

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias Sanitarias (SEMES)

101. MORTALIDAD EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR E INFECCIÓN POR EL CORONAVIRUS SARS-CoV-2

Paola H Ponte Márquez^{1,2,3}, María Ángeles Quijada Manuitt^{4,5}, Kristopher Amaro Hosey^{4,3}, Marta Castillo Ocaña⁶ y Juan Antonio Arroyo Díaz^{2,7}

¹Servei d Urgències Generals, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Institut de Recerca de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau-IIB Sant Pau. Unitat d'HTA i Risc Vascular (URVa), Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ³Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. ⁴Servei de Farmacologia Clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁵Universitat de Barcelona, Barcelona, España. ⁶Centre d'Investigació del Medicament. Biomedical Institut Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España. ⁷Servei de Medicina Interna, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Palabras clave: Factores de riesgo cardiovascular. Infección por SARS-CoV-2. Mortalidad por COVID-19.

Objetivos: Determinar la relación entre mortalidad por el coronavirus SARS-CoV-2 y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron un total de 1267 pacientes (p) que ingresaron con diagnóstico positivo por SARS-CoV-2 mediante la prueba de la PCR en un hospital español de 3^{er} nivel, entre los meses de marzo a abril del 2020. Se empleó la prueba χ^2 , t-Student y una regresión logística para el análisis de los datos. El nivel de significación estadística establecido fue $p \leq 0,05$. Se empleó el programa STATA v16. El protocolo fue aprobado por el comité ético.

Resultados: El 54,9% eran hombres con una media de edad de 64,7 (16,3) años. La estancia media hospitalaria se registró en 8,7 (10,4) días, con un máximo de hasta 125 días. La prevalencia de los FRCV fue: 48% hipertensión arterial (HTA), 45% obesidad, 40% dislipidemia (DLP), 20% diabetes mellitus (DM), 12% enfermedad renal crónica (ERC), 12% antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), 10% tabaquismo y 10% fibrilación auricular (FA). Se objetivó mayor prevalencia de HTA (57,9% vs 42,0%, $p = 0,04$), DLP (61,1% vs 38,9%, $p = 0,03$), DM (61,1% vs 38,8%, $p = 0,03$), ECV (70,3% vs 29,6%, $p < 0,001$) y tabaquismo en los hombres en comparación con las mujeres (71,3% vs 28,6%, $p < 0,001$). 146p (11,5%) requirieron ingreso en

la unidad de críticos (63,7% hombres vs 36,3% mujeres, $p = 0,02$). 128p (10,1%) murieron durante el ingreso hospitalario y 553p (42,2%) fueron alta a domicilio. Tras 30 días de seguimiento, se objetivó 89p de nuevos exitus, para un total de 217 (17,1%) muertes por SARS-CoV-2. Con relación a la mortalidad se objetivó que los ≥ 65 años presentaron 6,22 (3,8 – 9,9; $p < 0,001$) veces más riesgo de muerte que los < 65 años. La mortalidad aumentó con la HTA en 2,07 (1,2 – 3,4; $p = 0,005$), con antecedentes de insuficiencia cardiaca (ICC) en 2,01 (1,2-3,3; $p = 0,008$), con FA en 2,36 (1,4- 3,8; $p = 0,001$), con ERC en 2,53 (1,6-9,8; $p < 0,001$) y en 10,7 (5,6- 20,5; $p < 0,001$) veces si habían previamente ingresado en una unidad de críticos (UCI).

Conclusiones: Se identificó un 17,1% de muertes por SARS-CoV-2 en una cohorte de 1267 pacientes entre los meses de marzo a abril del 2020. El 48% de los pacientes presentaron HTA, 45% obesos y el 40% DLP. El ingreso en la UCI aumentó la probabilidad de exitus en 10,7 veces. Los pacientes con HTA, ICC, FA y ERC presentaron 2 veces más riesgo de muerte con relación a los pacientes sin estos FRCV.

117. IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN

Carmen M. Martínez Caballero¹, Rosa María Cárdena García¹, M^a Teresa Herrero de Frutos¹, M^a del Rocío Varas Manovel¹, Laura M^a García Sanz¹, Jorge Martínez Piedra² y Juan José Fernández Carbajo¹

¹Gerencia Emergencias Sanitarias de Castilla y León, Segovia, España.

²Health Transportation Group, Segovia, España.

Palabras clave: Emergencias sanitarias. Pandemia de COVID-19. Salud mental.

Introducción: Partiendo de la hipótesis de una posible afectación psíquica de los profesionales de emergencias debida a la pandemia de COVID-19, se planteó el objetivo de este estudio como: analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de los Servicios Médicos de Emergencia (EMS).

Material y métodos: Presentamos un estudio descriptivo transversal correlativo con metodología de encuesta. 317 trabajadores de EMS (médicos, enfermeras y técnicos de emergencias sanitarias) fueron reclutados voluntariamente. Se evaluaron la afectación psíquica, el trastorno de estrés postraumático y el insomnio. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario General de Salud-12 (GHQ-12), la Escala Davidson de Trauma (DTS-8) y la Escala Atenas de Insomnio (AIS-8).

Resultados: El rango de edad más común era entre 40 y 49 años (42,9%). El 52,7% eran hombres. 61 eran médicos (19,2%), 78 enferme-

ras (24,6%) y 178 técnicos de emergencias sanitarias (56,2%). El 36% de ellos presentaba deterioro en la salud mental, el 30,9% de los trabajadores de los EMS tenían potencialmente un trastorno de estrés postraumático y el 60,9% sufría de insomnio.

Conclusiones: Este estudio demuestra que la pandemia COVID-19 ha provocado un serio impacto en la salud mental de los trabajadores de emergencias sanitarias. Un tercio de ellos ha presentado niveles anormales de insomnio, estrés postraumático y patología en la evaluación psicológica.

231. ENFERMEDAD CHINA, COMPLICACIÓN JAPONESA

Hugo Martínez Faya^{1,2}, Edwin Toloza Villalobos¹, Alfonso Herrero Azpiazua¹, Amaia Ibarra Bolt¹ y Jesús Jurio Burgui²

¹Urgencias CHN, Pamplona, España. ²CS Ermitagaña, Pamplona, España.

Palabras clave: Tako-Tsubo. Dolor torácico. Miocardiopatía.

Objetivos: Ilustrar a través de un caso clínico una de las complicaciones cardíacas secundarias a la infección por COVID-19.

Material y métodos: Mujer de 82 años con HTA, EPOC y Artritis reumatoide como antecedentes personales, diagnosticada de infección por COVID-19 hace 72 horas. Acude al Servicio de Urgencias por empeoramiento del estado general y dolor torácico. En las constantes vitales destaca una taquicardia a 107 lpm y una SatO₂ de 88%. En la auscultación cardiopulmonar se objetivó un soplo sistólico, así como crepitantes bilaterales en bases e hipofonesis en 1/3 medio de hemitórax izquierdo. La palpación abdominal y la exploración de ambos miembros inferiores fue normal.

Resultados: Se realizó un ECG que mostraba ligera elevación del ST en cara anterior y un QT largo. Una radiografía de tórax donde se objetivó un infiltrado bilateral y una condensación en hemitórax izquierdo. Se realizó gasometría arterial que mostró valores de insuficiencia respiratoria hipoxémica y aumento del lactato. Se cursó analítica sanguínea destacando linfopenia de $0,6 \times 10^9/L$, dímero-D de 1.245 ng FEU/ml, troponina de 841 pg/mL y PCR de 76,74mg/L.

Conclusiones: Dado el estado de la paciente y las pruebas complementarias se decidió ingreso en Observación para monitorización y seriación enzimática. Durante el ingreso presentó elevación de troponinas alcanzando un nivel de 4.500 pg/mL y aparición en el ECG de ondas T negativas en cara anterior. Se comentó el caso con Cardiología quien tras realizar ecocopia justificó el cuadro de probable Tako-Tsubo en el contexto de infección SARS-CoV-2. El síndrome de Tako-Tsubo o miocardiopatía inducida por estrés suele presentarse en mujeres de edad avanzada que sufren un episodio físico-emocional intenso y súbito, como es la infección por COVID-19. Descrito en 1990 en Japón debe su nombre a la forma característica que adquiere el ventrículo izquierdo en esta patología; ya que es similar a un antiguo recipiente usado para la captura del pulpo. La importancia de esta entidad reside en que es indistinguible del síndrome coronario agudo (SCA); ya que existe elevación enzimática, elevación anterolateral del segmento ST y extensa acinesia anterior del ventrículo izquierdo; por lo que el diagnóstico diferencial se realiza mediante coronariografía. Un 82% de los casos se da en mujeres posmenopáusicas con pocos factores de riesgo cardiovascular, siendo la HTA el más destacable. El pronóstico suele ser bueno aunque se han descrito recurrencias hasta en el 10% de los pacientes.

232. COVID-19 Y SISTEMA NERVIOSO: UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA

Hugo Martínez Faya^{1,2}, María Eugenia Ezpeleta Urcelay¹, Eduardo Mediavilla Oteiza¹, Amaia Ibarra Bolt¹ y Jesús Jurio Burgui²

¹Urgencias CHN, Pamplona, España. ²CS Ermitagaña, Pamplona, España.

Palabras clave: Guillain-Barré. Desmielinizante. Parestesias.

Objetivos: Describir un caso de patología neurológica secundaria a la infección por COVID-19.

Caso clínico: Mujer de 76 años con diabetes mellitus tipo 2, adenocarcinoma de endometrio e infección por COVID-19 desde hace 7 días. Acude al Servicio de Urgencias refiriendo sensación de acorchamiento en ambas plantas de los pies y debilidad progresiva de ambos MMII que impide la deambulacion, presentando una caída. Asocia debilidad en MMSS que le dificulta la manipulación de objetos. En tratamiento con Augmentine, azitromicina, HBPM a dosis profiláctica y metamizol. Constantes: PA 174/106 mmHg y FC 120 lpm. En la exploración física destaca debilidad marcada proximal en las cuatro extremidades, así como arreflexia generalizada. Se realiza un ECG, una Rx de tórax y una analítica sanguínea sin alteraciones. Dada la clínica y los antecedentes de la paciente se realizó un TAC craneal y cervical sin hallazgos de patología aguda. Se realizó interconsulta a Neurología indicando ingreso en Observación por probable síndrome de Guillain-Barré y punción lumbar para examen del líquido cefalorraquídeo; siendo imposible llevarla a cabo. Se inició tratamiento con corticoides esperando la IgA. A las pocas horas la paciente presentó empeoramiento progresivo del patrón respiratorio, dificultad para la movilización de secreciones y desaturaciones de hasta el 77%, falleciendo a las 16 horas.

