

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Miscelánea

9. TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE LAS FUERZAS ARMADAS N1, QUITO ECUADOR

Emilia Banderas Montalvo, Janeth Salazar Oquendo, Segundo Paguay Panches, Claudia Arteaga Navarrete y Paulina Ordóñez Torres

Hospital de las Fuerzas Armadas n. 1, Quito, Ecuador.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Tocilizumab. Supervivencia.

Introducción: El 11 marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud declara la pandemia a nivel mundial por COVID-19, enfermedad que continúa extendiéndose y ha infectado a más de 99,5 millones de personas, mientras que la cifra de decesos supera los 2,1 millones y la de los recuperados por encima de 54 millones de personas hasta el 18 de enero del 2021, según datos publicados por la Universidad Johns Hopkins¹. Los pacientes con COVID-19 tienen un amplio espectro de manifestaciones, una de ellas es el síndrome de liberación de citocinas (SRC), que es una respuesta inflamatoria sistémica caracterizada por un aumento brusco del nivel de un gran número de citocinas proinflamatorias. El SARS-CoV-2 se une a las células epiteliales alveolares, luego el virus activa los sistemas inmunitarios innato y adaptativo, lo que resulta en la liberación de una gran cantidad de citocinas, incluida la IL-6. Además, estos factores proinflamatorios aumentan la permeabilidad vascular, lo que provoca que una gran cantidad de líquido y células sanguíneas entren en los alvéolos, lo que provoca disnea e incluso insuficiencia respiratoria². Varios argumentos muestran que el tocilizumab (TCZ) administrado a pacientes con neumonía grave por COVID-19 podría ser un tratamiento eficaz para reducir la mortalidad, pues al neutralizar un factor inflamatorio clave en el síndrome de liberación de citoquinas (CRS), esta molécula puede bloquear la tormenta de citoquinas durante la etapa de hiperinflamación sistémica y reducir la severidad de la enfermedad. La IL-6 también puede ser un factor contribuyente significativo para promover la trombofilia, ya que se ha asociado con lesión de tejido y células endoteliales vasculares, contribuyendo a la agregación plaquetaria y la disfunción microvascular³. El TCZ es un anticuerpo monoclonal humanizado recombinante que tiene un efecto antagonista sobre el receptor de IL-6. Actualmente se utiliza en el tratamiento de la artritis reumatoide, sin embargo, debido a su acción en IL-6, se busca su utilidad en el tratamiento de pacientes

gravemente enfermos con COVID-19. Sin embargo, no está aprobado por la (FDA) para su uso en pacientes con COVID-19⁴. El estudio CO-VACTA, uno de los más grandes realizados hasta el momento no alcanza su objetivo primario el cual consistía en mejorar la situación clínica de los pacientes con neumonía por COVID-19 grave, sin observarse diferencia en la mortalidad, sin embargo se observó una diferencia en el tiempo de hospitalización, disminuyéndose 8 días en los pacientes tratados con tocilizumab con una $p = 0,037$ (8). Existen además otros múltiples estudios de cohortes y casos control que han mostrado beneficio con el uso de TCZ en pacientes con neumonía grave por COVID-19. En un estudio de cohorte multicéntrico realizado en España publicado en agosto del 2020, en el que se compararon varios grupos de tratamiento en pacientes con neumonía por COVID-19 con estado hiperinflamatorio incluyendo TCZ, pulsos de corticoide, corticoide en dosis baja, y ningún tratamiento, donde el objetivo primario fue evaluar mortalidad y/o intubación, se objetivó que con el TCZ fue el único tratamiento que disminuyó el riesgo de muerte y/o intubación con una p menor a 0,001 (9). Otro estudio de cohorte observacional retrospectivo multicéntrico publicado en agosto, que incluyó 630 pacientes con neumonía grave por COVID-19 con necesidad de unidad de cuidados intensivos (UCI) comparando un grupo que recibió TCZ (210 pacientes) con respecto a un grupo que no lo recibió, observó un menor mortalidad relacionada a la hospitalización con una $p = 0,004$ en el grupo que recibió TCZ (10). Un estudio de cohorte publicado por Somers y colaboradores en una muestra de 174 pacientes de similares características con necesidad de ventilación mecánica (VM), se evaluó la supervivencia, en un grupo que recibió TCZ (78) y otro que no lo recibió; se encontró una reducción del 45% del riesgo de muerte en el grupo de TCZ, aunque se observó un aumento en la tasa de superinfecciones en el grupo TCZ, sin que esto incidiera en el ratio de mortalidad entre los dos grupos a los 28 días⁵. Otro estudio francés de casos y controles retrospectivo que comparó dos grupos de pacientes de similares características, uno tratado con TCZ (30 pacientes) y otro con tratamiento estándar (176 pacientes), estableciendo como punto de comparación la mortalidad y necesidad de VM entre ambos grupos, observando que la mortalidad y VM fue menor en el grupo tratado con TCZ (27% vs 52%) con una $p = 0,009$ (3). Con estos antecedentes descritos, considerando que hasta el momento no existe ninguna terapia totalmente efectiva, salvo tal vez la corticoterapia, para disminuir la mortalidad o el riesgo de necesidad de VM en la neumonía grave por SARS-CoV-2; y tras la experiencia adquirida en el Hospital de Especialidades de las FFAA N°1 durante la pandemia, se decide realizar un estudio en relación al uso del TCZ en los pacientes graves con neumonía por COVID-19, que lo requirieron de acuerdo a las indicaciones estable-

cidas, descritas posteriormente. Los objetivos fueron evaluar si hubo una diferencia en la supervivencia en los pacientes tratados con TCZ versus los pacientes tratados sin TCZ, si hubo una reducción en la necesidad de VM comparando ambos grupos y si hubo una reducción en la mortalidad en los pacientes tratados con TCZ que requirieron VM con respecto a los que no fueron tratados con TCZ.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de casos controles en el Hospital de las Fuerzas Armadas N1 entre 12 de marzo y 25 de agosto de 2020, en Quito, Ecuador. Se analizaron las historias clínicas electrónicas de aquellos pacientes dados de alta o que fallecieron debido a neumonía por COVID-19. El presente trabajo compara dos grupos de pacientes, procurando homogeneizar sus características, sin embargo cabe tener en cuenta que son cohortes tomadas en tiempos distintos: el grupo control (tratamiento estándar) incluyó pacientes que recibieron tratamiento a base de oxigenoterapia, hidroxiclороquina, heparina de bajo peso molecular, azitromicina, terapia con lopinavir-ritonavir durante el primer mes, corticosteroides y antibioterapia en determinados casos, pero sin TCZ, desde 12 de marzo de 2020 hasta el 24 de junio de 2020, este grupo se manejó como el grupo control pues es previo al inicio de uso de TCZ, pues este medicamento aún no se incluía en el protocolo de tratamiento del hospital. El grupo de casos se denominó "grupo TCZ": se incluyó a todos los pacientes que recibieron TCZ en el periodo comprendido entre el 18 de junio hasta el 25 de agosto de 2020, en el cual se administró TCZ a dosis de 8 mg/kg (máximo 600 mg) en una primera dosis y una segunda dosis de 400 mg 12 horas después de la administración de la primera dosis, una tercera dosis fue opcional en función de la respuesta clínica, estos pacientes recibieron también corticosteroides, azitromicina, heparina de bajo peso molecular y en ciertos casos antibióticos. Todos los pacientes incluidos en el estudio cumplieron criterios como: resultado positivo por hisopado nasofaríngeos por reacción en cadena de la polimerasa con transcritasa inversa en tiempo real, afectación topográfica de más del 50%, PaO₂/FiO₂ < 300 y al uno de los 3 criterios clínicos o analíticos: periodo desde el inicio de síntomas > 5 días, taquipnea de más de 26 respiraciones por minuto, ferritina mayor a 1.000 ng/ml, PCR mayor a 10 mg/dl, linfopenia menor a 1.000 K/ul. Las variables cualitativas se expresaron como número (%) y se compararon mediante tablas de contingencia con la prueba de χ^2 .

Resultados: Se incluyeron 218 pacientes, el grupo TCZ incluyó 114 pacientes que recibieron al menos una dosis de tocilizumab y el grupo control incluyó 104 pacientes. Los pacientes en el grupo control presentaron una media de edad de 54 años (15-100), los pacientes del grupo TCZ presentaron una media de edad de 62 años (30-90). Con respecto al género, el 81,6% fueron hombres y el 18,4% mujeres, similar al grupo control pues el 77,9% hombres, sabiendo ya que existe una mayor prevalencia en hombres que en este caso puede verse incrementada al tratarse de un hospital militar. La PaO₂/FiO₂ media previo al inicio de tratamiento en el grupo control fue de 216,5 (43-300), en el grupo TCZ la media fue de 156,8 (42-295). De los 113 pacientes del grupo TCZ 99 (87,6%) sobrevivieron, de los 104 pacientes del grupo control 87 sobrevivieron (83%); al comparar estos dos grupos no se observó una diferencia estadística con una $p = 0,4$. Un 22% (25) requirieron VM del grupo TCZ, frente a un 19,2% (20) pacientes del grupo control, sin encontrarse una diferencia significativa al comparar los dos grupos $p = 0,5$. En cuanto a la supervivencia de los pacientes que requirieron VM, en el grupo TCZ 68,2% (13) sobrevivieron, en el grupo control 38,1% (8) sobrevivieron; al comparar los dos grupos se observó una diferencia estadísticamente significativa a favor del TCZ con una $p = 0,048$.

