

## Comunicaciones

## 2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

### Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)

#### 35. TELEMONITORIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR SARS-CoV-2

**Ivet Salas Mainegra**, Nuria Manzano Tejedor, Marina Acera Gómez, Lorena Hernández Medina, Pablo López Grupeli e Ignacio Martín Arechabala

*Air Liquide Healthcare España, Madrid, España.*

**Palabras clave:** SARS-CoV-2. Telemonitorización. Cronicidad.

**Introducción:** En las últimas décadas, se verifica un aumento de los pacientes con enfermedades crónicas y su morbilidad hace necesario un abordaje distinto de la cronicidad. Desde 2014, Air Liquide Healthcare España dispone de un Programa propio de Telemonitorización de pacientes crónicos que proporciona una visión dinámica de la gestión de salud y permite mayor agilidad en el manejo y conocimiento del proceso crónico. Este enfoque ha sido fundamental para poder reaccionar ante cualquier evento adverso, incluyendo opciones seguras y flexibles para la atención sanitaria de nuestros pacientes en el caso de la Pandemia por infección del SARS-CoV-2.

**Objetivos:** Mantener la atención sanitaria adecuada a cada paciente crónico incluido en el Programa de Telemonitorización, minimizando los riesgos de contagio y/o transmisión por SARS-CoV-2 tanto en pacientes como en sanitarios.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio observacional descriptivo desde enero a diciembre de 2020. La información necesaria para conocer las características de la muestra, se ha obtenido del registro de la base de datos del Programa de Telemonitorización.

**Resultados:** Seleccionamos una muestra de 275 pacientes crónicos que pertenecen a distintas Comunidades Autónomas y que han estado incluidos en el Programa de Telemonitorización durante el año 2020. Del total de 275 pacientes, el 54,4% son mujeres y el 45,5% son hombres, con una media de edad de 83 años. Diagnóstico principal EPOC el 20,7%, ICC el 54,5%, ambas patologías el 23,3% y otras comorbilidades el 1,5%. En el período analizado solo el 4,73% de los 275 pacientes (13 pacientes), han sido diagnosticados de infección por SARS-CoV-2, de éstos, han sido hospitalizados el 2,9% (8 pacientes) y fallecido el 1% (3 pacientes). Durante el mismo período no resultó infectado ningún sanitario del Programa de Telemonitorización.

**Conclusiones:** Air Liquide Healthcare España ha dado continuidad asistencial a los pacientes crónicos incluidos en el programa de Tele-

monitorización con independencia de la situación sanitaria existente. El nivel de satisfacción de los pacientes incluidos en el Programa ha sido muy alto. Teniendo en cuenta que según las publicaciones, la tasa de mortalidad global es de un 12,10%, podemos constatar la eficacia de nuestro Programa de Telemonitorización, ya que aportamos una tasa muy inferior y aún más si tenemos en cuenta que la muestra es, en su totalidad, de pacientes considerados de alto riesgo de infección por SARS-CoV-2.

#### 40. SEGUIMIENTO AMBULATORIO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE HAN DESARROLLADO INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-CoV-2

**Almudena López Sampalo**, Jaime Sanz Cánovas, Luis Francisco Caballero Martínez, María Isabel Ruiz Moreno, María Rosa Bernal López y Ricardo Gómez Huelgas

*Hospital Regional Universitario, Málaga, España.*

**Palabras clave:** SARS-CoV-2. Mayores de 65 años.

**Introducción y objetivos:** La pandemia por COVID-19 ha generado una crisis sanitaria global sin precedentes. Una vez superado el pico de la misma es fundamental conocer la evolución de los pacientes que han sufrido una infección moderada o grave para valorar la presencia de complicaciones a medio y corto plazo. La infección por SARS-CoV-2 ha demostrado ser una enfermedad multisistémica con potencial afectación de múltiples órganos y sistemas, dañados directamente por el virus, y/o indirectamente por una respuesta inmune disfuncional. Actualmente se desconocen las secuelas a medio y largo plazo de la infección por el daño pulmonar asociado a SARS-CoV-2. Se han comunicado casos de fibrosis pulmonar, enfermedad tromboembólica venosa, complicaciones trombóticas arteriales (cerebrovascular, coronaria, periférica), alteraciones inmunológicas, vasculitis y lesiones hepáticas, entre otras. Asimismo, son frecuentes las secuelas psicológicas. Las personas mayores de 65 años se han convertido en uno de los colectivos más vulnerables y afectados por la infección por el SARS-CoV-2. Por ello desde la UGC de Medicina Interna de nuestro hospital hemos desarrollado una consulta monográfica para realizar un seguimiento a estos pacientes mayores de 65 años que hayan requerido hospitalización o que presenten una evolución ambulatoria desfavorable. Así el objetivo de nuestro proyecto consiste en ofrecer una atención clínica integral en el seguimiento de estos pacientes tras el período agudo de la infección por coronavirus, evaluar las posibles complicaciones tanto físicas como

psicológicas y analizar los posibles factores de riesgo que condicionan dichas complicaciones: situación basal, parámetros de inflamación, extensión radiológica...

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo en el que se incluyeron los pacientes mayores de 65 años ingresados en el Hospital Regional de Málaga durante los meses de marzo, abril y mayo de 2020 con infección respiratoria por SARS-CoV-2 o aquellos que presentaron una evolución ambulatoria desfavorable. La valoración de estos pacientes se estructuró en dos niveles; se realizó una primera valoración telefónica y una segunda valoración presencial. Los datos se obtuvieron a través de la historia clínica electrónica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS en su versión 23. Valores continuos expresados como media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico).