Discusión: El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda de origen inmunológico; que suele afectar a adultos jóvenes varones. En más del 60% existe un antecedente de infección vírica. La clínica es una parálisis motora arrefléxica de evolución rápida y de inicio distal que a las pocas horas evoluciona hacia proximal asociada a parestesias en las cuatro extremidades. Un 50% de los pacientes pueden presentar parálisis facial y afectación bulbar, lo que ocasiona dificultad para el manejo de secreciones y mantenimiento de la vía aérea. Es frecuente la afectación del sistema nervioso autónomo con fluctuación de la presión arterial y taquiarritmias. En el LCR es característica la disociación albuminocitológica. Un 85% logra la recuperación funcional completa en varios meses, por ello es importante un tratamiento precoz. Este se basa en el soporte de las funciones vitales y prevención de las infecciones intercurrentes, la plasmaféresis y la administración de inmunoglobulinas i.v. Según estudios, la combinación de ambos tratamientos no parece ser mejor que la administración aislada de cualquiera de ellos.

244. LA CORONA QUE DESTRUYE EL CEREBRO

Hugo Martínez Faya^{1,2}, Edwin Toloza Villalobos¹, Amaia Ibarra Bolt¹ y Jesús Jurio Burgui²

¹Urgencias CHN, Pamplona, España. ²CS Ermitagaña, Pamplona, España.

Palabras clave: Encefalopatía. Encefalitis. Hipoxia.

Objetivos: Describir una de las complicaciones del COVID-19 en el SNC.

Caso clínico: Varón de 53 años con diabetes mellitus tipo 2 como antecedente que acude al Servicio de Urgencias por disnea de varios días de evolución con astenia, hiporexia, tos con expectoración y fiebre que ha ido empeorando progresivamente. En las constantes destaca PA 90/70 mmHg, frecuencia cardíaca 114 lpm y SatO₂ 80%. Presentaba mal estado general, taquipnea, tendencia al sueño y sudoración profusa. Auscultación pulmonar con roncus diseminados en ambos hemitórax. Auscultación cardíaca y exploración abdominal normales. Se realizó un ECG con taquicardia sinusal sin alteraciones del segmento ST, radiografía de tórax con neumonía bilateral multilobular compatible con COVID-19 y una gasometría arterial con hipoxemia y elevación del lactato. En la analítica sanguínea se observó linfopenia $0,6 \times 10^9/L$, dímero-D 1.500 ng FEU/mL, hiponatremia 128 mmol/L, proteína C reactiva 128,58 mg/L y PCT 1,75 ng/mL. Se inició tratamiento con 1 g de ceftriaxona, 500 mg de levofloxacino, Perfalgan y 1.500 ml de suero

fisiológico. Dado el estado general del paciente, la sospecha de COVID-19 y los resultados de las pruebas complementarias (FINE clase V, PAFI 90 mmHg SDRA grave y SOFA 8) se realizó interconsulta a UCI quien decidió intubación orotraqueal e ingreso en su Servicio. En UCI presentó una estabilización hemodinámica por lo que se comienza con el weaning, momento en el cual se objetivó clínica sugestiva de encefalitis, solicitándose TAC craneal observándose hallazgos compatibles con encefalopatía difusa en el contexto de COVID-19.

Discusión: Los virus respiratorios pueden penetrar en el SNC produciendo diversas patologías neurológicas. La incidencia de complicaciones neurológicas por COVID-19 se desconoce, pero se ha demostrado que las formas graves de la infección tienen mayor probabilidad de presentar síntomas neurológicos que las formas leves. Los síntomas más comunes son la cefalea, la anosmia y la ageusia; pero la encefalopatía es una de las posibles afectaciones del COVID-19 en el SNC. La encefalopatía es un síndrome de disfunción cerebral transitoria con afectación aguda o subaguda del nivel de conciencia. Los pacientes con COVID-19 y afectación pulmonar grave pueden sufrir hipoxia y, secundariamente, encefalopatía. El hallazgo patológico más común es el edema cerebral en ausencia de parámetros de inflamación en líquido cefalorraquídeo. El tratamiento es sintomático e incluye control de la fiebre y tratamiento de la causa desencadenante.

558. PREDICCIÓN DEL DESENLACE DEL PACIENTE COVID-19 ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Regina Gálvez López¹, Úrsula Torres Parejo², Antonio Jesús Láinez Ramos-Bossini¹, María José Lupiáñez Jiménez¹, Marta Parras Gordillo¹, José Herrero Rubí¹, Eva Tapia Moreno¹, Elena Barbero Cortés¹, Jesús Parejo Santaella¹ y Carlos Luque Revelles¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

²Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Granada, Granada, España.

Palabras clave: COVID-19. Urgencias. Epidemiología.

Introducción: Predecir el pronóstico de los pacientes con infección por COVID-19 es uno de los retos principales a los que se enfrenta el médico de Urgencias en la práctica clínica. Sin embargo, aún no disponemos de herramientas suficientemente específicas y robustas que sean de ayuda en la toma de decisiones. El objetivo de este trabajo es explorar el diseño de un modelo discriminante para predecir el desenlace de los pacientes COVID-19 atendidos en el servicio de Urgencias.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional de una cohorte de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias hospitalario con confirmación de COVID-19. Los criterios de inclusión fueron mayoría de edad y PCR o test de antígenos positivo. Se recogieron un total de 146 variables (epidemiológicas, clínicas y analíticas) así como el desenlace final (alta hospitalaria o exitus) del paciente. Se llevó a cabo un análisis factorial mediante el método de máxima verosimilitud, estimándose la bondad de ajuste mediante la prueba chi-cuadrado. Posteriormente se realizó un análisis discriminante mediante el método de introducción por pasos basado en la lambda de Wilks incluyendo 4 variables independientes, además de los factores hallados en el análisis factorial. Para ello se utilizó el programa SPSS versión 23.

Resultados: Las variables se agruparon en 10 categorías (antecedentes, síntomas, constantes, hemograma, bioquímica, hemostasia, proteínas específicas, gasometría arterial, gasometría venosa y hormonas en sangre). El análisis factorial encontró un total de 27 factores que explicaban más del 50% de la varianza de su categoría. Mediante el análisis discriminante se encontró una función basada en 6 factores (16 variables) capaz de clasificar correctamente al 85,1% de los pacientes con infección por COVID-19 (84,9% de los que se curan y un 85,7% de los que fallecen).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran una elevada capacidad discriminativa para clasificar los pacientes con infección por COVID-19 en función de las expectativas pronósticas, lo que podría ser de gran utilidad para el desarrollo de escalas o herramientas de apoyo en el servicio de Urgencias. Sin embargo, es necesario corroborar nuestros hallazgos mediante series más amplias, idealmente prospectivas.

656. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN EL SUH DEL HOSPITAL EL BIERZO

Santiago Toranzo Nieto, Mónica Raquel Sánchez Jaén, Rebeca Cuadra San Miguel, Jose Ramón Casal Codesido y Jose Javier Faúndez Fernández

Hospital El Bierzo, Ponferrada, España.

Palabras clave: Urgencias. Frecuentación. Pandemia.

El 31 de diciembre de 2019 la oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en China recibió la alerta de una serie de casos de neumonía de etiología desconocida localizados en la ciudad de Wuhan (China). El primer caso fue detectado el día 12 de diciembre de 2019 y el 12 de enero de 2020 el agente etiológico fue secuenciado: el SARS-CoV-2. Este virus se propagó rápidamente por todo el mundo, siendo el 30 de enero declarada de forma oficial una emergencia nivel ESPII, una pandemia. En España el 14 de marzo se declaró el Estado de Alarma, se han descrito hasta la fecha tres olas de infecciones: La 1ª ola (marzo-mayo), la 2ª ola (septiembre a noviembre) y la 3ª (diciembre-febrero de 2021). En este estudio descriptivo queremos analizar cómo ha influenciado esta pandemia a la frecuentación y asistencia en el servicio de urgencias hospitalarias (SUH) del Hospital El Bierzo en Ponferrada (León), usando los datos de asistencias e ingresos en el SUH de 2020 y comparándolos con los de 2019; y analizaremos específicamente el periodo marzo 2020-enero 2021 con marzo 2019 y enero de 2020. En 2019 el SUH realizó 56.861 asistencias que resultaron en 9.852 (17%) ingresos, durante 2020 se realizaron 40.159 asistencias e ingresaron 8.333 (21%). Esto es una disminución del 30% de asistencias, que fue más acusada desde marzo, siendo abril el mes en el que la disminución fue mayor, un 55% menos. En 2020 los ingresos disminuyeron en valor absoluto pero se incrementaron en el valor relativo, es decir ingresaba un porcentaje más alto de los pacientes, este aumento fue del 23%. Al comparar entre el año previo al inicio del Estado de Alarma en España se observa que durante el periodo marzo 2020 a enero 2021 hubo una disminución del 35,49% de la asistencia a urgencias respecto al mismo periodo el año previo. El% de ingresos se incrementó en un 27%. Por meses este incremento fue mayor durante la 1ª y 3ª ola (47% y 45% respectivamente), en la 2ª, aunque aumentó, el cambio fue menor (25%). Con todos estos datos observamos que la pandemia ha influido de forma clara en la asistencia en este SUH, y que se correlaciona, con los datos de otros SUH, como los de Murcia. También concluimos que ha disminuido la patología banal y la ocupación de camas de hospitalización convencional. A pesar de todo los SUH se han visto lastrados por la falta de RRHH. Una de las primeras piedras para terminar con este problema es la especialidad de medicina de urgencias en el ámbito civil.

663. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Celia Domínguez Rite, Inmaculada Martín Santos, Laura Carabajo Martín, Jacqueline Trueba Carreón y Noelia María Trujillo Díaz

AGS Norte de Huelva - Hospital de Riotinto, Minas de Riotinto, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Disnea. Fiebre.

Objetivos: Valorar la evolución de los pacientes ingresado por infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva en servicio de urgencias hospital comarcal. Criterios de selección: pacientes ingresados con diagnóstico confirmado de COVID-19 que han sido valorados previamente por el servicio de urgencias del hospital desde el 13 de agosto de 2020 al 31 de enero de 2021. Número de sujetos incluidos: 80. Variables y métodos de evaluación de la respuesta: se han valorado los pacientes ingresados por infección SARS-CoV-2 a través del servicio de urgencias del hospital comarcal.

Resultados: De los 188 pacientes atendidos en el servicio de urgencias con diagnóstico confirmado, ingresaron 80 personas (el 42,55%). De ellas, 9 personas (el 11,25% requirió además ingreso en UCI) y otros 9 estaban institucionalizados. La edad media de ingresos fue de 67,78 con un porcentaje de mujeres de 52,50% y de varones de 47,50%. La patología predominante en los ingresos fue la HTA con un 51,25% de pacientes en los ingresos totales seguida de la diabetes mellitus con un 35% y del antecedente de tabaquismo activo o no con un 21,25%. La prevalencia de dislipemia fue del 14,52%. La saturación media al ingreso fue de 90,15% frente al 95,84% de los pacientes que fueron alta. Hubo 12 exitus que supone el 1,73% de los ingresos pero si excluimos los pacientes institucionalizados el porcentaje baja a 1,30%. De los pacientes ingresados en UCI hubo solo 2 exitus. La estancia media de los pacientes ingresado fue de 9 días aunque hemos tenido que excluir 2 pacientes que a fecha 31 de enero siguen ingresados. La prevalencia de pacientes que han requerido ingreso ha sido del 0,115%. De los 188 pacientes atendidos 26 reconsultaron (13,83%) y de estos ingresaron 7 pacientes (5,65%).