Conclusiones: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) actualmente es un problema de salud mundial, cuyas tasas de morbilidad y mortalidad de COVID-19 siguen aumentando sin que exista aun un tratamiento curativo. Es por esto que se han evaluado diversos tratamientos tanto antivirales, como antiinflamatorios, sobre todo tras conocer el efecto hiperinflamatorio en los casos de neu-

monía grave. Uno de los tratamientos que ha sido evaluado es el TCZ y como se describió previamente múltiples estudios de cohorte, casos y control y hasta ahora un solo ensayo clínico, han sido publicados. Este estudio no encontró una disminución en la mortalidad global en el grupo TCZ con respecto al grupo control. Sin embargo cabe resaltar que los pacientes del grupo control, a pesar de haber intentado homogeneizarlos, fueron tomados de los primeros meses de pandemia en la ciudad, momento en los que el sistema sanitario estuvo menos saturado, los casos fueron algo menos graves con respecto al tiempo en que se evaluó al grupo TCZ; y como se mostró, en promedio tuvieron 10 años menos de edad que el grupo TCZ. Tampoco se encontró una diferencia significativa en cuanto a la necesidad de ventilación mecánica (VM). Sin embargo un resultado que si demostró una diferencia estadísticamente significativa fue la diferencia entre la supervivencia del grupo TCZ con respecto al grupo control cuando necesitaron VM. Demostrándose una clara diferencia a favor de la supervivencia en el grupo TCZ. Este hallazgo concuerda con los resultados de varios estudios que analizaron el uso de TCZ en pacientes en UCI con necesidad de VM. Como el publicado por Somers et al. que mostro un reducción del 45% en el riesgo de muerte en el grupo TCZ (5). Kewan et al. también hallaron resultados a favor del uso de TCZ en su estudio retrospectivo de cohorte con menos tiempo de necesidad de vasopresores y de VM en el grupo TCZ con una $p = 0,039$ (11). Biran y col. encontraron que en cuanto al subgrupo de pacientes que requirieron VM, los que recibieron TCZ tuvieron una reducción en la mortalidad relacionada a la hospitalización con una $p = 0,0029$ (10). Al bloquear la IL-6 podría ser uno de los mecanismos de tratamiento en la fase inflamatoria en pacientes con neumonía grave por COVID-19. Este estudio muestra un resultado alentador, sin embargo es un estudio observacional, con una muestra pequeña, con factores que pueden actuar como elementos confusores.

Conclusiones: Estos resultados requieren validación con los ensayos clínicos prospectivos aleatorizados doble ciego que ya se están realizando. Pero si se debe tener en cuenta que existen algunos datos que podrían hacer pensar que el TCZ puede ser beneficioso como parte del tratamiento para ciertos pacientes con neumonía grave por COVID-19.

Bibliografía

1. Universidad y Medicina Johns Hopkins. Centro de recursos sobre coronavirus. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. 2020.
2. Zhang C, et al. Síndrome de liberación de citocinas en COVID-19 grave: el tocilizumab, antagonista del receptor de interleucina-6, puede ser la clave para reducir la mortalidad. Revista internacional de agentes antimicrobianos, 2020;55(5):105954.
3. Klopstein T, Zayet S, Lohse A, et al. Tocilizumab therapy reduced intensive care unit admissions and/or mortality in COVID-19 patients. Med Mal Infect. 2020;50(5):397-400.
4. Alzghari SK, Acuña VS. Supportive Treatment with Tocilizumab for COVID-19: A Systematic Review. J Clin Virol. 2020;127:104380.
5. Somers EC, et al. Tocilizumab for treatment of mechanically ventilated patients with COVID-19. medRxiv : the preprint server for health sciences. 2020;doi.org/10.1101/2020.05.29.20117358
6. Morena V, et al(). Off-label use of tocilizumab for the treatment of SARS-CoV-2 pneumonia in Milan, Italy. Eur J Intern Med. 2020;76:36-42.
7. Cortegiani A, et al. Rationale and evidence on the use of tocilizumab in COVID-19: a systematic review. Pulmonology. 2020;doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.07.003.
8. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Study to Evaluate the Safety and Efficacy of Tocilizumab in Patients With Severe COVID-19 Pneumonia. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04320615>. Julio 29, 2020.
9. Rodríguez Baño J, et al. Treatment with tocilizumab or corticosteroids for COVID-19 patients with hyperinflammatory state: a multicentre cohort study (SAMCOVID-19). Clinical Microbiology and Infection. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.08.010>
10. Biran N, et al. Tocilizumab among patients with COVID-19 in the intensive care unit: a multicentre observational study. Lancet. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(20\)30277-0](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(20)30277-0)
11. Kewan T, et al. Tocilizumab for treatment of patients with severe COVID-19: A retrospective cohort study. EclinicalMedicine. 2020;24:100418
12. Toniati M, et al. Tocilizumab for the treatment of severe COVID-19 pneumonia with hyperinflammatory syndrome and acute respiratory failure: A single center study of 100 patients in Brescia, Italy. Autoimmunity Reviews. 2020;19:102568.

44. IMPACTO EN LOS PARÁMETROS DE LA CALIDAD DEL AIRE DEBIDO AL CONFINAMIENTO Y DESESCALADA PROVOCADOS POR COVID-19

María Gabriela Viteri Tovar

Universidad de Castilla La Mancha, Ciudad Real, España.

Palabras clave: Contaminantes atmosféricos. Calidad del aire. Confinamiento y desescalada.

La COVID-19 ha causado una emergencia sanitaria sin precedentes a nivel mundial trayendo consigo enormes impactos sociales y económicos a largo plazo. Los esfuerzos por mitigar la propagación del virus han provocado el confinamiento de la población, el cese de actividades industriales y comerciales, y una caída drástica en el transporte. Debido a la correlación directa entre la actividad antropogénica y las emisiones a la atmósfera, los niveles de contaminación se han visto afectados por la actual crisis sanitaria. Este trabajo presenta los efectos a corto plazo en la calidad del aire de tan inédita paralización de la industria y del transporte en diferentes ciudades de España. El estudio tiene en cuenta sitios de diferente tamaño y diversas fuentes de emisión, como son Madrid, Albacete, Puertollano y San Pablo de los Montes. Este trabajo muestra los valores medidos por las redes de monitoreo de la calidad del aire en estas localizaciones durante el primer estado de alarma y el periodo de desescalada, intentado encontrar variaciones en estas medidas debido a la repentina parálisis de la actividad. Además, se han evaluado los parámetros de calidad de aire dentro de la tendencia histórica de cada contaminante y sitio mediante el análisis de series de datos desde 2013 al 2020. Esto nos permitirá detectar cambios de emisiones a corto plazo dentro de una larga serie temporal. Los resultados muestran caídas sustanciales en la concentración de contaminantes primarios, como NOx, CO, BTX, NMHC y NH3. Los cambios de material particulado fueron menores debido a la existencia de otras fuentes como las intrusiones de polvo del Sahara o las emisiones del sector residencial, incluida la combustión doméstica. Durante el confinamiento, los patrones de ozono fueron diferentes para cada ubicación estudiada, dependiendo de las relaciones de COV-NOx, con cambios de concentración cercanos a los esperados de la serie histórica en cada sitio y no estadísticamente atribuibles a los efectos de la crisis sanitaria. Finalmente, durante el periodo de desescalada, el aumento progresivo de la densidad del tráfico dentro de las ciudades refleja una lenta recuperación de los contaminantes primarios. Destacar que los resultados y conclusiones para estas ciudades con diferentes tamaños y densidad poblacional, y fuentes de emisión específicas, pueden servir como modelo de comportamiento para otros sitios y ayudar a comprender crisis futuras.

89. AUTORÍAS Y COLABORACIÓN INTERNACIONAL DE LAS INVESTIGACIONES ESPAÑOLAS SOBRE COVID-19

Cristina Torres Pascual

Escola Universitària de la Salut i l'Esport, EUSES, Universitat de Girona. Red Graal, Girona, España.

Palabras clave: COVID-19. Análisis bibliométrico. España.

Introducción: La rápida propagación del Sars-CoV-2 ha llevado a los científicos y profesionales de la salud a investigar desde un primer momento de la pandemia.

Objetivos: Identificar la autoría y la colaboración internacional de la producción científica liderada por España sobre COVID-19.

Material y métodos: Estudio descriptivo bibliométrico. Los registros se recuperaron de SCOPUS (2019-2020) con las palabras clave COVID-19, SARS-CoV-2 y coronavirus-19. La búsqueda se filtró para áreas en ciencias de la salud de la propia base de datos. Se eliminaron cartas, editoriales, conferencias y libros. Se incluyeron solo registros

donde el primer autor perteneció a una afiliación española. Se analizaron indicadores bibliométricos de producción, autoría, coautoría y colaboración.