**Resultados:** Analizamos en consulta 80 pacientes de edad mayor o igual a 65 años diagnosticados de infección respiratoria por COVID-19, de ellos 76 pacientes habían requerido ingreso hospitalario por dicho motivo y solo 4 pacientes fueron derivados desde atención primaria para seguimiento. La media de días de ingreso fue de 11 días; siendo un total de 70 días el paciente que requirió ingreso más prolongado. La distribución por sexos fue bastante homogénea, el 51,9% eran mujeres y un 49,1% varones. Estructuramos el seguimiento y la valoración de nuestros pacientes en dos niveles; una primera consulta telefónica con la idea de realizar una valoración global sobre la situación clínica del paciente tras el alta hospitalaria, y una segunda valoración presencial en consulta. Se les citaba a su vez en la consulta de Enfermería para extracción de analítica de control, serología y realización de prueba de imagen. En la consulta telefónica interrogamos sobre las posibles secuelas o complicaciones residuales tras el ingreso hospitalario, así nos encontramos con que los síntomas más prevalentes que persistían en nuestros pacientes eran síntomas generales: el 41% presentaba astenia y el 35% pérdida de peso. La disnea seguía presente en un 24,7% de los mismos pero no se correlacionaba con hipoxemia real, ya que todos los pacientes presentaron en consulta una saturación basal de oxígeno > 95%. Otros síntomas presentes fueron ansiedad y nerviosismo en un 17%, diarrea y tos en un 12%, anosmia y ageusia en el 9,6%, debilidad de miembros inferiores en un 8%, y cefalea y dolor costal en el 7%. Observamos también que hasta un 25% de nuestros pacientes tras el ingreso hospitalario referían mayor nivel de dependencia o vulnerabilidad; lo cual se traduce en un descenso de 3 puntos en el índice de Barthel previo y posterior al ingreso (90 vs 87). A todos nuestros pacientes les realizamos una valoración geriátrica integral que nos permitiera determinar la situación de los mismos tanto a nivel funcional como cognitivo. Para ello fue necesario la realización de una serie de test y cuestionarios obteniendo los siguientes resultados promedios: índice de fragilidad de Frail (5), Sarc-f (8), índice de Charlson (5,1); Minimal state examination (28/30), Trichopoulos (9), Yesavage (3,3) e índice Profund (2,6). Es decir nos encontramos con que pese a que la gran mayoría de nuestros pacientes eran independientes sin deterioro cognitivo asociado, si que se trataba de pacientes frágiles con una elevada carga de comorbilidad. Con respecto al diagnóstico microbiológico al ingreso hospitalario el 85% de los pacientes obtuvieron un resultado positivo de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en exudado naso-faríngeo; y en un 14% fue negativo pese a la repetición de la misma hasta en 3 días diferentes separados 48 horas. Durante el ingreso solo se realizaron técnicas de diagnóstico serológico mediante inmunocromatografía o ELISA en un 14% de los pacientes, presentando en la mayoría de los casos (71,4%) anticuerpos de subclase Ig M e Ig G positivos; un 14,3% presentaron solo anticuerpos de subclase Ig G y en un 7% solo anticuerpos de subclase Ig M. El resultado de la PCR en exudado nasofaríngeo a los 2-3 meses tras el alta fue negativo en todos los casos excepto en dos pacientes que persistían aún con PCR positiva. Los resultados de las técnicas serológicas por ELISA a los 3 meses también fueron llamativos. En todos los casos los pacientes presentaron anticuerpos frente a SARS-CoV-2, aunque

la mayoría (77%) aún se encontraban en fase de seroconversión, es decir presentaron anticuerpos de subclase Ig M e Ig G positivos. El 21,3% presentaban solo anticuerpos de subclase Ig G; y en 1,6% solo anticuerpos de subclase Ig M. En la analítica de control que realizamos en la consulta nos encontramos con que tanto la cifra de linfocitos como los reactantes de fase aguda (ferritina, LDH, PCR, PCT) se habían normalizado, así como los valores de dímero D. A nivel radiológico en el ingreso el 80,3% presentaron infiltrados bilaterales en la radiografía de tórax; un 10,5% infiltrados unilaterales y en un 9,2% la radiografía de tórax fue normal. Solo en 10 pacientes se realizó TC de tórax durante el ingreso con los siguientes hallazgos: 5 pacientes presentaron tromboembolismo pulmonar bilateral e infiltrados pulmonares bilaterales; 3 pacientes presentaron infiltrados bilaterales y 2 pacientes tromboembolismo pulmonar sin infiltrados. A los 3 meses del alta hospitalaria en un 65% la radiografía de tórax de control fue normal, en un 29% aún persistían infiltrados bilaterales aunque en importante mejoría respecto a la radiografía del alta hospitalaria y en un 6% de pacientes la radiografía de control era igual que la previa.

**Conclusiones:** La mayoría de nuestros pacientes presentan buena evolución a los 2 o 3 meses tras el alta hospitalaria y los síntomas residuales que persisten son fundamentalmente síntomas inespecíficos como astenia, pérdida de peso... La disnea está presente en una cuarta parte de nuestros pacientes; lo cual se corresponde con persistencia de infiltrados bilaterales en la radiografía de tórax de control pero con niveles de oxemia dentro de la normalidad. En nuestra serie no encontramos aparición de nuevos fenómenos tromboembólicos a los 3 meses tras el alta. Todos los pacientes presentan Anticuerpos frente al SARS-CoV-2 pasados tres meses de la infección aguda, aunque la gran mayoría aún se encuentran en fase de seroconversión. Normalización de la radiografía de tórax en 2/3 de nuestros pacientes.

**Conclusiones:** Pese a la adecuada evolución clínica que presentan los pacientes mayores de 65 años que han superado la infección por COVID-19 es necesario continuar el seguimiento de los mismos para poder evaluar las potenciales complicaciones y secuelas a largo plazo, así como aumentar el nivel de conocimientos sobre esta enfermedad que tanto daño ha causado a nivel global y concretamente en nuestra población anciana.

