



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Trabajo Fin de Grado

**Estudio Descriptivo de Pacientes
Infectados por COVID-19 en una Residencia de
Ancianos de Valladolid**

Autora: María San Millán González

Tutora: D^a Pilar del Río Molina

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Departamento: Medicina, Dermatología y Toxicología

Cotutora: D^a Hilda Fernández Ovalle

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Curso: 2020-2021

Agradecimientos

*Mi más sincero agradecimiento a **D^a Pilar del Rio Molina** y **D^a Hilda Fernández Ovalle**, por ofrecerme su ayuda para la elaboración del presente trabajo y por su continua disponibilidad.*

*A todos los **profesores de la Facultad de Medicina de Valladolid** y a los profesionales de los hospitales y centros de salud, por enseñarme esta maravillosa profesión.*

*A **Cristina y a Ismael** por ser los mejores compañeros de trabajo que jamás pudiera tener.*

*A **Ruth** por su exigencia e incansable paciencia.*

*A mi hermana **Paula**, a mis padres, a mis familiares y a todos mis amigos, por su continuo apoyo, su paciencia y su cariño.*

Tabla de contenido

Resumen / Abstract	4
Introducción.....	5
Justificación.....	7
Objetivos.....	7
Material y métodos.....	8
Resultados.....	9
Variables Sociodemográficas.....	9
Escala de dependencia y comorbilidad.....	10
Sintomatología.....	11
Mortalidad.....	13
Discusión.....	17
Conclusiones.....	20
Bibliografía.....	21
Anexos.....	23
Anexo I: variables de estudio.....	23
Anexo II: índice de Barthel.....	24
Anexo III: índice de Charlson.....	25
Anexo IV: póster.....	26

Resumen

Introducción: La primera ola de la pandemia a causa de la COVID-19 ha supuesto un incremento de la mortalidad en los pacientes de edad avanzada, especialmente en aquellos institucionalizados.

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar los factores de riesgo, pronóstico y mortalidad, en ancianos institucionalizados infectados por COVID-19.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo en pacientes diagnosticados de infección por COVID-19 mediante Reacción en Cadena de la Polimerasa en la residencia de ancianos Hogar San José del área de salud de Medina del Campo Urbano, de marzo a diciembre de 2020. Se recogieron variables sociodemográficas, índices de Barthel y Charlson, variables clínicas, terapéuticas y asistenciales. Se llevó a cabo análisis descriptivo mediante programa SPSS (versión 24) .

Resultados: La muestra se compuso de 85 pacientes. La edad media fue de 85,52 años (\pm 11,21 desviaciones estándar). La mortalidad fue del 10,6% y en mayores o iguales de 90 años fue significativamente mayor con $p=0,007$. Un 20% eran grandes dependientes según índice de Barthel y presentaron mortalidad mayor con $p=0,002$. Los pacientes que presentaron síntomas respiratorios, fiebre y síntomas constitucionales tuvieron mayor mortalidad, siendo esta estadísticamente significativa. En cuanto al manejo, aquellos que precisaron derivación hospitalaria también presentaron mayor mortalidad con $p=0,001$. Los pacientes con enfermedad cardiovascular previa presentaron una mayor mortalidad con $p=0,035$, al igual que los pacientes con enfermedad oncológica ($p<0,001$).

Conclusiones: La edad avanzada, la dependencia grave, los antecedentes de patología oncológica y de enfermedad cardiovascular están estadísticamente relacionados con una mayor mortalidad por COVID-19 en pacientes institucionalizados.

Palabras clave (DeCS): Infecciones por coronavirus, Pandemias, Hogares para ancianos.

Abstract

Introduction: The first wave of the pandemic caused by COVID-19 has led to an increase in mortality in elderly patients, especially in those institutionalized.

Objective: The objective of this study is to analyze the risk factors, prognosis and mortality, in institutionalized elderly people infected by COVID-19.

Material and methods: This is a descriptive study in patients diagnosed with COVID-19 by Polymerase Chain Reaction. This was conducted at Hogar San José Nursing Home in the Medina del Campo Urbano health area, from March to December 2020. Sociodemographic variables, Barthel and Charlson indices, clinical, therapeutic and healthcare variables were collected. Descriptive analysis was carried out using the SPSS program (version 24).

Results: The sample consisted of 85 patients, with a mean age of 85.52 years (\pm 11.21 standard deviations). Mortality was 10.6%, in those over or equal to 90 years it was significantly higher with $p = 0.007$. 20% were highly dependent. This was according to the Barthel index and had higher mortality with $p = 0.002$. The patients who presented with respiratory symptoms, fever and constitutional symptoms had higher mortality, this being statistically significant. The 9 deceased patients presented severe symptoms with $p = 0.001$. Regarding management, those who required hospital referral also had higher mortality with $p = 0.001$. Patients with previous cardiovascular disease also had higher mortality with $p = 0.035$, same as patients with cancer disease ($p < 0,001$).

Conclusions: Advanced age, severe dependency, a history of oncological pathology and cardiovascular disease are statistically related to higher mortality from COVID-19 in institutionalized patients.

Keywords: Coronavirus infections, Pandemics, Homes for the elderly.

Introducción

En diciembre de 2019 surge una nueva enfermedad respiratoria causada por coronavirus (COVID-19). El virus infecta a las células epiteliales de las vías respiratorias produciendo un síndrome de distrés respiratorio severo (1) y produce una tasa de letalidad, según las primeras investigaciones del 2,2 % (2).

Las personas mayores e institucionalizadas, especialmente vulnerables y con mayor comorbilidad, presentan una clínica más grave. En nuestro país, con una población ya envejecida, existen según el Informe de estadística sobre Residencias de septiembre de 2020 un total de 5.567 centros residenciales, donde nuestra Comunidad, Castilla y León, ocupa el segundo lugar tras Cataluña con 686 centros residenciales (3). Durante la primera oleada de la pandemia, en nuestro país, las residencias de ancianos se han visto golpeadas con fuerza. Se ha hipotetizado que la alta letalidad en esta población, más allá de la propia

edad y comorbilidad puede deberse a una menor respuesta inmunitaria (4). En pacientes mayores de 80 años la letalidad alcanza un 18,8% en un estudio realizado en China (5) y el 14,8 % según un estudio estadounidense realizado en una residencia (6).

La clínica de esta enfermedad en el paciente anciano varía desde un cuadro de infección respiratoria, síndrome febril sin foco claro, hasta deterioro del estado general sin manifestaciones típicas de infección (7,8). Además en estos pacientes se observa empeoramiento de estados patológicos previos, alteraciones conductuales, estados de confusión, agitación, apatía o astenia (9). En el otro lado del espectro de la enfermedad, existen pacientes oligosintomáticos, en los que es difícil un diagnóstico de sospecha, que puede llevar por una parte al infradiagnóstico y por otro lado a una mayor transmisión de la enfermedad (10,11). Según diversas fuentes, los síntomas más frecuentes son fiebre, tos, astenia, disnea, así como la manifestación más grave que es la neumonía bilateral (11,12).

