FACTORES DE RIESGO DE EMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 40 AÑOS

I. Casado Moreno, F. González Vargas, G. Sáez Roca, J.A. Gutiérrez Muñoz, F. Martín-Vivaldi, M.Guillamón Sánchez, E. Granados Valverde, C. Castillo Aguilar.
Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Comparar los factores de riesgo de pacientes <40 años y >40 años, ingresados por tromboembolismo pulmonar (TEP).

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de las historias clínicas protocolizadas de pacientes con TEP, seguidos ambulatoriamente en la consulta de TEP, desde marzo 98 a noviembre 99.

RESULTADOS

Se incluyen 123 pacientes, 58% varones y 42% mujeres. 24 eran menores de 40 años edad media 33 años. 99 eran mayores de 40, edad media 60 años, siendo el intervalo entre 65 y 75 años el de mayor acúmulo de casos (39%). Los factores de riesgo encontrados tienen diferente peso según el grupo de edad: 1) En <40 años destacan la inmovilización (54%), generalmente por intervenciones quirúrgicas (30%). En mujeres la toma de anticonceptivos estuvo presente en el 64% de los casos. Otros factores son coagulopatías (8,3%) y TVP previa (8,3%). Sólo en un 19% de los casos se dio la coexistencia de dos o más factores de riesgo. 2) En >40 años destacan: edad superior a 60 años en 65%, inmovilización 40.4% (por enfermedades médicas 16% y cirugía previa 13%), causas cardiovasculares 34,5%, cirugía previa 16%. Un 22% tenían antecedentes de TVP o TEP previos. El 53% presentaba 2 ó más factores de riesgo concomitantes.

CONCLUSIONES

1) En <40 años la identificación de algún factor de riesgo (80%), es más frecuente, que en pacientes mayores de 40 años (64%). 2) En la mayoría de pacientes menores de 40 años, se registraba la toma de anticonceptivos. 3) Más de la mitad de pacientes >40 años tenían 2 o más factores de riesgo concomitantes.

¿ESTÁ INFRADIAGNOSTICADA LA TROMBOFILIA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR?

S. de la Fuente, G. Rodríguez*, S. Alonso, J. Ancochea.
S. de Neumología. S. de Hematología*. H. U. de la Princesa. Madrid.

OBJETIVO

Establecer el diagnótico, prevalencia y perfil de la trombofilia en el tromboembolismo pulmonar (TEP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes con TEP y estudio de hipercoagulabilidad desde diciembre del ´95 a mayo del ´99, determinándose parámetros clínicos y hematológicos.

RESULTADOS

65 estudios; 37 patológicos con una prevalencia del 29,23%, Distribución: edad de 44,86±17,90a, 62,5% hombres y 37,5% mujeres. Antecedentes familiares (AF): 35,71%. Trombosis previas: 71,42% (20% TEP, 60% TVP, 10% TBF). El 42,85% tenía factor de riesgo. Alteración más frecuente: Anticoagulante Lúpico (AL) el 31,57%, y Anticuerpos Anticardiolipinas (ACAS) el 31,57%, seguido de: Resistencia a la Proteína C Activada (RCP) el 15,78%, déficit de Proteína C (PC) el 5,26%, déficit de Proteína S (PS) el 5,26%, déficit de Plasminógeno (P) el 5,26%, e hiperfibrinogenemia (5,26%). Perfil clínico: a)-ACAS: edad de 48 ±23,60 a; el 83,33% con trombosis previas y el 33,33% con

AF. b)- AL: edad de 42,5±19,01a, el 50% con trombosis. C) RCP**:** edad de 30,33±4,72a, con antecedente de: TEP (33,33%); TBF (33,33%); y embarazo (33,33%). d)**-** P: varón de 48a con trombosis previas y hepatopatía. e)- PC: varón de 60a con TVP y AF. f)- PS: mujer de 30a con AL.

CONCLUSIONES

1- Dada la elevada prevalencia encontrada y los escasos estudios realizados, consideramos que la trombofilia está infradiagnosticada. 2- Defectos más comunes: presencia de AL y de ACAS, siendo la RCP el congénito más frecuente. 3- La RCP tiene menor riesgo de recurrencia y severidad de trombosis, apareciendo en población más joven que en otras series.