## Bibliografía

- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan. *Lancet*. 2020;395:497-506.
- Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, and the Northwell COVID-19 Research Consortium. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5,700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020 Apr 22. doi: 10.1001/jama.2020.6775

## 85. MORBIMORTALIDAD A CORTO Y MEDIO PLAZO POR COVID-19 EN RESIDENCIAS DE MAYORES

Ángela María Arevalo Pardo<sup>1</sup>, Sara García Vaquero<sup>2</sup>, Carmen Sánchez Toledano<sup>3</sup>, Blanca Blanco Polanco<sup>2</sup>, Joaquín Fra Rodríguez<sup>1</sup>, Alicia Armentia Medina<sup>1</sup>, Javier Visa del Caño<sup>1</sup>, Aurora Sacristán Salgado<sup>1</sup> y Resurrección Vacas Cabornero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. <sup>2</sup>Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste, Valladolid, España. <sup>3</sup>Gerencia Regional de Salud Castilla y León, Valladolid, España.

**Palabras clave:** Mortalidad. COVID-19. Anciano.

**Objetivos:** Analizar la morbilidad y mortalidad a corto y medio plazo por COVID-19 en ancianos institucionalizados en un área de salud.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico descriptivo retrospectivo. Período: primera ola de pandemia COVID-19. Pacientes ins-

titucionalizados en un área de Salud, incluyendo centros urbanos y rurales. Variables recogidas: edad sexo, resultado PCR SARS-CoV-2, sintomatología, mortalidad a 30, 60 y 90 días, tratamiento empleado según protocolo vigente del Ministerio de Sanidad (antibióticos, hidroxiquina, lopinavir/ritonavir, corticosteroides, anticoagulación, oxigenoterapia suplementaria). Necesidad de ingreso a 30, 60 y 90 días, necesidad de UCI, exitus y causa a 30, 60 u 90 días.

**Resultados:** 500 pacientes, de los cuales 378 mujeres (73,6%), con una edad media de  $86,8 \pm 7$  años (significativamente más alta en mujeres:  $87,6 \pm 6,4$  años versus  $84,8 \pm 8,3$  años,  $p < 0,001$ ). PCR positiva en 320, indeterminada en 45, resto negativa. Positivización de indeterminadas/negativas a las 48-72h 132. Variación en la tendencia de necesidad de traslado a centro hospitalario y/o ingreso en el mismo, donde a día 30 (primera ola) y a día 90 (inicios de segunda ola), esta es mayor que en el periodo intermedio (a día 60) ( $p = 0,021$ ). Si observamos la mortalidad asociada al ingreso, esta es mayor en los primeros 30 días, disminuyendo progresivamente a días 60 y 90 ( $p = 0,001$ ). Principal causa de mortalidad progresión de sintomatología respiratoria (79,6%), otras complicaciones: infecciones urinarias, obstrucción intestinal, colecistitis, TVP, TEP. Mortalidad global a día 30 superior en varones 27,3% frente a 18,5% ( $p = 0,033$ ). Mortalidad a día 60 4,3%, a día 90 8,5%. La sintomatología grave a los 30 días es significativamente más frecuente en hombres: 38 (28,8%) frente a 66 (17,9%),  $p = 0,012$ . Clínica grave día 60 1,3% y día 90 4,4%. La estancia hospitalaria es significativamente superior en mujeres en a los 30 días ( $10,1 \pm 7$  días frente a  $5,4 \pm 2,7$ ;  $p = 0,004$ ). Los muertos presentan una edad significativamente más alta que los vivos (aunque sin significación clínica) en el tiempo 30:  $88,6 \pm 6,2$  años frente a  $86,4 \pm 7,2$  años;  $p = 0,004$ . No diferencias significativas de estos parámetros a días 60 y 90.

**Conclusiones:** El mayor conocimiento de la enfermedad hace que, a días 60 y 90, la morbilidad disminuyera significativamente. La medicalización de residencias proporcionó cuidados adecuados a dicha población, evitando el colapso hospitalario.

## 86. SEROPREVALENCIA DE INFECCIÓN POR COVID-19 EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Angela María Arévalo Pardal<sup>1</sup>, Jesus Galán de la Calle<sup>2</sup>, Daniel Ramos Pollo<sup>1</sup>, María Cristina Crespo Soto<sup>1</sup>, Natalia Gallego Artilles<sup>3</sup>, Marta Cano Pazos<sup>2</sup>, Álvaro Sanz Rubiales<sup>1</sup> y Juan Claudio Navarro Cañadas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. <sup>2</sup>Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste, Valladolid, España. <sup>3</sup>Hospital Comarcal Medina del Campo de Valladolid, Valladolid, España.

**Palabras clave:** COVID-19. Anciano. Anticuerpos.

**Objetivos:** Analizar el estado inmunológico por COVID-19 y su posible correlación clínica con sintomatología y mortalidad a 30 días en ancianos institucionalizados en un área de salud.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico descriptivo retrospectivo. Período: primera ola de pandemia COVID-19. Pacientes institucionalizados en un área de Salud, incluyendo centros urbanos y rurales. Variables recogidas: edad sexo, resultado PCR SARS-CoV-2, sintomatología, Estado inmunológico a las tres semanas del diagnóstico. Mortalidad a 30 días, tratamiento empleado según protocolo vigente del Ministerio de Sanidad (antibióticos, hidroxiquina, lopinavir/ritonavir, corticosteroides, anticoagulación, oxigenoterapia suplementaria).

**Resultados:** 500 pacientes, de los cuales 378 mujeres (73,6%), con una edad media de  $86,8 \pm 7$  años (significativamente más alta en mujeres:  $87,6 \pm 6,4$  años versus  $84,8 \pm 8,3$  años,  $p < 0,001$ ). PCR positiva en 320, indeterminada en 45, resto negativa. Positivización de indeterminadas/negativas a las 48-72h, 132. Estado inmunológico analizado en 453 pacientes: IgM negativo/IgG negativo 29,8%, IgM positivo/IgG ne-

gativo 7,9%, IgM positivo/IgG positivo 39,1%, IgM negativo/IgG positivo 23,2%. No hubo diferencias por sexo ni edad en relación a su estado inmunitario. Presentaron un cuadro clínico más severo pacientes que no desarrollaron inmunidad. Los pacientes que desarrollaron títulos de IgG presentaron cuadros clínicos leves (23,5%) y moderador (58,7%) ( $p = 0,010$ ), con menor mortalidad a 30 días que los que no desarrollaron IgG ( $p = 0,002$ ). De los fallecidos a los 30 días (76 pacientes), los estados inmunológicos más frecuentemente presentados fueron IgM negativo/IgG negativo 33,3%, e IgM positivo/IgG positivo 31,6% ( $p = 0,009$ ). No se evidenciaron cuadros clínicos compatibles con reinfección a los 6 meses de la determinación serológica. Repetición de test serológicos a los 3 meses (ELISA IgG), con porcentaje de pacientes con IgG positiva 7,40%. No se observó mayor derivación a centros hospitalarios respecto a época no COVID, ni mayor mortalidad por edad tras superar la enfermedad ( $p = 0,003$ ).