En la última década se ha puesto de manifiesto la utilidad de las escalas de comorbilidad y fragilidad para la toma de decisiones y de actitudes terapéuticas (13). En el anciano pueden servirnos como pronóstico de evolución el uso de escalas clínicas que evalúan la dependencia, como por ejemplo la escala de Barthel y el Índice de comorbilidad de Charlson (13,14).

Una de las claves en el diagnóstico de la enfermedad por COVID-19 ha sido la sospecha clínica basada en una buena anamnesis y en la evolución de los síntomas. Así durante la primera ola, ante la ausencia de disponibilidad de otros métodos diagnósticos eficaces, los pacientes con síntomas respiratorios y fiebre de origen desconocido eran aislados en domicilio durante 14 días, con seguimiento clínico por parte de Atención Primaria (7). Únicamente se realizaba confirmación diagnóstica, en aquellos pacientes que acudían o eran derivados al hospital, mediante la determinación de RNA viral con PCR. Mas adelante, se contó con determinación de PCR también en los centros de salud. Esta técnica ha mostrado ser un método sensible y específico para detectar patógenos en el árbol respiratorio de los pacientes infectados (15).

En nuestro país se llevaron a cabo planes de contingencia y atención de pacientes institucionalizados, como la realización de test serológicos masivos en cuanto se detectaron los primeros casos y medidas de aislamiento por áreas de aquellos casos confirmados (16).

Justificación

Existe una mayor incidencia de morbimortalidad en ancianos por su fragilidad y por sus enfermedades concomitantes. Estas personas mayores corren mayor riesgo de sufrir complicaciones graves que los llevan a la muerte y que precisan de un buen manejo domiciliario y de una identificación precoz de signos y síntomas clínicos que precisen de tratamiento hospitalario. En este grupo de pacientes, a pesar de la hospitalización y los cuidados intensivos, la mortalidad es muy alta. Por esta razón, la pregunta de si el ingreso hospitalario está indicado para pacientes ancianos con COVID-19 con pluripatología debe considerarse con mucho cuidado. En ocasiones, ante la gravedad de los síntomas y la necesidad de atención hospitalaria, los ancianos preferían ser atendidos en el centro residencial, incluso ante la posibilidad de muerte, que en una planta de un hospital o en unidades de cuidados intensivos donde se iban a encontrar solos. En otros casos, existía presión del entorno familiar para el traslado de estos pacientes a centros hospitalarios, incluso en aquellos con mal pronóstico. Debido a esto, la planificación anticipada de la atención es de vital importancia cuando se diagnostica la infección. Para una mejor evaluación en estos pacientes de su estado de salud previo y la respuesta orgánica y funcional que van a tener tras padecer una infección por COVID-19 es fundamental la evaluación de su estado de dependencia y fragilidad, así como su estado cognitivo.

Objetivos

- Determinar los factores de riesgo de mortalidad en pacientes institucionalizados con infección por COVID-19 en una residencia de ancianos.
- Describir factores clínico-epidemiológicos de pacientes institucionalizados con infección por COVID-19 en una residencia de ancianos.
- Describir tratamientos utilizados en pacientes institucionalizados con infección por COVID-19 en una residencia de ancianos.

Material y métodos

Diseño y población: Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal realizado de marzo a diciembre de 2020 en 85 pacientes de la Residencia de ancianos “Hogar de San José de Hermanitas de ancianos desamparados”, en el área de salud de Medina del Campo urbano, Gerencia de Salud del Área Este Valladolid. La residencia cuenta con un total de 111 residentes.

Criterios de inclusión: Se incluyeron pacientes diagnosticados de infección por COVID-19 mediante PCR realizada en contexto de un cribado masivo el 5 de abril de 2020, tras detectarse el primer caso de infección por COVID en uno de los residentes el 29 de marzo de 2020.

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio residentes con síntomas y sin diagnóstico confirmado de infección por COVID-19.

Variables (Anexo I): Se recopilaron variables sociodemográficas, índice de Barthel (Anexo II), índice de Charlson (Anexo III), comorbilidades, parámetros clínicos, pruebas diagnósticas, tratamientos, manejo del paciente y supervivencia/mortalidad.

Recogida de datos: La recogida de datos se realizó desde las historias clínicas de los pacientes, accediendo a través del programa Medora y Jimena IV.

Material e infraestructuras: En el Centro de Salud Medina del Campo Urbano se utilizaron las consultas con sus respectivos ordenadores para la recogida de datos.

Análisis de los datos: Desde el punto de vista estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24 (SPSS Software Inc., Chicago, Illinois, EEUU). Se realizó estudio descriptivo utilizando frecuencias para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas. Se calculó la mortalidad relacionada con la infección por COVID-19. Para el estudio bivalente y analizar las posibles relaciones entre variables independientes y dependientes, se utilizó el test chi-cuadrado para variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas. Para medir la fuerza de asociación de las variables cualitativas se utilizó la Odds Ratio y sus límites de confianza ($p < 0,05$).

Limitaciones del estudio: El tamaño muestral del estudio (N=85) es pequeño.

Consideraciones éticas: El estudio se ha desarrollado en concordancia con la Declaración de Helsinki y con la legislación vigente (Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos; la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal). El protocolo del estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Área de Salud Valladolid Este con el código PI-GR-COVID-20-1883.

Resultados

De los 111 residentes a los que se realizó el cribado masivo con PCR para SARS-CoV-2, 85 resultaron positivos y son la muestra de nuestro estudio, otros 15 trabajadores también resultaron positivos.

En cuanto al seguimiento epidemiológico, en mayo de 2020 se realizaron test de anticuerpos totales a los 76 supervivientes. Se obtuvo un resultado positivo a anticuerpos totales en 13 pacientes (el 17,1%). En noviembre de 2020 se realizan test de anticuerpos disgregados con resultado de Inmunoglobulina M (Ig M) negativa en 63 pacientes y de Ig G positiva en 13 pacientes, coincidentes con los pacientes que habían obtenido un resultado positivo a totales en la anterior medición.

1. Variables sociodemográficas.

De los 85 pacientes incluidos en el estudio se obtuvieron los siguientes resultados: la edad media fue de 85,52 años (\pm 11,21 DS). El estudio consta de un 75,30% de mujeres (N=64) y un 24,70% de hombres (N=21), con una distribución por grupos de edad y sexo que se adjuntan en el Gráfico 1. Las comorbilidades que presentaban los pacientes se adjuntan en la Tabla 1.

Gráfico 1. Distribución de los pacientes por grupos de edad y sexo.