Conclusiones: Si comparamos los datos locales con el estudio SEMI-COVID-19 los datos de prevalencia de hipertensión, diabetes y dislipemias son similares (50,9%, 39,7%, 19,4%). Sin embargo, la tasa de mortalidad fue del 21% y la local fue de solo un 1,73% de exitus en pacientes ingresados. Esto puede deberse a muchas causas pero la fundamental son los ingresos precoces en el momento de desaturación del paciente debido a la baja presión hospitalaria del centro en comparación con grandes núcleos poblacionales. Es importante también destacar que el porcentaje de pacientes que reconsultan es bajo. Esto indica que el servicio de urgencias actuó como buen dique de contención.

686. ¿DÓNDE VIVEN Y CUÁLES SON LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES CON COVID-19?

Ester Martín Brioso, María José Rosende Domínguez, Laura Carbajo Martín, Aguas Santas Benítez la Fuente e Inmaculada Martín Santos

AGS Norte de Huelva, Hospital de Riotinto, Minas de Riotinto, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Disnea. Fiebre.

Objetivos: Valorar los principales síntomas por los que consultan los pacientes con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 y valorar las localidades de origen de los pacientes atendidos

Material y métodos: Estudio transversal en servicio de urgencias hospital comarcal. Criterios de selección: pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 atendidos en el servicio de urgencias. Sujetos incluidos: 188. Variables y métodos de evaluación de la respuesta: se han valorado todos los pacientes atendidos con COVID-19 en el servicio de urgencias del hospital comarcal y se han comparado con los datos del Instituto Autonómico de Estadística. Limitaciones de la investigación: el estudio depende de una correcta anamnesis por parte de los profesionales que no deben obviar ningún síntoma y registrarlo en la historia clínica.

Resultados: Los síntomas principales en la literatura son fiebre, tos y disnea. En el caso de nuestra muestra los porcentajes son los siguientes: fiebre: 60,11%, tos: 40,96%, disnea: 45,74%, anosmia/ageusia: 9,04%, diarrea: 13,30%, vómitos: 4,26%. Respecto a las localidades de origen de pacientes atendidos se engloban las siguientes (porcentaje de pacientes atendidos respecto al total de pacientes COVID-19). Se

añade la prevalencia global en función de los casos totales confirmados: Aracena: 18,1% (prevalencia COVID-19: 5,5), Nerva: 11,7% (prevalencia COVID-19: 2,84), Valverde del Camino: 9,04% (prevalencia COVID-19: 3,29), Calañas: 6,91% (prevalencia COVID-19: 6,11), Encinasola: 6,38% (prevalencia COVID-19: 8,85), Minas de Riotinto: 5,85% (prevalencia COVID-19: 2,6), El Cerro de Andévalo: 5,32% (prevalencia COVID-19: 5,76), El Campillo: 4,79% (prevalencia COVID-19: 3,06), Aroche: 3,72 (prevalencia COVID-19: 2,65), Cortegana 3,19% (prevalencia COVID-19: 4,37), Zalamea la Real: 2,13% (prevalencia COVID-19: 2,75), Almonaster la Real: 1,6% (prevalencia COVID-19: 0,31).

Conclusiones: Los síntomas predominantes son los mismos que se reflejan en la evidencia actual: fiebre, disnea y tos siendo el primero el más predominante ya que habitualmente los pacientes toleran bastante bien la disnea si no realizan esfuerzos. Suele ser la fiebre el dato de alarma que les haga consultar en urgencias. Respecto a las localidades de origen las de mayor población y mayor incidencia y prevalencia han sido las que han acudido mayoritariamente a urgencias poniendo de manifiesto que las localidades con baja incidencia y alta dispersión geográfica han sido mucho más eficaces en la contención del virus.

707. VALIDACIÓN PRELIMINAR DE LA ESCALA DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN COVID-19

Clara María Torres Ortega¹, Pablo García Urrutia², Andrea Giaquinta Aranda¹, Julia Gómez Castro², Zoraida Verde Rello² y Ana Fernández Araque²

¹SACYL, Soria, España. ²UVA, Soria, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Prevención primaria. Encuestas y cuestionarios.

Introducción: La responsabilidad social e individual es fundamental para frenar la propagación de la COVID-19. La población más joven es la que manifiesta nula o mínima sintomatología, sin embargo pueden propagar la enfermedad, por lo que resulta interesante conocer su comportamiento en relación a las medidas de prevención. Por lo tanto el objetivo de este estudio es desarrollar una validación preliminar de una escala que evalúe la conducta de cumplimiento de las medidas de prevención de la COVID-19.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal de validación de escala. En la primera fase, se generaron los ítems de la herramienta basados en los comportamientos recomendados por la OMS para frenar la propagación de la COVID-19. La población a la que fue dirigida fueron estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid, Campus de Soria. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistic v.20. Posteriormente se exploró el índice de validez de contenido mediante la fórmula de Lawshe con un panel de 18 expertos. Todos los expertos eran enfermeros o médicos con más de 5 años de experiencia y pertenecientes al ámbito académico o asistencial. A continuación se realizó un análisis de legibilidad mediante el Índice de Flesch-Szigriszt. Finalmente se realizó un pilotaje de la primera versión en una muestra de 51 estudiantes. Se evaluó la fiabilidad de la escala mediante el alfa de Cronbach. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación.

Resultados: Se generó una batería de 13 ítems, de los cuales quedaron 11 tras de la validez de contenido. La puntuación del índice de Flesch-Szigriszt fue de 62,05, la escala es normal de leer y entender. En cuanto a las características de la muestra de pilotaje el 89% fueron mujeres. La edad media fue de 20,37 ± 2,98 años. El alfa de Cronbach obtuvo un resultado de 0,81 lo que indica un buen nivel de fiabilidad. Todos los participantes respondieron a todos los ítems y estuvieron de acuerdo en que el total de las frases que componían la escala estaban escritas en lenguaje coloquial y no había un uso forzado del mismo.

Conclusiones: A priori puede parecer que la escala extraída es adecuada para medir el cumplimiento de las medidas de prevención de la COVID-19. Para confirmar su utilidad deben evaluarse otras

propiedades psicométricas como la validez de constructo mediante análisis factorial, entre otras pruebas, para las cuales se necesita un tamaño muestral.

786. ENCEFALITIS VIRAL POR SARS-CoV-2, A PROPÓSITO DE UN CASO

Alfonso Herrero Azpiazu, Amaia Arrieta Salinas, Hugo Martínez Faya, Eduardo Mediavilla Oteiza, Amaia Ibarra Bolt, David Rosales Fernández y Victoria Barrabés Solanes

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: Encefalitis. COVID. Epilepsia.

Introducción: Desde el inicio de la pandemia actual, hay publicados casos de patología neurológica asociada a la infección de SARS-CoV-2. Diferentes mecanismos se pueden considerar dentro de la fisiopatología de la infección sistémica secundaria a la infección, incluyendo la toxicidad viral directa, daño de las células endoteliales, inflamación endotelial y coagulación intravascular. Estudios más recientes, consideran que hay más afinidad de unión de SARS-CoV-2 a ACE2 que de SARS-CoV, explicando esto su capacidad de transmitirse al tejido neurológico.

Caso clínico: Mujer de 43 años de edad con DLP. Presenta episodio de desconexión del medio con rigidez y agitación. Previamente cuadro de malestar general con sensación distérmica, astenia e hiporexia. Inicialmente se encuentra estable desde el punto de vista respiratorio, GCS de 13 puntos y con agitación psicomotriz. Se administra midazolam intranasal, y se realiza AS con elevación de parámetros infecciosos. Radiología de tórax y TAC craneal normal. Ante la sospecha de meningoencefalitis se inicia antibioterapia y aciclovir EV, además de FAE. PL en la que el LCR muestra datos de infección de perfil vírico, análisis gram y posterior cultivo negativos, PCR para SARS-CoV-2 y otros virus también negativos. La prueba PCR mediante frotis nasofaríngeo para SARS-CoV-2 fue positiva. Al no encontrarse germen causal en los estudios convencionales el cuadro clínico se orientó hacia encefalitis viral por COVID, siendo la evolución buena.

Discusión: El SARS-CoV-2 debe incluirse en el diagnóstico diferencial de encefalitis junto con otros virus neurótrofos, como la familia del herpes simple. Dentro de los síntomas además de la fiebre, cefalea, trastornos conductuales y alteración del nivel de consciencia, se incluye la crisis epiléptica. Aun se está estudiando si el compromiso neurológico de estos pacientes corresponde a una infección directa del virus con demostración de la presencia de virus en el LCR o lo es por el efecto del proceso inflamatorio sistémico provocado, siendo el daño cerebral secundario. Solo hay demostrado resultado positivo de SARS-CoV-2 en LCR en un ínfimo porcentaje de los casos publicados. El primer caso descrito de encefalitis se presentó en un paciente de 24 años que cursó con un estado epiléptico refractario con presencia de material genético de SARS-CoV-2 por PCR en LCR. La RMN fue patológica pudiendo estos hallazgos ser secundarios a una encefalopatía aguda o posconvulsión.

842. ¿COVID-19 PASADO, COVID-19 INMUNIZADO?

Eduardo Mediavilla Oteiza¹, Alfonso Herrero Azpiazu¹, Hugo Martínez Faya², Amaia Ibarra Bolt¹, David Rosales Fernández³, Victoria Barrabés Solano⁴, Amaia Arrieta Salinas¹ y Nora Rezola Merino⁵

¹Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España. ²Centro de salud de Azpilagaña, Pamplona, España. ³Centro de Salud de Tafalla, Pamplona, España. ⁴Centro de Salud de Barañain, Pamplona, España. ⁵Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Donostia, Pamplona, España.

Palabras clave: COVID-19. Reinfección.

Caso clínico: Mujer de 48 años, profesora de educación Infantil, AP de asma y episodio de flush facial con corticoides. Acude en septiembre/2020 a su MAP por cefalea, malestar general y opresión torácica días después de contacto con dos niños con COVID-19 confirmado. Se le realiza PCR de COVID-19 siendo resultado positivo con tiempo de ciclado (Ct) de 35,53. Finalizado su aislamiento durante 15 días, consulta a su MAP por picadura de garrapata pautándose doxiciclina 100 mg tres días. En enero/2021 comienza de nuevo con fiebre de 38,5 °C, cefalea, astenia y mialgias por lo que se solicita un Test de Antígenos de COVID-19 siendo este negativo y ampliándose el estudio con PCR (positiva; Ct de 31,60) y serología (anticuerpos totales contra COVID-19 positivos, IgM e IgG negativos). Se solicita una radiografía de tórax apreciándose opacidades en base pulmonar derecha de distribución periférica y dudosas en base izquierda, por lo que se realiza analítica sanguínea y se decide ingreso para monitorización, tratamiento y estudio. Durante el ingreso la paciente evoluciona favorablemente, se solicitan serologías de Borrelia burgdorferi, PCR de virus (adenovirus, bocavirus, coronavirus, influenza, metapneumovirus, parainfluenza, rinovirus y VRS) y se cita a la paciente en consulta de enfermedades infecciosas. Los resultados son todos negativos excepto la serología de COVID-19 (anticuerpos totales, IgG e IgM positivos) por lo que se asume el posible caso de reinfección por COVID-19 en espera de la secuenciación genética del virus.