**Conclusiones:** La ausencia de desarrollo de anticuerpos frente a COVID-19 se correlaciona con desarrollo de cuadro clínico severo, con mayor mortalidad; aunque desconocemos su duración, su presencia confiere protección a dicho grupo de riesgo.

## 272. ANÁLISIS DE LAS COMORBILIDADES COMO FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD DEL SARS-CoV-2

Abrahán Jofré Peralta, Vicente Compaired Turlan, Julia Hernández Martín, María del Mar López Novella, Miguel Ángel Martínez Almazán y María Isabel Castellote González

Hospital San José, Teruel, España.

**Palabras clave:** Comorbilidades. Riesgo. Mortalidad.

**Objetivos:** Analizar si las comorbilidades que presentan los pacientes ancianos son factores de riesgo de mortalidad del SARS-CoV-2 (COVID). Analizar la mortalidad durante los 3 meses posteriores al alta hospitalaria en pacientes ancianos que han superado el COVID.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital sociosanitario. Período de tiempo del estudio: 6 meses (agosto 2020-enero 2021). Se realizó una revisión de las comorbilidades y mortalidad de los pacientes de edad  $\geq 70$  años que ingresaron por COVID (agosto 2020-octubre 2020). Además, se revisó si los pacientes que recibieron el alta hospitalaria fallecieron durante los 3 meses siguientes y el motivo del exitus. Los datos analizados fueron: sexo, edad, comorbilidades de los pacientes, exitus durante el ingreso, exitus durante los 3 meses siguientes tras el ingreso y motivo del mismo. El riesgo de exitus por COVID asociado a comorbilidades se estimó mediante odds ratio (OR) junto a intervalo de confianza 95% (IC).

**Resultados:** Pacientes incluidos: 45 (46,6% mujeres). Edad media (rango): 85 (70-98). Comorbilidades: 60% hipertensión (HTA), 35% dislipemia, 33% enfermedad cardiovascular (ECV), 31% diabetes, 18% esquizofrenia, 15% insuficiencia respiratoria (IR), 13% accidente cerebrovascular previo (ACV), 11% enfermedad renal crónica (ERC) y 9% Parkinson. Pacientes fallecidos durante el ingreso: 16 (50% mujeres). Edad media (rango): 86 (76-98). Comorbilidades: 62% HTA, 50% ECV, 50% dislipemia, 33% diabetes, 19% IR, 12% esquizofrenia, 6% ERC y 6% ACV. La mortalidad por COVID fue del 35,6%. Los OR (IC) de las comorbilidades más destacables fueron; HTA 1,18 (0,34-4,12), ECV 2,22 (0,63-7,81), dislipemia 1,9 (0,55-6,59), diabetes 1,58 (0,43-5,77) e IR 1,44 (0,28-7,44). El 6,7% de los pacientes que superaron la enfermedad fallecieron en los 3 meses siguientes del alta hospitalaria. Los motivos del exitus fueron 1 caso por hemorragia intracraneal y 2 casos sin determinar en domicilio.

**Conclusiones:** Es posible que ECV, HTA, dislipemia, diabetes o IR se asocien con un mayor riesgo de exitus por COVID, aunque con los resultados obtenidos no se puede confirmar. Es necesario una muestra poblacional mayor para poder determinarlo. No se puede concluir que el ingreso hospitalario del paciente por COVID pueda ser una



causa de mortalidad tras el alta hospitalaria. Para ello sería necesario hacer el estudio en pacientes sanos o con menos comorbilidades y descartar causas de mortalidad.

#### 405. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE GERIÁTRICO AGUDO CON COVID-19

**Joana Barrio Medina**, Encarnación Risco Urbano, Isabel Torrente Jiménez, Práxedes Barrio Medina, María Antonia Villarino Mazo, Laia Mas Maresma, María Francisca Serrano Rodríguez, Núria Collell Domenèch, Monserrat Torrell Pastor y Mónica Cañadas Mariscal

CCSPT, Sabadell, España.

**Palabras clave:** COVID-19. SARS-CoV-2. Geriatria.

**Material y métodos:** Estudio epidemiológico retrospectivo de los pacientes mayores de 65 años ingresados por COVID-19, en el socio-sanitario del Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell entre el 16 de marzo y el 30 de mayo de 2020. Se analizaron los datos mediante el programa estadístico IBM SPSS.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 228 pacientes, el 51,3% mujeres el 48,7% hombres con una edad media de 84 años, identificados el 42% como PCC y el 5,3% como MACA, procedentes en su mayoría de su domicilio el 73,2%, con una estancia media de 16 días. La mortalidad ha sido del 34,4% y el 86% tenían AET. Se requirió para el diagnóstico: una PCR + en un 78,8% y una segunda PCR para el resto y radiografía de tórax siendo el 45% neumonía bilateral y el 21% neumonía unilateral. Comorbilidades que aparecen con más frecuencia: demencia 36,6%, DM 34,4%, IRC 31,7%, ICC 21%, vascular y neoplasias 20%. Las presentaciones clínicas más frecuentes han sido la fiebre 70%, declive funcional 70%, disnea 51%, tos 36%, síndrome confusional 35%. Las complicaciones asociadas en el ingreso que aparecen con mayor frecuencia han sido las dermatológicas 5,4% y el TEP 2%. Se ha valorado el Barthel previo con una media de 70, Barthel ingreso con una media de 45, Braden ingreso con media 15 y Dawton ingreso con media de 5. Se han evaluado escala CURB 65 con media de 2 y SAFI con media de 365. Hemos identificado los principales síndromes geriátricos: polifarmacia 73,1%, declive funcional 70,5%, la inmovilidad 48%, síndrome confusional 35,5%, la disfagia el 33%, UPP en un 14,9%. Analíticamente se evalúa D-dímero, linfocitos, plaquetas, LDH, ferritina al ingreso, 8 días y 15, mostrando una mejoría progresiva en D-dímero, linfocitos y plaquetas.