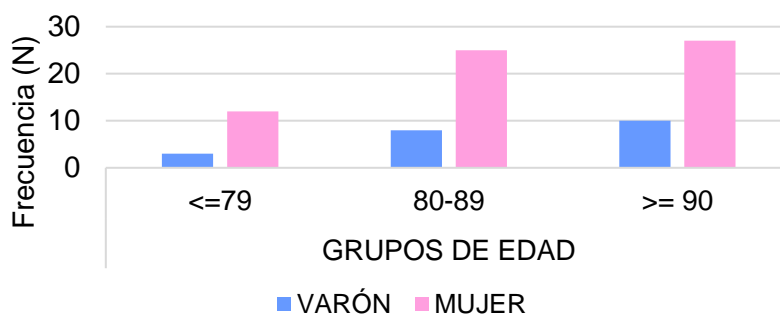


Tabla 1. Frecuencia de comorbilidades presentadas en los pacientes.

Comorbilidades	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Hipertensión Arterial	62	72,94 %
Dislipemia	33	38,82 %
Enfermedad Cardiovascular	29	34,11 %
Enfermedad Cerebral Degenerativa	28	32,94 %
Anemia Megaloblástica	22	25,88 %
Déficit Vitamina D	22	25,88 %
Déficit Vitamina B12	22	25,88 %
Enfermedad Cerebrovascular	20	23,50 %
Diabetes Mellitus	18	21,18 %
Desnutrición	15	17,64 %
Anemia Ferropénica	14	16,47 %
Enfermedad Oncológica	12	14,11 %
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	10	11,76 %
Cardiopatía Isquémica	6	7,10 %
Enfermedad Renal	6	7,10 %
Enfermedad Hepática	2	2,40 %
Enfermedad Arterial Periférica	2	2,40 %

Como antecedentes patológicos hasta un 82,35% (N=70) de los pacientes presentaban factores de riesgo cardiovascular ; un 67,05% de pacientes (N=57) estaban polimedicados (mayor o igual a 5 fármacos).

2. Escalas de dependencia y comorbilidad

Según el índice de Barthel un 20% eran grandes dependientes como se muestra en Tabla 2.

Tabla 2. Grado de dependencia según índice de Barthel.

Índice de Barthel	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Independientes	9	10,59
Dependencia leve	34	40
Dependencia moderada	25	29,41
Dependencia grave o total	17	20

Según las patologías previas que presentaban los pacientes se aplicó el Índice de comorbilidad de Charlson abreviado para analizar las comorbilidades de los pacientes de nuestro estudio (Tabla 3).

Tabla 3. Índice de comorbilidad de Charlson.

Índice de Charlson	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ausencia comorbilidad	57	67,10
Baja comorbilidad	21	24,70
Alta Comorbilidad	7	8,20

Se observa en la Tabla 4, que la mayoría de los pacientes que presentan alta comorbilidad, según índice de Charlson, corresponde a los mayores o iguales a 90 años siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0,037).

Tabla 4. Índice de Charlson por grupos de edad.

		COMORBILIDAD Índice de Charlson	
		Ausencia + Baja comorbilidad	Alta comorbilidad
EDAD	<=79	N=15 (17,64%)	0
	80-89	N=32 (37,64%)	N=1 (1,20%)
	>= 90	N=31 (36,50%)	N=6 (7,10%)

3. Sintomatología

El 52,9 % (N=45) de los pacientes no presentaron síntomas de enfermedad COVID-19, frente al 47,1% (N=40) que presentó algún síntoma. Los síntomas más frecuentes que presentaron los pacientes fueron los síntomas respiratorios (tos, disnea, anosmia), fiebre, síntomas constitucionales (astenia e hiporexia), digestivos (ageusia, diarrea, náuseas, vómitos) y cardiovasculares (descompensación de su insuficiencia cardiaca, dolor torácico) se recogen todos ellos en la Tabla 5. En relación a la gravedad de los síntomas un 30,6% presentaron síntomas leves (ageusia, anosmia, náuseas), un 1,2% síntomas moderados (tos, hiporexia, diarrea, vómitos) y un 15,3% síntomas graves (disnea, dolor torácico, descompensación de insuficiencia cardiaca). Se puede observar que en los moderados y

grandes dependientes la gravedad de los síntomas fue significativamente mayor con $p=0,011$. Tabla 6.

Tabla 5. Principales síntomas observados en los pacientes.

Síntomas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Respiratorios	28	32,94
Fiebre	14	16,47
Constitucionales	10	11,76
Digestivos	4	4,70
Cardiovasculares	1	1,20

Tabla 6. Relación entre grado de dependencia y gravedad de los síntomas presentados.

		GRAVEDAD	
		Asintomáticos + Leves	Moderados + Graves
DEPENDENCIA Índice de Barthel	Independientes + Leves	N=42 (49,41%)	N=3 (3,54%)
	Moderados + Grandes dependientes	N=29 (34,11%)	N=11 (12,94%)

El 84,7% ($n=72$) de los pacientes, fueron tratados y se les hizo seguimiento en la propia residencia. Solo se realizó traslado hospitalario de 13 pacientes (15,3%). Se observa que de los pacientes que precisaron ingreso hospitalario, 9 eran moderados o grandes dependientes, siendo significativo estadísticamente con $p=0,09$. Tabla 7.

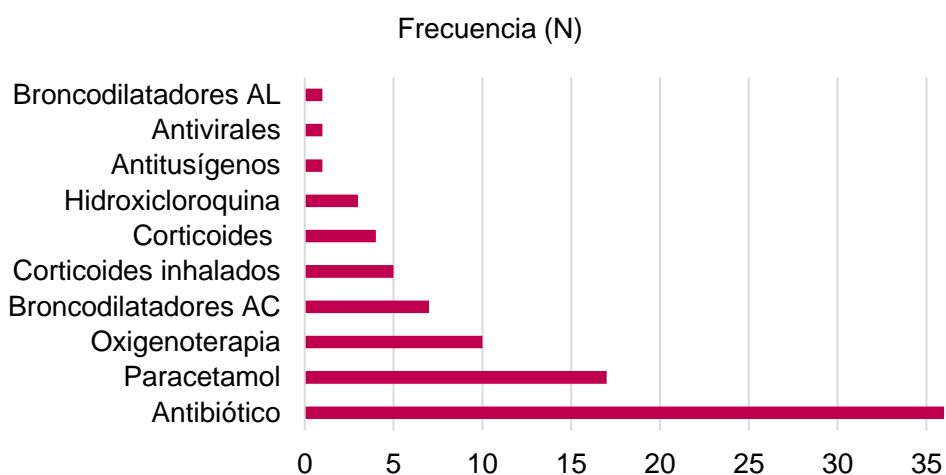
Tabla 7. Manejo de pacientes en función del grado de dependencia, según Índice Barthel.

		MANEJO	
		Ambulatorio en Residencia	Ingreso Hospitalario
DEPENDENCIA Índice de Barthel	Independientes + Leves	N=41 (48,21%)	N=4 (4,70%)
	Moderados + Grandes dependientes	N=31 (36,50%)	N=9 (10,59%)

De los 13 ingresados, 4 pacientes tuvieron radiografía de tórax normal, 7 infiltrados bilaterales y 2 consolidaciones.

Los tratamientos más utilizados en los residentes quedan reflejados en el Gráfico 2. De todos los antibióticos empleados, el más utilizado fue el Levofloxacino (44%), seguido de la Azitromicina (27%) y la Amoxicilina (19%).