Discusión: El SARS-CoV-2 es un tipo de coronavirus nuevo y conocer su inmunidad es una de las mayores incógnitas. A fecha de 19 de enero de 2021, se han registrado en todo el mundo 31 casos confirmados de reinfección por COVID-19. La mayoría de las reinfecciones por SARS-CoV-2 han sido más leves que las primeras infecciones con el virus, aunque algunas han sido más severas, y dos personas han muerto. Diferenciar entre lo que es una reinfección y lo que es un coronavirus ya existente que refuerza la respuesta inmune es difícil. Se necesitaría obtener y luego secuenciar una muestra después del primer episodio y luego obtener y secuenciar una segunda muestra del mismo paciente. Debería demostrarse que los genomas de los virus de las dos muestras son diferentes para que se trate de una reinfección. Por otro lado, es interesante seguir estudiando y aclarar si un paciente reinfestado tiene capacidad para transmitir el virus en su entorno epidemiológico.

846. MANEJO AMBULATORIO DE LA NEUMONÍA COVID-19 DE BAJO RIESGO MEDIANTE PULSIOXIMETRÍA

Francisco Javier Teigell Muñoz, Elena García Guijarro, Farah Younes, Paula García Domingo, Guadalupe Pérez Nieto, María Mateos González, Fernando Roque Rojas, Juan Vicente de la Sota, Lorea Roteta García y Blanca Beamonte Vela

Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid), España.

Palabras clave: Neumonía COVID-19. Manejo ambulatorio. Pulsioximetría.

Objetivos: Evaluar los resultados del protocolo de manejo ambulatorio de la neumonía COVID-19 (NCOVID) del Hospital Infanta Cristina de Parla (HIC).

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias (SU) del HIC con NCOVID incluidos en el programa de seguimiento telefónico con pulsioxímetro domiciliario (POD), durante la segunda y tercera "olas" (24/agosto/20 a 7/febrero/21). Protocolo HIC: Ingreso si criterios mayores. Seguimiento telefónico si criterios menores. Alta sin segto. si no hay criterios mayores ni menores. Criterios mayores: edad > 70; SaO₂ < 95% o taquipnea > 30 rpm; afectación radiológica > 50%; CURB ≥ 1; comorbilidades graves; PCR > 100 mg/L; linfocitos < 800/μL. Criterios menores: edad 60-70; broncoespasmo leve; infiltrado multilobar; elevación LDH o transaminasas; PCR 50-100 mg/L; linfocitos 801-1.200/μL; comorbilidades leves (inc. HTA, DM2, obesidad).

Resultados: Se diagnosticaron 1.030 neumonías en el HUIC. 20 pacientes (2%) fueron dados de alta sin seguimiento (sin criterios menores). 217 (21%) se incluyeron en el protocolo de seguimiento, de los que 193 (18,7%) tuvieron confirmación microbiológica (PCR o antígeno). Entre los 193 con NCOVID confirmada, el 53% eran hombres, con una mediana de 46 años (RIC 39-59). Comorbilidades más frecuentes: HTA (22%), obesidad (11%), DM (9%), y SAHS (6%). Analíticamente presentaron: elevación de PCR (92%), de transaminasas (44%), linfopenia (35%), y elevación de LDH (33%). La mediana de seguimiento fue 5 días, durante el cual 48 pacientes (25%) fueron reevaluados en el SU (10% por indicación médica, 15% por decisión propia). La 2ª visita fue principalmente por persistencia de fiebre, desaturación o disnea. Finalmente 33 pacientes (17%) precisaron ingreso, generalmente por empeoramiento respiratorio, pero solo 3 pacientes (1,6%) ingresaron con SaO₂ < 90%. De ellos, 5 no precisaron oxigenoterapia, 20 precisaron solo O₂ a bajo flujo, 2 alto flujo/CPAP, y 2 más ingresaron en UCI (ventilación invasiva). Hubo 3 fallecimientos (1,6% de los analizados), 2 por insuficiencia respiratoria progresiva y uno por TEP masivo.

Conclusiones: El manejo ambulatorio de las NCOVID basado en seguimiento telefónico y POD es seguro, y evita ingresos hospitalarios. Nuestro protocolo permite el manejo ambulatorio inicial de casi un 25% de las NCOVID diagnosticadas en el SU. Aunque un porcentaje significativo precisa finalmente ingreso, la POD permite su identificación y derivación hospitalaria precoz.

871. PATOLOGÍA COLATERAL A LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2: SÍNDROME DE BRUGADA

Laura Peiro Muntadas, Paula Aragonés Pequerul, Nicolás Alcalá Rivera, Anxela Crestelo Vieitez, María del Mar García Andreu, Martín Gericó Aseguinolaza, Raúl Martínez Murgui, Claudia Josa Laorden, Esther del Corral Beamonte y Cristina Gallego Lezaun

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Síndrome de Brugada.

Desde la detección del primer caso de infección SARS-CoV-2 en diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan donde se desencadenó la pandemia global que vivimos en el momento actual, muchas han sido las investigaciones centradas en la patogenia del virus, su tratamiento y prevención. No obstante, no hay que olvidar la patología colateral que puede surgir como consecuencia a la infección que puede afectar de forma significativa al pronóstico de nuestros pacientes. En este caso queremos exponer el caso de un paciente que desarrolló un síndrome de Brugada como efecto colateral a la fiebre debida a la infección por coronavirus. Esta canalopatía no es solo de gran interés por el aumento de la morbimortalidad que conlleva debido al desarrollo de arritmias ventriculares como taquicardia ventricular o fibrilación ventricular. Además, supone un reto a nivel terapéutico debido a la limitación farmacológica ya que son numerosos los fármacos que pueden desencadenar las arritmias asociadas a este síndrome. No olvidemos que aunque la presentación clínica más frecuente de la COVID-19 es una infección respiratoria leve, el 20-30% de los pacientes hospitalizados por neumonía han requerido ingreso en la unidad de cuidados intensivos por afectación parenquimatosa grave e insuficiencia respiratoria necesitando soporte respiratorio y en muchos casos intubación. Dentro de los fármacos a evitar encontramos algunos de uso muy común a nivel hospitalario: anestésicos como bupivacaína, procaína y propofol. Fármacos antiarrítmicos, sobre todo clase IA, IC y amiodarona. B-bloqueantes, bloqueantes de los canales del calcio, fármacos antiepilépticos, antidepressivos (principalmente tricíclicos e inhibidores de la recaptación de serotonina) y determinados analgésicos como el tramadol. Ante el hallazgo casual de un paciente con infección SARS-CoV-2 y un síndrome de Brugada en el electrocardiograma es de vital importancia revisar la me-

dicación que se le administra (incluida su medicación habitual), mantener al paciente monitorizado y estar preparados para tratar las arritmias que se puedan desencadenar de forma adecuada. Se debe así mismo evaluar la gravedad de la infección, valorando el grado de insuficiencia respiratoria y afectación sistémica para conocer previamente los fármacos a evitar ante una posible intubación.

935. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN URGENCIAS Y UCI DURANTE EL PRIMER BROTE DE COVID-19

Laura Martínez Alarcón^{1,2}, Marta Jover Aguilar^{3,2}, Josefa Valiente Campos³, Javier Sáez Sánchez⁴, Guillermo Ramis Vidal⁵, Dolores Beteta Fernández¹, M^a Luz Alcaraz Escribano¹, M^a Dolores Pérez Gálvez¹ y Pablo Ramírez Romero³

¹Unidad de Docencia, Investigación y Calidad (UDICA). Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca (HCUVA), Murcia, España.

²Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB), Murcia, España. ³Unidad de Trasplantes, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. ⁴Servicio de Cuidados Críticos. Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca (HCUVA), Murcia, España. ⁵Departamento de Producción Animal, Facultad de Veterinaria, Universidad de Murcia, Murcia, España.

Palabras clave: COVID-19. Síntomas de estrés. DTS.

Introducción: La aparición de la pandemia por el virus del SARS-CoV-2 ha generado incertidumbre, preocupación y estrés en la sociedad. Sin embargo, pese al estado de alarma y al confinamiento, los profesionales sanitarios se han visto obligados a continuar trabajando a diario, con el riesgo real o percibido que suponía.

Objetivos: Evaluar el nivel de estrés durante los primeros meses de la pandemia del COVID-19 en profesionales sanitarios de las Unidades de Urgencias y Cuidados Intensivos de diferentes hospitales españoles.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Población: profesionales sanitarios de Urgencias y Cuidados Intensivos. Periodo: marzo-mayo 2020. Herramientas: Escala de Trauma de Davidson (DTS); instrumento psicométrico: 17 ítems que corresponden y evalúan los 17 síntomas recogidos en DSM IV; puntuación total: 0-136 (a mayor puntuación, mayor incidencia del estrés posttraumático). Autoadministrado y anónimo mediante una e-encuesta difundida por redes sociales. Estadística: análisis descriptivo, bivariante y de correlación.

Resultados: De los 1.075 profesionales que recibieron la e-encuesta, resultaron válidos 1.009 (grado de cumplimentación 94%), de los que 275 trabajaban en Unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias. De ellos, el 73% (n = 200) eran mujeres y 27% hombres. Edad media: 42,26 ± 0,65 años. El 28% eran médicos, 57% (n = 155) enfermeros, 6% (n = 17) auxiliares y un 9% (n = 26) estudiantes. El 89% (n = 245) indicó que no tenía síntomas ni creía estar infectado. El 27% (n = 73) tuvo que aislarse por la posibilidad de contagio. La puntuación media obtenida fue de 32,76 ± 1,55 puntos. Con relación al sexo, las mujeres presentaron mayor puntuación (30,93 ± 2,1 vs 22,69 ± 3,1; p = 0,039). Los que tuvieron síntomas mostraron mayor puntuación, aunque sin diferencias significativas. Al examinar si habían tenido que aislarse o no, ambos grupos mostraron puntuaciones prácticamente idénticas. En cuanto al análisis de correlación, se observó que, a mayor exposición al trauma, mayor nivel de ansiedad percibida (R = 0,720; p = 0,0001). Existe también una correlación negativa entre la edad y la escala DTS (R = -0,182; p = 0,002).

Conclusiones: Los profesionales de Urgencias y UCI de diferentes centros españoles, presentaron durante los primeros meses de la pandemia, en general, un buen estado de regulación emocional. Sin embargo, a mayor exposición al trauma, mayor nivel de ansiedad percibida.

