



<https://www.revclinesp.es>

680 - VALIDACIÓN EXTERNA DEL SCORE CHEDDAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA EMBOLIA PULMONAR EN PACIENTES COVID

Elena Palma Huertas¹, Elisa Fernández Vidal¹, Cristina Lucía de Arcos Aracil², Elena Madroñal Cerezo², José Manuel Ruiz Giardín², Rodolfo Romero Pareja³, Eva María Moya Mateo¹ y Anabel Franco Moreno¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España. ²Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España. ³Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal, Madrid, España.

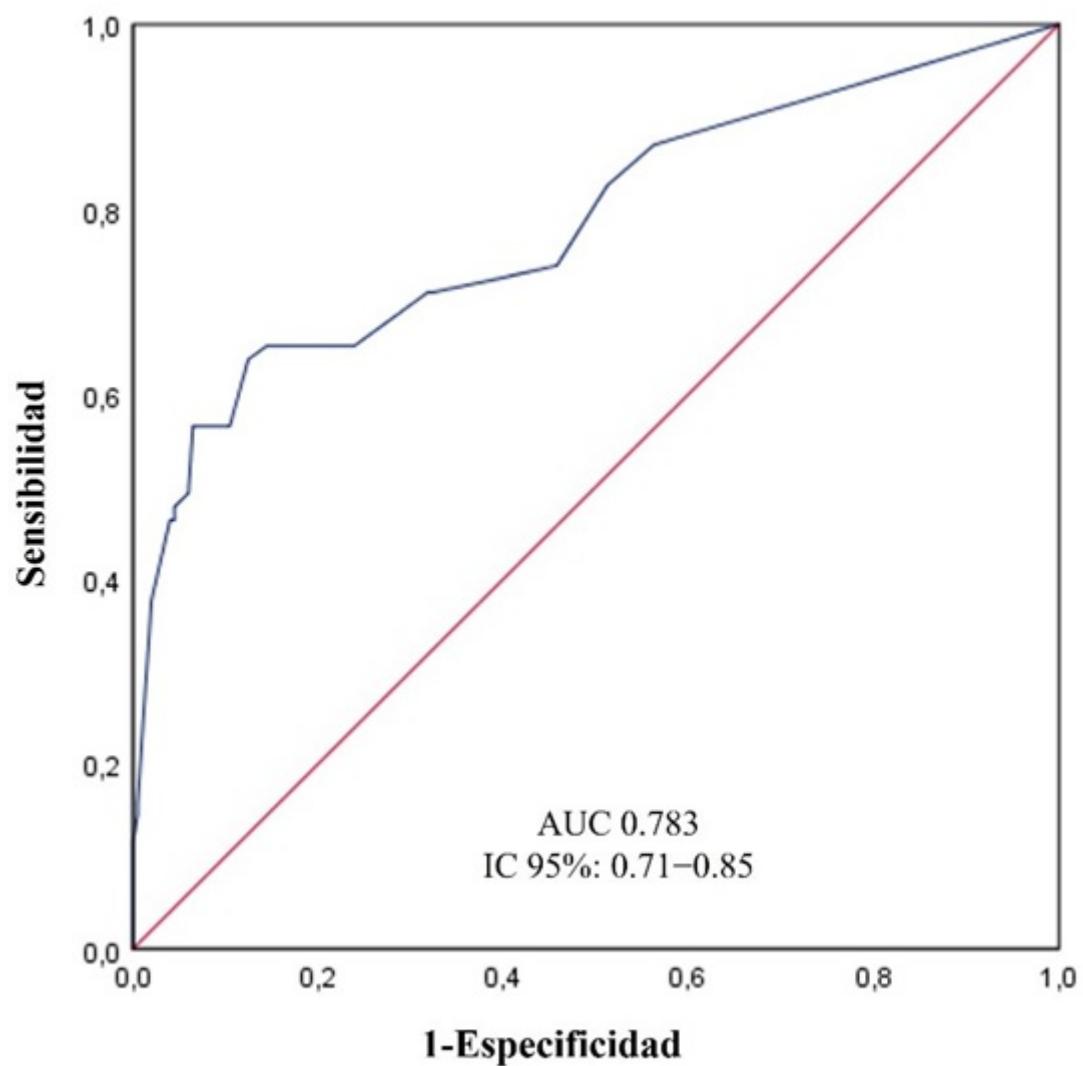
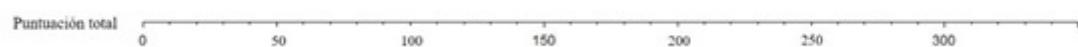
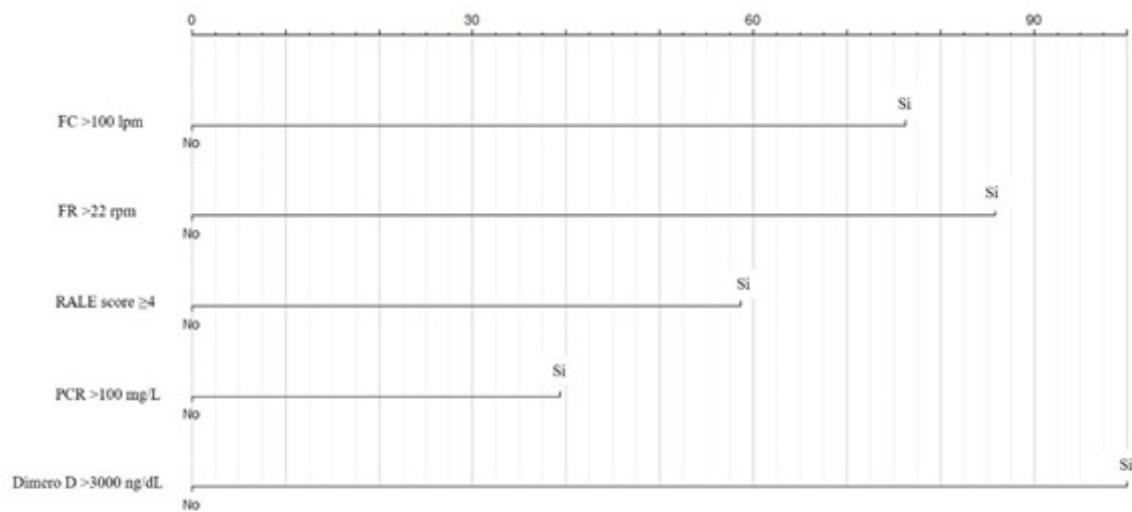
Resumen

