Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1274

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-044 - ADECUACIÓN EN LA SOLICITUD DE ANGIOTC DE TÓRAX PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

R. Malvárez Mañas, J. Aguilar García, V. Augustín Bandera, P. Macías Ávila, R. Quirós López, C. Romero Gómez, M. Martín Escalante y J. García Alegría

Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Resumen

Objetivos: Conocer la adecuación en la solicitud de angioTC de tórax en pacientes con sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo y analizar las características clínicas de los pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de pacientes a los que se les solicitó angioTC de tórax para descartar TEP agudo en el año 2016. Se consideró adecuada la solicitud del angioTC cuando la probabilidad clínica pretest (escala de Wells) era alta o cuando la probabilidad clínica era baja o intermedia con DD > 500 ng/ml, siguiendo los protocolos diagnósticos validados de TEP. El cálculo de la probabilidad clínica se realizó con los datos de las historias clínicas.

Resultados: Se solicitaron 201 angioTC de tórax, el 83% en Urgencias El 50% eran varones, edad media mujeres 66 años (± 15) y varones 64 años (± 14). Factores de riesgo: 24% fumadores activos, 16% ETEV previa, 24% neoplasia activa, 11% neoplasia previa, 5% cirugía en el mes previo, 34% inmovilización, 17% obesos. El 68% tenían patología médica de interés: 23% cardiopatía (hipertensiva, isquémica o dilatada), un 26% neumopatía (EPOC, asma, afectación intersticial), 20% IRC (CKD-EPI < 60 ml/min) y enfermedad neoplásica activa el 24%. Un 15% recibían anticoagulación. El síntoma principal fue la disnea (77%), seguido de dolor pleurítico (32%) y tos (28%), y en menor proporción: expectoración (17%), edemas (16%), palpitaciones (12%), síncope (9%), fiebre (8%) y shock (6%). La Rx de tórax fue normal en el 25% de los casos, en un 27% mostraba datos de insuficiencia cardiaca descompensada, 18% derrame pleural, 11% infiltrado alveolar y 5% masa o tumor. La gasometría mostró hipoxemia en el 35% e insuficiencia respiratoria global con hipercapnia el 10%. El dímero D se solicitó en el 76% (155), estando elevado en el 97% (150/155). El EKG realizado en el 77% de los casos, presentaba un registro patológico en el 58%. La probabilidad clínica pretest solo estaba recogida en una historia clínica. Calculada retrospectivamente fue elevada en el 13% (27 casos) y baja/intermedia en el 87% (174 casos), de los que el DD estaba elevado en el 75% (131 casos), por tanto la solicitud de la prueba fue adecuada en el 79% de los casos (158 casos). Se diagnosticó TEP agudo en un 32,8% (66 casos: 14 con probabilidad pretest alta y 52 baja/intermedia). En un 33% de estos con TVP concomitante. En el 58% (39) fue bilateral, el 36% (24) con afectación de arterias principales, 22% (15) arterias lobares, 16% (11) segmentario y 25% (17) lobar y segmentario. De ellos, el 53% eran mujeres, con una edad

media de 66 ± 15 años, y el 47% eran varones, con una edad media de 64 ± 14 años. El 73% (48) tenía antecedentes médicos: neoplasia activa el 29% (19), cardiopatía 17% (11), neumopatía 18% (12) y ETEV previa el 17% (11) con 5 pacientes ya anticoagulados por ello. Ingresaron el 53% en Neumología y el 39% en Medicina Interna y en UCI el 9% (6), con evolución fatal en un 6% (4) (por neoplasias diseminadas en tres casos y disfunción biventricular grave en un caso). El tratamiento al alta fue con acenocumarol el 41%, HBPM el 43% y anticoagulantes directos el 16%.

Conclusiones: La población en la que se sospechó TEP tenía una media de edad elevada y en más de dos tercios con antecedentes de patología cardiaca, pulmonar, cáncer o ETEV. Los síntomas más frecuente (disnea, dolor torácico o tos) eran comunes en estas enfermedades y en el TEP y el DD estuvo elevado hasta en el 97% de los pacientes a los que se les solicitó. Todas estas características hace que el diagnóstico de TEP sea complicado y aunque la alta sensibilidad del DD intenta evitar el infradiagnóstico, el sobreuso del mismo junto con la falta de realización de la probabilidad clínica pretest puede llevar a un aumento de pruebas diagnósticas de imagen con aumento del diagnósticos de TEP clínicamente no significativos. La prevalencia de TEP en nuestra serie es más elevada que la descrita en la bibliografía con una proporción similar de TEP segmentarios.

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