996. NUEVOS ESCENARIOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS POR COVID-19: APROXIMACIONES DESDE URGENCIAS

Mercedes Hevia Méndez, Adriana Picciotto, Andrea Pola Díaz, Sonia Bernardo Fernández, Alejandro Arce Rodríguez, Ignacio González Iglesias, María Fernández Prada, Carina Ludwig y Miriam Martínez Tamés

Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres (Asturias), España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Reacción en cadena de la polimerasa. Serología.

En marzo 2020 la OMS declaró la pandemia por SARS-CoV-2. Se han identificado casos de COVID-19 con negativización posterior de las pruebas microbiológicas que vuelven a presentar síntomas compatibles y nueva positividad de PCR. El objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de una serie de casos en los que se aisló por segunda vez el SARS-CoV-2. Se detectaron 16 casos de repositivización a través de PCR entre octubre 2020 y febrero 2021 en un Área Sanitaria de Asturias. La media de edad fue 68,6 años (rango de edad 30-94 años), 9 hombres y 7 mujeres. Cinco estaban institucionalizados. En el primer episodio, once de los 16 pacientes presentaron síntomas de intensidad variable, desde tos hasta neumonía bilateral grave. Diez presentaban enfermedades crónicas y estaban polimedados. El número de copias del SARS-CoV-2 osciló entre 17.864 y 66.988.460, siendo en siete casos superior a 4.000.000. Cinco pacientes precisaron ingreso, 3 de ellos con neumonía bilateral. En el segundo episodio, doce de los 16 pacientes fueron sintomáticos. El número de copias fue muy inferior a las del primer episodio, la mayoría con menos de 1.000, y solo cuatro superaron 15.000 copias. Ocho pacientes precisaron ingreso, 7 de ellos con neumonía bilateral. Dos de los 16 pacientes fallecieron durante el segundo ingreso, aunque uno de los decesos parece no relacionarse directamente con COVID-19, y sí con complicaciones secundarias a pancolitis. El tiempo medio entre la detección inicial y la negativización de la PCR fue de 14,2 días (rango 9-24 días), mientras que entre la negativización y la nueva positividad fue de 17,2 días (rango 1-63 días). Se realizó serología a trece de los 16 pacientes tras la segunda PCR, resultando la IgM positiva en diez casos y la IgG positiva en todos ellos. A pesar de tratarse de la descripción de una serie de casos esta información resulta de interés dado que nos encontramos ante una situación clínico-epidemiológica novedosa. La interpretación de estos datos parece corresponderse con complicaciones tardías de la infección inicial más que con nuevas infecciones, debido al corto período de tiempo entre primer y segundo episodio, síntomas más marcados y necesidad de hospitalización en la mayoría de los casos. Para concluir, resaltar la importancia de elaborar un registro exhaustivo de los casos con el fin de ampliar el conocimiento de la COVID-19 y, en consecuencia, su prevención, control y manejo clínico.

1031. IMPACTO DE LA COVID-19 SOBRE EL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

Francisco Pro Jiménez, Patricia Tardáguila Molina e Isabel María Carrión Madroñal

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Palabras clave: Personal Sanitario. SARS-CoV-2. Urgencias.

Introducción: La pandemia producida por SARS-CoV-2 ha tenido gran impacto en la población en general y especialmente en personas de riesgo. Otro de los grupos más expuestos al virus ha sido el personal sanitario (PS) de primera línea de servicios de urgencias (SU).

Objetivos: Analizar el efecto de la pandemia COVID-19 sobre el PS del SU.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel desarrollado desde febrero/2020-febrero/2021 mediante realización de encuestas no validadas de elaboración propia. Ítems recogidos: edad, sexo, fecha de diagnóstico, fuente de contagio, gravedad, baja laboral, anticuerpos (Ac) en serologías y uso de equipos de protección individual (EPIs). Resultados analizados mediante base Excel® diseñada para dicho propósito.

Resultados: Se analizaron 130 encuestas. 20 realizadas por facultativos (FEA), 32 por médicos internos residentes (MIR), 47 por enfermeros (ENF) y 31 por auxiliares (AUX). La mediana fue 37 años (RIC 29-44). El 84% fueron mujeres. Se observaron 56 contagios, 75% fueron laborales. Se contagiaron 60% (12) FEA, 28% (9) MIR, 42,5% (20) ENF y 48,4% (15) AUX. Durante la primera ola (16/02/20-23/05/20) se produjeron el 57% de los contagios, 97% fueron laborales. 25 diagnosticados por PCR y 7 por serología IgG+. El 66% de PS reflejaron no usar o no disponer de EPIs adecuados en el momento del contagio. En los dos últimos meses (01/12/20-31/01/21) se registraron 21,5% de contagios, los mismos que en los seis meses previos (01/06/20-30/11/20). 2 PS fueron diagnosticados de Neumonía, 40 presentaron enfermedad no complicada y 11 fueron asintomáticos. La mediana de baja laboral fue 15 días (RIC 10-22). El 89% ha generado Ac frente a SARS-CoV-2. La serología realizada en mayo al SU mostró 31 PS con Ac de 32 contagiados hasta la fecha. De estos, 77% conservaron Ac hasta la serología realizada en diciembre.

Conclusiones: En la primera ola de pandemia la mayoría de contagios se produjeron a nivel laboral, probablemente por falta de EPIs, siendo el contagio más acusado entre FEA. Podría ser debido al uso más precoz de EPIs (homologados o caseros) por ENF y AUX. Además, los FEA solo disponen de un EPI/día, frente al resto de PS que reciben un EPI/turno. Recientemente, ha habido un repunte de casos positivos, quizás porque las nuevas cepas sean más contagiosas. En las serologías realizadas en mayo la mayoría del PS contagiado había generado Ac y un elevado porcentaje los ha conservado 6 meses.

1052. PERFIL CLÍNICO-ANALÍTICO DEL PACIENTE COVID JOVEN QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS

Samsara López Hernández, Miguel Rodríguez Alonso, Pedro Castaño Cambor, Elisa Alba Ingelmo Astorga, Irene Cebrían Ruiz, Henar Bergaz Díez, Lorena Delgado Alonso, Berta Tijero Rodríguez, Francisco Martín Rodríguez y Raúl López Izquierdo

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Palabras clave: Coronavirus. COVID-19. Jóvenes.

Introducción: La enfermedad por coronavirus (COVID-19) puede cursar con múltiples cuadros clínicos. Además, se está produciendo un cambio epidemiológico afectando cada vez a personas más jóvenes. Actualmente, la mayoría de los estudios publicados se centran en pacientes de edad avanzada, mientras que las características clínicas y los datos analíticos entre los pacientes jóvenes se han descrito en escasas ocasiones.

Objetivos: Analizar características clínicas y el perfil analítico de los pacientes con infección por coronavirus que acuden al servicio de urgencias hospitalario (SUH) y su relación con el ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes entre 18 y 40 años que acudieron al SUH del HURH y PCR positiva entre marzo y mayo del 2020. Los datos se almacenaron en una base Excel® y se analizaron mediante el programa SPSS®. Variables independientes: antecedentes, sintomatología, constantes y datos analíticos; dependientes: ingreso hospitalario. Realizándose un estudio descriptivo y análisis bivariante entre va-

riables independientes e ingreso. Considerándose significativo un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Resultados: N = 55 (45 pacientes). Mujeres (55,6%). Ingresos en planta (64,5%). Síntomas más frecuentes: fiebre (76,4%) y tos (69,1%). Constantes: P50 ingresados: Tª (37 oC) y SatO2 (97,5%). P50 datos analíticos ingresados: leucocitos (5,50), linfocitos (1,3), fibrinógeno (600), dímero D (300), PCR (37), LDH (234) y PCT (0,05).

Conclusiones: El síntoma principal de los pacientes ingresados fue la tos. En cuanto al análisis de las constantes vitales los pacientes que ingresaron presentaron saturaciones de oxígeno bajas. En relación a los datos obtenidos en la analítica, las alteraciones del dímero D, la PCR y LDH elevadas se asociaban con el ingreso en este grupo poblacional.

1069. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE COVID JOVEN QUE ACUDE A URGENCIAS HOSPITALARIAS

Miguel Rodríguez Alonso¹, Samsara López Hernández¹, Raúl López Izquierdo¹, Susana Sánchez Ramon¹, Inmaculada García Ruperez¹, Francisco Martín Rodríguez², Fátima Villafaña Sanz², Rodrigo Enríquez de Salamanca Gamarra¹, Jesús Álvarez Manzanares¹ y Virginia Carbajosa Rodríguez¹

¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ²Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID. Género. Factores de riesgo.

Introducción: La mayoría de los estudios publicados se centran en pacientes de edad avanzada frecuentemente con comorbilidades crónicas. Sin embargo, las características clínicas entre los pacientes jóvenes se han descrito en escasas ocasiones.

Objetivos: Analizar características clínicas y su relación con el ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes entre 18 y 40 años que acudieron al SUH del HURH y PCR positiva entre marzo y mayo del 2020. Los datos se almacenaron en una base Excel® y se analizaron mediante el programa SPSS®. Variables independientes: antecedentes, género y edad; dependientes: ingreso hospitalario y en UCI. Realizándose un estudio descriptivo y análisis bivalente. Considerándose significativo un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Resultados: Obtenemos un total de 14.698 atenciones, 3.451 fueron a pacientes con edades comprendidas entre los 18-40 años, de las cuales, 361 tuvieron algún diagnóstico relacionado con el COVID-19. De éstas, 61 presentaron una PCR positiva. Obteniendo un total de 55 atenciones sanitarias, lo que se correspondían a 45 pacientes. Dentro de la muestra se observó que 25 pacientes fueron mujeres (55,6% del total). El grupo de 31-40 años fue el mayoritario con un 80% de casos. Se observó que las mujeres eran mayoritarias en el grupo de 18-30 años (77,8%), mientras que en el grupo de 31-40 las mujeres representaron el mismo porcentaje que los hombres. Ingresaron 29 pacientes y de ellos 4 en UCI. Hubo un fallecimiento. En el análisis por género se ha observado que del total de varones ingresaron el 95% de aquellos que consultaron en algún momento en el SUH, frente al 40% de las mujeres ($p < 0,05$). Dentro de los factores de riesgo el más presente fue el hipotiroidismo (6,7%), seguidos en el mismo porcentaje (4,4%) de la hipertensión, dislipemia y enfermedad arterial periférica.

Conclusiones: Uno de los principales resultados es que hay una mayor prevalencia de infectados entre el género femenino pero con una mayor tasa de hospitalizaciones de los varones, que fue de casi la totalidad en nuestro estudio. Éste podría ser un dato de interés, pues el ser varón podría suponer un factor de riesgo por el probable efecto protector de los estrógenos. Además en los hombres predominan más comorbilidades que pueden predisponer a presentar un peor pronóstico. Sin embargo, en nuestro caso no hemos encontrado que los pacientes presenten una elevada comorbilidad.

