



Original

Evaluación clínica frente a escalas estandarizadas para el pronóstico de los pacientes con tromboembolia pulmonar aguda sintomática

Carlos Andrés Quezada^a, Celia Zamorro^a, Vicente Gómez^b, Ina Guerassimova^a, Rosa Nieto^a, Esther Barbero^a, Diana Chiluita^a, Deisy Barrios^a, Raquel Morillo^a y David Jiménez^{a,c,d,*}

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^c IRYCIS, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria, Madrid, España

^d Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de mayo de 2017

Aceptado el 2 de noviembre de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Tromboembolia de pulmón

Pronóstico

Escalas pronósticas

Evaluación empírica

Mortalidad

R E S U M E N

Fundamento y objetivos: Determinar la utilidad de la estratificación pronóstica empírica para identificar a pacientes con tromboembolia de pulmón (TEP) aguda sintomática y bajo riesgo de complicaciones precoces.

Pacientes y métodos: Este estudio incluyó a un total de 154 pacientes consecutivos diagnosticados de TEP aguda sintomática en un hospital universitario terciario. Comparamos la capacidad pronóstica de la escala clínica Pulmonary Embolism Severity Index (PESI), la escala PESI simplificada (sPESI) y la evaluación empírica de: 1) 2 médicos adjuntos (uno con y otro sin experiencia en el manejo de pacientes con TEP); 2) un residente de cuarto año de Neumología; 3) un residente de tercer año de Neumología, y 4) un residente de segundo año de Neumología. El evento primario de mal pronóstico fue la mortalidad por todas las causas durante el primer mes después del diagnóstico de la TEP.

Resultados: Durante los primeros 30 días después del diagnóstico de la TEP se produjo el fallecimiento de 13 pacientes (8,4%; intervalo confianza [IC] del 95%, 4,1-12,8%). Hubo una tendencia (no estadísticamente significativa) a clasificar más pacientes de bajo riesgo mediante la escala PESI o la evaluación empírica que con la escala sPESIs (36,4, 31,3 y 28,6%, respectivamente). No se produjo ningún evento en el grupo de pacientes de bajo riesgo según la escala sPESIs. Se detectó una mayor eficacia pronóstica de la estratificación empírica conforme mayor fue la experiencia clínica de los evaluadores (84,6 vs. 92,3%; $p = 0,049$).

Conclusiones: La escala sPESIs es la herramienta más eficaz para identificar pacientes con TEP aguda sintomática y bajo riesgo de muerte por todas las causas durante el primer mes de seguimiento. La evaluación pronóstica empírica realizada por médicos experimentados no es menos eficaz que la realizada mediante escalas estandarizadas.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Clinical gestalt versus prognostic scores for prognostication of patients with acute symptomatic pulmonary embolism

A B S T R A C T

Background and objective: To determine the accuracy of clinical gestalt to identify patients with acute symptomatic pulmonary embolism (PE) at low-risk for short-term complications.

Patients and methods: This study included a total of 154 consecutive patients diagnosed with acute symptomatic PE in a tertiary university hospital. We compared the prognostic accuracy of the Pulmonary Embolism Severity Index (PESI), the simplified PESI (sPESI), and clinical gestalt of 1) 2 senior physicians (one with and one without experience in the management of patients with PE), 2) a fourth-year resident of Pneumology, 3) a third-year resident of Pneumology, and 4) a second-year resident of Pneumology. The primary outcome was all-cause mortality during the first month after the diagnosis of PE.

Keywords:

Pulmonary embolism

Prognosis

Prognostic scales

Clinical assessment

Mortality

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: djimenez.hrc@gmail.com (D. Jiménez).

Results: Thirty-day all-cause mortality was 8.4% (13/154; 8.4%; 95% confidence interval [CI], 4.1-12.8%). The PESI and clinical gestalt classified more patients as low-risk, compared to the sPESI (36.4%, 31.3% y 28.6%, respectively). There were no deaths in the sPESI low-risk category (negative predictive value 100%). Prognostic accuracy increased with increasing experience (84.6 vs. 92.3%; $P=.049$).

Conclusions: The sPESI showed the best accuracy at correctly identifying low-risk patients with acute symptomatic PE. Clinical gestalt is not inferior to standardized clinical prediction rules to prognosticate patients with acute PE.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La tromboembolia de pulmón (TEP) constituye una enfermedad con un espectro amplio de manifestaciones clínicas, con pronóstico y tratamiento diferentes. La mortalidad por TEP oscila entre el 2% en pacientes normotensos y el 30% en pacientes con inestabilidad hemodinámica o shock¹. Por tanto, la estratificación pronóstica de los pacientes con TEP aguda sintomática se ha convertido en un requisito imprescindible para la elección de la mejor opción terapéutica para ellos². Los pacientes con bajo riesgo de complicaciones precoces podrían beneficiarse del alta precoz o incluso del manejo ambulatorio de su enfermedad³⁻⁷. Por el contrario, los pacientes con alto riesgo deberían ser monitorizados estrechamente y se debería valorar en ellos el uso de tratamientos más agresivos para la recanalización precoz de las arterias ocluidas (fibrinólisis, fragmentación percutánea o embolectomía quirúrgica)^{8,9}.