Resultados: Se recuperaron 1.202 trabajos liderados por España (72,63% de toda la producción española y 3,57% de la producción mundial). Los autores que lideraron más investigaciones fueron: J. Matías-Guiu del Hospital Clínico San Carlos (n = 5); A. García-Salido del Hospital Infantil Niño Jesús, D. Jiménez-Rodríguez de la Universidad de Almería e Y. Tung-Chen del Hospital La Paz (n = 4). El 94,67% de los trabajos presentaron coautoría. Las afiliaciones hospitalarias más productivas fueron: Hospital La Paz (n = 56), Hospital 12 de Octubre (n = 52), Hospital Clínic Barcelona (n = 40), Hospital Ramón y Cajal (n = 38) y Hospital Clínico San Carlos (n = 34). Colaboraron con España 57 países, destacando por su mayor producción Estados Unidos (n = 43), Italia (n = 42) y Reino Unido (n = 38). La tasa de colaboración internacional fue del 12,23% y el nivel de colaboración de 3,28 ± 2,07.

Conclusiones: Los resultados muestran los máximos exponentes españoles en investigación COVID-19. Dada la baja colaboración internacional, en futuras investigaciones deberían establecerse estrategias para investigar en cooperación mundial para tener acceso a más recursos, compartir conocimiento y ganar visibilidad.

116. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INFECTADOS POR SARS-CoV-2

Laura Soriano Gutiérrez, Susana Redondo Capafons, Sara Ortonobes Roig, Belén López García, Víctor José de Pedro Ambrosio, Nuria Soler Blanco, Paula Miralles Albors, Alex Barragan Muñoz, Alba Pérez Contel y Mónica Gómez Valent

Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España.

Palabras clave: Factor de riesgo. Mortalidad. Cáncer.

Introducción: En los últimos meses se han publicado diferentes estudios discutiendo sobre los factores de riesgo (FR) de los pacientes afectados por COVID-19. Los pacientes onco-hematológicos (POH) se han considerado de especial vulnerabilidad durante la pandemia. Las sociedades científicas españolas de oncología y hematología emitieron directrices de procedimientos especiales para estos pacientes para limitar los riesgos durante este periodo de tiempo. El objetivo fue analizar los FR de mortalidad en los POH infectados por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo del periodo 01/03/2020 a 14/05/20. Se incluyeron los pacientes onco-hematológicos en tratamiento oncológico desde noviembre 2019 hasta la actualidad con infección por COVID-19 confirmada por PCR o serología. De la historia clínica electrónica se registró edad, sexo, localización tumoral, presencia de metástasis, inmunosupresión (por tratamiento inmunosupresor o por enfermedad inmunosupresora no oncológica), tipo de tratamiento oncológico, valores analíticos, gravedad de síntomas, estancia hospitalaria, duración de la infección y fármacos utilizados para el tratamiento de la COVID-19 durante el ingreso. Análisis estadístico realizado con Stata 13. Variables cuantitativas: mediana (rango intercuartil), comparación mediante test de Wilcoxon. Variables cualitativas: valor relativo, análisis con chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes cuya mediana fue de 67 años (57-75), 54% varones. Un 23% presentaban neoplasia de colon y un 15% de pulmón y vejiga respectivamente. El 50% tenían metástasis. Un 58% recibían tratamiento con quimioterapia y un 12% terapia dirigida. El 27% se catalogaron como inmunodeprimidos. El 58% ingresaron con neumonía, solo 1 paciente presentó distrés respiratorio. El origen de la infección fue nosocomial en el 19% de los casos. En referencia al tratamiento para la COVID-19, en un 85% fue quinina

(hidroxicloroquina y/o cloroquina), 62% azitromicina, 42% lopinavir/ritonavir, 16% bolus de corticoides (al menos una dosis de 120 mg de metilprednisolona), 12% tocilizumab. Ningún paciente recibió remdesivir y/o anakinra. La mediana de días de tratamiento fue de 10 (6-11) días con quinina, cuatro (2-8) con lopinavir/ritonavir, cinco (5-6) con azitromicina y seis (5-8) con ceftriaxona. La mediana de duración de la enfermedad fue de 15 (13-16) días y la mediana de estancia hospitalaria (EH) de 12,5 (6-20). Un 43% de los POH fueron exitos. De éstos, un 80% presentaban enfermedad metastásica, un 73% habían sido tratados con quinina, el 83% no habían recibido bolus de corticoides y un 82% no habían recibido tocilizumab. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los dos grupos en relación a la diferencia entre los valores de linfocitos y LDH al ingreso y al alta, inmunosupresión, a la presencia o no de metástasis.

Conclusiones: El incremento de la LDH, así como la reducción de los linfocitos durante la EH, la inmunosupresión y la presencia de metástasis se presentan como FR de mortalidad en los POH. Sin embargo, el resto de variables estudiadas no parecen afectar a la mortalidad. Los datos deben interpretarse con cautela debido al tamaño muestral. Son necesarios más estudios en esta población para poder extraer conclusiones robustas.

156. ESTUDIO DEL AJUSTE DE MASCARILLAS AUTOFILTRANTES UTILIZADAS POR EL PERSONAL SANITARIO DE HOSPITALES DE CATALUNYA

Santos Huertas Rios¹, Javier Aniés Escartín¹,
Rebeca García Vilariño² y Rudolf van der Haar³

¹Asepeyo, Sant Cugat, España. ²Fraternidad Muprespa, Madrid, España. ³MC Mutual, Barcelona, España.

Palabras clave: Mascarillas. Ajuste. Hospitales.

En este estudio se presentan las conclusiones del análisis de los resultados de las pruebas de ajuste de 39 modelos de mascarillas autofiltrantes que actualmente se están utilizando en 11 centros sanitarios en Catalunya. El objetivo es ofrecer a los centros hospitalarios los resultados de las pruebas y describir los principales factores que influyen en su ajuste con el fin de que sirvan como base para la toma de decisiones en la adquisición de nuevas mascarillas autofiltrantes.

165. VARIANTES DE TLR7 EN PACIENTES JÓVENES Y APARENTEMENTE SANOS CON COVID-19 GRAVE

Gardenia Vargas-Parra¹, Xavier Solanich Moreno²,
Arnau Antolí Gil², Jesús del Valle Domínguez¹,
Gemma Rocamora-Blanch², Fernando Setién Baranda³,
Manel Esteller Badosa³, Gabriel Capellá Munar¹,
Xavier Corbella Virós² y Conxi Lázaro García¹

¹Hereditary Cancer Program, Catalan Institute of Oncology, IDIBELL-IGTP, Hospitalet de Llobregat, España. ²Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL, Hospitalet de Llobregat, España. ³Cancer Epigenetics Group. Josep Carreras Leukemia Research Institute, Badalona, España.

Palabras clave: Variantes genéticas. Jóvenes. COVID-19 grave.

Introducción: La edad avanzada, el sexo masculino y ciertas comorbilidades son muy prevalentes en pacientes con COVID-19 y se asocian a peor evolución. Sin embargo, estos factores de riesgo no explican por qué individuos jóvenes y aparentemente sanos desarrollan formas severas de la enfermedad. Comprender las causas y mecanismos que predisponen a una COVID-19 grave es crucial ya que podría guiar nuevas opciones preventivas y terapéuticas. Un estudio reciente de 2 familias con hermanos jóvenes y sanos con COVID-19

grave, realizado por van der Made y colaboradores, identificó mediante secuenciación rápida del exoma completo, 2 variantes con pérdida de función en el gen TLR7 situado en el cromosoma X.

Objetivos: Nuestro objetivo fue estudiar la prevalencia de variantes en el gen TLR7 como posible factor de riesgo de COVID-19 grave en pacientes jóvenes y sanos de nuestro hospital.

Material y métodos: Reclutamos a 12 pacientes adultos menores de 51 años que desarrollaron formas graves de COVID-19, requiriendo tratamiento en la unidad de cuidados intensivos. Extrajimos DNA de células mononucleares de sangre periférica y secuenciamos por Sanger toda la región codificante del gen TLR7. Se realizaron estudios de cosegregación en muestras disponibles de los familiares de portadores de variantes infrecuentes en TLR7.

Resultados: Nuestra serie de casos consistió en 10 varones y 2 mujeres entre 30 y 51 años. Encontramos una variante missense (c.644A > G) en 1 de los 12 casos (8,3%). Esta variante no se encuentra reportada en gnomAD y se predice dañina por diferentes programas in silico. El portador era un varón de 30 años sin comorbilidades. Los estudios de cosegregación en su hermano (27 años), sin comorbilidades y también afectado gravemente por COVID-19, revelaron la presencia de TLR7 c.644A > G en hemisigosis. La misma variante se encontró en heterocigosis en la madre (65 años), quien también cursó con COVID-19 grave y contaba con antecedentes de diabetes tipo 2 e hipertensión. Se están realizando varios estudios funcionales para evaluar la posible patogenicidad de esta variante.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que, en algunos casos, la susceptibilidad a COVID-19 grave podría estar determinada por variantes genéticas heredadas en TLR7. Se necesitan más estudios para determinar la patogenicidad de la variante informada aquí, así como la prevalencia de variantes patogénicas en TLR7 en cohortes más grandes de pacientes jóvenes y sanos con afectación grave por SARS-CoV-2.

291. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19 EN CASTILLA Y LEÓN: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE REGISTRO BASADO EN LA POBLACIÓN

Eduardo Gutiérrez Abejón^{1,2}, Francisco Herrera Gómez^{2,3},
Débora Martín García⁴, Eduardo Tamayo^{2,5} y F. Javier Álvarez^{2,6}

¹Dirección Técnica de Prestación Farmacéutica. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Valladolid, España. ²Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, Valladolid, España. ³Servicio de Nefrología. Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España. ⁴Servicio de Nefrología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ⁵Servicio de Anestesiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ⁶CEIm. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID-19. Características Clínicas. Mortalidad.

Los síntomas de la COVID-19 van desde la infección asintomática en el 40-45% de los casos, hasta la aparición síndrome respiratorio agudo grave (en inglés, SARS), sepsis y, finalmente fallo multiorgánico, alcanzando unas tasas de mortalidad en torno al 2-5%. El objetivo del estudio fue evaluar los diferentes patrones de tratamiento farmacológico para los pacientes hospitalizados por COVID-19, y como esos patrones se relacionaban con la mortalidad, así como con la aparición de SARS, daño renal agudo y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (en inglés SIRS). Se ha realizado un estudio epidemiológico de registro basado en la población para el que se han utilizado datos del mundo real incluyendo a todos los pacientes hospitalizados por COVID-19 en los hospitales de Castilla y León desde el 1 de marzo al 31 de mayo de 2020. Para observar la evolución, se han establecido períodos quincenales. Se han analizado las características clínicas de estos pacientes, así como los predictores

de las principales complicaciones clínicas y como afectan las terapias farmacológicas. Se han incluido variables de estancia hospitalaria, datos del modo de ventilación y resultados clínicos. En los hospitales de Castilla y León ingresaron 7.307 pacientes por COVID-19, siendo el 57,05% hombres y con una mediana de 76 años de edad. La tasa de mortalidad fue del 24,43%, con una alta incidencia de SARS (14,03%) y fallo renal agudo (10,87%). Los medicamentos más utilizados fueron los antibióticos (90,83%), antimaláricos (42,63%), corticoides (44,37%) y antivirales, como la combinación lopinavir/ritonavir (42,63%). Fue destacable el uso de tocilizumab (9,37%) y de medicamentos anti-SIRS (7,34%). Fundamentalmente, la muerte ocurrió con mayor probabilidad en el grupo de pacientes mayores de 65 años de edad (OR: 9,05). Además, la necesidad de ventilación se asoció con una mayor probabilidad de muerte (OR: 3,59), SARS (OR: 5,14) y fallo renal agudo (OR: 2,31). En cuanto a las terapias farmacológicas evaluadas, los pacientes tratados con fármacos anti-SIRS (OR: 2,35), corticoides (OR: 1,5) y tocilizumab (OR: 1,34) tuvieron una mayor probabilidad de muerte. El patrón de consumo de medicamentos fue variable a lo largo del período de estudio, según la evolución de la evidencia y los resultados de la práctica clínica diaria. Finalmente, múltiples factores, como la edad, el sexo y la necesidad de ventilación mecánica, se relacionaron con el peor pronóstico evolutivo de la enfermedad.

294. PREEVID Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS: UNA SIMBIOSIS EN LA INFORMACIÓN SOBRE LA COVID-19

Concepción Rosa García¹, Isabel Pozo Serrano¹, María del Carmen Sánchez López¹, Josefa Patricia Moreno Pina¹, Enrique Aguinaga Ontoso², Juan Antonio Sánchez Sánchez³, Beatriz González Giménez² y Agustín Roca Vega²

¹Preevid. Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitarias. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España. ²Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitarias. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España. ³Preevid. Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitarias. Servicio Murciano de Salud. [jubilado], Murcia, España.

Palabras clave: Preevid. Sociedades científicas españolas. COVID-19.

Introducción: Preevid es un servicio de preguntas clínicas del Servicio Murciano de Salud (SMS) que ofrece respuestas basadas en la evidencia al personal sanitario del SMS y la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Muchas de estas respuestas se publican en el Banco Preevid, una colección de preguntas clínicas de acceso libre que puede consultarse de forma online desde cualquier punto del planeta. Desde su creación en 2004 ha recibido 7.173 preguntas y publicado 3.708 (10/02/2021). La aparición del SARS-CoV-2 ha creado unas necesidades de información en la población sanitaria a las que el servicio Preevid no ha sido ajeno. El 04/03/2020 el servicio recibió la primera pregunta relacionada con este virus y ya se contabilizan 177 (10/02/2021). De ellas 107 han sido publicadas en el banco, lo que constituye el 58,6% de las publicadas entre el 04/03/2020 y el 10/02/2021. Con la intención de adaptar la información ofrecida a nuestro contexto sanitario, es habitual que el servicio Preevid realice búsquedas de documentos elaborados en España, nutriendose en muchas ocasiones de los publicados por nuestras sociedades científicas. A la inversa, también ocurre que Preevid se convierte en fuente de información para estas sociedades, siendo en ocasiones citado por ellas. Para mostrar de un modo más detallado esta interrelación entre Preevid y las sociedades científicas españolas se ha llevado a cabo un estudio bibliométrico y altmétrico basado en el análisis de citas y difusión de Preevid a través de Twitter.

Material y métodos: Se analizan las preguntas sobre COVID-19 publicadas en el banco Preevid entre el 11/03/2020 y el 12/09/2020.

Se revisa la bibliografía utilizada en estas preguntas identificando aquellas publicaciones elaboradas por sociedades científicas. Mediante una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus, Embase, Google Scholar y Google se identifica qué sociedades científicas españolas han hecho referencia a alguna de estas preguntas. Mediante un análisis de Twitter se identifican aquellas sociedades científicas españolas que han publicado algún tuit, retuit, comentario o realizado algún like sobre alguna de estas preguntas.

Resultados: Número de preguntas con citas a las sociedades científicas españolas: 18. Número de citas a las sociedades científicas españolas en las preguntas Preevid: 23. Número de preguntas citadas por las sociedades científicas españolas: 22. Número de citas a Preevid identificadas en las sociedades científicas españolas: 2. Número de preguntas con interacciones en twitter de las sociedades científicas españolas: 56. Número de tuits: 63. Número de retuits: 6. Número de likes: 11. Número de comentarios: 0.

Conclusiones: El servicio Preevid no solo constituye una importante herramienta de difusión de la evidencia, sino que ofrece además un útil recurso en la transmisión de las recomendaciones y directrices elaboradas en nuestro propio contexto sanitario.

399. SEGURIDAD DEL PACIENTE MIGRANTE EN PATERA

Fátima Ruano Ferrer

CHUIMIC, Las Palmas, España.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Eventos adversos. Calidad asistencial.

Introducción: En la última década nuestro país es uno de los principales receptores de inmigración ilegal por costa, utilizando como transporte las pateras y/o cayucos. Canarias, por su cercanía con África, está dentro de las principales rutas migratorias Europeas. Durante el año 2020 recibimos cerca de 20.000 migrantes en patera, muchos de los cuales, dadas las condiciones precarias de salud en las que llegan necesitan atención hospitalaria urgente. Los profesionales de la salud que tratamos con este perfil de paciente percibimos cierta preocupación e inseguridad, añadiendo la situación actual por la crisis del COVID-19. Dentro de los requisitos mínimos de Calidad Asistencial y como personal sanitario de primera línea, debemos garantizar a nuestros pacientes una actuación segura que cubra sus necesidades adaptadas a sus diferencias según su contexto cultural, como bien definió en los años 50 la enfermera Madeleine Leininger en su "Teoría de la Enfermería Transcultural".

Caso clínico: Analizar la situación actual de crisis migratoria junto al COVID-19 y la dificultad para atender a pacientes migrantes de patera de forma segura dada las características que presentan, como problemas de comunicación por la barrera idiomática, dificultad en la identificación, volumen elevado de pacientes a tratar, barreras socioculturales.

Material y métodos: Observación y transcripción de las experiencia vividas durante el año 2020 con los pacientes migrantes de pateras que fueron atendidos en el área quirúrgica.

Resultados: El paciente migrante de patera es muy vulnerable a sufrir eventos adversos. Se debe realizar check-list correctamente. El personal sanitario de nuestra comunidad debe conocer las competencias necesarias con este perfil de paciente. Una comunicación efectiva aumenta la calidad asistencial.

Conclusiones: Urge desarrollar y implementar un protocolo de actuación al paciente migrante de patera que facilite la calidad asistencial y garantice la seguridad del paciente.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>

2. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, eds. Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: MAPFRE-Díaz de Santos; 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad

400. MANIOBRA DECÚBITO PRONO EN CONSCIENTES CON RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA FUERA DE UCI

Elena Botillo Pérez, Cristina Díez Moreno, Susana Lema Serrano, Lourdes Fernández García, Laura Largo Briceño, Olga Romo Bartolomé, Fernanda Gil Almagro, Juan Aboitiz Cantalapiedra y Elisa Veyrunes Dávila

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España.