1133. RASGOS Y MORTALIDAD DE PACIENTES CON IC Y SOSPECHA DE INFECCIÓN POR COVID-19 EN UN SUH

Enrique Castro Portillo, Ana Alberdi Iglesias, Laura Melero Guijarro, Francisco Martín Rodríguez, Raúl López Izquierdo, Rodrigo Enríquez de Salamanca Gamarra, Irene Cebrián Ruiz, Virginia Carbajosa Rodríguez, José Ramón Oliva Ramos y Raquel Talegón Martín

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Insuficiencia cardiaca. Mortalidad.

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) es una patología con un gran impacto tanto a nivel individual como social, siendo una causa frecuente de ingreso hospitalario y teniendo una gran mortalidad intrahospitalaria. Las características y consecuencias de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes que padecen IC todavía son desconocidas.

Objetivos: Conocer qué factores de riesgo (FR) se asocian a enfermedad por coronavirus en pacientes con IC. Conocer qué factores de riesgo se asocian a mortalidad en pacientes con IC que contraen enfermedad por coronavirus.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Ámbito: emergencias sanitarias y los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Criterios de inclusión: pacientes evacuados a su SUH de referencia por el 112 en 4 provincias españolas con el antecedente de IC y sospecha de infección por el virus SARS-CoV-2 entre marzo y junio del 2020. Variables independientes: edad, sexo, índice de Charlson (ICH), institucionalización, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, infarto agudo de miocardio (IAM), obesidad, ingreso. Variable dependiente: Infección por SARS-CoV-2 y mortalidad a 30 (M30) días de los infectados. Análisis descriptivo de la muestra, estudio univariante mediante comparación de variables cuantitativas: U de Mann Whitney; cualitativas: chi-cuadrado. $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 726 pacientes, varones: 369 (50,8%); edad mediana global 86 (RIC: 79-90); de los varones: 85 (RIC 77-89); de las mujeres 87 (82,5-91) ($p < 0,001$); ICH global: 7 (RIC 6-9), SARS-CoV-2: 275 (37,9%). Asociación factores analizados entre infectados por SARS-CoV-2 vs no infectados: ICH: 7 (RIC 6-9) vs 8 (RIC 6-9) ($p < 0,05$); Institucionalizados: 139 (45,9%) ($p < 0,001$); no obesidad: 228 (40,1%) ($p < 0,05$); la edad, el sexo, la dislipemia, la HTA, la DM y el IAM no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Análisis de la M30 entre infectados vs no infectados: 121 (44,0%) vs 76 (16,9%) ($p < 0,05$). FR de M30 entre infectados: IAM: 35 (57,4%) ($p < 0,05$); la edad, el sexo, la institucionalización, la dislipemia, la HTA, la obesidad y la DM no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Conclusiones: La institucionalización y la ausencia de obesidad parecen ser FR para contraer infección por SARS-CoV-2. La M30 fue mayor en pacientes con IC infectados. En este grupo de pacientes el antecedente de IAM fue el único factor de riesgo que se asoció a una mayor mortalidad.

1163. SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ POR COVID-19

Ángela María Arévalo Pardo¹, Marta Moya de la Calle¹, Laura Fernández Concellon¹, Berta Tijero Rodríguez¹, Susana Manso García², Eugenia Ceinos Rey¹, Jesús Ángel Moche Loeri¹, Raquel Talegón Martín¹, Daniela Alejandra Gil Loayza¹ y María Jesús Giraldo Pérez¹

¹Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Valladolid, España.

²Pulso Ecografía, Valladolid, España.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré. Parestesia. COVID-19.

Introducción: El síndrome de Guillain Barré es una afección poco frecuente, de origen inmunitario, contra el sistema nervioso periférico. A menudo precedido por infecciones bacterianas o víricas, la COVID-19 también se encuentra entre sus posibles etiologías.

Caso clínico: Mujer, 51 años, AP: ca. mama lobulillar in situ. Síndrome de Raynaud. Discopatía cervical y lumbar. No tratamiento farmacológico habitual. Presentó cuadro de fiebre elevada, disnea, tos, hiposmia y astenia en inicio de pandemia, siendo diagnosticada de COVID-19 y manteniendo aislamiento domiciliario. Tras resolución de dicha sintomatología 40 días después, inicio de parestias en punta de dedos de pies e intensa astenia, que ha progresado a disestesias en pies, manos, mentón y lengua, sin clínica motora o esfinteriana. EF: TA 109/66 FC 67 lpm, SO₂ 98%. Exploración general normal. Neurológica: lenguaje fluente y apropiado. Isocoria y normorreactividad pupilar. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No asimetría facial. Motilidad velopalatina y lingual normal. Fuerza conservada. Sensibilidad tactoalgésica, posicional y vibratoria normales (disestesias distales en manos y pies sin hipoestesia). Tono normal. No temblor. No disimetría dedo-nariz ni talón rodilla. Marcha normal. Marcha de puntillas, talones y tándem normales. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos, incluidos aquíleos. Plantares flexores. Exploraciones complementarias: ECG: ritmo sinusal a 79 lpm. Analítica: bilirrubina total 2,1; hemograma, coagulación, dímero D, PCR, LDH, ferritina normales. Orina sin hallazgos. TC craneal: normal. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. PCR SARS-CoV-2: negativa. Juicio diagnóstico: posible síndrome de Guillain Barré en contexto de infección pasada por COVID-19. Tratamiento y evolución: Punción lumbar no realizada por declinarla la paciente. Ingreso en Neurología para completar estudio e iniciar inmunoterapia. Afortunadamente, la paciente presentó evolución favorable sin necesidad de estancia en UVI. Comprobación por test capilar de presencia de inmunoglobulinas IgG frente a SARS-CoV-2. Alta a domicilio con amitriptilina y pregabalina.

Conclusiones: A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la clínica compatible con COVID-19 hasta la aparición del cuadro neurológico, la persistencia de la sintomatología hace plausible la relación con la misma. Existen menos de 10 casos reportados de Guillain Barre en contexto de COVID-19, confiriendo a nuestro caso su singularidad.

1170. REDES NEURONALES Y PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON IC Y SOSPECHA DE COVID-19

Enrique Castro Portillo, Laura Melero Guijarro, Ana Alberdi Iglesias, Raúl López Izquierdo, Francisco Martín Rodríguez, Rodrigo Enríquez de Salamanca Gambará, Irene Cebrián Ruiz, Virginia Carbajosa Rodríguez, José Ramón Oliva Ramos y Ángela Arévalo Pardal

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Red neuronal. SARS-CoV-2.

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) es causa frecuente de ingreso hospitalario con elevada mortalidad. El uso de redes neuronales (RN) como herramienta para valoración pronóstica cada vez está más extendido.

Objetivos: Desarrollar una RN capaz de predecir mortalidad de pacientes con IC y sospecha de SARS-CoV-2 que llegan al servicio de urgencias hospitalario (SUH).

Material y métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, retrospectivo. Ámbito: emergencias sanitarias, SUH. Criterios de inclusión: pacientes con antecedente de IC y sospecha infección COVID-19 evacuados al SUH, 4 provincias españolas, marzo-junio 2020. Variable dependiente: Mortalidad 30 días (M30). Factores: sexo, institucionalización, nivel triaje, infección SARS-CoV-2, dislipemia, hipertensión arterial (HTA), obesidad, enfermedad renal, EPOC, demencia, accidente cerebrovascular agudo (ACV), infarto agudo miocardio (IAM), diabetes mellitus (DM). Covariables: edad, frecuencia respiratoria

(FR), saturación O₂ (SpO₂), fracción inspirada oxígeno (FiO₂), presión sistólica (PAS), presión diastólica (PAD), frecuencia cardiaca (FC), temperatura, escala de coma Glasgow (ECG). Creación de RN programa SPSS 24.0 mediante técnica multicapa, uso partición aleatoria y entrenamiento en lotes. Área bajo la curva del rendimiento diagnóstico (AUROC) y porcentaje relativo de cada variable utilizada. AUROC de la escala NEWS2.

Resultados: N: 726 pacientes, mujeres: 357 (49,2%); edad mediana 86 (RIC: 79-90); SARS-CoV-2: 275 (37,9%). M30 infectados vs no infectados: 44,0% vs 16,9% (p < 0,05). Resumen procesamientos de casos RN: muestra entrenamiento: 72,6%, muestra pruebas: 27,3%. Numero capas ocultas: 1, numero unidades en capa oculta: 5; función activación: Tangente hiperbólica; capa función activación de capa de salida: Softmax. Función del error: entropía cruzada. Porcentaje correcto muestra entrenamiento: 81,8%; porcentaje correcto muestra pruebas: 79,3%; AUROC RN creada: 0,831. Importancia normalizada variables introducidas: GCS: 100%, edad: 97,9%, PAS: 89,4%, SpO₂: 89,1%, FiO₂: 88,3%, FR: 65,5%, PAD: 59,4%, SARS-CoV-2: 50,1%, FC: 47,8%, temperatura: 30,5%; resto variables inferior al 30%. AUROC NEWS: 0,753 (IC95% 0,711-0,795) (p < 0,001).

Conclusiones: Esta RN presenta gran capacidad predictiva con variables accesibles en cualquier SUH. De forma relativa la edad, PAS, SpO₂, FiO₂ y la ECG son las variables con más peso en el modelo creado. Destaca que mejora a la escala NEWS en su capacidad predictiva.

1172. ¿LA COVID-19 TAMBIÉN PRODUCE DIPLOPIA?

Ángela María Arévalo Pardal, Marta Moya de la Calle, María Jesús Giraldo Pérez, Susana Manso García, Daniela Alejandra Gil Loayza, Laura Fernández Concellón, Berta Tijero Rodríguez, Raquel Talegón Martín, Jesus Ángel Moche Loeri y Eugenia Ceinos Rey

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID-19. Diplopía. Imagen por resonancia magnética.

Introducción: Se han descrito varias alteraciones neurológicas en relación a la infección por COVID-19, siendo menos frecuentes las neurooftalmológicas.

Caso clínico: Mujer, 15 años. AP: Calendario vacunal completo. Estrabismo desde infancia estable. Acude por aparición de diplopía súbita horizontal desde hace 3 días, inicialmente intermitente, ahora permanente, que ha ido en aumento lento y progresivo. Presenta endotropía de ojo izquierdo que no se ha modificado. Cefalea frontal continua no irradiada asociada. Valorada por su oftalmólogo privado, presenta edema de papila bilateral 360°. EF: TA 129/73. FC 69 lpm. SO₂ 97%. Afebril. Eupneica. Exploración general normal. Exploración neurológica: edema de papila bilateral. Pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales normales. Diplopía en mirada primaria. Impresiona endotropía Ojo izquierdo en mirada primaria que desaparece con oclusión de ojo derecho. Nistagmo horizontal bilateral. Lenguaje normal. Fuerza y sensibilidad conservadas, cerebelo normal. Reflejos osteotendinosos simétricos. Romberg negativo. Marcha normal. Exploraciones complementarias: ECG: RS a 56 lpm. Analítica: no leucocitosis, fórmula normal. Fibrinógeno 602. Ionograma y función renal normal. LDH normal. PCR 26. Sistemático de orina: normal. Tóxicos en orina negativos. Rx tórax: discreto aumento densidad en base derecha no siendo posible descartar pequeño infiltrado parenquimatoso que puede ser sugestivo de infección COVID-19. TC cerebral: normal. Interconsulta urgente Oftalmología: descarta causa oftalmológica. PCR SARS-CoV-2 (urgencias): Negativa. Juicio clínico: diplopía a estudio. Edema de papila bilateral. Posible infección COVID-19. Tratamiento y evolución: Ingreso en Neurología. Estudios de autoinmunidad y serologías negativos. Punción lumbar: elevación

de presión (27 cm H₂O); cultivos y PCR a virus y bacterias negativos, incluida tuberculosis. Se realiza resonancia magnética con ectasia de líquido cefalorraquídeo en vaina de ambos nervios ópticos. Evolución favorable siendo dada de alta a los 6 días con tratamiento con acetazolamida; posterior realización de test capilar de inmunoglobulinas frente a COVID-19, siendo IgG positiva.

