



248 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES VULNERABLES CON INFECCIÓN COVID-19 VALORADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ISLA DE TENERIFE

Cristina García Marichal¹, Candelaria Martín González², Luciano J. Delgado Plasencia², Manuel Francisco Aguilar Jerez³ y Onán Pérez Hernández²

¹Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, San Cristóbal de La Laguna, España. ²Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. ³Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Arico, España.

Resumen

Objetivos: Analizar variables clínicas y analíticas en pacientes diagnosticados de infección Covid-19 con algún factor de vulnerabilidad y evaluar la necesidad de ingreso hospitalario.

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 recogió variables clínicas (saturación de O₂ 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.

Resultados: Se incluyeron 4019 pacientes (56,1% mujeres), de 56,86 ± 17,3 años. Las medias obtenidas en las constantes fueron: temperatura 36,2 ± 0,53 °C; Saturación de oxígeno 97,17 ± 2,76%; tensión arterial sistólica 131,16 ± 18,1 mmHg y diastólica 80,44 ± 11,42 mmHg; frecuencia cardíaca 78,61 ± 13,37 lpm; frecuencia respiratoria 15,78 ± 2,69 rpm; glucemia 133,12 ± 52,27 mg/dl. El síntoma más frecuente fue la tos (41,3%) seguido de expectoración (14,2%) y en tercer lugar disnea (11,9%), la mayoría de grado I (53,6%). Los factores de vulnerabilidad que presentaban los pacientes fueron de mayor a menor: hipertensión arterial (54,6%), obesidad (33,2%), enfermedad respiratoria (27,5%), diabetes mellitus (24,3%), cardiopatía (20,3%), neoplasia (4,5%), neuropatía (4,2%), enfermedad renal (3,4%), inmunosupresión (3,2%), embarazo (2,4%), oxigenoterapia domiciliaria (0,1%). Se derivaron para valoración en centro hospitalario 336 pacientes (8,4%), dentro de ellos quedaron ingresados el 7,3% y precisaron ingreso en UCI el 20,6%. La media de días de ingreso fue 15,17 ± 16,16 días y fallecieron el 9,6%. En los pacientes que ingresaron la media de edad fue superior (63,5 años ± 15,6 años Vs 56,3 ± 17,3 años, t = 6,83; p < 0,001), al igual que la temperatura (Z = 11,58; p < 0,001), la frecuencia cardíaca (Z = 10,60; p < 0,001) y la frecuencia respiratoria (Z = 16,90; p < 0,001). En cambio, la saturación de O₂ (Z = 21,54; p < 0,001) y tanto la tensión arterial sistólica (Z = 3,88; p < 0,001) como la diastólica (Z = 3,19; p < 0,001) fueron significativamente más bajas en los pacientes que precisaron ingreso. No se encontró diferencias en los niveles de glucemia capilar. El análisis multivariable refleja que tener peor saturación [OR = 1,99 (1,86-2,12)] y mayor frecuencia respiratoria [1,29 (1,22-1,36)] eran los principales factores de

riesgo de ingreso.

Discusión: De los 4.019 pacientes atendidos en un programa de vigilancia de enfermos vulnerables, solo el 7,3% precisaron ingreso, un número sustancialmente inferior al descrito en la literatura. Este hecho probablemente se deba a la vigilancia estricta que se realizó en estos enfermos. Las constantes vitales se muestran como un buen indicador para predecir el riesgo de ingreso. Un hallazgo relevante es que la frecuencia respiratoria tomada por un profesional sanitario es un indicador de mala evolución.

Conclusiones: El porcentaje de ingresos en pacientes vulnerables fue bajo (7,3%). La saturación de O₂ por pulsioximetría y la taquipnea se relacionaron con mayor riesgo de ingreso de forma independiente.