Palabras clave: Prono. Paciente consciente. No intubado.

Introducción: La posición de prono es una maniobra utilizada de forma exitosa para tratar la hipoxemia refractaria en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo en UCIs. La pandemia por SARS-CoV-2 provocó un incremento de pacientes que desarrollaban fallo respiratorio agudo y fueron tratados en servicios de urgencias y hospitalización, con diferentes tratamientos respiratorios poco comunes en esas unidades, incluyendo el decúbito prono en pacientes conscientes con respiración espontánea.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es la definición de un protocolo para unificar la maniobra para posicionar al paciente consciente no intubado en decúbito prono (DP) fuera de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de forma segura.

Material y métodos: Se forma un grupo de trabajo interprofesional de distintas unidades con el fin de desarrollar el procedimiento e introducirlo como protocolo del HUFA, guiados por el protocolo de DP descrito en la UCI. También se unifican las maniobras de posiciones alternativas como el semiprono y el decúbito lateral, para aquellos pacientes que no toleran la posición DP. El uso de esta maniobra está destinada al paciente consciente con hipoxemia que requiere oxígeno con gafas nasales (GN), mascarilla con reservorio, gafas nasales de alto flujo (GNAF), según indicación médica, y con capacidad de autopronación con asistencia mínima o nula. Se incluyen imágenes para definir la posición anatómica correcta y evitar complicaciones. Se definen contraindicaciones absolutas, recursos humanos y materiales, preparación, procedimiento, cuidados de enfermería y especificaciones de las posiciones. Por último se desarrollan ayudas cognitivas como un póster y vídeos descriptivos de cada maniobra.

Conclusiones: Tras elaborar el protocolo se crea un plan formativo para entrenar equipos interprofesionales no de UCI en esta maniobra en el que se formaron 280 trabajadores del HUFA. La maniobra debe iniciarse de forma precoz, sin esperar a un deterioro en el paciente, intentando que el paciente esté confortable para mantener esa posición el mayor tiempo posible y obtener beneficio. El DP es una maniobra fácil y sencilla de realizar con un mínimo entrenamiento del equipo para que enseñe y ayude al paciente al posicionarse en DP, así como las posiciones alternativas, provocando una mejora en la calidad asistencial.

414. COORDINACIÓN EN AP DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 DE LOS MEDICAMENTOS EXTRANJEROS

José María Sánchez Díaz¹ y María Macarena Real Domínguez²

¹Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España. ²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Málaga, Málaga, España.

Palabras clave: Medicamentos extranjeros. Atención Primaria. COVID-19.

Objetivos: Nuestro objetivo consiste en coordinar la adquisición, dispensación y utilización de medicamentos extranjeros (ME) en un

Distrito Sanitario de Atención Primaria (AP) del Servicio Andaluz de Salud durante el estado de alarma decretado por el Gobierno español debido a la actual pandemia por el COVID-19.

Material y métodos: Se elaboró un programa de dispensación en el domicilio del paciente que permite gestionar y garantizar la dispensación de los medicamentos extranjeros supervisados desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP). Para ello, se contactó telefónicamente con los pacientes con próxima dispensación prevista en 2-3 semanas, comprobando la continuidad del tratamiento así como la posología (dosis/día), y la fecha real hasta la que tiene medicación; el consentimiento del paciente para el envío a domicilio (hoja de control); y por último verificación y registro del domicilio y teléfono de contacto del paciente. Los envíos se gestionaron a través del servicio de mensajería contratado según planificación del SFAP. Previamente, para tramitar la solicitud de autorización del medicamento extranjero a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y la dispensación del mismo desde el SFAP, se demandó el Informe clínico con el diagnóstico y el medicamento indicado, detallando dosis y duración del tratamiento.

Resultados: Los ME son considerados como aquellos cuyo acceso no están autorizados en España, siendo su utilización autorizada en otros países, cuando no cumplan con la definición de uso compasivo de medicamentos en investigación. También se importan como medicamentos extranjeros aquellos que, aunque están comercializados en España, tienen problemas de suministro y no hay posibilidad de usar otro medicamento similar como alternativa. El procedimiento del programa de dispensación en el domicilio del paciente ha sido aplicado a las indicaciones de ME procedentes de mutualidades, atención hospitalaria o entidades privadas en base a lo establecido en la normativa vigente coordinando la planificación de envíos domiciliarios en función de las fechas de próxima dispensación, stock actual y Zona Básica de Salud.

Conclusiones: Las principales novedades se centran en que durante el estado de alarma provocada por la pandemia COVID-19 no será imprescindible que la prescripción o receta sea firmada y sellada por el médico prescriptor, así como la suspensión temporal de la aportación del usuario en cuanto al abono del ME.

469. UNIDAD MÓVIL: SOPORTE PARA LA GESTIÓN COVID-19 EN CENTROS ESCOLARES

Elisa Vidal Esteve, Noemi Nova Hernández, Ivan Gasulla Orti, Enric Gil Robert, Eulalia Mestre Moya, María Ruiz Navarro, Nuria Hernández Vidal, María Pilar Muniain Díaz de Cerio, Carlos Valldepérez Cuadrado y Àngels Lozano Santos

ICS, Tarragona, España.

Palabras clave: Pandemia. Centros escolares. Soporte.

Durante la actual pandemia, el Departament de Salut (DS) en colaboración con el Departament d'Ensenyament de nuestra comunidad autónoma, ha desplegado una estrategia para la gestión de los casos COVID-19 en los centros escolares (CE). El aumento de número de casos y la rapidez de contagio comporta la necesidad de detección de los casos positivos para proceder al aislamiento rápido y seguro de los escolares y su entorno estable. Desde la Unidad de Calidad de la Dirección de Atención Primaria (AP) de nuestro territorio, se elabora un procedimiento de actuación para dar respuesta a esta necesidad, creando una unidad extractora (UME) de soporte a la (AP). Asegurar la detección precoz de casos y el aislamiento de los contactos en el entorno educativo de nuestro territorio de influencia, evitando la sobrecarga de los centros de salud en la situación actual de pandemia. Atender la demanda de los CE, realizando la extracción y transporte de las muestras PCR garantizando la seguridad de todo el proceso. La UME está compuesta por 8 equipos móviles (EM) formados por 11 administrativos que realizan la gestión administrativa del proceso, las peticio-

nes y la reinformación + 17 auxiliares de enfermería que realizan la extracción de la muestra y coordinados por una enfermera responsable de la UME. A petición de los CE, se desplazan para la obtención de las muestras para análisis PCR a los alumnos de los centros escolares que conforman el grupo de convivencia estable a partir de un caso positivo y dentro del plazo establecido por el servicio de Epidemiología del DS. Se dispone de automóviles, ordenadores portátiles y contenedores para el transporte seguro de las muestras. Se han realizado 5 horas de formación teórico práctica a 16 auxiliares de clínica para la realización de la técnica de extracción de la muestra y para la utilización de los equipos EPI con seguridad y a 11 auxiliares administrativos para la gestión administrativa, planificación y seguimiento del proceso en la aplicación informatizada. Se han equipado con el material necesario a los 8 EM. Se ha dado cobertura a 285 CE de todo nuestro territorio de influencia. Se han recogido 23.606 muestras para análisis PCR a 23.010 alumnos y 596 profesores. El tiempo medio de respuesta ha sido de 1,5 días. La creación de una UME para la realización de PCR en los (CE) de nuestro territorio, ha facilitado una respuesta rápida a las necesidades de los (CE), evitando demoras en la detección de casos positivos, favoreciendo el aislamiento.

485. SECUELAS DE LA COVID-19 TRAS SUPERAR LA ENFERMEDAD

Isabel María Ortiz Samper¹, Rosa María Rodríguez Belzunce² y Vanesa Mula Pérez³

¹FAAM, Águilas, España. ²HVI (Huerca Overa), Águilas, España.

³Ambulancias de Murcia, Águilas, España.

Palabras clave: Secuela. Respiratorio. COVID-19.