Discusión: La afectación neurológica por COVID-19 es más común en pacientes graves. Se postula la afección del bulbo olfatorio como puerta de entrada al sistema nervioso. Existen casos de diplopía asociada a COVID-19, con lesiones solo visibles en resonancia magnética, debiendo estar atentos a su aparición.

1177. UTILIDAD DE QSOFA PARA VALORACIÓN PRONÓSTICA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SARS-CoV-2

Laura Melero Guijarro¹, Raúl López Izquierdo², Francisco Martín Rodríguez³, Ana Alberdi Iglesias⁴, Enrique Castro Portillo², Ignacio Eiros Bachiller⁴, María Camino Salazar Lozano¹, Laura Colino Martínez¹, Berta Tijero Rodríguez² y Lucía Hinojosa Díaz²

¹CAUPA, Palencia, España. ²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ³Universidad de Valladolid, Valladolid, España. ⁴Hospital Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: Mortalidad, QSOFA, SARS-CoV-2.

Introducción: La infección por COVID-19 ha provocado numerosos cuadros con elevada morbimortalidad, en donde la valoración pronóstica del paciente grave fuera del entorno de los cuidados críticos es un reto.

Objetivos: Analizar la utilidad de la escala qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment) para valoración pronóstica a 2 días de pacientes con sospecha de COVID-19 trasladados por un servicio de emergencias médicas (SEM) a un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohortes. Ámbito: SEM y SUH. Se han analizado los pacientes diagnosticados como sospecha de infección por SARS-CoV-19 en un SUH, marzo-junio 2020. El análisis se hizo de forma global y para los pacientes con infección por SARS-CoV-2. Variable independiente: mortalidad a 2 días total (MT2), mortalidad infectados SARS-CoV-2 a 2 días (MIT2). Variables dependientes: edad, género, índice de Charlson (ICh), qSOFA a la llegada del paciente al SUH. Estudio descriptivo: Variables cuantitativas: edad mediana (EM) y rango intercuartílico (RIC), variables cualitativas: frecuencias. Cálculo del área bajo la curva (ABC) de rendimiento diagnóstico del qSOFA (IC95%). Estudio univariante mediante prueba de U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y la chi-cuadrado para variables cualitativas. Estudio multivariante mediante regresión logística. Software: SPSS 24.0, p < 0,05.

Resultados: N: 606. EM: 80,5 (RIC 66-88) años. Mujer 287 (47,4%). Infectados SARS-CoV-2: 174 (28,7%) MT2: 39 (6,4%). EM MT2: 86 (RIC 79-91), EM supervivientes: 79 (RIC 65-88) (p < 0,05); MT2 mujer: 19 (6,6%), varón: 20 (6,3%) (p > 0,05). MT2 ICh: 7 (RIC 5-9) supervivientes: 5 (3-7) (p < 0,001); MT2 qSOFA: 0 puntos 1 (0,4%), 1 punto: 14 (6,3%); 2 puntos: 17 (21,3%), 3 puntos: 7 (35%) (p < 0,0001). AUC qSOFA M2: 0,830 (IC95% 0,772-0,887) (p < 0,001). MIT2: 15 (8,6%). Edad mediana MITS2: 86 (RIC 79-97), supervivientes: 73 (RIC 58-85) (p < 0,001); MITS2 mujer: 5 (6,9%), varón: 10 (9,8%) (p > 0,05). MIT2 IC: 7 (RIC 6-10) supervivientes: 5 (2-6) (p < 0,001); MIS qSOFA: 0 puntos 0 (0%), 1 punto: 2 (3%); 2 puntos: 9 (30%), 3 puntos: 4 (40%) (p < 0,0001). AUC qSOFA M2: 0,883 (IC95% 0,813-0,952) (p < 0,001).

Conclusiones: La escala qSOFA es una herramienta útil en la valoración pronóstica de los pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 trasladados en ambulancia que puede ser usado en los SUH.

1206. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS POR GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES INFECTADOS POR SARS-CoV-2

Laura Melero Guijarro¹, Francisco Martín Rodríguez², Raúl López Izquierdo³, Enrique Castro Portillo³, Ana Alberdi Iglesias⁴, Ignacio Eiros Bachiller⁴, María Camino Salazar Lozano¹, Laura Colino Martínez¹, Julio Cesar Santos Pastor⁵ y Juan Francisco Delgado Benito⁶

¹CAUPA, Palencia, España. ²Universidad de Valladolid, Valladolid, España. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ⁵Hospital General de Segovia, Segovia, España. ⁶GRSEM Salamanca, Salamanca, España.

Palabras clave: Mortalidad, QSOFA, SARS-CoV-2.

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 ha ocasionado síntomas muy variados que podrían darse con mayor frecuencia en determinados grupos de edad con respecto a otros.

Objetivos: Conocer las diferencias clínicas de los pacientes infectados por el SARS-CoV-2 evacuados por un servicio de emergencias en función del grupo de edad al que pertenezcan.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Ámbito: emergencias y urgencias hospitalarias. Se han analizado pacientes evacuados por un servicio de emergencias de marzo a junio de 2020 en los que se confirmó la infección por SARS-CoV-2 en 4 provincias españolas. Se han analizado 4 grupos de edad (GE): < 40 años, 41-65 años, 66-80 años y > 80 años. Variables analizadas: sexo, características clínicas: síntomas inespecíficos, disnea, tos, hemoptisis, dolor costal, fiebre, cefalea, astenia, dolor torácico, síncope, dolor abdominal, diarrea, disminución del nivel de conciencia. Estudio descriptivo de la muestra. Variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas. Comparación de variables cualitativas: Chi-Cuadrado. Software: SPSS 24,0, p < 0,05.

Resultados: N: 1.268; < 40 años: 59 (4,7%), 41-65: 267 (21,1%), 66-80: 386 (30,4%), > 80: 556 (43,8%). Análisis por GE (< 40,41-65, 66-80, > 80) y género: mujer: 55,9%, 40,4%, 40,9%, 55,8% (p < 0,001); Análisis por GE (< 40,41-65, 66-80, > 80) y sintomatología: síntomas inespecíficos: SI: 8,5%, 16,9%, 101%, 9,5% (p < 0,01), disnea: sí: 47,5%, 41,2%, 44,3%, 44,6% (p > 0,05), tos: sí: 27,1%, 21,7%, 17,9%, 16,2% (p > 0,05), hemoptisis: sí: 3,4%, 3,7%, 4,7%, 2,0% (p > 0,05), dolor costal: sí: 6,8%, 7,5%, 4,7%, 4,3% (p > 0,05), fiebre: sí: 44,1%, 37,5%, 38,6%, 31,8% (p > 0,05), cefalea: SI: 3,4%, 5,2%, 3,6%, 3,1% (p > 0,05), astenia: sí: 20,3%, 16,1%, 15,8%, 16,7% (p > 0,05), dolor torácico: sí: 13,6%, 6,7%, 4,1%, 2,9% (p < 0,001), síncope: sí: 6,8%, 6,0%, 4,9%, 6,7% (p > 0,05), dolor abdominal: sí: 5,1%, 4,1%, 2,6%, 4,0% (p < 0,593), diarrea: sí: 5,1%, 6,0%, 8,0%, 6,3% (p < 0,637), disminución de nivel de conciencia: sí: 8,5%, 8,2%, 13,0%, 20,5% (p < 0,001).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 procedían de los grupos de mayor edad. Los varones prevalían en los grupos de 41-65 y 66-80 años, mientras que en el grupo de mayores de 80 años la mayoría eran mujeres. En general no se han observado diferencias en cuanto a los signos y síntomas en función de los grupos de edad, salvo que en los menores de 40 años se asociaba con dolor torácico y en los mayores de 80 con disminución del nivel de conciencia.

1211. FACTORES PREDICTIVOS DE M2 POR COVID-19 EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

Ana Alberdi Iglesias¹, Raúl López Izquierdo², Francisco Martín Rodríguez³, Enrique Castro Portillo², Laura Melero Guijarro⁴, María Gabriela Núñez Toste¹, Ana Isabel Rubio Babiano¹, Carlos del Pozo Vegas¹, Pedro Castaño Cambor² y Henar Bergaz Diez²

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ³Universidad de Valladolid/Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, Valladolid, España. ⁴Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España.

Palabras clave: COVID-19. Ancianos. Mortalidad.

Introducción: La infección por el SARS-CoV-2 ha incidido de forma especial en la población anciana, constituyendo una auténtica emergencia sanitaria.

Objetivos: Analizar los factores asociados entre la semiología clínica y las comorbilidades de los pacientes mayores de 75 años infectados por el SARS-CoV-2 con la mortalidad a corto plazo.

Material y métodos: Estudio multicéntrico de cohorte retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes > 75 años con COVID-19 evacuados en ambulancia, marzo-junio 2020 Variable dependiente: mortalidad a dos días (M2). Variables independientes: edad, sexo, institucionalización, sintomatología, comorbilidades. Estudio descriptivo: variables cuantitativas: mediana y rango intercuartílico (RIC), variables cualitativas: frecuencia absoluta y relativa. Estudio univariante, comparación de variables cuantitativas: U de Mann-Whitney, variables cualitativas: chi-cuadrado. Estudio multivariante: regresión logística. SPSS 24.0; $p < 0,05$.