CARACTERÍSTICAS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SEVERO

F. Marín Sánchez, L. Ruiz del Fresno, N. Avisbal Portillo, M.V. Hidalgo San Juan, D. Daga Ruiz, C. Reina Artacho.
Servicios de Neumología y Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

OBJETIVOS

Describir el perfil clínico,diagnóstico y terapeútico de los pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) severo de nuestro hospital.

METODOLOGÍA

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) con el diagnóstico principal de TEP, durante los años 1995 a 1999.

RESULTADOS

En ese periodo se diagnosticaron 217 pacientes con TEP. Ingresaron en la UMI 42 (19 %): 23 mujeres y 19 hombres. El factor de riesgo más importante fue la inmovilización de causa quirúrgica (38%). La clínica más frecuente fue disnea (90%), dolor torácico (54%), signos de trombosis venosa profunda (57%) y shock (29%). La radiografía de tórax fue patológica en 76%. Se realizó Doppler de miembros inferiores y/o flebografía en el 86% (positiva en el 64%); gammagrafía y/o arteriografía pulmonar al 76% (al menos una fue diagnóstica en el 75% de los casos). En 22 pacientes se hizo ecocardiografía (patológica en 19). La mayoría de los pacientes recibieron heparina sódica, se fibrinolisó a 20 (el 50% con rt-PA), cuya indicación principal fue repercusión gasométrica y/ohemodinámica severa (68%). En 8 pacientes se implantó un filtro de cava. Requirieron transfundirse el 24% , y fallecieron 4.

CONCLUSIONES

En el TEP severo el principal factor de riesgo es la inmovilización. Un número importante de ellos se presentan con shock y/o insuficiencia respiratoria severa. La fibrinolisis forma parte fundamental del tratamiento de nuestros pacientes,y es frecuente la complicación hemorrágica. La mortalidad global es relativamente baja.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: EVALUACIÓN CLÍNICA

A. Dorado, F. Miralles, M. Arzola, E. Mora, M. García, A. Valencia.
Servicio de Neumología. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad frecuente y de elevada mortalidad, requiriendo un diagnóstico rápido que se inicia con la sospecha clínica. Para ello es fundamental la valoración de los hallazgos

aportados por la historia clínica y primeros datos complementarios.

OBJETIVOS

Evaluar la frecuencia de dichos hallazgos clínicos en los pacientes con TEP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 38 pacientes diagnosticados de TEP por gammagrafía de alta probabilidad (n=30) o angiografía positiva (n=8), edad media 58,5 (SD:15, r:23-82)años. Se valoró frecuencia de signos y síntomas, factores predisponentes (F.P.) y desencadenantes (F.D.), hallazgos en Rx-Tórax, electrocardiográficos (EKG) y gasométricos. Se compararon estos hallazgos en el TEP masivo(Mas, >/= 6 segmentos ó 2 lóbulos, n=16) vs TEP no masivo(No Mas, n=22).

RESULTADOS

Los porcentajes de signos y síntomas, hallazgos EKG (T.I.:Trastornos inespecíficos) y Rx (D.P.:Derrame pleural, A.D.:Aumento de densidad) más frecuentes se describen en la tabla . Presentaban F.P. el 84,2% y F.D. el 39,5% de los casos. Las medias de pO2 y pCO2 para el TEP Mas y No Mas fueron respectivamente de 73,3 (SD:29,4) y 69,2(SD:18,5), y 31,8 (SD:8,4) y 33,9 (SD:3,9) mm Hg, no siendo ambas diferencias estadísticamente significativas. El 100% de los pacientes presentó disnea o dolor torácico o taquipnea (se presentaron conjuntamente en el 36,8% de los casos).

Síntomas y Signos			EKG			Rx Torax		
	Mas	No Mas		Mas	No Mas		Mas	No Mas
Disnea	100%	77,3%	S1Q3T3	43,8%	31,8%	D.P.	13,3%	21,1%
Dolor torácico	81,3%	77,3%	Arritmia	25,0%	31,8%	A. D.	6,7%	26,3%
Taquipnea*	81,3%	36,4%	T. I.	25,0%	18,2%	Atelectasia	13,3%	10,5%
Taquicardia	50,0%	31,8%	Normal	37,5%	36,4%	Normal	53,3%	42,1%
Cianosis	31,3%	9,1%						
Flebitis	18,8%	18,2%						

*p<0,05.