Desde que la enfermedad aterrizara en España, los especialistas no han cesado de progresar y de aprender sobre todos y cada uno de sus aspectos. Para muchos a los que el virus ha atacado, nada será lo mismo, ni física ni mentalmente. Entre las muchas consecuencias derivadas del coronavirus, una de las más importantes es la disnea o “la sensación de falta de aire que siguen teniendo algunos pacientes después de haber sido dados de alta”. Las secuelas neurológicas también pueden contribuir a un déficit de la fuerza muscular, así como un déficit de la función cardíaca. Sin embargo, la disnea puede producirse también por propia causa respiratoria. En el aspecto neurológico, una de las secuelas más características de la COVID-19 es la anosmia o pérdida de olfato. Según Iván Moreno, portavoz de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), esta se produce por afectación directa del virus en el sistema nervioso central. Desde la Sociedad Española de Neurología (SEN), Jesús Porta, asegura que la mayoría de los pacientes suele recuperarse entre las 2-4 primeras semanas. No obstante, hay pacientes en los que puede permanecer un déficit prolongado. La cefalea afecta a entre un 40-60% de los pacientes con COVID-19 sintomático. Aunque la mayoría de los pacientes solucionan este problema a las 1-2 semanas, entre 2-5% puede desarrollar una cefalea crónica de estas características. Las manifestaciones en la piel no son constantes, existen y son de diferente gravedad e intensidad. La caída de pelo, el efluvio telógeno, se ha convertido también en una secuela propia de la COVID-19 que puede aparecer semanas después de haber superado la enfermedad. La afectación cardiológica ha sido una de las cuestiones que más ha preocupado en el ámbito de la COVID-19. La incidencia de tromboembolismo venoso puede alcanzar hasta el 30 por ciento en pacientes hospitalizados, es importante mantener la profilaxis antitrombótica hasta 7-14 días tras el alta hospitalaria en estos pacientes. En el caso de la trombosis venosa los signos y síntomas que pueden indicar un síndrome posttrombótico son dolor, edema, enrojecimiento y tumefacción de la extremidad afecta. En cuanto a los que han sufrido embolia de pulmón, el síntoma principal es la dificultad respiratoria, que podría venir acompañada o no de dolor torácico.

486. IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA RECUPERACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL: CASO CLÍNICO

Laura Franco Rubio^{1,2}, Alicia Puente Martínez², Silvia Ubillos Landa² y Nuria Enríquez Parriego³

¹SACYL, Burgos, España. ²Universidad de Burgos, Burgos, España.

⁴Complejo Asistencial Universitario de Ourense, Ourense, España.

Palabras clave: Recuperación. Esquizofrenia. COVID-19.

Caso clínico: Varón de 40 años de edad con historia psiquiátrica filiada desde el 2012 cuando fue remitido para valoración de sintomatología ansiosa y depresiva. Sin ingresos previos. Derivado al Centro de Rehabilitación Psicosocial en 2014 y en agosto de 2016 al programa de Tratamiento Comunitario. Desde agosto del 2018 hasta marzo del 2020 (cierre cafetería por COVID-19) trabajaba en centro especial de empleo con una jornada de 22,5 horas semanales. Exploración y pruebas complementarias: aunque se mantiene estable se manifiesta un notable deterioro en su funcionamiento. Administración de las siguientes escalas en abril 2019 (pre-pandemia) y octubre 2020 (durante pandemia): CGI, OBQ-E, cuestionario ocupacional modificado, PSP, SF-12, STORI, B-IPQ, ISMI-10, SOLES, ROMI y PHI. Juicio clínico: diagnosticado de trastorno delirante tipo persecutorio y paranoide de la personalidad. Actualmente se encuentra en estado de remisión sintomática parcial, la recuperación funcional ha empeorado (45/100) y la percepción de recuperación (estadio 2) así como de bienestar es baja (35/110). Plan de cuidados: inclusión en programa de actividades de vida diaria para mejora del autocuidado y actividades instrumentales. Incorporación al programa de orientación laboral con el objetivo de recuperar el funcionamiento previo. Seguimiento individual para valorar evolución.

Discusión: La pérdida de empleo ocasionada por la pandemia ha provocado un empeoramiento en todas las áreas de funcionamiento ocupacional y social repercutiendo negativamente en la recuperación del paciente.

543. LOS NIVELES DE C-LDL SE ASOCIAN A MAL PRONÓSTICO EN LA COVID-19

Carolina Iglesias Chavarría¹, Álvaro Aparisi Sanz¹, Cristina Ybarra Falcón¹, Iván Cusáovich Torres², Raúl Fuertes Fuertes³, Mario García Gómez¹, Raquel Ladrón Abia¹, Javier Tobar Ruiz¹, Leonor Nogales Martín⁴ y David Andaluz Ojeda⁴

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Departamento de Cardiología, Valladolid, España. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Departamento de Medicina Interna, Valladolid, España.

³Universidad de Medicina, Valladolid, España. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Departamento de Medicina Intensiva, Valladolid, España.

Palabras clave: C-LDL. Inflamación. COVID-19.

Introducción: La enfermedad infecciosa por coronavirus-19 (COVID-19) se ha asociado con una respuesta inmunológica diversa, se han estudiado los distintos cambios en el perfil hematológico (hemoglobina, leucocitos y plaquetas) pero pocos estudios se centran en las alteraciones que se producen en los niveles de lípidos. Este estudio pretende observar la relación directa en la alteración del perfil lipídico y la mortalidad a los 30 días de la evolución de la enfermedad.

Material y métodos: Realizamos un estudio unicéntrico retrospectivo de pacientes ingresados entre el 1 de marzo y el 15 de mayo de 2020, con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2. El criterio de valoración principal fue evaluar la asociación de los niveles de lípidos como marcadores de mortalidad por todas las causas a los 30 días en COVID-19.

Resultados: Se incluyó un total de 654 pacientes, con una mortalidad estimada a 30 días de 22,8% (149 pacientes). Los pacientes que

no sobrevivieron tenían niveles más bajos de colesterol total (CT) así como niveles más bajos de lipoproteínas de baja densidad (LDL-c) durante el curso de la enfermedad. Ambos grupos mostraron una correlación inversa significativa con los marcadores inflamatorios y una correlación positiva con el recuento total de linfocitos. En el análisis multivariante se observaron niveles de LDL-c $\# < 69$ mg/dl (Hazard ratio [HR] 1,94; Intervalo de confianza del 95% [IC] 1,14-3,31), proteína C reactiva > 88 mg/dl (HR 2,44; IC95%, 1,41-4,23) y linfopenia $< 1,000$ (HR 2,68; IC95%, 1,91-3,78) al ingreso que se asociaron de forma independiente con la mortalidad a los 30 días. El tiempo medio de seguimiento tras el alta hospitalaria fue de 73 días, observándose una normalización de los niveles de colesterol y proteína C-reativa persistiendo la correlación negativa entre ambos. Interpretación: La hipolipidemia en la infección por SARS-CoV-2 puede estar asociada a una respuesta inflamatoria, existiendo una recuperación en aquellos que sobreviven a la fase aguda de la enfermedad. Niveles séricos bajos de c-LDL se asocian de forma independiente con una mayor mortalidad a los 30 días en pacientes con COVID-19.

593. EFECTO DE DESINHIBICIÓN Y ENCUADRE EN PSICOTERAPIA DE GRUPO ONLINE

Paula Castrillo Ramírez, Manuel Mateos Agut y Helena de Diego Martín

Hospital de Día de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

Palabras clave: Desinhibición. Encuadre. Psicoterapia de grupo online.

El actual desarrollo de medios tecnológicos, ha hecho posible la adaptación de la actividad asistencial en nuestro país ante la emergencia sanitaria a causa de la pandemia COVID-19. Los profesionales sanitarios han tenido que encontrar nuevas soluciones ante las restricciones de movilidad, encontrando en la teleasistencia un recurso para ofrecer continuidad al tratamiento. Es un hecho que la tecnología está configurando nuevos modos de relación, y su aplicación se va extendiendo a diferentes áreas, como ha ocurrido en el ámbito asistencial en Salud Mental. Sin embargo, la relación a través del medio tecnológico tiene sus particularidades, influyendo en los procesos de comunicación e interacción entre los participantes. A través de una búsqueda bibliográfica y la observación realizada en una experiencia clínica de psicoterapia grupal online en Hospital de Día de Salud Mental con 36 pacientes, a lo largo de dos meses de observación, reflexionamos acerca de algunos fenómenos relacionales digitales, como son la desinhibición y el efecto sobre el encuadre, producto del encuentro intersubjetivo a través de la pantalla. Factores contextuales y comunicacionales, modularán aspectos de la relación, influyendo en el encuentro entre los participantes de la modalidad de psicoterapia grupal online.

632. PLASTRÓN APENDICULAR CON DIAGNÓSTICO POR RNM

Ana Serantes Gómez, Sagrario Fuerte Ruiz, Teresa Carrascosa Mirón, Raquel León Ledesma, Ana María Muñoz Solera, Ana Isabel Ruiz Espinosa, Susana Sepúlveda Moreno y María del Mar Herraiz Llorente

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Palabras clave: Plastrón apendicular. Diagnóstico. Niños.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 13 años con plastrón apendicular con diagnóstico enmascarado por tratamiento antibiótico. Se trata de una niña de 13 años con antecedentes de pielonefritis derecha hace dos años que acude a la urgencia por dolor

abdominal de 7 días de evolución comenzando con pico febril de 38 °C. Se realiza análisis de sangre con leucocitos de 16.000 y PCR 90 y orina con más de 10 leucocitos por campo. Se solicita ecografía de abdomen en la que no se visualiza apéndice ni signos indirectos de apendicitis, sin otros hallazgos. Ante el diagnóstico de ITU se inicia tratamiento antibiótico y control en consultas. Ante la persistencia del dolor y a pesar de la mejoría del mismo y la desaparición de la fiebre, se realiza nueva ecografía en la que se evidencia un aumento de densidad en FID por lo que se solicita una RNM con diagnóstico de plastrón apendicular con apendicolito en su interior. La paciente ingresa para tratamiento antibiótico presentando desaparición del dolor y es alta le con analítica sin alteraciones. Se realiza control con RNM al mes con resolución completa del absceso. Pendiente de apendicectomía de intervalo. El uso de la escala de Alvarado, AAS y AIS son fundamentales para el manejo diagnóstico de la apendicitis aguda. La realización de la ecografía es el gold estándar en el diagnóstico de imagen pero es fundamental recurrir a otra prueba de imagen en caso de que la ecografía no visualice un apéndice normal para evitar los falsos negativos de esta prueba.

