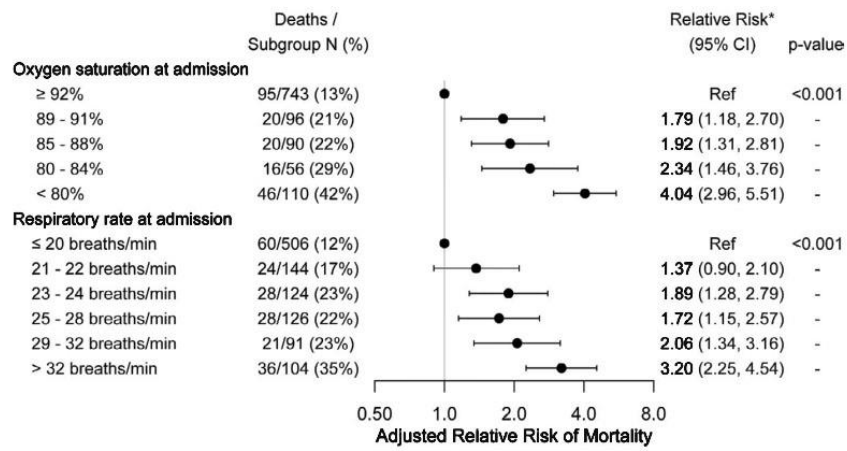


El Control del paciente COVID-19 ha de implementarse desde el inicio en su domicilio



Admission respiratory status predicts mortality in COVID-19

Chatterjee NA, Jensen PN, Harris AW, Nguyen DD, Huang HD, Cheng RK, et al.

Influenza Other Respi Viruses. 2021; 00: 1–4. <https://doi.org/10.1111/irv.12869>.

Antecedentes: la hipoxemia en los pacientes diagnosticados de COVID-19 es frecuentemente asintomática (hipoxemia silente), retrasando el abordaje terapéutico adecuado. No existen guías con la suficiente evidencia para determinar los objetivos respiratorios en domicilio de aquellos pacientes que desarrollen insuficiencia respiratoria debida al COVID-19. El NIH (The National Institutes of Health) recomienda como objetivo saturaciones de oxígeno entre 92%-96% en estos pacientes.

Objetivo: identificar la posible asociación entre la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria en el momento del ingreso hospitalario con la mortalidad intrahospitalaria por cualquier causa de los pacientes diagnosticados de COVID-19.

Material y método: estudio de cohorte en el que se incluyeron pacientes ≥ 18 años de edad ingresados de forma consecutiva por diagnóstico de COVID-19. Estudio realizado en 2 hospitales de los EE.UU (University of Washington, Seattle, WA, o Rush University, Chicago. IL). Los resultados se ajustaron por edad, sexo, raza, Sistema de salud, vivir en una residencia, tabaquismo, hipertensión, diabetes, índice de masa corporal (IMC) y por antecedentes de enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

Resultados:

- Se incluyeron 1095 pacientes con síntomas de COVID-19 (periodo 1 de Marzo al 8 de Junio de 2020), media de edad 58 años, el 62% eran hombres y la mayoría tenían comorbilidades asociadas.
- La mayoría de los pacientes acudieron al hospital en situación de hipoxemia (media SpO₂ 91% \pm 9) y taquipnea (media de la frecuencia respiratoria de 23 \pm 6 resp/min.) aunque solo el 10% presentaban disnea y el 25% tos con independencia de la saturación de oxígeno.
- Fallecieron 197 pacientes durante la estancia hospitalaria.
- Tanto la hipoxemia como la taquipnea se asociaron de manera progresiva con el riesgo de muerte intrahospitalaria.
 - La hipoxemia (SpO₂ < 92%) incrementaba el riesgo de muerte entre 1,8-4,0 veces.
 - La taquipnea (> 22 resp/min.) incrementaba el riesgo de muerte entre 1,9-3,2 veces.
- Otros signos clínicos (temperatura, frecuencia cardiaca o presión arterial) no se asociaron con la mortalidad.
- El IMC, pero no otras comorbilidades, se asoció tanto con la saturación de oxígeno como con la frecuencia respiratoria (a mayor IMC menor saturación de oxígeno y mayor frecuencia respiratoria).

A destacar:

- La hipoxemia y la taquipnea están asociadas con el riesgo de muerte en los pacientes COVID-19, independientemente de la existencia o no de otras comorbilidades.
- En los pacientes obesos con COVID-19 es frecuente la existencia de hipoxemia silente como responsable de la mayor mortalidad en estos pacientes.

- El control domiciliario de la saturación de oxígeno y de la frecuencia respiratoria sería de gran importancia en la categorización del riesgo de estos pacientes.
- Cuando no se disponga de pulsioxímetro en domicilio, el control de la frecuencia respiratoria puede ser un indicador válido en la valoración del paciente.

Etiquetas: COVID-19; Clínica; Diagnóstico; Prevención y Protección.