Gráfico 2: Tratamiento utilizado en los residentes positivos a PCR-SARS-CoV-2.



Nota: Broncodilatadores de acción corta (AC); Broncodilatadores de acción larga (AL)

4. Mortalidad

Durante el período de estudio fallecieron 9 pacientes, representando el 10,6% del total de la muestra. Cuando se analiza la mortalidad en los diferentes grupos de edad, se observa que en los mayores o iguales de 90 años esta fue significativamente mayor con $p=0,007$. Con respecto a la relación de mortalidad y grado de dependencia (según índice de Barthel), se observa que los moderados y grandes dependientes presentaron mortalidad mayor con $p=0,002$. Los pacientes que presentaron sintomatología tuvieron mayor mortalidad, siendo esta estadísticamente significativa, sobre todo aquellos con síntomas respiratorios, fiebre y síntomas constitucionales. Los 9 pacientes fallecidos presentaron síntomas graves con $p=0,001$. En cuanto al manejo, aquellos que precisaron derivación hospitalaria también presentaron mayor mortalidad con $p=0,001$. Tabla 8.

Tabla 8. Relación entre mortalidad y diversas variables del estudio.

		EXITUS				p-valor
		No		Si		
		N	%	N	%	
SEXO	Mujer	56	65,90%	8	9,40%	0,281
	Hombre	20	23,50%	1	1,20%	
EDAD	<=79	15	17,64%	0	0	0,007
	80-89	32	37,64%	1	1,20%	
	>= 90	29	34,11%	8	9,40%	
DEPENDENCIA (Índice de Barthel)	Independientes	9	10,59%	0	0,00%	0,002
	Leve	34	40%	0	0,00%	
	Moderado	21	24,70%	4	4,70%	
	Grave	12	14,11%	5	5,88%	
COMORBILIDAD (Índice de Charlson)	Ausencia	52	61,18%	5	5,88%	0,158
	Baja	19	22,35%	2	2,40%	
	Alta	5	5,88%	2	2,40%	
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	No	56	65,90%	1	1,20%	< 0,001
	Si	20	23,50%	8	9,40%	
FIEBRE	No	68	80,00%	3	3,50%	< 0,001
	Si	8	9,40%	6	7,10%	
SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES	No	72	84,70%	3	3,50%	< 0,001
	Si	4	4,70%	6	7,10%	
SÍNTOMAS DIGESTIVOS	No	74	87,10%	7	8,20%	0,040
	Si	2	2,40%	2	2,40%	
SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	No	76	89,40%	8	9,40%	0,032
	Si	0	0,00%	1	1,20%	
GRAVEDAD	Asintomáticos	45	52,90%	0	0	< 0,001
	Síntomas leves	26	30,60%	0	0	
	Síntomas moderados	1	1,20%	0	0	
	Síntomas graves	4	4,70%	9	10,59%	
MANEJO	Ambulatorio	69	81,20%	3	3,50%	< 0,001
	Ingreso	7	8,20%	6	7,10%	
RADIOGRAFÍA	No	68	80%	4	4,70%	0,010
	Normal	2	2,40%	2	2,40%	
	Infiltrados	4	4,70%	3	3,50%	
	Consolidación	2	2,40%	0	0	

Nota: Los números en **negrita** destacan aquellas comparaciones con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En cuanto a la mortalidad según patologías los pacientes con enfermedad cardiovascular (Insuficiencia cardiaca, arritmias, fibrilación auricular) presentaron una mortalidad estadísticamente significativa con $p=0,035$ al igual que los pacientes oncológicos con $p=0,001$. Tabla 9

Tabla 9. Relación entre mortalidad y patologías previas de los pacientes.

PATOLOGÍAS		EXITUS				p-valor
		No		Si		
		N	%	N	%	
Hipertensión Arterial	No	21	24,70%	2	2,40%	0,725
	Si	55	64,70%	7	8,20%	
Dislipemia	No	46	54,10%	6	7,10%	0,718
	Si	30	35,30%	3	3,50%	
Enfermedad Cardiovascular	No	53	62,35%	3	3,50%	0,035
	Si	23	27,05%	6	7,10%	
Enfermedad Cerebral Degenerativa	No	51	60%	6	7,10%	0,979
	Si	25	29,40%	3	3,50%	
Anemia Megaloblástica	No	55	64,70%	8	9,40%	0,248
	Si	21	24,70%	1	1,20%	
Déficit de Vitamina D	No	56	65,90%	7	8,20%	0,788
	Si	20	23,50%	2	2,40%	
Déficit de Vitamina B12	No	55	64,70%	8	9,40%	0,248
	Si	21	24,70%	1	1,20%	
Enfermedad Cerebrovascular	No	59	69,40%	6	7,10%	0,479
	Si	17	20%	3	3,50%	
Diabetes Mellitus	No	60	71%	7	8,20%	0,936
	Si	16	18,80%	2	2,40%	
Desnutrición	No	63	74,10%	7	8,20%	0,711
	Si	13	15,30%	2	2,40%	
Anemia ferropénica	No	65	76,46%	6	7,10%	0,186
	Si	11	12,94%	3	3,50%	
Enfermedad Oncológica	No	69	81,20%	4	4,70%	< 0,001
	Si	7	8,20%	5	5,88%	
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	No	67	78,82%	8	9,38%	0,891
	Si	9	10,59%	1	1,20%	
Cardiopatía isquémica	No	70	82,40%	9	10,59%	0,237
	Si	6	7,10%	0	0,00%	
Enfermedad Renal	No	72	84,70%	7	8,20%	0,114
	Si	4	4,70%	2	2,40%	
Enfermedad Hepática	No	74	87,10%	9	10,59%	0,501
	Si	2	2,40%	0	0,00%	
Enfermedad Arterial periférica	No	75	88,20%	8	9,40%	0,155
	Si	1	1,20%	1	1,20%	
Factores de Riesgo Cardiovascular	No	13	15,30%	2	2,40%	0,711
	Si	63	74,10%	7	8,20%	

La relación entre mortalidad y polimedicación no fue estadísticamente significativa como muestra la Tabla 10.

Tabla 10. Relación entre mortalidad y polimedicación (mayor o igual a 5 fármacos).

		EXITUS				p-valor
		No		Si		
		N	%	N	%	
Polimedicación	No	23	27,05%	5	5,88%	0,075
	Si	53	62,35%	4	4,70%	

Los pacientes en tratamiento con broncodilatadores de acción corta, oxigenoterapia y Paracetamol mostraron una mortalidad estadísticamente significativa con $p=0,001$. Respecto a los antibióticos, que fue el tratamiento más utilizado en los pacientes, también se observa una mayor mortalidad con $p=0,038$, se muestran estos datos en la Tabla 11.

Tabla 11. Relación entre mortalidad y tratamientos utilizados en los pacientes.

