Rev Clin Esp. 2021;222(Espec Congr 2):698

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1451 - ROL DE LAS ESCALAS PRONÓSTICAS EN PACIENTES CON COVID EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: ANÁLISIS DE DATOS DE UNA PANDEMIA COVID

J.M. dos Santos, *S. Arnedo Hernández, I.B. Ariño Pérez de Zabalza, P. Moreira Escriche, M. Hidalgo Santamaría y P. Ruiz Panalés*

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Resumen

Objetivos: La hospitalización a domicilio (HaD) ha desempeñado un papel fundamental en la atención médica de una proporción importante de pacientes con enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID) durante la pandemia actual. En dicha patología se han utilizado distintas escalas validadas para predecir mortalidad: CURB65 mayor o igual a 2 puntos, y MuLBSTA mayor o igual a 12 puntos. Se pretende evaluar dichas escalas como predictoras de complicaciones no mortales y comprobar su aplicabilidad en HaD.

Métodos: Se presenta un estudio observacional retrospectivo que evalúa la aplicabilidad de las escalas de gravedad CURB65 y MuLBSTA en pacientes ingresados por COVID en una unidad de HaD de un hospital terciario de referencia, como herramienta para predecir mala evolución y comprobar su aplicabilidad en HaD. Los datos se analizaron con programa STATA 13.

Resultados: Se incluyeron 433 pacientes con neumonía COVID que ingresaron en HaD de marzo a enero 2021, con una proporción de varones de 54,0% y edad media de 63,0 años (IC95% 61,3-64,6, rango 19 a 103). Previo al ingreso, la media de síntomas fue de 8,2 días (IC95% 7,7-8,7); con una estancia media de 7,8 días (IC95% 7,3-8,4, rango 1 a 47). El 79,6% de los pacientes presentaban menos de 2 puntos en la escala de CURB-65 (0: 48,7%, 1: 30,1%, 2: 15,6%, 3: 3,9%, 4: 0,5%, 5: 0,5%) y el 88,7% presentaban menos de 12 puntos en la escala de MuLBSTA. El análisis multivariante detectó que MuLBSTA se relaciona con la mortalidad a 30 días de los pacientes (OR 10,9, IC95% 7,7-15,4) mientras que la de CURB-65 no (OR 1,0, IC95% 0,8-1,2). Por otro lado, CURB-65 y MuLBSTA no se relacionaron con la necesidad de ingreso en UCI en este entorno: OR 0,73 (IC95% 0,35-2,0) y OR 0,9 (IC95% 0,1-5,3). Por otro lado, la escala de MuLBSTA no se relacionó con una mayor necesidad de oxigenoterapia al alta (OR 0,4, IC95% 0,1-2,6). No obstante, hay que tener en cuenta que, en este estudio, solo se registró la mortalidad a 30 días: esto podría suponer un sesgo infravalorando la relación con la escala de MuLBSTA que evalúa eventos a 90 días. Así mismo, la aplicabilidad de ambas escalas en un entorno como HaD viene condicionado por distintos sesgos de selección, como puede ser el hecho de que ciertos pacientes no sean candidatos ingreso en HaD por un riesgo estimado elevado o factores de riesgo condicionantes al ingreso.

Conclusiones: La escalas MuLBSTA se relaciona con la mortalidad a 30 días de los pacientes ingresados por COVID en hospitalización a domicilio. No obstante, dichas escalas no se relacionan

con complicaciones durante el ingreso (ingreso en UCI) ni para predecir la necesidad de oxigenoterapia al alta. Se requieren estudios dirigidos a evaluar el papel de escalas diseñadas para entornos emergentes como son la hospitalización a domicilio.

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.