



<https://www.revclinesp.es>

1284 - IMPACTO DE DIFERENTES PROTOCOLOS ECOGRÁFICOS EN LA EVALUACIÓN DE LESIONES PULMONARES POR COVID-19: ¿EXISTE UN PROTOCOLO IDEAL?

Y. Tung Chen¹, C. Rodríguez-Olleros Rodríguez¹, S. Ossaba Vélez², K.S. Acosta Velasquez², M.L. Parra Gordo², A. Díez Tascón², T. Villén Villegas³ y M. Martí de Gracia²

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Emergencias Enfermera Isabel Zendal. Madrid.

Resumen

Objetivos: Determinar la precisión diagnóstica de diferentes protocolos de ecografía pulmonar en la evaluación de la afectación pulmonar por COVID-19 a través de su correlación con imágenes de TAC torácico.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes evaluados en un Servicio de Urgencias con diagnóstico de COVID-19 que precisaran realización de TAC torácico durante su valoración en dicho servicio. A cada paciente incluido se le realizó una ecografía pulmonar en 72 espacios intercostales a lo largo de 14 líneas anatómicas torácicas. Se propuso un score de severidad de los hallazgos ecográficos, y se calculó la puntuación según dicho score para cada uno de los protocolos ecográficos propuestos hasta el momento para la evaluación de COVID-19: protocolo de 8 zonas, protocolo de 10 zonas, protocolo de 12 zonas, protocolo de 14 zonas, protocolo de 16 zonas, protocolo de 18 zonas y protocolo de 72 zonas. Se correlacionó el score de severidad calculado para cada protocolo con un score de severidad validado para TAC, denominado Pulmonary Inflammation Index (PII). El coeficiente de correlación interclase (ICC) se usó para valorar la concordancia de la gravedad estimada por TAC y la severidad estimada por los diferentes protocolos ecográficos.

Resultados: Se incluyeron un total de 32 pacientes, 59,4% mujeres, con una media de edad de 67,9 años, que se encontraban de media en el día +8 de síntomas, y con una saturación de O2 media de 92,3%. El hallazgo ecográfico más frecuente fueron las consolidaciones pulmonares (40,3%) especialmente en las zonas posteroinferiores ($p < 0,001$), mientras que el hallazgo más frecuente en TAC fueron las opacidades en vidrio deslustrado (59,1%). El ICC calculado para cada protocolo mostraba una correlación significativa para todos los protocolos analizados excepto el de 8 zonas ($p = 0,119$) y el de 10 zonas que solo incluía un punto de evaluación en la zona posterior ($p = 0,052$). El ICC más alto se obtuvo con el protocolo de 12 zonas (ICC 0,5, $p = 0,027$), y disminuyó a medida que se evaluaban más zonas.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el protocolo de 12 zonas es el que mejor se correlaciona con la gravedad medida por TAC torácico.