CONCLUSIONES

Los hallazgos clínicos más frecuentes en el TEP fueron disnea, dolor torácico y taquipnea. La taquipnea fue el único valor de frecuencia claramente diferente (más alta) en el TEP masivo. Un alto porcentaje presentaba Rx de Tórax y EKG normales.

ESTUDIO DE LOS CASOS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INGRESADOS EN UNA SALA DE NEUMOLOGÍA

G. Pérez Chica, T. Muñoz Casaubón, E. Navascués Martínez, M. Contreras González, M.A. Palma Otero, A. Fernández Sánchez, C. Peñalver Mellado.
Servicio de Neumología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

Analizar las caracteristicas epidemiológicas, métodos diagnóstico-terapéuticos utilizados y complicaciones de los pacientes ingresados por tromboembolismo pulmonar (TEP) en nuestro Servicio.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados por TEP en nuestro Servicio, desde Noviembre de 1998 hasta Noviembre de 1999.

RESULTADOS

Se han revisado a 64 pacientes, siendo 32 hombres y 32 mujeres, con una edad media de 63,58 ± 15,68 años, permaneciendo ingresados con una estancia de 14,58 ± 4,21 dias. Un 85,9% de nuestros pacientes presentaban factores de riesgo y en un 78,1% existía una clara sospecha clínica. El valor medio de la gasometría al ingreso fue de PO_2 63,35±11,84 mmHg, PCO_2 32,04±4,24 mmHg, pH 7,43±0,046 y previa al alta hospitalaria de PO_2 77,29±13,56 mmHg, PCO_2 34,89±4,90 mmHg, pH7,42±0,049. La gammagrafía de perfusión pulmonar fue en el 71,9% compatible como de alta probabilidad de TEP, apreciándose una reperfusión total en el 45,3% de las gammagrafías realizadas previas al alta. Se realizó flebografía en el 90,6% de los casos y eco-doppler en el 31,3%. En el 76,6% de los pacientes se utilizó heparina sódica intravenosa (iv.) como tratamiento inicial y en el 23,4% restante se empleo heparina de bajo peso molecular (HBPM). Como complicaciones destacar la aparición de hemorragia en 2 casos (1 caso empleando HBPM). La mortalidad registrada fue del 6,3% (seguían tratamiento con heparina sódica iv.).

CONCLUSIONES

1) Existe una buena correlación entre sospecha clínica y confirmación de TEP. 2) El tratamiento más utilizado continúa siendo en nuestra serie la heparina sódica. 3) No se produjeron fallecimientos en los pacientes tratados con HBPM.

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA VALORADOS EN NUESTRO MEDIO

M.* Lázaro, M.* Ferreiro, J.** Roda, C.** Montero, S.** Serrano, R.* Laborda, A.* Pablo, P.* Ussetti, M.* Carreño, J*. Estada.
Servicios de Neumología* y Cirugia Cardiovascular**. Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es una entidad cuyo diagnóstico y tratamiento han cambiado espectacularmente en la última década, convirtiéndose en una enfermedad curable. Los tratamientos disponibles hoy son la tromboendarterectomía y el trasplante pulmonar o cardiopulmonar.

OBJETIVO

Aportar nuestra experiencia en la evaluación y tratamiento mediante tromboendarterectomía en pacientes con HPTEC.

MÉTODOS

Se estudiaron todos los sujetos con HPTEC valorados en la «Clínica Puerta de Hierro» desde febrero-93 hasta diciembre-99.