TRATAMIENTOS		EXITUS				p-valor
		No		Si		
		N	%	N	%	
Broncodilatadores de Acción Larga	No	75	88,20%	9	10,59%	0,635
	Si	1	1,20%	0	0,00%	
Antivirales	No	75	88,20%	9	10,59%	0,635
	Si	1	1,20%	0	0,00%	
Antitusígenos	No	75	88,20%	9	10,59%	0,635
	Si	1	1,20%	0	0,00%	
Hidroxicloroquina	No	73	85,90%	9	10,59%	0,408
	Si	3	3,50%	0	0,00%	
Corticoides	No	73	85,90%	8	9,40%	0,400
	Si	3	3,50%	1	1,20%	
Corticoides inhalados	No	73	85,90%	7	8,20%	0,073
	Si	3	3,50%	2	2,40%	
Broncodilatadores de Acción Corta	No	74	87,10%	4	4,70%	< 0,001
	Si	2	2,40%	5	5,90%	
Oxigenoterapia	No	73	85,90%	2	2,40%	< 0,001
	Si	3	3,50%	7	8,20%	
Paracetamol	No	65	76,50%	3	3,50%	< 0,001
	Si	11	12,94%	6	7,10%	
Antibiótico	No	48	56,40%	1	1,20%	0,038
	Si	28	32,94%	8	9,40%	

Discusión:

La fragilidad de los pacientes añosos y sobre todo su grado de dependencia, condicionan la atención particular e individualizada de cada uno de ellos (11). En el estudio de Gutiérrez Rodríguez et al. (17), se obtuvieron porcentajes según índice de Barthel de un 3,4% de pacientes independientes, un 31,0% con dependencia leve, con moderada el 10,3% y grave o total el 51,7%. Si se comparan esos datos con los de nuestro estudio, se observa que el porcentaje de pacientes con dependencia leve (40%) es similar, siendo el porcentaje de pacientes con dependencia grave menor (20%).

Casas Rojo et al. (18), observaron un elevado porcentaje de pacientes con grado de comorbilidad, según índice de Charlson, moderado a severo (61,4%), así como un 16,5% de los pacientes con un grado moderado o severo de dependencia para las actividades de la vida diaria medido por índice de Barthel, en su muestra de pacientes con COVID-19 ingresados en una planta de geriatría. En nuestro estudio sin embargo, el porcentaje de pacientes con grado alto de comorbilidad es menor (8,20%). Se observa además, que los pacientes mayores o iguales a 90 años son los que tienen mayor grado de comorbilidad siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,037$). En nuestro caso, se ha utilizado el índice de Charlson abreviado, su utilidad pronóstica es similar a corto plazo (14), siendo más práctico en situación de pandemia.

En el estudio de Gutiérrez et al. (17) las patologías previas más frecuentes encontradas fueron la enfermedad cardiovascular (75,9%) y la hipertensión arterial (74,1%), datos que coinciden con los de nuestro estudio donde la hipertensión arterial estaba presente en un 72,94% de los pacientes. En un estudio publicado en la revista española de cardiología (19) demostraron la alta prevalencia existente entre factores de riesgo cardiovascular previos y enfermedades cardiovasculares en pacientes que presentaban infección por COVID-19.

En consideración a los síntomas presentados más frecuentemente en nuestra población, como son la tos, la disnea y la fiebre, se observa que son similares a los encontrados en estudios de otros países (11,12,17). Si se comparan nuestros resultados con los de un estudio de Reino Unido que también recoge datos de pacientes con test positivo a coronavirus asintomáticos y sintomáticos, se ve que un 57,1% de los mismos presentaron síntomas (20), datos muy similares a los encontrados por nosotros, dónde hasta el 47,1% de los pacientes fueron sintomáticos. Además, en nuestro estudio se puede

observar que en los moderados y grandes dependientes la gravedad de los síntomas fue significativamente mayor.

En relación a los criterios de derivación hospitalaria, según un artículo publicado por Blanco-Tarrio y Blanco (21) se debería realizar previamente una valoración de la comorbilidad, la situación de gravedad, la presencia de deterioro cognitivo grave y la dependencia o la necesidad de soporte ventilatorio en pacientes graves. En los datos de nuestro estudio, se observa que el mayor porcentaje de pacientes derivados correspondía a aquellos con grado moderado o grave de dependencia según la escala de Barthel.

En atención al tratamiento utilizado en nuestros pacientes, el uso de Paracetamol como antitérmico y analgésico, es el más recomendado en ancianos según Blanco-Tarrio y Blanco (21). El uso de hidroxiclороquina y fármacos antirretrovirales fue de uso exclusivo hospitalario. En el estudio de Casas Rojo et al. (18) en pacientes hospitalizados los betalactámicos fueron los antibióticos más utilizados (71,7%) seguidos de la azitromicina (60,8%). En nuestro caso, el antibiótico más prevalente fue una fluorquinolona como es el Levofloxacino.

En el estudio de Gutiérrez Rodríguez et al., se analizan las variables asociadas con la mortalidad en una población de pacientes mayores de 80 años y algún grado de dependencia funcional hospitalizados por COVID-19, se demostró que la tasa de mortalidad se duplica en estos pacientes mayores de 80 años y con algún grado de dependencia funcional y/o deterioro cognitivo (17). La mortalidad en los pacientes añosos, según un artículo publicado en China (5), llegó al 18,8%, y en Estados Unidos en el estudio de McMichael TM, et al., encontraron una mortalidad del 14,8% también en pacientes mayores de 80 años institucionalizados (6). Los datos de nuestro estudio concuerdan con lo mencionado anteriormente, puesto que todos los pacientes fallecidos eran mayores o iguales a 80 años, siendo estadísticamente significativos con $p=0.007$.

Al analizar la mortalidad por sexos, Sun H. et al. (12) no encontraron diferencias estadísticamente significativas. En nuestro estudio se vio aumentada en las mujeres, aunque tampoco encontramos relación. Sin embargo, en el estudio realizado en hogares de ancianos del Reino unido de Graham et al, sí encontraron diferencias respecto a la mortalidad en pacientes varones que fue significativamente mayor (48% de muertes vs. 34% de los que sobrevivieron, $p=0.020$) (20).

En una reciente publicación de un subestudio español (22) que compara las características demográficas y comorbilidad de los pacientes COVID-19 fallecidos en hospitales españoles, observaron una probabilidad estadísticamente significativa de fallecer habiendo ingresado en unidades de cuidados intensivos (UCI) a medida que el índice de comorbilidad de Charlson se incrementaba. En nuestro estudio al analizar la relación entre mortalidad y comorbilidad según Índice de Charlson, de los 9 pacientes fallecidos, tan solo 2 presentaban alta comorbilidad, no obteniendo datos significativamente estadísticos. Sin embargo, con respecto a la relación de mortalidad y grado de dependencia, según índice de Barthel, sí que se observa que los moderados y grandes dependientes presentan mortalidad mayor siendo esta significativa con $p=0,002$.

