



## 396 - VALOR PRONÓSTICO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN PACIENTES POR INFECCIÓN CAUSADA POR COVID-19 VALORADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Cristina García Marichal<sup>1</sup>**, Candelaria Martín González<sup>2</sup>, Luciano J. Delgado Plasencia<sup>2</sup>, Manuel Francisco Aguilar Jerez<sup>3</sup> y Onán Pérez Hernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. <sup>3</sup>Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Arico, España.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar el valor pronóstico de los signos y síntomas principales en pacientes con infección por COVID-19 valorados en Atención Primaria.

**Métodos:** Estudio observacional ambispectivo de pacientes con infección causada por COVID-19 valorados en domicilio por Atención Primaria desde febrero de 2021 a marzo de 2022. Los criterios de inclusión fueron tener más de 18 años y al menos un factor de vulnerabilidad: diabetes mellitus, hipertensión arterial, deterioro cognitivo, cardiopatía, enfermedad respiratoria, oxigenoterapia domiciliaria, neoplasia, enfermedad renal crónica, hepatopatía, obesidad, inmunodepresión y embarazo. Se recogieron variables clínicas (saturación de O<sub>2</sub> y constantes vitales) y analíticas. El estudio deriva de un programa de Atención Primaria diseñado para la vigilancia estrecha de pacientes vulnerables y disminuir morbilidad y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 4.019 pacientes (56,1% mujeres), de  $56,86 \pm 17,3$  años. Preciso ingreso un total de 293 (7,3%) pacientes y fallecieron 28 pacientes (9,6% del total de ingresados). Al analizar qué factores se relacionaron con la mortalidad encontramos que fallecían más los pacientes con el antecedente de enfermedades respiratorias (16 vs. 7%;  $\chi^2 = 4,15$ ;  $p = 0,042$ ), neoplasias (27 vs. 8%;  $\chi^2 = 6,47$ ;  $p = 0,011$ ), hepatopatías (50 vs. 9%; test de Fisher = 0,048), inmunosupresión (40 vs. 8,5%;  $\chi^2 = 7,67$ ;  $p = 0,006$ ). La tensión arterial diastólica más baja se asoció con mayor mortalidad ( $Z = 2,91$ ;  $p = 0,004$ ). Al analizar parámetros analíticos encontramos que los pacientes con mayor linfopenia [650 (455-1265) vs. 960 (665-1380)], ( $Z = 2,06$ ;  $p = 0,039$ ) y trombopenia [155 (114-263) vs. 195 (154-255)], ( $Z = 2,11$ ;  $p = 0,035$ ) y niveles más elevados de LDH [413 (306-495) vs. 308 (253-399)], ( $Z = 3,21$ ;  $p = 0,001$ ), PCR [58,14 (15,07-94,45) vs. 14,14 (5,97-48,69)], ( $Z = 3,12$ ;  $p = 0,002$ ), procalcitonina [0,23 (0,09-0,64) vs. 0,08 (0,05-0,15)], ( $Z = 3,93$ ;  $p = 0,001$ ) e IL-6 [78,4 (28,2-234,5) vs. 27,6 (12,8-59,2)], ( $Z = 2,88$ ;  $p = 0,004$ ) se relacionaron con mayor mortalidad. En el análisis multivariable, los parámetros relacionados de forma independiente con la mortalidad fueron el antecedente de enfermedad respiratoria [OR = 7,78 (1,88-32,15),  $p = 0,005$ ] y la procalcitonina por encima de la mediana [OR = 13,50 (1,25-125,00),  $p = 0,018$ ].

**Discusión:** De los 4.019 pacientes atendidos, el 7,3% precisaron ingreso y de estos fallecieron el 9,6% durante la fase aguda de la enfermedad, lo que supone una mortalidad del 0,7% en pacientes vulnerables, inferior a la descrita por otros autores<sup>1</sup>. Consideramos que al evaluar a estos pacientes de forma precoz se solicitó ingreso prioritario lo que repercutió positivamente en la evolución clínica de estos enfermos. Otras series describen que programas de vigilancia en enfermos vulnerables obtuvieron resultados similares.

*Conclusiones:* Se encontró una mortalidad del 0,7%. Los factores pronósticos independientes de mortalidad fueron el antecedente de enfermedad respiratoria y valores de procalcitonina por encima de la mediana, por ese orden.

## Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-factores-riesgo-mortalidad-pacientes-mayores-S0211139X21001761?covid=Dr56DrLjUdaMjzAgze452SzSInMN&rfr=truhgiz&y=kEzTXsahn8atJufRpNPuIGh67>