**Conclusiones:** Se trata de pacientes con elevada pluripatología, comorbilidad y polifarmacia con dependencia grave/moderada, la mayoría con criterios de PCC/MACA, predominando las mujeres, procedentes en su mayoría de su domicilio. La fiebre, disnea, síndrome confusional, declive funcional, así como la inmovilidad, riesgo de caídas y aparición de UPP aumentan la complejidad y dificultan el manejo de este paciente siendo necesario equipos especializados.

#### 541. MORTALIDAD POR COVID-19 EN GERIATRÍA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

**Laia Mas Maresma**, Isabel Torrente Jiménez, Joana Barrio Medina, María Antonia Villarino Marzo, Nuria Soler Blanco, Sara Ortonobes Roig, Práxedes Barrio Medina, Anna María Pujol García y Núria Collell Domènech

Hospital Parc Taulí, Sabadell, España.

**Palabras clave:** Mortalidad. COVID-19. Geriatria.

**Objetivos:** Describir la relación entre mortalidad y variables demográficas y clínicas de pacientes geriátricos COVID-19.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes mayores de 65 años ingresados por SARS-CoV-2 en el centro sociosanitario de CCSPT de Sabadell entre el 16 de marzo y el 30 de mayo de 2020. Análisis de datos mediante SPSS.

**Resultados:** Se incluyen 228 pacientes (111 hombres y 117 mujeres; mediana de edad 84 años) con un CURB65 medio de 2. La mortalidad fue del 33,3%, la mayoría hombres (57,9% vs 42,1%,  $p = 0,052$ ). No se demostró relación estadísticamente significativa entre mortalidad y estado civil o lugar de residencia. Tampoco hemos objetivado aumento de mortalidad ( $p > 0,05$ ) en los pacientes con patología crónica compleja o enfermedad crónica avanzada. Los antecedentes de IAM, ICC, AVC, demencia, EPOC, enfermedad de tejido conectivo, hepatopatía, DM, hemiplejía, enfermedad renal crónica, neoplasias, obesidad, tabaquismo, disfagia o polifarmacia no parecen influir en la mortalidad de nuestra cohorte a diferencia de la enfermedad vascular periférica que sí lo hace. Los pacientes que acuden por declive funcional, insuficiencia respiratoria o presentan neumonía en la radiografía presentan peor pronóstico en cuanto a mortalidad ( $p < 0,05$ ). Sin embargo, las presentaciones clínicas iniciales leves o en forma de delirium y los asintomáticos no se relacionan con una mayor mortalidad. La suplementación nutricional vía oral o enteral no mostró diferencias en los dos grupos. La presencia de delirium, TEP, TVP, AVC o IAM durante el ingreso tampoco mostró diferencias en cuanto a mortalidad, mientras que la presencia de úlceras por presión (y de grado más alto) es mayor en los pacientes fallecidos, aunque sin llegar a la significación estadística ( $p = 0,06$ ). La mayor movilidad y la intervención de rehabilitación durante el ingreso se asocia a mayor probabilidad de supervivencia ( $p < 0,05$ ), así como el declive funcional durante el ingreso se relaciona estadísticamente con mayor mortalidad ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El declive funcional como presentación clínica inicial o de aparición durante el ingreso se asocia con mayor mortalidad, así como el debut con insuficiencia respiratoria o la presencia de neumonía en algún momento de la evolución, lo que nos sugiere la importancia pronóstica de abordar este síndrome geriátrico en los pacientes COVID-19 de edad avanzada.

**Conclusiones:** El declive funcional como presentación clínica inicial o de aparición durante el ingreso se asocia con mayor mortalidad, así como el debut con insuficiencia respiratoria o la presencia de neumonía en algún momento de la evolución, lo que nos sugiere la importancia pronóstica de abordar este síndrome geriátrico en los pacientes COVID-19 de edad avanzada.

#### 866. CORTE TRANSVERSAL: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES > 75 AÑOS INGRESADOS POR COVID-19

**Paula Fernández Montalbán**, María Alcantud Ibáñez, Brian Dax Vasquez Brolen y Fátima Brañas Baztán

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

**Palabras clave:** Mayores. Ingresados. COVID-19.

**Objetivos:** Describir características y evolución de los pacientes > 75 años ingresados por infección por COVID-19 en un hospital de complejidad intermedia.

**Material y métodos:** Corte transversal descriptivo retrospectivo de los pacientes > 75 años ingresados con diagnóstico de COVID-19 el 06/04/2020 en planta. Recogimos variables sociodemográficas, situación funcional y cognitiva, clínicas, tratamiento, evolución y mortalidad.

**Resultados:** N = 146. 60% varones. Edad media  $83 \pm 6$  años. 16% presentaban dependencia funcional y 22% deterioro cognitivo. 81% eran hipertensos, 31% diabéticos, 20% nefrópatas y 17% cardiopatas. 31% tomaba antiagregantes y 24% de anticoagulantes. La media de días de clínica en domicilio ( $\pm$  DE) fue de  $6 \pm 4$ . Al ingreso, 46% presentaba fiebre, 91% PCR+ y 75% tenían neumonía bilateral. En cuanto a datos analíticos medios al ingreso ( $\pm$  DE): LDH  $301 \pm 108$ , linfocitos  $1.008 \pm 755$ , dímero D  $3.924 \pm 9.000$ , ferritina  $649 \pm 633$  y PCR  $112 \pm 50$ . Respecto al tratamiento, 27% recibieron lopinavir/ritonavir, 96% hidroxiquina, 84% ceftriaxona, 88% azitromicina, 51% corticoides, 16% tocilizumab y 32% heparina 60 mg. En cuanto a evolución, 13% sufrieron un accidente cerebrovascular (ACV) (únicamente encontramos la enfermedad renal crónica como factor asociado con mayor riesgo de sufrir ACV durante el ingreso sin encontrar asocia-

ción con factores de riesgo cardiovascular como diabetes o hipertensión arterial), 2% tromboembolismo pulmonar y 4% sufrimiento miocárdico, como complicaciones más prevalentes. Estancia media 18 ± 11 días. 20% fallecieron durante el ingreso y 12% de los que sobrevivieron reingresaron en el mes posterior.

