



Acta Colombiana de Cuidado Intensivo

www.elsevier.es/acci



REPORTE DE CASO

Descripción de 38 pacientes con tromboembolismo pulmonar ingresados a la unidad de cuidados intensivos: serie de casos



Jorge Eliécer Sará Ochoa^{a,*}, Olga Hernández Ortiz^a, Alcibiades Arosemena^b
y Álvaro Emilio Velásquez^a

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Medellín, Medellín, Colombia

^b Cuidados Intensivos, Universidad CES, Medellín, Colombia

Recibido el 8 de mayo de 2015; aceptado el 4 de junio de 2015

Disponible en Internet el 10 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Tromboembolismo pulmonar;
Unidad de cuidados intensivos;
Inestabilidad hemodinámica;
Hipoxemia

Resumen El tromboembolismo pulmonar (TEP) es el enclavamiento de un trombo en las arterias pulmonares, relacionado con la tríada: estasis, lesión endotelial e hipercoagulabilidad; la estabilización hemodinámica-ventilatoria requiere manejo en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Características clínicas: Treinta y ocho pacientes con TEP, diagnosticados tomográficamente, ingresaron en la UCI para estabilización hemodinámica y/o ventilatoria durante los años 2010-2014; la edad media fue de 54,8 años; 55,2% eran mujeres; 34,2% tenían antecedentes de cirugía reciente; 15,7% de traumatismo y 13,1% de tumores.

Resultados: Los síntomas de ingreso hospitalario fueron: 30 pacientes con disnea (79%), 15 con dolor precordial (39%), 5 con síncope (13%), 4 con tos (10%), uno con fiebre (2%) y uno con hemoptisis (2%); 8 pacientes presentaron hipotensión arterial al ingreso (21%); 20 pacientes (52,6%) con TVP, 3 tenían trombo intracavitario cardiaco y 3 foramen oval permeable; 16 pacientes recibieron manejo con trombólisis, de ellos uno presentó evento cerebral hemorrágico; finalmente, 5 pacientes murieron (13%).

El análisis exploratorio sobre mortalidad halló una diferencia significativa en los valores de ingreso en la UCI de la presión arterial de oxígeno (96,8 mm Hg vs 57,6 mm Hg; $p=0,018$) y de los niveles de bicarbonato (21,5 mEq/l vs 17 mEq/l; $p=0,010$); valores bajos en el grupo mortalidad.

Conclusión: Una incidencia de TEP de 0,7% al ingreso en la UCI, características clínicas parecidas a las reportadas en otros estudios, y un resultado exploratorio que identifica la PO_2 y HCO_3 como factores de mortalidad crean la necesidad de estudios con mayor complejidad para corroborar nuestros hallazgos.

© 2015 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jeso72@gmail.com (J.E. Sará Ochoa).

KEYWORDS

Pulmonary embolism;
Intensive care unit;
Haemodynamic
instability;
Hypoxemia

Clinical features in patients with pulmonary thromboembolism in the Intensive Care Unit: a series of 38 cases

Abstract Pulmonary embolism (PE) is a blockage due to thrombi in the pulmonary arteries. Venous thrombi are caused by a combination of stasis, endothelial damage, and hypercoagulability. Haemodynamic and ventilatory stabilisation is the objective in the Intensive Care Unit (ICU).

Clinical features: A cases series is presented of 38 patients admitted to ICU for haemodynamic and ventilatory stabilisation between 2010 and 2014. PE was diagnosed using computed tomography scanning. The mean age was 54.8 years old, with 55.2% females, and 34.2% had recent surgery. A history of trauma was recorded in 15.7%, and 13.1% had a tumour.

Results: The most common clinical presentations on admission to ICU were: dyspnoea in 30 patients (79%), chest pain in 15 (39%), syncope in five patients (13%), cough in four (10%), and fever and haemoptysis in one patient (2% for each). Of patients admitted to the ICU, eight had hypotension (21%). The study confirmed deep venous thrombosis in 20 patients (52.6%), intracavitary thrombus in three, and patent foramen ovale in three. Thrombolytic agents were used in 16 patients, one of them had cerebral haemorrhage, and five patients died later (13%).