En lo que concierne a edad y comorbilidad, Miró Ó et al (22), confirman que ambos tienen repercusión directa sobre la gravedad clínica del proceso agudo que los descompensa. En nuestro estudio se observa que los 9 pacientes fallecidos presentaron síntomas de gravedad con $p=0,001$. Además aquellos pacientes que presentaron sintomatología tuvieron mayor mortalidad, siendo esta estadísticamente significativa, sobre todo aquellos con síntomas respiratorios, fiebre y síntomas constitucionales.

En referencia al manejo del paciente, según el estudio de Blanco-Tarrio y Blanco (21) si las condiciones clínicas del residente son irreversibles, no se aconseja traslado a centro hospitalario, sobre todo en aquellos con dependencia funcional grave, debiendo considerarse el tratamiento paliativo en la residencia. En nuestro estudio, se observa que aquellos que precisaron derivación hospitalaria presentaban un mayor grado de dependencia y tuvieron una mayor mortalidad, siendo estadísticamente significativa con $p=0,001$.

Finalmente, sobre el riesgo de mortalidad según las patologías previas en el estudio de Cordero A et al. (19) llegaron a la conclusión de que el riesgo de fallecer por COVID-19 es casi 5 veces superior en los pacientes con enfermedades cardiovasculares (*odds ratio* [OR] = 4,85; IC95%, 3,07-7,70). En nuestro estudio se observa que el 82,35% de los pacientes presentaban factores de riesgo cardiovascular y los pacientes que presentaban enfermedad cardiovascular previa, presentaron mayor mortalidad con una $p=0,035$. En el estudio de Miró ó et al. (22), mostraron que la mayor carga de comorbilidad (en especial demencia y cáncer activo) constituyeron factores asociados a fallecer sin ingresar en UCI. Esos datos concuerdan con los de nuestro estudio, donde se encuentra que el antecedente de enfermedad oncológica aumenta la mortalidad, siendo este dato estadísticamente significativo con $p<0,001$.

Conclusiones

- Un elevado porcentaje de los pacientes presentaban factores de riesgo cardiovascular, siendo la hipertensión arterial el más frecuente de ellos.
- Los síntomas más frecuentes observados en nuestra población son tos y disnea, seguidos de fiebre y síntomas constitucionales como astenia e hiporexia.
- En los moderados y grandes dependientes, según índice de Barthel, la gravedad de los síntomas fue significativamente mayor, lo que implicó también que fuesen el grupo de pacientes con mayor porcentaje de derivación para manejo hospitalario. En nuestro estudio se observa que todos los pacientes fallecidos presentaron síntomas de gravedad.
- El tratamiento más empleado fue el antibiótico, siendo el Levofloxacino el más utilizado.
- Todos los pacientes fallecidos eran mayores o iguales a 80 años.
- Según índice de Barthel aquellos pacientes con grado moderado o grave de dependencia han sufrido mayor tasa de mortalidad.
- Los pacientes que presentaban como antecedente enfermedad cardiovascular previa y enfermedad oncológica presentaron mayor mortalidad.

Bibliografía

1. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol.* 2020;5(4):536–44.
2. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The incubation period of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: Estimation and application. *Ann Intern Med.* 2020;172(9):577–82.
3. Abellán García A, Aceituno Nieto MP, Ramiro Fariñas D, Castillo Belmonte AB. Estadísticas sobre residencias: Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre 2020 [Internet]. Madrid: CSIC Informes Envejecimiento en red Enero 2021 núm. 27. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>
4. Wynants L, Calster B, Bonten MMJ, Collins GS, Debray TPA, Vos M. Prediction models for diagnosis and prognosis of COVID-19 infection; systematic review and critical appraisal. *BMJ.* 2021;369:m1328.
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *JAMA.* 2020;323(13):1239–42.
6. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2005–11.
7. Ministerio de Sanidad. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de covid-19, indicadores de seguimiento. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Instituto Salud Carlos III 26 Febrero 2021 Disponible: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf
8. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel Coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020;323(11):1061–9.
9. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020;395(10223):507–13.
10. Chen T, Dai Z, Mo P, Li X, Ma Z, Song S, et al. Clinical characteristics and outcomes of older patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China: A single-centered, retrospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020;75(9):1788–95.
11. Godaert L, Proye E, Demoustier-Tampere D, Coulibaly PS, Hequet F, Dramé M. Clinical characteristics of older patients: The experience of a geriatric short-stay unit dedicated to patients with COVID-19 in France. *J Infect.* 2020;81(1):e93–4.

12. Sun H, Ning R, Tao Y, Yu C, Deng X, Zhao C, et al. Risk factors for mortality in 244 older adults with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective study. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(6):E19–23.
13. Salado Morales L, Castanedo Pfeiffer C. La fragilidad en el anciano [Internet]. Unican.es. [citado el 23 de abril de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5126/SaladoMoralesL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med.* 1992;117(12):1003–9.
15. Guo L, Ren L, Yang S, Xiao M, Chang D, Yang F, et al. Profiling early humoral response to diagnose novel Coronavirus disease (COVID-19). *Clin Infect Dis.* 2020;71(15):778–85.
16. Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. Actualizado 24 de marzo de 2020. Ministerio de Sanidad. [Internet]. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2020/04/Residencias_y centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf
17. Gutiérrez Rodríguez J, Montero Muñoz J, Jiménez Muela F, Guirola García-Prendes C, Martínez Rivera M, Gómez Armas L. Variables asociadas con mortalidad en una población de pacientes mayores de 80 años y con algún grado de dependencia funcional, hospitalizados por COVID-19 en un Servicio de Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55(6):317–25.
18. Casas-Rojo JM, Antón-Santos JM, Millán-Núñez-Cortés J, Lumbreras-Bermejo C, Ramos-Rincón JM, Roy-Vallejo E, et al. Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Rev Clin Esp.* 2020;220(8):480–94.
19. Cordero A, Escribano D, Bertomeu-González V. Complicaciones cardiovasculares y pronóstico en pacientes con COVID-19. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2020;20:9–13.
20. Graham NSN, Junghans C, Downes R, Sendall C, Lai H, McKirdy A, et al. SARS-CoV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes. *J Infect.* 2020;81(3):411–9.
21. Blanco-Tarrio E, Blanco Sánchez G. Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19. *Semergen.* 2020;46 Suppl 1:26–34.
22. Miró Ó, Alquézar-Arbe A, Llorens P, J M-SF, Jiménez S, Martín A, et al en representación de la red de investigación Siesta. *Medicina Intensiva.* 2021;45:14–26.
23. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 1997 Mar [citado 2021 Abr 18] ; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es