**Conclusiones:** Objetivamos que los pacientes > 75 años que ingresan por COVID-19 en su mayoría son varones independientes y sin deterioro cognitivo con antecedente de hipertensión arterial como el más prevalente y más de la mitad estaban antiagregados o anti-coagulados. Casi la mitad tenían fiebre al ingreso y dos tercios neumonía bilateral. Las cifras medias de linfocitos estaban por debajo de los valores normales y las de PCR y ferritina por encima. Llama la atención el bajo porcentaje de pacientes tratados con heparina 60 mg o con tocilizumab así como que solo la mitad recibió corticoides. Complicación más frecuente: ACV, sin encontrar asociación con factores de riesgo cardiovascular, lo que apoyaría la teoría de que en estos pacientes podría seguir otra fisiopatología. Uno de cada 5 falleció durante el ingreso y 1 de cada 8 volvió a ingresar en el mes siguiente.

### 885. REESTRUCTURACIÓN DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA EN APOYO A LAS RESIDENCIAS TRAS COVID-19

**Beatriz Perdomo Ramírez**, Leandro Valdez Disla, M<sup>a</sup> Pilar Sáez López, Pilar Martínez Velasco, Alba Calle Almendáriz, Mally Franchesca Veras Basora y Sara Aya Rodríguez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

**Palabras clave:** COVID-19. Centros sociosanitarios. Geriatria.

**Introducción:** La pandemia por SARS-CoV-2 ha obligado a que la Unidad de Geriatria del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) reestructure el soporte a las Residencias del área.

**Objetivos:** Describir la adaptación de una Unidad de Geriatria Hospitalaria a las necesidades de los centros sociosanitarios del área tras el inicio de la pandemia por COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo que recoge la actividad desarrollada por la Unidad de Geriatria del HUFA tras el inicio de la pandemia por COVID-19. En el área que atiende HUFA hay 4 residencias, con un total de aproximadamente 600 residentes. Para mejorar la asistencia de estos pacientes, el equipo de Geriatria de HUFA propone el Programa de Atención Geriátrica a Residencias (AGR). En el programa de AGR participan dos médicos y dos enfermeras especialistas en Geriatria. El trabajo se distribuye de forma que semanalmente se visitan las 4 residencias del área, realizando una consulta presencial. Los días laborables están disponibles las consultas telefónicas en horario laboral, y el de 8:00 a 22:00h todos los días para consultas urgentes e incidencias. En el caso de un brote por SARS-CoV-2 en alguna de las residencias, las visitas se realizan cada 48 horas. Se cuenta con un circuito de laboratorio para la realización de analíticas urgentes, cultivos y PCR para SARS-CoV-2. Se han agilizado los controles radiográficos. Desde farmacia del hospital se suministra medicación de uso hospitalario que garantizan la adecuada medicalización del centro. Con una periodicidad quincenal, se suministra el material necesario para afrontar un brote por COVID-19. Se realiza apoyo y asesoramiento sobre los aislamientos y manejo de los equipos de protección individual, según las medidas dictadas por Salud Pública. Durante el 2020 se han realizado 867 consultas en las residencias distribuidas en 340 primeras, 191 sucesivas y 324 telefónicas. En el hospital se han atendido 729 pacientes procedentes de residencias y se han escrito 2.047 notas en la historia clínica electrónica relacionadas con intervenciones del geriatra en estos pacientes.

**Conclusiones:** El Programa de AGR de la Unidad de Geriatria del HUFA pretende facilitar el acceso de la atención hospitalaria a las residencias con criterios prácticos y eficientes.

### 1070. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN EL PACIENTE MAYOR CON COVID-19

**María Alcantud Ibáñez**, Paula Fernández Montalbán, María Elena Baeza Monedero y Fátima Brañas Baztán

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

**Palabras clave:** Mortalidad. Anciano. COVID-19.

**Objetivos:** Describir los predictores de mortalidad de los pacientes mayores de 75 años ingresados por infección por COVID-19 en un hospital de complejidad intermedia.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes mayores de 75 años ingresados con diagnóstico de infección por COVID-19 el día 6 de abril de 2020 en planta de hospitalización. Se recogieron características basales, demográficas, signos y síntomas de la enfermedad a su llegada al hospital, parámetros analíticos relevantes en la Infección por COVID-19 y se comparó entre los fallecidos y no fallecidos.

**Resultados:** Muestra de un total de 146 pacientes mayores de 75 años, el 59,6% varones y el 40,4% mujeres con una edad media 83 ± 6 años. Fallecieron un 20% siendo 24 hombres (80%) y 6 mujeres (20%) (p = 0,012). Usando análisis univariante, en el grupo de los fallecidos, el 36,7% era la disnea el síntoma principal y en el 30% de los casos la fiebre (p = 0,04). En cuanto a los datos analíticos (reactantes de fase aguda e indicadores analíticos de gravedad) recogidos al ingreso y expresados como media ± DE: LDH (U/l) 301 ± 108, linfocitos (μL) 1008 ± 755, dímero D (μg/L) 3.924 ± 9.000, ferritina unidades 649 ± 633 y PCR (mg/L) 112 ± 50, los pacientes que fallecieron presentaban cifras de LDH más alta al ingreso (356,83 vs 286,41) (p = 0,01), de D-dímero (8.363,60 vs 2.802,42) (p = 0,05) y de PCR 150,16 vs 102,13) (p = 0,08). Usando análisis multivariante, solo el sexo masculino se asoció a la mortalidad (p = 0,041).

