



<https://www.revclinesp.es>

## 1784 - PREDICTORES DEL PRONÓSTICO DE LA COVID-19 EN LA PRIMERA EVALUACIÓN CLÍNICA Y BIOLÓGICA

**C. López de Letona Luna**<sup>1,2</sup>, S. Salto Alejandro<sup>1,2</sup>, R. Rodríguez Álvarez<sup>3</sup>, J.A. Oteo Revuelta<sup>4</sup>, A. Ramos Martínez<sup>5</sup>, M.Á. Marcos<sup>6</sup>, J.M. Aguado<sup>7</sup>, J. Carratalà<sup>8</sup>, P. Muñoz<sup>9</sup>, M.C. Fariñas<sup>10</sup>, Á. Pascual<sup>11</sup> y J. Sánchez Céspedes<sup>1,2</sup>

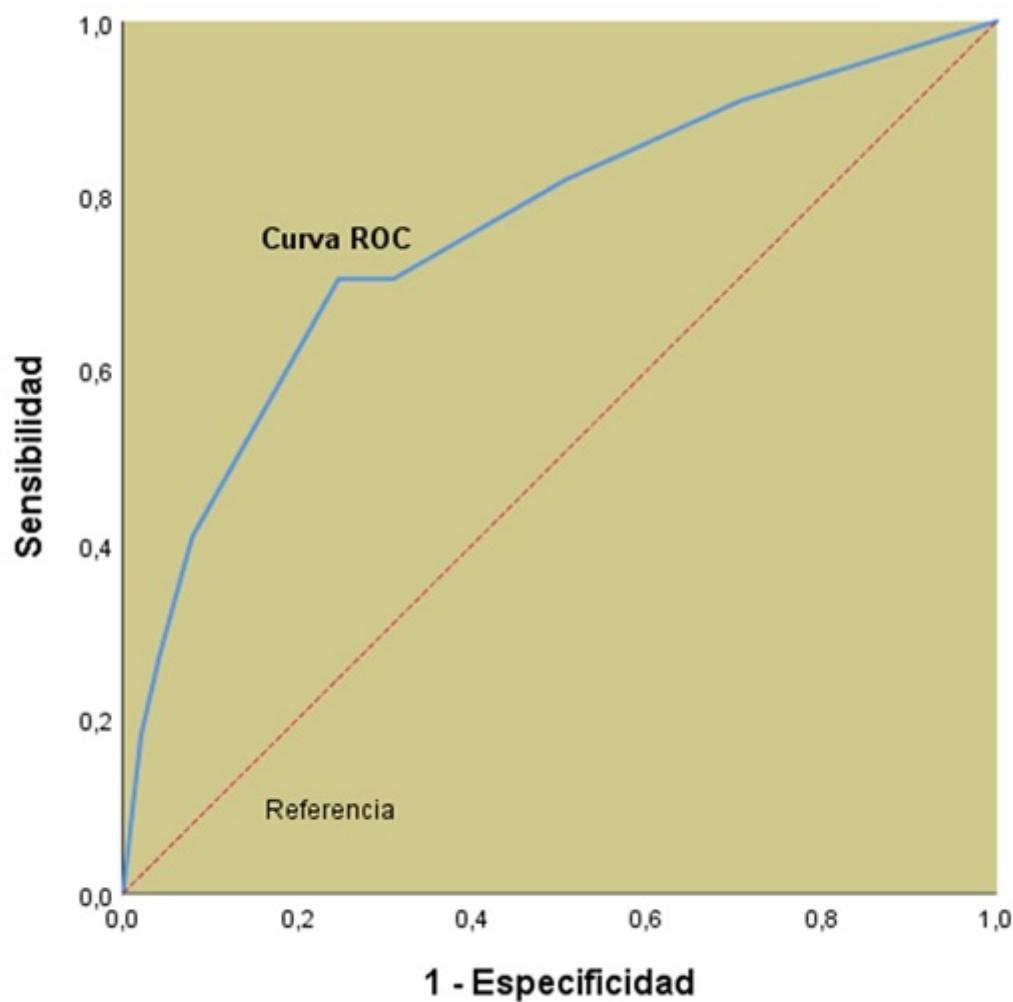
<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.<sup>2</sup> Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Virgen del Rocío y Virgen Macarena/CSIC/Universidad de Sevilla. Sevilla.<sup>3</sup>Departamento de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Cruces. Vizcaya. <sup>4</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario San Pedro-CIBIR. Logroño. <sup>5</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>6</sup>Departamento de Microbiología. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Universidad de Barcelona y Hospital Clínico. Barcelona. <sup>7</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario. Madrid. <sup>8</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Bellvitge. Instituto de Investigaciones Biomédicas de Bellvitge (IDIBELL). Universidad de Barcelona. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>9</sup>Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Instituto de Investigaciones Sanitarias. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>10</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>11</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo general del estudio es analizar la influencia de la carga viral de SARS-CoV-2 en sangre, así como de otras variables demográficas, comorbilidades, características clínicas y analíticas de nuestra cohorte, como factores asociados al desarrollo de un pronóstico desfavorable (desenlace de interés) definido como ingreso en UCI o muerte. Una vez llevado a cabo dicho análisis, precederemos a plantear un modelo pronóstico basado en las variables analizadas previamente de forma que pueda ser utilizado para la toma de decisiones por parte del personal sanitario.