Anexo I. Variables del estudio

VARIABLE	TIPO	POSIBLES RESULTADOS
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Edad	Cuantitativa Continua	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Hombre o Mujer
Ocupación	Cualitativa Politómica	Residente, Trabajador o Hermana religiosa
ESCALAS DE FRAGILIDAD		
Índice de Barthel (Anexo II)	Cuantitativa Discreta	Resultado del índice Barthel
Índice de Charlson (Anexo III)	Cuantitativa Discreta	Resultado del índice Charlson
COMORBILIDADES		
Hipertensión Arterial	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Diabetes Mellitus	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Dislipemia	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Enfermedad Cardiovascular	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Enfermedad Cerebrovascular	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Enfermedad Cerebral Degenerativa	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Enfermedad Pulmonar Crónica	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Enfermedad Renal crónica	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Enfermedad Hepática	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Enfermedad Oncológica	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Enfermedad Inmunológica	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
PARÁMETROS CLÍNICOS		
Fiebre	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Síntomas respiratorios	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Síntomas digestivos	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Síntomas vasculares	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Síntomas cardíacos	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Asintomático	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS		
Test rápido IG totales	Cualitativa Dicotómica	Positivo – Negativo
Test rápido IG disgregados	Cualitativa Dicotómica	Positivo – Negativo
PCR	Cualitativa Dicotómica	Positiva – Negativa
Radiografía tórax	Cualitativa Politómica	Normal, Infiltrados o Consolidaciones
TRATAMIENTO		
Oxigenoterapia:	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Antibióticos	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
- Amoxicilina	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
- Levofloxacino	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
- Azitromicina	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
- Otros	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Paracetamol	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Hidroxiclороquina	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Corticoides	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Antivirales	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Otros		
MANEJO DEL PACIENTE		
Ambulatorio Residencia	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Ingreso hospitalario	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
SUPERVIVENCIA / MORTALIDAD		
Supervivencia	Cualitativa Dicotómica	SI - NO
Mortalidad	Cualitativa Dicotómica	SI - NO

Anexo II. Índice de Barthel

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

0-20: Dependencia total

21-60: Dependencia grave

61-90: Dependencia moderada

91-99: Dependencia leve

100: Independencia

Fuente: Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 1997 Mar [citado 2021 Abr 18]; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es. (23)

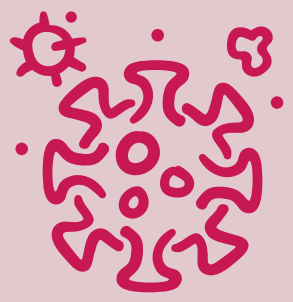
Anexo III. Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada)

Enfermedad vascular cerebral (1 punto)
Diabetes (1 punto)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1 punto)
Insuficiencia cardiaca/cardiopatía isquémica (1 punto)
Demencia (1 punto)
Enfermedad arterial periférica (1 punto)
Insuficiencia renal crónica (diálisis) (2 puntos)
Cáncer (2 puntos)

Ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 puntos, **comorbilidad baja** cuando el índice es 2 y **alta comorbilidad** cuando es igual o superior a 3 puntos. Aunque aparentemente pueda parecer menos preciso que la versión original completa, su utilidad pronóstica es similar a corto plazo, aunque no hay estudios con seguimiento a largo plazo.

Fuente: Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1003-9 (14)

Anexo IV. Póster:



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INFECTADOS POR COVID-19 EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS DE VALLADOLID



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Autora: San Millán González, M. Tutora: Del Río Molina, P. Cotutora: Fernández Ovalle, H.

Introducción

La primera ola de la pandemia a causa de la COVID-19 ha supuesto un incremento de la mortalidad en los pacientes de edad avanzada, especialmente en aquellos institucionalizados (1,2).

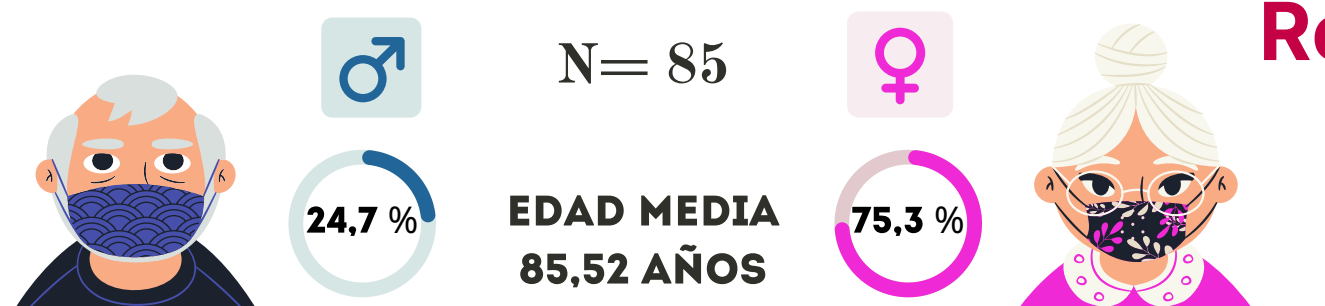
Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar los factores de riesgo, pronóstico y mortalidad de pacientes institucionalizados con infección por COVID-19 en una residencia de ancianos.