Factors associated with mortality in the ICU in the exploratory analysis were: arterial oxygen pressure (96.8 mm Hg vs 57.6 mm Hg; $P = .018$), and serum bicarbonate (21.5 mEq/l vs 17 mEq/l; $P = .010$). The mortality was highest in the group with low values, with significant difference.

Conclusion: PE incidence of 0.7% was found. The study showed clinical features similar to those reported in other studies. The exploration analysis found that levels of PO_2 and HCO_3 are predictive factors of mortality. Larger studies will need to be conducted to confirm this finding. © 2015 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Tromboembolismo pulmonar (TEP) es el nombre dado al enclavamiento de un trombo en las arterias pulmonares, originado en alguna parte del territorio venoso; en el 90-95% de los casos es originado en las venas de los miembros inferiores; los factores de riesgo están relacionados con la tríada: estasis, lesión endotelial e hipercoagulabilidad¹. Entre los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) el 50% presenta TEP asintomático. La prevalencia de TEP en Estados Unidos es de 0,4% y la incidencia de 600.000 casos por año; la mortalidad global varía entre el 7 al 11%².

De los pacientes con TEP el 88.9% son sintomáticos y estables hemodinámicamente, 4,2% son inestables y 6,9% son asintomáticos. La edad media es de 62,3 años; se presenta con disnea en el 85% de los pacientes, dolor precordial en el 49%, tos en el 20%, síncope en el 14% y hemoptisis en el 7% y además el 33% de los pacientes con TEP pudo haber recibido tromboprolifaxis³.

La tomografía computarizada contrastada con multi-detector (TACC) es el método utilizado para evaluar los vasos pulmonares, con una sensibilidad del 83% y una especificidad del 96%. Una TACC negativa en pacientes con baja e intermedia posibilidad tiene un valor predictivo negativo del 96% y 89% respectivamente, y solo del 60% en los pacientes con probabilidad pretest alta; igualmente el valor predictivo positivo es del 92-96% en pacientes con probabilidad pretest intermedia o alta, y solo del 58% en los que tienen probabilidad pretest baja⁴.

El manejo del TEP se basa en el soporte respiratorio y hemodinámico, uso de anticoagulantes para prevenir la recurrencia y mortalidad, tratamiento trombolítico para restaurar la perfusión pulmonar y disminuir la mortalidad, en especial en pacientes con inestabilidad hemodinámica⁴. La trombólisis podría usarse en pacientes con estabilidad hemodinámica, pero con disfunción ventricular derecha, asociado a baja mortalidad y aumento del riesgo de sangrado⁵. Otras opciones de manejo, menos estudiadas, son la trombectomía percutánea^{6,7} y la trombectomía quirúrgica⁸.

El objetivo del presente reporte es describir las características clínicas, manejo y desenlaces de un grupo de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con el diagnóstico de TEP.

Presentación de casos

Se evaluó la historia clínica de 38 pacientes con diagnóstico tomográfico de TEP durante los años 2010 a 2014 en la Clínica Medellín, una UCI de 40 camas, con 5.446 pacientes egresados durante esos 5 años; 22 pacientes procedían del servicio de urgencias (58%), 9 del servicio de hospitalización en pisos (23,6%) y 7 del hogar (18,4%); la edad media fue de 54,8 años, 21 mujeres (55,2%) y 17 hombres (44,7%); 9 pacientes tenían antecedentes de hipertensión arterial, 9 de diabetes, 3 de dislipidemias, 3 de infarto miocárdico, uno de accidente cerebro-vascular, 7 de obesidad, 7 de tabaquismo, uno de lupus eritematoso sistémico, 2 de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 5 de hipotiroidismo y 5 de embolismos previos; además, 13 pacientes (34,2%)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3103912>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3103912>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)