Los especialistas implicados en el manejo de los pacientes con TEP necesitan información pronóstica fiable¹⁰ y se han propuesto diferentes herramientas para la estratificación pronóstica de estos pacientes: escalas clínicas, marcadores biológicos (troponina o péptido natriurético cerebral y pruebas de imagen (ecocardiografía o angiotomografía computarizada [angio-TC] torácica). En este sentido, se han derivado y validado varias escalas clínicas pronósticas. Entre ellas, la escala Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) identifica a pacientes con TEP y bajo riesgo de complicaciones precoces en los que se puede considerar el alta precoz o el tratamiento ambulatorio¹¹⁻¹⁴. La escala PESI simplificada (PESIs) es tan útil para la identificación de pacientes con bajo riesgo como la escala original, pero sin la complejidad de aquella¹⁵. Estas escalas han demostrado su reproducibilidad con independencia de la experiencia del especialista que las aplica¹⁶. Hasta la fecha, ningún estudio ha evaluado si la estratificación pronóstica empírica (subjetiva) es tan eficaz como la realizada mediante el uso de escalas pronósticas bien validadas y si el pronóstico empírico depende de la experiencia del evaluador.

El objetivo de este estudio ha sido determinar la capacidad pronóstica (identificación de pacientes de bajo riesgo) de la evaluación empírica del riesgo en pacientes con TEP aguda sintomática y compararla con la de la escala PESI y la escala PESIs.

Método

Diseño

Se ha realizado un estudio observacional en una cohorte de pacientes estables e inestables con TEP aguda sintomática. Se comparó la eficacia pronóstica de las escalas PESI y PESIs con la evaluación empírica del riesgo de un residente de segundo año (R2), un residente de tercer año (R3), un residente de cuarto año (R4) de la especialidad de Neumología y de 2 médicos adjuntos (uno con experiencia [A1] y otro sin ella [A2]) en el manejo de pacientes con TEP. El estudio fue aprobado por el Comité Ético

local y todos los pacientes dieron su consentimiento para la participación.

Pacientes y criterios de selección

Se incluyó en el estudio a todos los pacientes diagnosticados consecutivamente de TEP aguda sintomática en el Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España, durante un año. El diagnóstico de TEP se confirmó mediante el hallazgo en la angio-TC de un defecto intraluminal parcial rodeado de contraste o una oclusión completa de una arteria pulmonar en 2 cortes consecutivos de TC¹⁷. El diagnóstico de TEP mediante gammagrafía de ventilación/perfusión se realizó en los casos de alta probabilidad definidos según criterios PIOPED¹⁸ (al menos un defecto de perfusión segmentario o 2 subsegmentarios con ventilación normal), o en los casos con sospecha clínica de TEP, gammagrafía no concluyente y ecografía de miembros inferiores diagnóstica que mostrase un defecto de compresibilidad de la luz venosa como signo de trombosis venosa profunda (TVP)¹⁹.

Se excluyó a los pacientes sin diagnóstico objetivo de TEP, aquellos en los que no se pudo completar un seguimiento mínimo de un mes desde el momento del diagnóstico y los pacientes asintomáticos en los que el diagnóstico de TEP se realizó de forma incidental.

Intervenciones

Los pacientes fueron tratados con enoxaparina a dosis ajustadas al peso del paciente (1 mg/kg cada 12 h) durante un mínimo de 5 días. Se inició la administración de antagonistas de la vitamina K junto con la HBPM entre el primer y el tercer día de tratamiento y la HBPM fue interrumpida cuando el cociente normalizado internacional (INR) era estable y superior a 2,0. La monitorización de los niveles de INR se realizó de acuerdo con las prácticas locales del centro.

El tratamiento de recanalización (trombolíticos, fragmentación o embolectomía) se empleó en los pacientes inestables hemodinámicamente a criterio del médico responsable. De forma general, la fragmentación mecánica y la embolectomía se reservaron para los pacientes inestables con contraindicación para la trombólisis. Se insertó un filtro de vena cava a aquellos pacientes con contraindicación para la anticoagulación (sangrado activo o alto riesgo de sangrado).

Evaluación pronóstica

Las escalas de riesgo PESI y PESIs se calcularon a partir de las características clínicas de los pacientes recogidas en el momento de diagnóstico de la TEP en el Servicio de Urgencias. Para cada una de las variables se asignó la puntuación establecida en cada una de las escalas. La puntuación total de cada uno de los pacientes se calculó sumando las puntuaciones obtenidas para cada una de las variables pronósticas incluidas en la escala.

Para la evaluación pronóstica empírica, los médicos participantes recibieron información sobre las comorbilidades del paciente, la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8762268>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8762268>

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