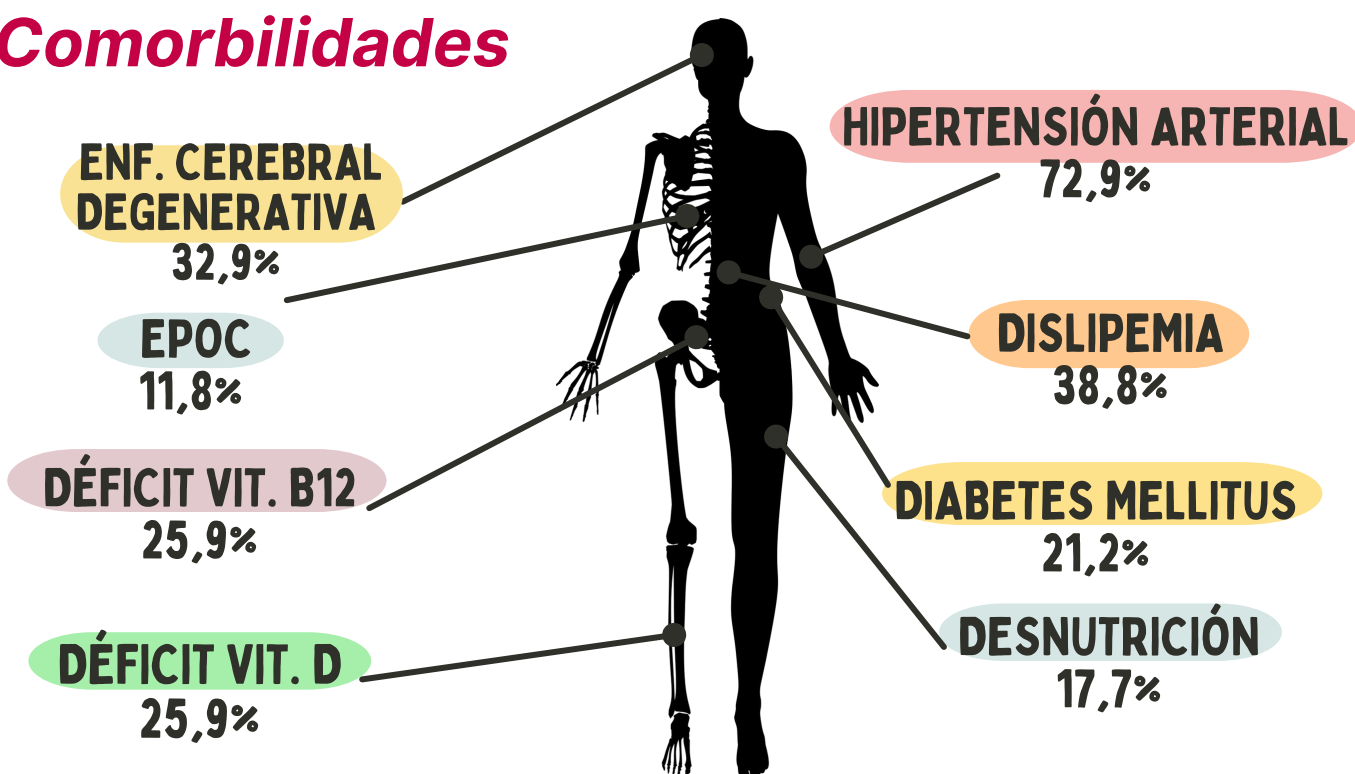
Material y métodos

Estudio descriptivo en pacientes diagnosticados de infección por COVID-19 mediante PCR en la residencia de ancianos Hogar San José del área de salud de Medina del Campo Urbano, de marzo a diciembre de 2020. Se recogieron variables sociodemográficas, índices de Barthel y Charlson, variables clínicas, terapéuticas y asistenciales. Análisis descriptivo mediante programa SPSS (versión 24).

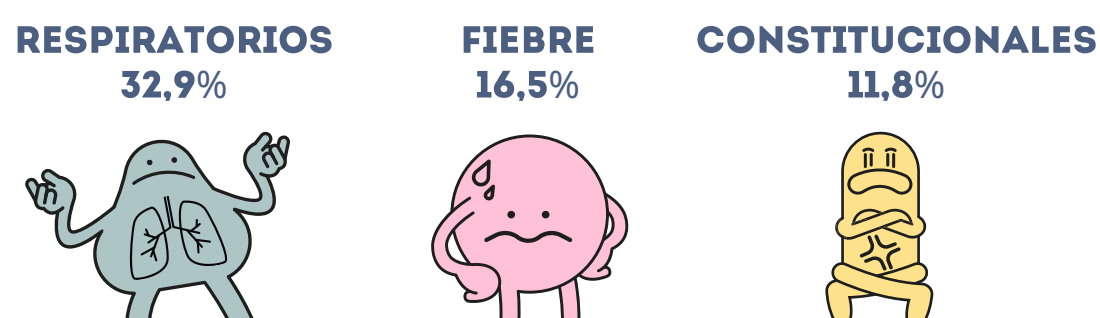
Resultados



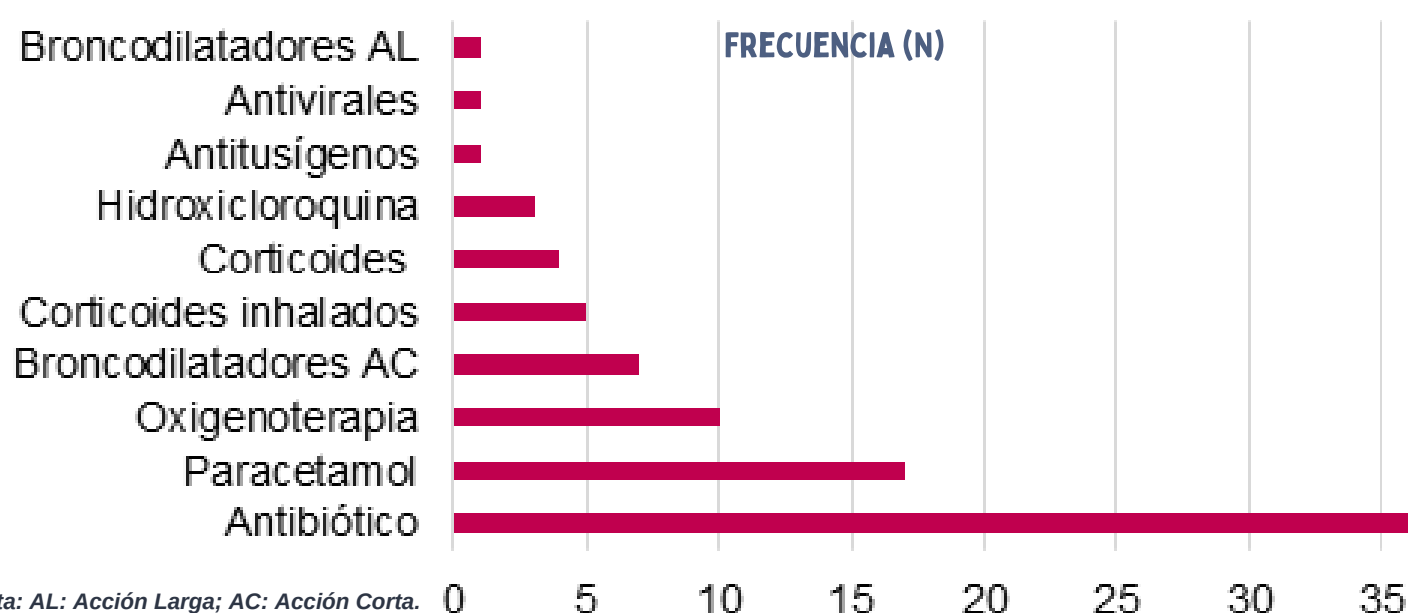
Comorbilidades



Síntomas



Tratamiento



*Nota: AL: Acción Larga; AC: Acción Corta.

Bibliografía

1. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. N Engl J Med. 2020;382(21):2005-11
 2. Chen T, Dai Z, Mo P, Li X, Ma Z, Song S, et al. Clinical characteristics and outcomes of older patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China: A single-centered, retrospective study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2020;75(9):1788-95

Mortalidad



Fallecieron el 10,6% (N=9) de los pacientes.



Conclusiones

- Un elevado porcentaje de los pacientes presentaban factores de riesgo cardiovascular, siendo la hipertensión arterial el más frecuente de ellos.
- Los síntomas más frecuentes observados en nuestra población son tos y disnea, seguidos de fiebre y síntomas constitucionales como astenia e hiporexia.
- En los moderados y grandes dependientes, según índice de Barthel, la gravedad de los síntomas fue significativamente mayor, lo que implicó también que fuesen el grupo de pacientes con mayor porcentaje de derivación para manejo hospitalario.
- Todos los pacientes fallecidos presentaron síntomas de gravedad.
- El tratamiento más empleado fue el antibiótico, siendo el Levofloxacino el más utilizado.
- Todos los pacientes fallecidos eran mayores o iguales a 80 años.
- Según índice de Barthel aquellos pacientes con grado moderado o grave de dependencia han sufrido mayor tasa de mortalidad.
- Los pacientes que presentaban como antecedente enfermedad cardiovascular previa y enfermedad oncológica presentaron mayor mortalidad.