**Resultados:** En este estudio encontramos en el análisis univariante, que la mortalidad en los mayores de 75 años hospitalizados es del 20%, de todos los parámetros analizados, el 73,4% de los pacientes, presentaban tos, disnea o fiebre a su llegada a urgencias, siendo la presencia de la fiebre y la disnea síntomas predictores de mortalidad. De todos los parámetros analíticos analizados, el D-dímero, la LDH al y la PCR al ingreso eran más elevados en el grupo de los fallecidos. Mientras que en el análisis multivariante, solo el sexo masculino es factor asociado a la mortalidad.

### 1087. INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON COVID-19

**Sara Ortonobes Roig<sup>1</sup>**, Nuria Soler Blanco<sup>1</sup>, Isabel Torrente Jiménez<sup>2</sup>, Laia Mas Maresma<sup>3</sup>, Joana Barrio Medina<sup>4</sup>, Encarnación Risco Urbano<sup>4</sup>, Práxedes Barrio Medina<sup>4</sup>, Montserrat Torrell Pastor<sup>5</sup>, Mónica Cañadas Mariscal<sup>4</sup> y Núria Collell Domenech<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria; <sup>2</sup>Unidad de Geriatria de Agudos y Paciente crónico complejo; <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna;

<sup>4</sup>Enfermería de Unidad Geriátrica de Agudos; <sup>5</sup>Unidad de Trabajo Social, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.

**Palabras clave:** Geriatria. Funcionalidad. Edad.

**Objetivos:** Analizar las diferencias, según la edad, de variables demográficas, clínicas y farmacológicas de pacientes geriátricos con COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 65 años con COVID-19 ingresados durante 16/marzo-30/mayo de 2020 en el centro sociosanitario de un hospital universitario. Variables registradas: sociodemográficas, comorbilidades, analíticas, tratamiento recibido, complicaciones y mortalidad. Análisis estadístico: variables cualitativas con test chi-cuadrado; variables cuantitativas con test de Wilcoxon.

**Resultados:** Pacientes incluidos: 228; edad 84 (80-88) años. Índice de Barthel (IB) premórbido 45 (15-70). Mortalidad 76 (34,4%). Variables con diferencias significativas entre los grupos de < 85 años (111; 50,8%) vs  $\geq 85$  (112; 49,1%): mujeres 43,1% vs 59,8% ( $p = 0,01$ ); hepatopatía 12,9% vs 0,9% ( $p \leq 0,001$ ); DM 43,9% vs 24,5% ( $p \leq 0,01$ ); presentación clínica inicial con disnea 43,0% vs 58,6% ( $p = 0,02$ ), SatO<sub>2</sub> < 90% 38,9% vs 59,1% ( $p \leq 0,01$ ), declive funcional 47,4% vs 68,5% ( $p \leq 0,01$ ); dímero-D inicial (ng/mL) 1.140,5 (702,5-1.521) vs 1.658 (803-3.568) ( $p \leq 0,01$ ); ferritina inicial (ng/dL) 533 (330-1.429) vs 449 (230-1.040) ( $p = 0,03$ ); VMNI 9,0% vs 0,9% ( $p \leq 0,01$ ); tocilizumab 14,2% vs 1,8% ( $p \leq 0,01$ ); QT largo 13,3% vs 25,7% ( $p = 0,02$ ); declive funcional durante el ingreso 63,1% vs 78,0% ( $p = 0,02$ ). Resto de variables sin diferencias: estancia; IB premórbido, al ingreso y al alta; polifarmacia (> 10 fármacos); otras patologías crónicas y síntomas de presentación clínica inicial; presencia de neumonía uni/bilateral; valor menor de SAFI y máximo de CURB65 alcanzado durante el ingreso; linfocitos y LDH inicial; tratamiento con cloroquina, lopinavir/ritonavir, azitromicina, ceftriaxona o corticoides; eventos trombóticos; reingresos y mortalidad a los 30 días del alta.

**Conclusiones:** No hubo diferencias en la mortalidad ni en la gravedad de la neumonía por COVID-19 según la edad. Sin embargo, el grupo  $\geq 85$  años debutó con más disnea e insuficiencia respiratoria pero no recibieron más tocilizumab y/o VMNI. Los pacientes  $\geq 85$  años presentaron un mayor declive funcional durante el ingreso, aunque el IB premórbido fue el mismo en ambos grupos. A pesar de tener un valor superior de dímero-D, los pacientes  $\geq 85$  años no presentaron más incidencia de eventos trombóticos. Estos datos sugieren la importancia del estado funcional de los pacientes para individualizar el abordaje terapéutico, evitando así el edadismo.

## 1265. COVID-19 EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

**Borja Gil García**, Ana Pérez Fernández Rius, Belén Roldán García, Rubén Alcantud Córcoles, Rita López Bru, Cristina Gómez Ballesteros, Victoria Sánchez-Flor Alfaro, Luis Romero Rizos, Ginés Sánchez Nieva y Pedro Abizanda Soler

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

**Palabras clave:** COVID-19. Geriatria. Unidad de agudos.

**Objetivos:** Desde el inicio de la pandemia del virus SARS-CoV-2, los casos con mayor severidad y morbimortalidad se han presentado en los adultos mayores. Actualmente la evidencia sobre resultados del manejo hospitalario de dichos pacientes es muy escasa. El objetivo del presente trabajo es describir la experiencia clínica de equipos multidisciplinares guiados por geriatras en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), con especial atención al manejo farmacológico que se hizo de los pacientes según las características basales de los mismos y los diferentes grados de severidad de la enfermedad.