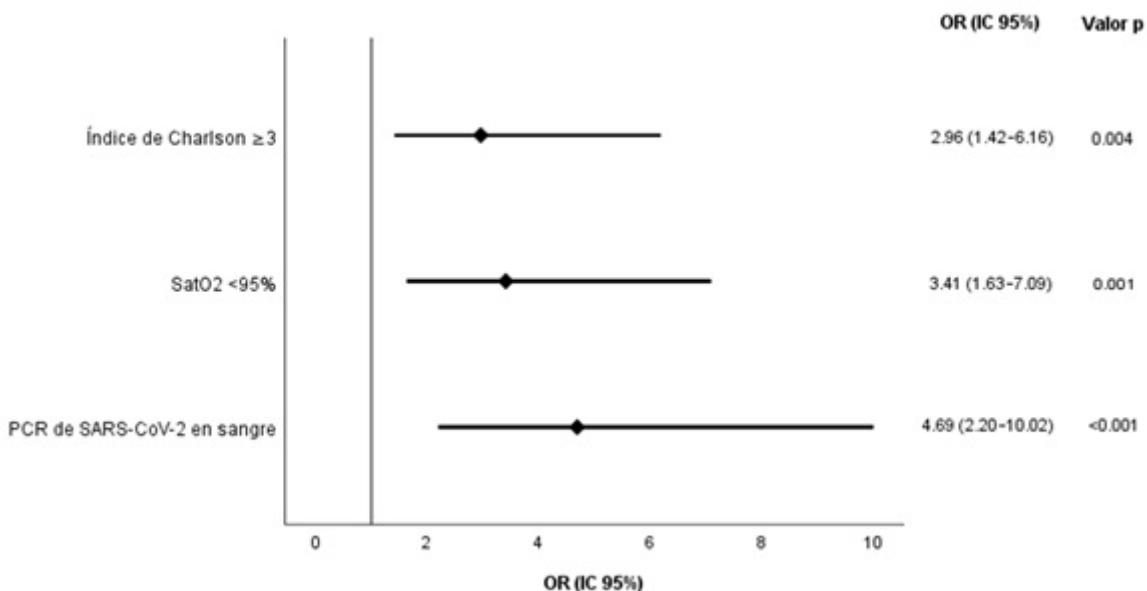
**Métodos:** Hemos llevado a cabo un estudio de cohortes prospectivo y multicéntrico en el que se incluyen 301 pacientes ? 18 años diagnosticados de COVID-19 mediante RT-PCR de frotis nasofaríngeo a los que se les llevó a cabo una RT-PCR de SARS-CoV-2 en sangre basal. Estos fueron seleccionados de forma consecutiva desde marzo hasta diciembre de 2020 procedentes de la base de datos de la Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (REIPI). Se han analizado datos demográficos, analíticos, clínicos y de comorbilidades de los pacientes en función de la detección del virus en sangre y del desarrollo de desenlace de interés.

**Resultados:** En nuestra cohorte, 56 pacientes (18,6%) presentaban viremia con una distribución demográfica, de edad y sexo, homogénea, siendo la mediana de edad de dichos pacientes de 60 años (53-72). Existen diferencias significativas en función de la presencia de viremia en pacientes con un consumo excesivo de alcohol (OR 3,47 IC 1,15-10,43; p = 0,020), uso de prednisona mayor de 10 mg/día (OR 2,32 IC 1,07-5,04; p = 0,021), enfermedad hepática crónica (5,67, IC 1,96-16,37; p 0,001) y trasplante de órgano sólido (OR 8,70 IC 3,54-21,40; p 0,001). Los síntomas más frecuentes fueron la tos (67,9%) y la disnea (47,3%), aunque no se hallaron variables clínicas más frecuentes en los pacientes virémicos. El 33,9% de los pacientes con viremia desarrollaron desenlace desfavorable (OR 3,83 IC95% 1,95-7,52; p 0,001). También tenían mayor riesgo de desenlace desfavorable los pacientes que presentaban una Saturación capilar de O2 3 (OR 2,96 IC 1,42-6,16; p = 0,004).



	B (SE)	$\text{W}^2$ (df)	OR (95% CI)	p value
PCR de SARS-CoV-2 en sangre	1,545 (0,387)	15,914 (1)	4,69 (2,20-10,02)	<0,001
SatO2 <95%	1,225 (0,374)	10,706 (1)	3,41 (1,63-7,09)	0,001
Índice de Charlson ≥3	1,085 (0,374)	8,436 (1)	2,96 (1,42-6,16)	0,004
Constante	-3,387 (0,419)	65,364 (1)	...	...

**Tabla 11:** En el modelo final de regresión logística multivariante, las variables se acompañan del coeficiente beta (SE), el estadístico Wald (df), odds ratios ajustadas (95% CI), valor p de dos colas. La información acerca de la constante es aportada por el coeficiente beta (SE) y el estadístico Wald (df). B=coeficiente beta. SE=Error estándar.  $\text{W}^2$ =estadístico Wald. df=grados de libertad. OR=odds ratio. SatO2=Saturación de oxígeno en sangre periférica.



**Conclusiones:** La detección mediante RT-PCR de SARS-CoV-2 en sangre se asocia a desenlace desfavorable de forma independiente, de modo que junto a un índice de Charlson  $\geq 3$  y a una saturación capilar de O<sub>2</sub> 95% puede ser utilizada en un modelo predictor de desenlace desfavorable con una especificidad del 97,9%. Nuestros resultados permitirán a los clínicos una aproximación más precisa del despistaje del pronóstico desfavorable en los pacientes con COVID-19.