641. RETRASO DIAGNÓSTICO DE TUMOR PHYLLODES DE MAMA EN PANDEMIA COVID

Teresa Carrascosa Mirón, Ana Serantes Gómez, Sagrario Fuerte Ruiz, Raquel León Ledesma, Laura Alonso-Lamberti Rizo, Ana María del Mar Herraiz Llorente, Ana María Muñoz Solera, Ana Isabel Ruiz Espinosa y Susana Sepúlveda Moreno

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Palabras clave: Phyllodes. Cáncer. Mama.

Introducción: En el contexto de la crisis sanitaria por la pandemia COVID que hemos sufrido en nuestros centros muchas patologías han sufrido un retraso en el diagnóstico que han podido condicionar un aumento de la morbilidad-mortalidad. Presentamos el caso de mujer de 55 años con tumoración mamaria gigante, de 6 meses de evolución, que provoca ulceración cutánea y circulación colateral, en relación con un tumor phyllodes borderline.

Caso clínico: Los tumores phyllodes suponen el 1% de los tumores mamarios. En general son benignos y de buen pronóstico, aunque presentan elevada tasa de recidiva local. Los malignos, menos del 10% del total, se diseminan vía hematogénica y rara vez presentan afectación ganglionar. El diagnóstico de sospecha, tras la ecografía mamaria y/o mamografía, debe confirmarse mediante biopsia con aguja gruesa de la lesión. La tomografía computarizada, la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones, son necesarias para valorar la extensión y posible infiltración local.

Discusión: El tratamiento del tumor phyllodes benigno es quirúrgico, realizándose extirpación completa de la lesión. Los borderline o malignos precisan, además, márgenes quirúrgicos libres, de al menos un centímetro, para disminuir el riesgo de recidiva local. En tumores de gran tamaño puede ser necesaria la mastectomía simple. El tratamiento adyuvante con radioterapia habría que considerarlo en casos de alto riesgo de recidiva.

668. PSEUDOHERNIA, UNA PATOLOGÍA DE DIFÍCIL MANEJO

Ana Serantes Gómez, Sagrario Fuerte Ruiz, Teresa Carrascosa Mirón, Raquel León Ledesma, Susana Sepúlveda Espinosa, María del Mar Herraiz Llorente, Ana María Muñoz Solera y Ana Isabel Ruiz Espinosa

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Palabras clave: Pseudohernia.

Introducción: El abordaje laparoscópico de la la patología de pared ha sufrido modificaciones en los últimos años. La reparación mediante la técnica de doble corona con uso muy extendido sin limitación de tamaño ha dado paso a unas indicaciones más restrictivas de la técnica, buscando la menor morbilidad y la mayor funcionalidad de la pared abdominal. Una de las complicaciones de la eventroplastia laparoscópica con técnica de doble corona es la pseudohernia que se define como una protrusión contenida por la malla exclusivamente. Esta patología supone en muchas ocasiones una limitación funcional para el paciente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 45 años que acude a la urgencia por dolor abdominal súbito y tumoración periumbilical, difícil de definir por obesidad mórbida. Se realiza TAC de abdomen con el diagnóstico de hernia umbilical incarcerada y se realiza eventroplastia laparoscópica con técnica de doble corona sobre orificio herniario de 7 cm. Durante el seguimiento se aprecia pseudohernia con leves molestias locales y se decide intentar la pérdida de peso controlada por endocrinología para posterior reparación de pared. El uso del abordaje laparoscópico en las hernias en pacientes obesos es un punto clave para reducir la morbilidad en este tipo de pacientes y usarlo incluso como tratamiento puente hasta la cirugía de la obesidad.

789. PROTOCOLO DOMICILIARIO EN AP DE CASOS COVID-19 COMO CONTROL DE LA PANDEMIA

José María Sánchez Díaz¹ y María Macarena Real Domínguez²

¹Área de Gestión Sanitaria de Osuna, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España. ²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Málaga, Málaga, España.

Palabras clave: Protocolo domiciliario. COVID-19. Atención Primaria.

Objetivos: Nuestro objetivo consiste en explorar alternativas no presenciales de seguimiento domiciliario en Atención Primaria para casos posibles y confirmados por COVID-19 mediante comunicación telefónica con el paciente.

Material y métodos: La Atención Primaria es un nivel asistencial clave en el control de la pandemia de COVID-19, y en su contexto global, en el cuidado de toda la población. Se elaboró un protocolo de seguimiento domiciliario de casos posibles y confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-19) desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) basado en la comunicación telefónica con el paciente. Para ello se diferenciaron dos grandes grupos de pacientes: aquellos sin comorbilidades menores de 65 años y sin síntomas de alarma (llamadas telefónicas a las 24 horas y al cuarto día), y aquellos mayores de 65 años o de cualquier edad -incluidas las embarazadas- con comorbilidades estables y sin síntomas de alarma (llamadas telefónicas a las 24 horas y al tercer día).

Resultados: El seguimiento telefónico domiciliario es fundamental a las 24 horas y al tercer-cuarto día desde la identificación del paciente (caso sospechoso o confirmado) en la organización del triaje a la entrada del centro sanitario mediante la detección rápida de síntomas respiratorios agudos (tos fiebre o disnea). Cabe destacar que este procedimiento de seguimiento domiciliario incide su actuación entre el sexto y octavo día, ya que algunos pacientes suelen empeorar en este periodo de tiempo. Por ello, los pilares fundamentales del seguimiento domiciliario se basan en el control clínico del paciente, recordar las medidas de aislamiento y conocer la situación de sus convivientes.

Conclusiones: Los cambios organizativos que motivan este seguimiento suponen un gran esfuerzo de los profesionales, siendo esencial la colaboración de la ciudadanía. El descrito procedimiento proporciona el seguimiento domiciliario en Atención Primaria centrándose en que la atención no presencial puede ser muy resolutiva, además de limitar la exposición, sobre todo para los pacientes

más frágiles y dependientes, siendo las personas vulnerables los prioritarios en el escalafón sanitario durante la actual pandemia por COVID-19.

899. PERSISTENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-SARS-CoV-2 A LOS 6 MESES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Lucía Escolano Taravillo¹, Ana M. Méndez Echevarría¹, Talía Sainz Costa¹, Iker Falces Moreno¹, Javier Nogueira López¹, Milagros García López-Hortelano¹, Olaf Neth², Beatriz de Felipe Carrillo², Sonia Alcolea Ruiz¹ y Cristina Calvo Rey¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Palabras clave: Pediatría. Serología. Anticuerpos.

Introducción: La respuesta inmunológica frente a la infección por SARS-CoV-2 y su persistencia en el tiempo ha sido poco estudiada. Nuestro objetivo es analizar la duración de la respuesta serológica en niños infectados durante la primera ola en España e identificar los factores determinantes de una respuesta prolongada en el tiempo.

Material y métodos: Estudio prospectivo, realizado entre abril y diciembre 2020, en el que se reclutaron niños < 18 años con cuadros graves o moderados atendidos en planta o consulta, junto con niños asintomáticos o que habían pasado un cuadro leve y con serología positiva. A los 6 meses de la serología inicial se realizó un segundo control serológico mediante ELISA IgG COVID-19 (Vircell, Granada, España). Se consideró una respuesta como positiva por encima de 0,4. Se analizaron las características clínicas de los pacientes con persistencia de la inmunidad.

Resultados: Se incluyeron 56 niños con IgG positiva entre abril y agosto de 2020, con edades comprendidas entre los 15 días de vida y los 17 años (mediana 8,32, RIC 2,52-13,58, 50% varones). El 37,5% (21/56) habían requerido ingreso. 12,5% (7/56) pasaron la infección asintomática, 51,8% (29/56) con cuadros respiratorios altos, síndromes febriles y otros cuadros leves, mientras que 32,1% (18/56) tuvieron cuadros graves (neumonía, MIS-C). En todos se realizó una segunda serología entre septiembre y diciembre de 2020, a una media de 6,1 meses (rango 3,9-8,1) desde la primera. En un 86% (48/56) de los niños persistía la IgG a los 6 meses de la primera serología. Este porcentaje fue del 100% en el grupo de los que requirieron ingreso y del 77% entre los ambulatorios (OR: 1,78, IC95% 1,4-2,3, p = 0,018). No se encontraron diferencias en cuanto a la persistencia de la IgG entre varones y mujeres ni dependencia de la edad, ni con el diagnóstico sindrómico.

