

Bibliografía

- Jann M, Kennedy WK, Lopez G. Benzodiazepines: A major component in unintentional prescription drug overdoses with opioid analgesics. *J Pharm Pract.* 2014;27:5-16.
- Wilson KC, Saukkonen JJ. Acute respiratory failure from abused substances. *J Intensive Care Med.* 2004;19:183-93.
- Vozoris NT, Fischer HD, Wang X, Anderson GM, Bell CM, Gershon AS, et al. Benzodiazepine use among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs Aging.* 2013;30:183-92.
- Ekström K, Bornefalk-Hermansson A, Abernethy AP. Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease: National prospective study. *BMJ.* 2014;348:1-10.
- Sampol G, Rodés G, Ríos J, Romero O, Lloberes P, Morell F. Insuficiencia respiratoria hiperatómica aguda en pacientes con apneas del sueño. *Arch Bronconeumol.* 2010;46:466-72.

Tamara Alonso^{a,*}, Elena García^a, Gonzalo Segrelles^{a,b} y Enrique Zamora^a

^a Servicio de Neumología, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IP), Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marita-med@hotmail.com (T. Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.006>

Reglas de decisión clínica en los pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo



Clinical Decision Rules and Patients With Acute Pulmonary Embolism

Sr. Director:

En los servicios de urgencias existe cada vez mayor uso de reglas de decisión clínica (RDC) para las enfermedades comúnmente atendidas de cara a facilitar la elección de una determinada prueba diagnóstica o intervención terapéutica o la ubicación definitiva de un paciente. En lo que se refiere al proceso diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP), se conoce bien que existen varias RDC, como la escala de Wells, la escala de Ginebra revisada, la escala de Wells simplificada y la escala de Ginebra revisada simplificada, que en combinación con un dímero-D normal, muestran un rendimiento similar para excluir TEP¹, y la regla *Pulmonary Embolism Rule-out Criteria* (PERC) que tiene alta sensibilidad para descartarlo en pacientes con baja probabilidad antes de la prueba sin la necesidad de dímeros-D².

En referencia a la toma de decisión de ingreso, y teniendo en cuenta que ciertos pacientes con TEP agudo de bajo riesgo pueden ser manejados de forma efectiva y segura de forma ambulatoria³, existe la necesidad de implementar una RDC que ayude a los médicos de urgencias a identificar dicho subgrupo de pacientes con el fin de plantearse una alternativa a la hospitalización convencional, lo que evitaría ingresos innecesarios y redundaría en una gestión más eficiente del proceso. Una alternativa a la hospitalización convencional podría ser la hospitalización en domicilio que ha demostrado ser un método seguro, eficaz y coste-efectivo en otras enfermedades urgentes⁴. El reciente trabajo publicado por Ferrer M et al., sobre la validación de 2 escalas clínicas pronósticas, en una población española de pacientes con TEP agudo sintomático, aporta más luz sobre las RDC en la toma de decisión de ingreso al concluir que la escala *Pulmonary Embolism Severity Index* simplificada (PESIs) es más segura que la escala española para identificar a los pacientes con TEP y bajo riesgo de complicaciones a corto plazo⁵. Por tanto, si confirmaran dichos resultados, los pacientes con PESI simplificado de 0 serían potenciales candidatos a alta directa desde urgencias de forma segura con posible seguimiento por un programa de hospitalización a domicilio.

Por último, queremos destacar que en el ámbito de urgencias aún sigue existiendo un área importante de incertidumbre en relación con la estratificación del paciente con TEP no inestable que

se pudiera beneficiar de tratamiento fibrinolítico, procedimientos invasivos y/o ingreso en una unidad de cuidados intensivos. En la actualidad, y en espera de los resultados de ensayos clínicos en marcha que evalúan el tratamiento fibrinolítico en pacientes con TEP estables, elevación de las troponinas cardíacas y disfunción ecocardiográfica de cavidades derechas, no existe un consenso sobre el manejo agudo de los pacientes con TEP de llamado riesgo intermedio. En este sentido, cobra aún mayor importancia la correcta categorización de los pacientes con TEP estable de cara a aportarnos más luz sobre el comportamiento «real» de dicho grupo de pacientes en la práctica clínica diaria. Esto nos ayudará en el futuro próximo a la aplicabilidad de los resultados de los ensayos clínicos en marcha y al diseño de estrategias futuras de investigación.

Bibliografía

- Douma RA, Mos IC, Erkens PM, Nizet TA, Durian MF, Hovens MM, et al. Performance of 4 clinical decision rules in the diagnostic management of acute pulmonary embolism: A prospective cohort study. *Ann Intern Med.* 2011;154:709-18.
- Singh B, Parsaik AK, Agarwal D, Surana A, Mascarenhas SS, Chandra S. Diagnostic accuracy of pulmonary embolism rule-out criteria: A systematic review and meta-analysis. *Ann Emerg Med.* 2012;59:517-20.
- Aujesky D, Roy PM, Verschuren F, Righini M, Osterwalder J, Egloff M, et al. Outpatient versus inpatient treatment for patients with acute pulmonary embolism: An international, open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet.* 2011;378:41-8.
- Mujal A, Solá J, Hernández M, Aragüés C, Machado ML, Oristrell J. Eficacia y seguridad del tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso en pacientes con patología infecciosa procedentes del servicio de urgencias. *Emergencias.* 2013;24:31-6.
- Ferrer M, Morillo R, Elías T, García L, Nieto R, Sandoval E, et al. Validación de 2 escalas clínicas pronósticas en pacientes con tromboembolia pulmonar aguda sintomática. *Arch Bronconeumol.* 2013;49:427-31.

Pedro Ruiz-Artacho^{a,c,*}, Matilde Rodríguez-Cerrillo^b, Natalia Marín^a y Francisco Javier Martín-Sánchez^{a,c}

^a Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruizpedroc@gmail.com (P. Ruiz-Artacho).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.05.004>