sufrir menos complicaciones (4% vs 22%; p = 0,08). De los 28 pacientes tratados en su domicilio solo 3 sufrieron complicaciones (2 fallecieron por la enfermedad oncológica subyacente y otro sufrió una recurrencia) y los 3 tenía un PESIs ? 1.

Discusión: Actualmente se recomienda estratificar el riesgo de sufrir complicaciones de los pacientes diagnosticados de EP e identificar aquellos que sean de bajo riesgo. Éstos últimos pueden beneficiarse de un alta precoz. A pesar de estas recomendaciones, la mayoría de los pacientes son tratados actualmente en el ámbito hospitalario. La creación de las UHaD puede facilitar el alta precoz de estos pacientes y su tratamiento domiciliario. Para seleccionar a los pacientes de bajo riesgo disponemos en la actualidad de diferentes escalas, como es la PESIs.

Conclusiones: 1. La escala PESIs nos permite de forma rápida y sencilla identificar pacientes con EP de bajo riesgo. 2. Estos pacientes pueden ser dados de alta precozmente y tratados a nivel ambulatorio con seguridad. 3. Las UHaD pueden garantizar un tratamiento y seguimiento adecuados de los pacientes con EP de bajo riesgo.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.