



<https://www.revclinesp.es>

## 1798 - ALBÚMINA BASAL Y COCIENTE PROTEÍNA C REACTIVA/ALBÚMINA COMO MARCADORES DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES INGRESADOS POR COVID-19. REGISTRO SEMI-COVID

**V. Giner Galvañ<sup>1</sup>, P. Wikman Jørgensen<sup>1</sup>, R. Cañizares Navarro<sup>1</sup>, J.M. Seguí Ripoll<sup>1</sup>, F.J. Pomares Gómez<sup>2</sup>, M. Asensio Tomás<sup>1</sup>, J.A. Quesada Rico<sup>3</sup> y J. Peris García<sup>1</sup>**

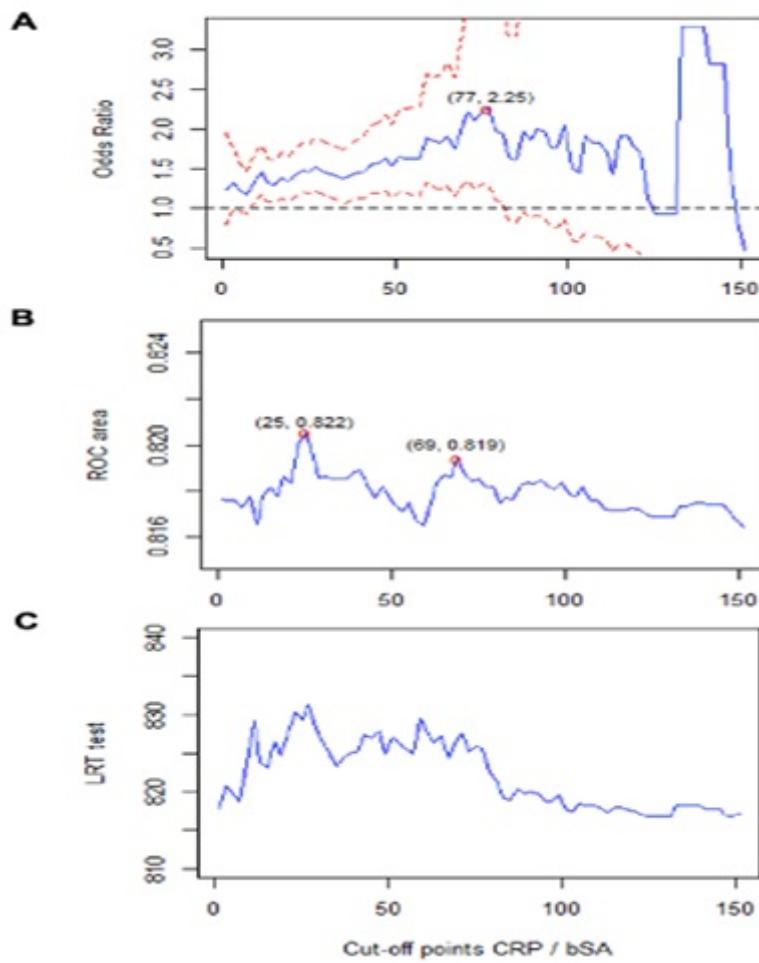
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de San Juan. San Juan de Alicante. Alicante. <sup>2</sup>Sección Endocrinología. Servicio de Medicina Interna. Universitario de San Juan. San Juan de Alicante. Alicante. <sup>3</sup>Departamento de Medicina Clínica. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la capacidad pronóstica de la albúmina sérica (AS) y la PCR basales para un resultado compuesto que incluye la mortalidad, la duración de la estancia media, el ingreso en la UCI y la ventilación mecánica no invasiva en pacientes hospitalizados por COVID-19.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo basado en el registro nacional español SEMI-COVID-19. Se ajustaron dos modelos logísticos multivariantes para SA, PCR y su combinación. Se utilizaron muestras de entrenamiento y de prueba para construir y validar los modelos.

**Resultados:** El resultado final estaba presente en el 41,1% de los 3.471 participantes (media de 66,2 años, rango: 19,9-101,8 años [57,6% hombres]), que tenían una AS basal más baja (media [DE], 3,5 [0,6] g/dL vs. 3,8 [0,5] g/dL; p 0,001) y una PCR más alta (108,9 [96,5] mg/L vs. 70,6 [70,3] mg/L; p 0,001). En el modelo multivariante ajustado, ambos parámetros se asociaron a una peor evolución clínica: SA, OR 0,674 (IC 95%, 0,551-0,826; p 0,001); PCR, OR 1,002 (IC 95%, 1,001-1,004; p = 0,003). Cada aumento de 1 g/dL en la AS disminuyó el riesgo en un 32,6%; cada aumento de 1 mg/L en la PCR aumentó el riesgo en un 0,2%. La curva ROC en la muestra de prueba fue predictiva. El modelo PCR/SA tuvo una capacidad predictiva similar (area bajo la curva, 0,8135 [0,7865-0,8405]), con un riesgo continuamente creciente y un valor de corte de 25 que mostró la mayor capacidad predictiva operativa (OR, 1,470; IC 95%. 1,188-1,819; p 0,001) (fig. 1).



**Conclusiones:** La AS y la PCR son buenos predictores independientes de los pacientes hospitalizados por COVID-19. El cociente PCR/SA es un marcador pronóstico integrador, siendo 25 el punto de corte para una mala evolución clínica. La capacidad de SA y CRP/SA para predecir el pronóstico intrahospitalario es indicativa del carácter sindrómico de la pandemia actual.