



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

CO-296 - COMPORTAMIENTO DE LOS MODELOS DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD MULBSTA Y CURB-65 EN LA COHORTE DE PACIENTES CON COVID-19 DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN LA PRIMERA PARTE DE LA PANDEMIA

A.E. Calvo Elías, Í. Sagastagoitia Fornie, I. Burruezo López, J. Pérez-Somarriba Moreno, E. Jaén Ferrer, M.E. Urbano, M. Méndez Bailón y E.M. Calvo Manuel
R. Martín Sánchez, E. Dubón Peralta, C. Olmos Mata, P. Pérez Mateos, M.D.C. Cano de Luque, I. Armenteros Yeguas, M. Fragiél, M.E. Ramos Muñoz y M. Suárez-Robles en representación del Grupo de Trabajo Grupo de investigación COVID19-HCSC

Medicina Interna. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Comparar la capacidad para predecir mortalidad a 90 días de dos escalas de riesgo empleadas durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital terciario de Madrid.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes ingresados durante el mes de marzo de 2020 con diagnóstico de COVID-19 incluidos de manera secuencial y recogidos dentro del registro SEMI-COVID previo consentimiento verbal. Recogimos variables demográficas y pruebas complementarias de 326 pacientes para el cálculo de las escalas de riesgo. Se emplearon dos escalas de predicción de mortalidad, una validada para Neumonía Adquirida en la Comunidad(NAC):CURB-65 y otra, no validada, diseñada a partir de una cohorte de pacientes con neumonía por SARSCoV-2:MuLBSTA. Se analizaron las dos escalas empleando curvas ROC y regresión logística. Se estratificaron en función de CURB-65 ≥ 2 y MuLBSTA ≥ 9 porque estos puntos de corte estiman mortalidad en torno al 7%. Posteriormente se ha corregido a MuLBSTA ≥ 5 para optimizar la capacidad predictora.

Resultados: El área bajo la curva (AUC) para CURB-65 fue de 89,6% (IC95% 85,9%-93,3%). Con el punto de corte ≥ 2 la sensibilidad (S) fue del 89,3%, especificidad (E) 69,7% y la razón de verosimilitud positiva (LR+) de 2,95. Para MuLBSTA el AUC 80,9% (IC 76,1-85,7%). Para MuLBSTA ≥ 9 la S fue del 66,9%, E 72,4% y LR+ 2,43, frente a MuLBSTA ≥ 5 que la S fue del 92,6%, E 46,5% y LR+1,73 todo ello estadísticamente significativo.

Discusión: En nuestro registro, CURB-65 ≥ 2 predijo mejor mortalidad a 90 días que MuLBSTA ≥ 9 , pese a tratarse de una escala diseñada para NAC. La primera ofrece la ventaja de ser simple y fácil de realizar a pie de cama. La variable más relevante en MuLBSTA (5 puntos) son los infiltrados bilaterales/múltiples en pruebas de imagen. En la fase ascendente de la curva epidémica hubo pacientes cuya situación clínica y comorbilidad hizo priorizar tratamiento sintomático frente a la realización de pruebas complementarias justificando la mejora en Sensibilidad al bajar de 9 a 5 puntos en la escala.

Bibliografía

1. Guo L, et al. Clinical Features Predicting Mortality Risk in Patients With Viral Pneumonia: The MuLBSTA Score. *Front Microbiol.* 2019;10:2752.