RESULTADOS

De los 22 pacientes valorados, 15 eran varones y 7 mujeres, con edades comprendidas entre los 28 y los 72 años (49,6]±11,3). De ellos, 14 (63,6%) tenían historia de ETV y 7 (31,8%) un trastorno de la coagulación (3 déficit de proteína C, 2 anticuerpos anticardiolipinas, 1 déficit de antitrombina III y 1 déficit de proteína S). Todos fueron tratados con anticoagulantes orales y filtro de vena cava inferior. La P_aO_2 media era de 56,2±9,3 mmHg, el FEV1 medio de 80,2±8,9%, la TLC media de 85,1±6,1% y la D_{co} media de 73,9±11,3. Todos estaban en clase funcional III/IV y el síntoma más frecuente fue la disnea en el 100%, seguida del síncope en 6 (27,2%) y del dolor torácico en 3 (13,6%). El EKG y la ecocardiografía mostraban crecimiento de cavidades derechas en todos los casos, siendo la PAP_s estimada de 87±21,3 mmHg. En todos los casos la Rx tórax mostraba aumento del tamaño de las arterias pulmonares y la gammagrafía de perfusión pulmonar era de alta probabilidad para TEP. La PAP_m y la RVP estimadas por cateterismo cardiaco derecho eran de 58,9±13,2 mmHg y de 885,3±531,5 dinas/sgAcm^{-5} respectivamente. La arteriografía pulmonar mostraba defectos lobares en 7 casos (31,8%), centrales en 4 (18,1%), lobares y centrales en 9 (40,9%) y segmentarios en 1 (4,5%).

De los 22 pacientes valorados, 7 fueron rechazados para tromboendarterectomía (5 no aceptaron el riesgo quirúrgico, en 1 los trombos no eran accesibles a la cirugía y 1 presentaba caquexia extrema), 1 falleció durante la valoración y 14 han sido intervenidos. De ellos, en 1 el origen de la hipertensión pulmonar fue hidatidosis pulmonar, por lo que no se realizó tromboendarterectomía. De los 13 restantes, 6 han fallecido (mortalidad global del 46,1%). Las causas de exitus han sido fracaso del ventrículo derecho refractario a tratamiento en 2 casos, SDRA en 2, síndrome inflamatorio en 1 y hemoptisis en 1. Las complicaciones más frecuentes aparecieron en el postoperatorio inmediato y fueron el edema de reperfusión (100%), seguido del flutter auricular en 5 (38,4%) y de un caso de

encefalopatía anóxica (4,5%). De los 7 pacientes vivos, 5 abandonaron el hospital sin oxígeno y con un grado funcional II. La PAP_m y la RVP mostraron un descenso estadisticamente significativo tras la cirugía: 49±15,3 mmHg (p=0,02) y 369,2±209,9 dinas/sgAcm^{-5} (p=0,05) respectivamente.

CONCLUSIONES

La tromboendarterectomía es una opción terapéutica a tener en cuenta en el paciente con HPTEC, ya que cuando es exitosa mejora su grado funcional y disminuye la PAP_m y la RVP.

HALLAZGOS ISOTÓPICOS EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP). RELACIÓN CON RX DE TÓRAX, ECOFLEBOGRAFÍA Y CLÍNICA DE PRESENTACIÓN

I. Casado Moreno, F. González Vargas, G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, J.M. Diez Piña, E. Granados Valverde, A. Romero Ortiz, S. Merlos Navarro.
Servicio de Neumología. H.U.Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Valorar la frecuencia de gammagrafía V/Q de alta probabilidad de TEP y su relación con hallazgos clínicos, radiológicos, PaO_2 al ingreso y eco-doppler de MMII.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los hallazgos de la gammagrafía pulmonar (GGP) en 98 pacientes con TEP agudo. Test de chi-cuadrado como medida de asociación de la GGP de alta probabilidad con RX anormal y con ECO-flebografía patológica. Regresión logística múltiple para explorar el valor predictivo de variables recogidas en la anamnesis y exploración física al ingreso.

RESULTADOS

En el 72% de los pacientes la GGP pulmonar fue de alta probabilidad de TEP y en el resto de intermedia o baja probabilidad. El test chi-cuadrado no encontró asociación entre la GGP de alta probabilidad y anomalías en la ecoflebografía, pero sí con RX anormal (p=0,003) y O.R. 4,1. El análisis de regresión logística con GGP de alta probabilidad como variable dependiente, y síntomas y signos de presentación clínica como predictoras junto a la edad y sexo de los pacientes, sólo encontró relación positiva con la existencia de hemoptisis (p=0,033), O.R 3,38.