**Material y métodos:** Se trata de un subanálisis del estudio COVID-AGE, con un diseño retrospectivo. De los 576 pacientes mayores de 70 años que ingresaron en la Unidad COVID de nuestro hospital en marzo y abril de 2020, en este trabajo se incluyen los 179 sujetos que ingresaron a cargo de nuestra UGA. Se recogen variables que incluyen la características basales de la muestra, así como parámetros clínicos, analíticos y radiológicos de gravedad, y los principales tratamientos administrados, incluyendo biológicos (baricitinib y anakinra).

**Resultados:** La edad media fue de 83,1 años (DE 6,5), y el 42,5% fueron mujeres. El 58,7% eran independientes o con dependencia leve, el 38% mostraba alta comorbilidad y el 24% demencia al ingreso. No se observaron grandes diferencias en los parámetros analíticos y radiológicos de gravedad dependiendo de las características basales. En cuanto al tratamiento, los pacientes > 85 años recibieron con menos frecuencia azitromicina, corticoides, lopinavir/ritonavir (LPV-r) e hidroxiclороquina (HCQ). Aquellos con demencia recibieron menos LPV-r, HCQ, antibióticos y anakinra. Atendiendo a indicadores de se-

veridad, los pacientes con menor saturación de oxígeno recibieron con menos frecuencia LPV-r, HCQ, heparina y anakinra, mientras que aquellos con peor imagen radiológica, recibieron más baricitinib y pulsos de corticoides. Además, se observaron importantes diferencias tanto en severidad, manejo como en mortalidad en los pacientes que ingresaron en marzo comparado con los que lo hicieron en abril.

**Conclusiones:** La edad y la demencia fueron factores más determinantes a la hora de prescribir tratamientos durante la primera ola de la pandemia, pero no así la funcionalidad y la comorbilidad. La saturación del sistema sanitario no permitió realizar valoraciones geriátricas adecuadas que permitieran adaptar e individualizar el tratamiento de forma correcta.

## 1273. MORTALIDAD EN EL ANCIANO CON COVID-19. UTILIDAD DEL ÍNDICE DE BARTHEL Y CURB65

**Isabel Torrente Jiménez**<sup>1</sup>, Sara Ortonobes Roig<sup>2</sup>, Nuria Soler Blanco<sup>2</sup>, Laia Mas Maresma<sup>3</sup>, Joana Barrio Medina<sup>4</sup>, María Antonia Villarino Marzo<sup>1</sup>, María Francisca Serrano Rodríguez<sup>4</sup>, Montserrat Torrell Pastor<sup>5</sup>, Anna Pujol García<sup>4</sup> y Núria Collell Domènech<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Geriatria de Agudos y Paciente crónico complejo;

<sup>2</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria; <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna;

<sup>4</sup>Enfermería de Unidad Geriátrica de Agudos; <sup>5</sup>Unidad de Trabajo Social – Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, España.

**Palabras clave:** Mortalidad Barthel. CURB65.

**Objetivos:** Identificar factores asociados a mortalidad en el anciano con COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de > 65 años ingresados por COVID-19 de 16/marzo a 30/mayo de 2020 en centro sociosanitario de CCSPT. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y funcionales. Análisis de las variables asociadas a mortalidad, mediante test de W de Wilcoxon para variables cuantitativas y test de chi-cuadrado para cualitativas.

**Resultados:** Se revisan un total de 228 pacientes COVID-19 confirmados con PCR, fallecen 76 (34,4%). No hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes que sobreviven y los que fallecen en cuanto a edad: 84 (79-88) vs 85 (81-88,5),  $p = 0,207$ ; sexo: (mujeres 42,1 vs 55,9%;  $p = 0,05$ ) ni días de estancia hospitalaria 18 (13-18) vs 8 (5-15),  $p < 0,01$ . Se analizan las siguientes comorbilidades sin obtener diferencias entre ambos grupos: IAM: 11,1% vs 9,5% ( $p = 0,71$ ); ICC: 19,3% vs 24,3% ( $p = 0,42$ ); AVC: 14,5% vs 16% ( $p = 0,77$ ); demencia: 35,9% vs 36,0% ( $p = 0,98$ ); EPOC: 16,7% vs 20,0% ( $p = 0,54$ ); DM: 32,4 vs 37,3 ( $p = 0,47$ ); IRC: 33,8% vs 28,0% ( $p = 0,38$ ); obesidad: 10,3% vs 89,3 ( $p = 0,94$ ). Sí hay diferencias en cuanto a vasculopatía periférica (16,0% vs 29,3%;  $p = 0,02$ ), Índice de Barthel (IB) premórbido: 82,5 (58,8-100) vs 55 (40-75), ( $p < 0,01$ ) y escala de Dawton: 4 (3-5,8) vs 5 (4-8), ( $p = 0,05$ ); no las hay para el IB en el momento del ingreso: 50 (20-80) vs 32,5 (13,8-61,3), ( $p = 0,15$ ). No se relacionan con mortalidad los niveles iniciales de D-dímero: 1.256 (710-2.266) vs 1.345 (791,5-2.537) ( $p = 0,508$ ), ni ferritina: 453 (243,25-1.065,5) vs 533 (296-1.515,5) ( $p = 0,21$ ); pero sí los linfocitos 1,12 (0,83-1,54) vs 0,9 (0,66-1,24) ( $p < 0,01$ ). El CURB65: 2 (2-3) vs 3 (2-3) ( $p < 0,01$ ) y SAFI: 369 (300-452) vs 190 (119-339);  $p < 0,001$  muestran diferencias entre ambos grupos, así como el uso de corticoides: 22,3% vs 52,0%;  $p < 0,001$ , pero no el de tocilizumab: 7,7% vs 9,3%;  $p = 0,676$ .

**Conclusiones:** La edad en el anciano con COVID-19 no debería ser la variable que guíe las decisiones médicas. Los valores del CURB65, SAFI y la linfopenia se relacionan con aumento de mortalidad, también la dependencia funcional y el riesgo de caídas, sugiriendo la necesidad de una adecuada valoración geriátrica y diagnóstico situacional. El IB premórbido y el CURB65 pueden ayudar a precisar el pronóstico del paciente, junto con datos como la linfopenia y el SAFI y así mejorar la adecuación del esfuerzo terapéutico