



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



REVISIÓN

Actualización en la estratificación de riesgo del tromboembolismo pulmonar agudo sintomático

A. Maestre Peiró^{a,*}, A. González Gasch^b y M. Monreal Bosch^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Alicante, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Collado Villalba, Madrid, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Recibido el 30 de enero de 2017; aceptado el 23 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

Tromboembolismo pulmonar;
Estratificación de riesgo;
Pronóstico;
Supervivencia

KEYWORDS

Pulmonary thromboembolism;
Risk stratification;
Prognosis;
Survival

Resumen La mortalidad precoz en pacientes con tromboembolia pulmonar (TEP) varía desde el 2% en pacientes normotensos al 30% en pacientes con shock cardiogénico. La estratificación actual de riesgo en la TEP sintomática incluye 4 grupos de pacientes y las estrategias terapéuticas recomendadas se basan en dicha estratificación. Los pacientes que se presentan con inestabilidad hemodinámica se consideran de alto riesgo y en ellos se recomienda el tratamiento fibrinolítico. En pacientes normotensos, la estratificación de riesgo ayuda a diferenciar entre aquellos de bajo riesgo, riesgo intermedio-bajo y riesgo intermedio-alto. Actualmente no existe suficiente evidencia sobre el beneficio de una monitorización intensiva y tratamiento fibrinolítico en pacientes con riesgo intermedio-alto. En pacientes de bajo riesgo, está indicada la anticoagulación estándar y podría considerarse la posibilidad de un alta precoz con manejo ambulatorio, aunque su beneficio no está todavía firmemente establecido.

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

Update on the risk stratification of acute symptomatic pulmonary thromboembolism

Abstract Early mortality in patients with pulmonary thromboembolism (PTE) varies from 2% in normotensive patients to 30% in patients with cardiogenic shock. The current risk stratification for symptomatic PTE includes 4 patient groups, and the recommended therapeutic strategies are based on this stratification. Patients who have haemodynamic instability are considered at high risk. Fibrinolytic treatment is recommended for these patients. In normotensive

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amaestrep@gmail.com (A. Maestre Peiró).

patients, risk stratification helps differentiate between those of low risk, intermediate-low risk and intermediate-high risk. There is currently insufficient evidence on the benefit of intensive monitoring and fibrinolytic treatment in patients with intermediate-high risk. For low-risk patients, standard anticoagulation is indicated. Early discharge with outpatient management may be considered, although its benefit has still not been firmly established.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Introducción

La tromboembolia pulmonar (TEP) se produce como consecuencia de la oclusión parcial o total del lecho vascular arterial pulmonar por un trombo desprendido (émbolo) del sistema venoso profundo, habitualmente de los miembros inferiores.

La TEP aguda sintomática es la manifestación más grave de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE), cuya incidencia global es de 131 por 100.000 personas/año, causando la TEP el 45,9% de los casos¹. Ocasiona el 0,52% de los ingresos hospitalarios, lo que supone un elevado coste sanitario de nuestro país².

La presentación clínica de la TEP puede ser variable. La mortalidad por una TEP que inicia como parada cardiorrespiratoria (1% de los casos) es del 70%; si se presenta como shock o hipotensión arterial que requiere de fármacos inotrópicos (5% de casos) el riesgo de mortalidad es del 30%, mientras que en pacientes normotensos desciende al 2%³⁻⁵.

Un reciente trabajo del Registro RIETE (Registro Informatizado de Enfermedad TromboEmbólica venosa) evaluó la mortalidad de la TEP aguda. En 23.858 pacientes atendidos durante un periodo de 12 años, se observó una tasa de mortalidad global a los 30 días del 5,9%, con una tendencia significativa a disminuir, tanto la secundaria a cualquier causa (del 6,6% entre 2001 y 2005 al 4,9% entre 2010 y 2013) como la debida a TEP (del 3,3 al 1,8% en los mismos periodos)⁶.

Estratificación pronóstica de los pacientes con tromboembolia pulmonar

Para reducir la mortalidad por TEP es fundamental distinguir los pacientes con alto riesgo de presentar eventos adversos de aquellos con riesgo bajo, con el objetivo de indicar las alternativas terapéuticas más eficaces y eficientes en cada caso. Por ello, tanto las guías de manejo de la TEP masiva y submasiva de la *American Heart Association* (AHA)⁷ como la novena edición de las guías de terapia antitrombótica del *American College of Chest Physicians* (ACCP)⁵, y las últimas guías de la *European Society of Cardiology* (ESC)⁸, recomiendan estratificar a los pacientes según su riesgo de mortalidad precoz (intra-hospitalaria o en los primeros 30 días) en 3 categorías: alto, intermedio y bajo riesgo, en función de una serie de marcadores de riesgo y escalas pronósticas. También en nuestro país se publicó en 2013 el consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con TEP⁹, que apoya estas mismas recomendaciones.

La situación hemodinámica en el momento de presentación de la TEP tiene la mayor significación pronóstica de mortalidad a corto plazo. Los pacientes hipotensos^{5,7} (presión arterial sistólica < 90 mmHg) o con shock hemodinámico son considerados de alto riesgo por lo que, tras confirmarse el diagnóstico mediante una ecocardiografía transtorácica o una angiografía torácica por tomografía computarizada (angioTC) multidetector, las guías clínicas y las recomendaciones de expertos proponen el tratamiento fibrinolítico sistémico si no existe un riesgo hemorrágico alto^{5,7,8}.

En pacientes hemodinámicamente estables, tras confirmar la TEP con una angioTC multidetector o una gammagrafía pulmonar, se utilizan escalas clínicas pronósticas para estratificar el riesgo, clasificándose a los pacientes en grupos de riesgo bajo o intermedio. En pacientes de bajo riesgo, estaría indicada la anticoagulación estándar y podría considerarse la posibilidad de un alta precoz y manejo ambulatorio^{5,7,8}.

El grupo de pacientes más complejo de estratificar es el de riesgo intermedio. Son pacientes hemodinámicamente estables en su presentación, que pueden sufrir una inestabilidad hemodinámica posterior, como consecuencia de una recurrencia tromboembólica o un deterioro de la función del ventrículo derecho (VD). Por ello, en la actualidad la estratificación de riesgo se centra en diferenciar, dentro del grupo de pacientes normotensos con riesgo intermedio, aquellos con bajo riesgo de complicaciones precoces (riesgo intermedio-bajo) de los que tienen un alto riesgo de eventos adversos (riesgo intermedio-alto)^{4,8,10-13}. En los pacientes de riesgo intermedio se sugiere la combinación de herramientas pronósticas que valoren la disfunción del VD, la isquemia miocárdica, el estrés del cardiomiocito o la carga trombótica, para así identificar a aquellos con riesgo intermedio-alto que podrían beneficiarse de una monitorización intensiva y un tratamiento de reperfusión (fibrinólisis de rescate) si se produjera la descompensación hemodinámica.

Modelos pronósticos clínicos

Para la estratificación de riesgo de pacientes con TEP aguda sintomática se utilizan una serie de herramientas pronósticas, fundamentalmente escalas clínicas, marcadores biológicos y pruebas de imagen. Concretamente, para la identificación de pacientes con TEP de bajo riesgo, las escalas clínicas pronósticas han demostrado tener un excelente valor predictivo negativo (VPN), y son baratas y sencillas de aplicar. Incluyen parámetros clínicos rápidos de obtener, que no requieren habilidades o entrenamiento especiales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5683420>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5683420>

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