CONCLUSIONES

1) En la mayoría de los casos (72%), la GGP muestra signos de alta probabilidad de TEP. 2) En los pacientes con TEP y RX de Tórax normal la GGP es más frecuentemente de alta probabilidad de TEP (O.R. 4,1). La hemoptisis fue el único dato de anamnesis y exploración física, con valor predictivo para GGP pulmonar de alta probabilidad.

EFICACIA DE LA DETERMINACIÓN DEL DÍMERO-D POR MÉTODO ELISA, UNIDO A LA ECOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES EN EL DIAGNÓSTICO AMBULATORIO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) DESDE UNA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA. ESTUDIO PROSPECTIVO

M. Arenas Gordillo, R. Otero Candelera, A. Cayuela Dominguez*, J. L. López Campos, E. Martín, J. Castillo Gómez.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias y Unidad de Investigación del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

OBJETIVO

Investigar la eficacia de la combinación de las pruebas diagnósticas citadas en el diagnóstico rápido ambulatorio de pacientes con sospecha de TVP.

DISEÑO

Estudio prospectivo con pacientes consecutivos remitidos a nuestras consultas por sospecha de TVP. A todos los pacientes se realizó ecografía compresiva de miem-

bros inferiores. La determinación de dímero-D se realizó a los pacientes con ecografia venosa normal. En los pacientes con ecografía normal y DD mayor de 500mg/ml se le repitió la ecografía a los 7-10 días. Los pacientes con ecografías negativas no fueron tratados y se siguieron durante 3 meses. Las ecografías fueron realizadas por Neumólogos adiestrados con equipo ALOKA-900 y la determinación de DD mediante técnica ELISA rápido cuantitativo (VIDAS). Ambas exploraciones se realizaban en la misma consulta.

RESULTADOS

Estudiamos a 130 pacientes desde Mayo a Diciembre de 1999, 55 hombres y 75 mujeres, con edad media de 56,6±14 años. La ecografía venosa inicial fue positiva en 35/130(27%) y negativa en 95/130(73%). De los que tenían ecografía negativa, en 28 no hubo un cumplimiento estricto del protocolo por diversas razones, en los 67 restantes, se determinó el Dímero-D, 39/67(58,2%) presentaron cifras mayores de 500mg/ml y 28/67(41,8%) fueron menores de 500 mg/ml. Sólo un paciente con ecografía inicial negativa y Dímero-D>500 fue diagnosticado de TVP al revaluarlo a los 7 días. El resto de pacientes no presentaron incidencias de ETV durante el periodo de seguimiento. En dos pacientes se solicitaron flebografía de miembros inferiores por alta sospecha de TVP y DD>500; en ambos la flebografía fue negativa. La determinación de Dímero-D unida a la ecografía de miembros inferiores produjo una reducción del índice visita/paciente de 1,7 a 1,4 además de disminuir el número de ecografías repetidas.

CONCLUSIONES

El uso combinado de la ecografía venosa y la determinación de dímero-D reduce el número de ecografías seriadas y visitas a consultas. La incorporación de estos dos métodos diagnósticos a nuestro algoritmo, ha dado respuesta en la decisión terapeutica desde la primera visita en un tiempo aproximado de una hora y sin complicaciones tromboembólicas durante el seguimiento.

VALOR DIAGNÓSTICO DE UNA TÉCNICA DE CUANTIFICACIÓN RÁPIDA DEL DÍMERO D (NYCO-CARD) EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

M. Arzola Rodríguez, F. Miralles Lozano, E. Mora Ruiz, A. Dorado Galindo, M. García Rueda, J.M. Pérez Díaz, F. Sánchez López, A. Valencia.
Servicio de Neumología. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

INTRODUCCIÓN

El Tromboembolismo Pulmonar (TEP) es una enfermedad con una mortalidad elevada que requiere un diagnóstico con carácter urgente. En este sentido la cuantificación rápida del Dímero D se ha planteado como útil, discutiéndose su posibilidad de inclusión en el proceso diagnóstico.

OBJETIVO

Valorar la utilidad de una técnica de cuantificación rápida del Dímero D por inmunoensayo (Nycocard D-Dimer, Nycomed Pharma AS) en el diagnóstico del TEP.