Resultados: N: 738. Edad mediana (EM): 86 (RIC 81-90). Mujer: 387 (52,7%). M2: 109 (14,8%). EM M2: Exitus: 87 (RIC 82-91); No exitus: 85 (RIC 77-88) ($p < 0,05$). Mujeres M2: 55 (14,2%), Varones M2: 54 (15,5%) ($p > 0,05$). Asociación M2 con síntomas y antecedentes (positivos vs negativos): Institucionalizado: 17,2% vs 12,5% ($p > 0,05$); síntomas inespecíficos: 14,3% vs 14,9% ($p > 0,05$); disnea: 19,4% vs 11,3% ($p < 0,05$); hemoptisis: 18,2% vs 14,7% ($p > 0,05$); dolor costal: 15,2% vs 14,8% ($p > 0,05$); fiebre: 14,9% vs 14,8% ($p > 0,05$); cefalea: 16,7% vs 14,8% ($p > 0,05$); astenia: 13,8% vs 15% ($p > 0,05$), dolor torácico: 13% vs 14,9% ($p > 0,05$); síncope: 14,6% vs 14,8% ($p > 0,05$); abdominalgia: 7,7% vs 15,1% ($p > 0,05$); diarrea: 6,1% vs 15,5% ($p > 0,05$); disminución nivel conciencia: 17,5% vs 14,2% ($p > 0,05$); hipertensión arterial: 14,2% vs 17% ($p > 0,05$); neoplasia: 14% vs 15% ($p > 0,05$); diabetes mellitus: 14,3% vs 15% ($p > 0,05$); EPOC: 15,6% vs 14,7% ($p > 0,05$); demencia: 20,6% vs 11,9% ($p < 0,05$); accidente cerebrovascular: 16,4% vs 14,6% ($p > 0,05$); insuficiencia cardíaca: 17,5% vs 14,1% ($p > 0,05$), cardiopatía isquémica: 16,5% vs 14,6% ($p > 0,05$). Estudio multivariante: Edad: OR: 1,04 (1,00-1,08) ($p < 0,05$); sexo: OR: 1,25 (0,82-1,912) ($p > 0,05$); disnea: OR: 1,78 (1,17-2,70) ($p < 0,05$); demencia: OR: 1,72 (1,12-2,64) ($p < 0,05$).

Conclusiones: Hemos observado que la M2 en los pacientes infectados de SARS-CoV-2 > 75 años se asocia de forma independiente con la edad, el antecedente de deterioro cognitivo así como con la presencia de disnea en el momento de la asistencia.

1249. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES EVACUADOS POR LOS SEM CON SOSPECHA DE COVID-19

Ana Alberdi Iglesias¹, Francisco Martín Rodríguez², Raúl López Izquierdo³, Laura Melero Guijarro⁴, Enrique Castro Portillo³, Ana Isabel Rubio Babiano¹, María Gabriela Núñez Toste¹, Carlos del Pozo Vegas¹, Elisa Ingelmo Astorga³ y Lorena Delgado Alonso³

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

²Universidad de Valladolid/Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, Valladolid, España. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ⁴Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España.

Palabras clave: COVID-19. Servicios de emergencias médicos. Comorbilidad.

Introducción: Los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) son uno de los primeros filtros donde un paciente con sintomatología por SARS-CoV-2 demanda asistencia sanitaria.

Objetivos: Analizar las variables clínico-epidemiológicas de los pacientes con sospecha de COVID-19 y evaluar su asociación con la presencia de dicho diagnóstico.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes con sospecha de COVID-19 evacuados por el SEM, marzo-junio 2020. Variable dependiente: Infección activa por SARS-CoV-2 (IA-SARS-CoV-2). Variables independientes: edad, sexo, sintomatología, comorbilidades. Estudio descriptivo: variables cuantitativas: mediana y rango intercuartílico (RIC), variables cualitativas: frecuencia absoluta y relativa. Estudio univariante, comparación de variables cuantitativas: U de Mann-Whitney, variables cualitativas: chi-cuadrado. Estudio multivariante mediante regresión logística. SPSS 24.0; $p < 0,05$.

Resultados: N: 700. Edad mediana (EM): 78 (RIC 67-87). Mujer: 50,9%. EM varón: 76 (RIC: 67-84); EM mujer: 80 (RIC: 67-88) ($p < 0,05$). IA-SARS-CoV-2: 51%. Asociación IA-SARS-CoV-2 y edad: EM Infectados: 76 (RIC: 60-86), EM no infectados: 80 (RIC: 68-87) ($p < 0,05$). Varón vs mujer positivos: 52,6% vs 49,7% ($p > 0,05$). Asociación infectados con síntomas y antecedentes (% positivos vs negativos): disnea: 50,2 vs 51,8 ($p > 0,05$); tos: 63,2 vs 49 ($p < 0,05$); fiebre: 53,7 vs 49,8 ($p > 0,05$); dolor torácico (DT): 35,4 vs 52,3 ($p < 0,05$); síncope: 42,9 vs 51,8 ($p > 0,05$); diarrea: 42,1 vs 51,9 ($p > 0,05$); dislipemia: 54,9 vs 49 ($p > 0,05$); hipertensión arterial: 48,7 vs 55,5 ($p > 0,05$); obesidad: 55,6 vs 50,7 ($p > 0,05$); neoplasia: 34,3 vs 54,1 ($p < 0,05$); diabetes mellitus (DM): 44 vs 53,5 ($p < 0,05$); enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): 32,6 vs 53,7 ($p < 0,05$); demencia: 40 vs 53,4 ($p < 0,05$); accidente cerebrovascular (ACV): 36,6 vs 53,1 ($p < 0,05$); insuficiencia cardíaca (IC): 38,5 vs 53,1 ($p < 0,05$); cardiopatía isquémica: 38,5 vs 53,1 ($p > 0,05$). Estudio multivariante: significativas: DT: OR 0,43 (0,23-0,82); neoplasia: OR 0,43 (0,27-0,68); demencia: OR 0,51 (0,33-0,802); ACV: OR 0,50 (0,30-0,84); IC: OR 0,614 (0,38-0,98); EPOC: OR 0,47 (0,28-0,78). No significativas: edad, sexo, DM, tos.

Conclusiones: Hemos observado que entre los pacientes infectados no predominaba ninguna sintomatología ni comorbilidad. Sin embargo, sí observamos una asociación independiente con no tener DT ni antecedente de neoplasia, demencia, ACV, IC o EPOC.

1291. NO TODO ES NEUMONÍA BILATERAL

Natalia Vera Rodríguez¹, Alejandro Colmenero Quílez¹, Raquel Chumillas Lindón², Carola Medina Sainz³ y Gloria Samperiz Abad³

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital de Alcañiz, Teruel, España. ²Urgencias, Calatayud, Zaragoza, España. ³Urgencias, Hospital de Alcañiz, Teruel, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. ACVA. Anticoagulación.

Caso clínico: Varón de 66 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica con IAM en 2011 con estenosis grave en DA proximal realizándose angioplastia con implante de stent y ecocardiograma en 2013 con hipocinesia/acinesia septal con FEVI normal y test de esfuerzo en 2013 negativo clínico y eléctrico. Carcinoma de Laringe en (1994) Ct4N2bM0 tratado con radioterapia/quimioterapia y cirugía radical, con traqueostomía actualmente libre de enfermedad. Alérgico a la penicilina. Ingreso en Medicina Interna por neumonía por SARS-CoV-2, tratado con enoxaparina y corticoides con alta el día previo sin anticoagulante. Acudió al servicio de urgencia con UVI móvil, por cuadro de inestabilidad sin giro de objetos y sin pérdida de conocimiento, al ir a asearse a las 9:00h. Posteriormente, a las 11:30h, sufre caída al suelo con hemiparesia izquierda, desviación de la mirada y dificultad para el habla. A la exploración: Glasgow 11, desviación oculocefálica a la derecha, anartria, hemianopsia homónima izquierda, nistagmo rotatorio y hemiparesia izquierda. Se activó Código Ictus, se solicitó AS y ECG dentro de la normalidad, con radiografía de tórax con infiltrados intersticiales bilaterales. PCR SARS-CoV-2 positiva (nasofaríngea y endotraqueal) y TC craneal donde se objetivó ictus isquémico en

territorio de ACM con ASPECST de 3, por lo que se desestimó tratamiento de reperfusión aguda e ingresó en Unidad de Ictus. Se estima indicar la importancia de mantener la anticoagulación profiláctica en paciente COVID-19 positivo, valorando el consiguiente beneficio-riesgo y la duda diagnóstica de la etiología del evento sufrido por el paciente: ateroembólica, por los antecedentes personales o por la hipercoagulabilidad en el contexto de la respuesta hiperinflamatoria causada por la viriasis.

1293. COR PULMONALE Y COVID-19, ¿QUÉ MÁS PUEDE PASAR?

Ángela María Arévalo Pardo¹, Jessica Abadía Otero¹, Laisa Socorro Briongos Figuero¹, Miriam Gabella Martín¹, Nieves Sobradillo Castrodeza¹, Raisa Álvarez Paniagua², María Jaime Azuara³, Hector García Pardo¹ y Amanda Francisco Amador⁴

¹Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Valladolid, España.

²Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid, España.

³Gerencia de Atención Primaria Segovia, Valladolid, España. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID-19. Disfunción ventricular derecha. Insuficiencia respiratoria.

Introducción: La enfermedad COVID-19 se manifiesta principalmente como neumonía bilateral, pudiendo derivar por hipoxemia en distrés y disfunción ventricular derecha. Se presenta un caso donde el debut de la enfermedad fue semiología derivada de fallo cardiaco derecho.

Caso clínico: Mujer, 41 años, antecedentes personales de sensibilización a anisakis y obesidad mórbida. Acude a Urgencias por ma-

lestar general inespecífico, con aumento de perímetro abdominal en los últimos 10 días de más de 10 cm (es incapaz de abrocharse un pantalón que hace 3 días cerraba normalmente). Asocia reacción cutánea eritematosa en región abdominal, empastada no caliente, de reciente aparición. No fiebre ni síntomas generales, trabajadora de supermercado, vive con sus padres. Niega otra sintomatología. Exploración física: obesa mórbida, normotensa, afebril, FC 87 lpm, 21 respiraciones por minuto, SO₂ basal 90%. Región eritematosa, algo empastada, en región abdominal anterior; respeta pliegue abdominal, y se extiende a mama izquierda, no habonosa, pruriginosa. ACP: hipofonesis generalizada. Abdomen globuloso, depresible, doloroso sin defensa en hemiabdomen derecho. EEII con edemas con fóvea hasta rodilla. Exploraciones complementarias: Analítica: Hb 16,6. Hipertransaminasemia, dímero D 678, PCR normal. Gasometría arterial: hipoxemia. Radiografía de tórax: signos de redistribución vascular sugestiva de sobrecarga de cavidades derechas. TC abdominal: aumento del calibre de venas suprahepáticas y cava inferior por sobrecarga de cavidades derechas, hígado de estasis asociado. PCR SARS-CoV-2 positivo. Juicio clínico: infección COVID-19. Insuficiencia respiratoria hipoxémica. Sobrecarga de cavidades derechas. Celulitis. Tratamiento y evolución: oxigenoterapia y furosemida endovenosa. Ingreso para control, precisando oxigenación con cánula de alto flujo, administración de dexametasona y antibioterapia por sospecha de sobreinfección bacteriana. Confirmación ecocardiográfica de sobrecarga de cavidades derechas, con PSAP estimada de 60 mmHg. Al alta precisó oxigenoterapia domiciliar y reajuste de tratamiento. Actualmente en seguimiento por Cardiología.

Discusión: Aunque infrecuente, la hipoxemia generada por la COVID-19, y el distrés subyacente, pueden desembocar en un cor pulmonale, con afectación de cavidades derechas. La probabilidad de embolia pulmonar añadida vuelve a estos pacientes más susceptibles de complicaciones, precisando diagnóstico y tratamiento precoces.