Objetivos: La embolia de pulmón (EP) empeora el pronóstico de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 (COVID). Una revisión sistemática mostró que los algoritmos utilizados en población general para estimar la probabilidad clínica pretest de EP no son aplicables a pacientes COVID¹. Recientemente, se ha publicado un nuevo modelo desarrollado específicamente en pacientes COVID con infección no crítica, el score CHEDDAR (fig.)². Nos planteamos validar esta nueva estrategia en una cohorte independiente.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes COVID hospitalizados en el Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal y Hospital Universitario de Fuenlabrada a los que se les realizó una tomografía computarizada de arterias pulmonares por sospecha clínica de EP, en el periodo comprendido del 1 de diciembre 2020 hasta 31 de enero 2023. Se aplicó el score CHEDDAR. Los pacientes fueron categorizados en baja (182 puntos). Se analizó la incidencia de EP en cada grupo. El Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Clínico San Carlos aprobó el estudio.

Resultados: De los 270 pacientes incluidos en el estudio, 69 (25,5%) tuvieron EP. Entre los 212 pacientes clasificados de baja probabilidad, 30 (14,2%) tuvieron EP. En un total de 58 pacientes estratificados de alta probabilidad la EP estuvo presente en 39 (67,2%) pacientes. La tasa global de acierto del score CHEDDAR fue del 81,9% (221/270; IC95%: 1,2-2,8) y la tasa global de fracaso del 18,1% (49/270; IC95%: 1,7-2,5). El AUC fue 0,783 (IC95%: 0,71-0,85) (fig. 2). La sensibilidad, especificidad, VPN y VPP fueron del 56%, 90%, 85% y 67%, respectivamente.

Conclusiones: La puntuación CHEDDAR hubiera identificado correctamente al 67,4% de pacientes sin EP; sin embargo, 30 pacientes clasificados como de baja probabilidad presentaron trombosis pulmonar. Este umbral es superior a la tasa de seguridad del 2% propuesto por la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia (3). Cabe destacar que 23 de estos 30 pacientes presentaron un score RALE > 4 y un dímero D > 3,000 ng/mL; por lo tanto, estas variables podrían ayudar a identificar un potencial falso negativo. El 67,2% de pacientes estratificados de alta probabilidad presentaron EP, tasa de acierto dos veces superior respecto a la sospecha clínica (25,5%). La principal limitación de nuestro estudio es su carácter retrospectivo.



Bibliografía

1. Franco-Moreno *et al.* Utility of probability scores for the diagnosis of pulmonary embolism in patients with SARS-CoV-2 infection: A systematic review. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2023 Jan;223(1):40-9.
2. Franco-Moreno *et al.* Clinical prediction model for pulmonary thrombosis diagnosis in hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection. *J Clin Transl Res*. 2023 Feb 6;9(2):59-68.
3. Dronkers CEA, *et al.* Subcommittee on Predictive and Diagnostic Variables in Thrombotic Disease. Towards a tailored diagnostic standard for future diagnostic studies in pulmonary embolism: communication from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost*. 2017 May;15(5):1040-3.