SUJETOS Y MÉTODO

Hemos estudiado retrospectivamente a 52 pacientes llegados a Urgencias en los últimos 2 años con sospecha clínica de TEP, 31 mujeres y 21 varones, de edad media 59,4 años (SD:15,0; r: 23-84). Se han dividido en dos grupos: 1) TEP confirmado por gammagrafía de alta probabilidad (n: 30) ó angiografía positiva (n: 8); 2) TEP descartado por gammagrafía (normal ó de baja probabilidad), ecodoppler negativo y evolución clínica (otro hallazgo diagnóstico justificando el cuadro). Se cuantificó en todos el valor del Dímero D, en este momento el tiempo de inicio de los síntomas fue de 8,5±15 días para el grupo 1 y 10,0±12 para el 2, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Se consideró TEP masivo cuando presentaban 6 ó más segmentos y/o 2 ó más lóbulos afectos.

RESULTADOS

En la Tabla I se expresan las medias del Dímero D para los diferentes grupos, no hubo diferencias entre TEP masivo y no masivo, pero sí entre los tres grupos TEP vs No TEP En la Tabla II se indican la Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo (VP+), Valor Predictivo

Negativo (VP-) y Cociente de Probabilidad (CP) con esta técnica diagnóstica para un valor diagnóstico ± 0,5 mg/L.

TABLA I

	No TEP	TEP	TEP Masivo	TEP no Masivo
N	14	38	16	22
Dímero D (mgs/L)	0,56 (SD0,84)	1,95 (SD1,8)*	2,49 (SD2,0)*	*1,56 (SD1,5)*

* : p < 0,05 (vs No TEP)

TABLA II

	Sensibilidad	Especificidad	VP+	VP-	CP
TEP Masivo	81,3	64,3	72,2	75,0	2,2
TEP No Masivo	86,4	64,3	79,2	75,0	2,4

CONCLUSIONES

Aunque existen diferencias significativas en los valores de Dímero D cuantificados por el método rápido Nycocard entre ambos grupos de pacientes, con y sin TEP, su utilidad diagnóstica viene limitada fundamentalmente

PERFIL TERAPÉUTICO Y ESTANCIA MEDIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SEGÚN SERVICIOS

S. de la Fuente, E. Zamora, R. Girón, J. Ancochea.
S. de Neumología. H.U. de la Princesa. Madrid.

OBJETIVO

Diferencias terapeúticas y de seguimiento del tromboembolismo pulmonar (TEP) según servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes con TEP en 1998 determinándose el curso que siguió y a qué servicios se derivó, comparándose estancia y tratamiento.

RESULTADOS

90 TEP con edad media: 71,20±17,58a; 44,82% hombres y 55,17 mujeres. Procedencia: urgencias (80,45%), digestivo (5,74%), UCI (4,59%), oncología (3,44%), traumatología (2,29%), cirugía (1,14%), neurología (1, 14%), neumología (1,14%). Derivación: desde urgencias : 67,14% fue a medicina interna (MIR), 28,57 a neumología (NML) y 4,28% a la UCI. Desde digestivo: a NML 1/5, de cirugía 1/1, De la UCI: 3/7 a MIR, y 1/7 a NML. Tratamiento: el 58,62% lo trata MIR, el 24,13 NML y el 8,04% UCI (el resto en los servicios de procedencia). Tipo:*MIR*: (60%), Heparina Na (35,55%) y filtro (4,44%). *NML:* HBPM (52,63%) y Heparina Na (47,63%), Se introdujo el Acenocumarol a los 1,91±2,57 d: 1,92±2 d en MIR, y 2,3±3,4 d en NML se pautó al alta HBPM en el 16,09% (el 15,78% de NML, y el 12,24% de MIR). Estancia media: 8,26±4,63 d para MIR y 11,21±4,77 d para MNL. Seguimiento: MIR: en primaria (62,74%), NML: en consulta (52,38%).

CONCLUSIONES

1- Actualmente el TEP lo trata MIR. 2- De la UCI la mayoría se deriva a MIR. 3- NML presenta mayor estancia media, con introducción del Acenocumarol más tardía. 4- Las HBPM son el tratamiento más extendido, 5-El seguimiento lo hace primaria en MIR y el neumólogo en NML. 6- Creemos que estos aspectos deben ser objeto de reflexión.