Conclusiones: Los resultados de nuestra muestra sugieren que los títulos de anticuerpos frente a SARS-CoV-2 en la mayoría de los niños persisten al menos 6 meses. Esta respuesta es más duradera en los pacientes que han tenido cuadros graves y subsidiarios de ingreso que en aquellos con cuadros banales o asintomáticos. No se encontraron diferencias en función de la edad. Nuestros resultados coinciden con lo reportado en series de otros países y en series de adultos.

1086. NUESTRO DÍA A DÍA JUNTO AL COVID-19

Vanesa Mula Pérez¹, Isabel María Ortiz Samper² y Rosa María Rodríguez Belzunce³

¹Trasporte Sanitario de la Región de Murcia, Águilas, España. ²FAAM, Águilas, España. ³Hospital La Inmaculada, Águilas, España.

Palabras clave: Protocolos. Trabajo y COVID-19.

A falta de un mes para cumplir un año que el COVID-19 llegó para encerrarnos en nuestras casas y cambiar por completo nuestras vidas, seguimos adaptándonos a esta nueva realidad de protocolos de higiene, protección y rutinas nuevas para protegernos de él. La mayoría de ellos suelen coincidir, lo único que varía es su rigurosidad en

función del sitio donde estemos y el tipo de trabajo: Uso obligatorio de la mascarilla quirúrgica, FFP2 o FFP3, (no valen mascarillas de tela, aunque mucha gente las lleva donde no se les obliga llevar de las otras porque son más bonitas que las reglamentarias). Uso de gel hidroalcohólico al entrar ya sea en una tienda, bar, hospital... Guardar la distancia de seguridad con los demás de 1,5 a 2 metros a ser posible (ya sea en una fila, sentada en un bar, en la calle, trabajo... incluso en el propio domicilio). Lavado de manos con agua y jabón, frecuentemente. Al toser o estornudar cubrirse la boca y nariz con un pañuelo o con el codo. Evitar tocarse los ojos, la nariz y boca. Uso de guantes de un solo uso si fuera necesario. Toma de temperatura a la entrada sobre todo en hospitales, centros de Atención Primaria, en ciertas empresas... También hay que tener en cuenta otros aspectos relacionados como: los espacios cerrados, importante la ventilación si se puede ya sea por ventanas o extractores; entre compañeros, siempre mantener la distancia de seguridad y la mascarilla; desinfectar las superficies con el producto indicado para ello descol, lejía rebajada con agua en la proporción recomendada... (según normativa de la empresa). Cuando lleguemos a casa: dejar los zapatos fuera de casa o en la entrada, sacarlos al balcón para ventilarlos y usar en casa unos distintos y limpios; limpiar los artículos que hemos traído llaves, gafas, móvil, compra,... con un poco de agua y lejía, dejar secar; lavar la ropa que hemos utilizado o dejarla ventilar en el balcón; lavarnos bien las manos con abundante agua y jabón; no compartir materiales de uso personal como toallas, vasos, cubiertos...; evitar reuniones con gente no conviviente y menos en espacios cerrados. Lo que está claro es que está en nuestras manos que esto termine, por eso es tan difícil, porque aunque hay mucha gente que sigue los protocolos y hace bien las cosas, hay otros tantos que no lo hacen, cada mes que pasa la paciencia se hace más pequeña y se van cometiendo fallos, se coge confianza y la gente se relaja y vuelta a empezar.

1098. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZADOS POR SARS-CoV-2 EN LA PRIMERA OLA

Carlos Vergara Hernández, Mónica López Lacort, Ainara Mira Iglesias, Cintia Muñoz Quiles, Javier Díez Domingo, Lina Pérez Brea y Alejandro Orrico Sánchez

FISABIO, Valencia, España.

Palabras clave: Mortalidad. Factores de riesgo.

Introducción: La actual pandemia causada por el SARS-CoV-2 ha supuesto un grave problema de salud pública mundial afectando especialmente a la población más mayor. Nuestro objetivo fue identificar factores de riesgo asociados a mortalidad por SARS-CoV-2 en mayores de 60 años hospitalizados durante la primera ola de la pandemia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en sujetos ingresados en centros del grupo HM Hospitales mayores de 60 años y con diagnóstico COVID+ desde el 1 de marzo (o fecha de admisión) hasta julio de 2020 (o fecha de alta o deceso). Para estudiar la mortalidad por SARS-CoV-2 y ver factores de riesgo asociados se implementó una regresión de Cox, controlando por características demográficas (sexo y edad), clínicas (%SatO2), patologías previas (enfermedad crónica pulmonar, renal o hepática, diabetes, obesidad, HTA) y pruebas de laboratorio (leucocitos, proteína C reactiva, creatinina, lactato deshidrogenasa, plaquetas) a fecha del ingreso.

Resultados: De las 1.638 personas ingresadas, fallecieron 331 (223 hombres, 67,4%), con una mediana de edad de 83 años (81 en hombres, 85,5 en mujeres). Se identificaron como factores de riesgo la edad (HR: 1,08; IC95% 1,06, 1,1), un valor elevado de proteína C reactiva (HR para 9,66 mg/dL vs 5,31 mg/dL: 3,18; IC95% 2,27, 4,45), un valor elevado de lactato deshidrogenasa (HR para 240 U/L vs 140 U/L: 1,05; IC95% 1,02-1,08), creatinina elevada (HR para 1,19 mg/dL vs 0,75 mg/dL: 1,62; IC95% 1,21-2,18), bajo recuento de plaquetas (HR

para $170 \times 10^3/\mu\text{L}$ vs $230 \times 10^3/\mu\text{L}$: 1,25; IC95% 1,09-1,43) y una baja SatO2 a ingreso (HR: 1,04; IC95% 1,03-1,05).

Conclusiones: Se identificaron como factores de riesgo la edad avanzada, determinaciones elevadas de proteína C reactiva, creatinina y lactato deshidrogenasa, así como un bajo recuento de plaquetas y una baja SatO2 al ingreso.

1188. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES COVID-19 CON PLASMA HIPERINMUNE

Fiorella Sarubbo^{1,2}, María Arrizabalaga Asenjo^{1,2}, Manuel Raya¹, Jose María Guerra Hernando^{1,2}, Aina Vidal Balle^{1,2}, Magdalena Flexas^{1,2}, Josep Borràs Vives^{1,2}, María Victoria Fernández-Vaca del Alamo^{1,2}, Khaoulah Elhaji^{1,2} y Joan Bargay Lleona^{1,2}

¹Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria de les Illes Balears (IdISBa), Palma, España.

Palabras clave: Plasma hiperinmune. COVID-19. Ensayo clínico.

Introducción: La enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) fue clasificada como pandemia por la OMS en marzo de 2020. Su alta transmisibilidad y la complejidad del proceso de inmunización con las vacunas existentes, hacen necesario seguir estudiado terapias que ayuden a combatir los efectos de la infección. El plasma de donantes convalecientes, ya utilizado en otras epidemias, podría ser una opción para atenuar la gravedad de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la evolución clínica y sintomatológica de los pacientes ingresados por COVID-19 a los que se les ha infundido plasma hiperinmune.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado con dos grupos: intervención (al que se le infunde plasma hiperinmune) y control, ambos reciben además el tratamiento estándar. Criterios de inclusión: COVID-19 positivos y con inicio de síntomas igual o inferior a 7 días, presencia de neumonía en Rx tórax y/o SatO2 < 94%, SOFA < 6. El grupo intervención recibió durante dos días una dosis diaria de 300 ml de plasma hiperinmune procedente de personas ex convalecientes de la enfermedad COVID-19. Se realizó seguimiento a los 7, 14 y 21 días desde inicio inclusión. La variable principal fue la mejoría clínica entendida como la proporción de pacientes que pasan a las categorías 1 y 2 de la escala Adaptive COVID-19 Treatment Trial (ACTT) en el día 14 y 21 de seguimiento. Los pacientes fueron reclutados en el Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca.

Resultados: Se presentan datos preliminares de los 27 primeros pacientes reclutados (18 grupo tratamiento y 9 grupo control). La media de edad fue $56 \pm 3,3$ y $65 \pm 3,1$ años en el grupo intervención y control respectivamente, 55,6% de hombres, media IMC $29,3 \pm 1,4$. En la escala ACTT, de los 18 pacientes a los que se les transfundió plasma, a los 14 días el 78% progresaron a las categorías 1 y 2 vs 67% en el grupo control. A los 21 días esta mejoría se acentúa siendo de 94% vs 78% respectivamente ($p < 0,05$). Esta tendencia a la mejoría se inicia a observar a partir del día 7.

Conclusiones: Se observa de forma preliminar que el tratamiento con plasma hiperinmune mejora la evolución clínica y sintomatológica de los pacientes COVID-19. Se requiere seguir reclutando pacientes para determinar si la tendencia se prueba significativa.

1190. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD EN LA ERA COVID

Ana I. Terriza Torres, Patricia González López, María Caparrós López, Miguel Pedrera Jiménez, Carolina Varela Rodríguez, Blanca Baselga Penalva, Pablo Serrano Balazote y M. Andión Goñi Olague

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Palabras clave: Resultados en salud. Tecnologías de la información. ICHOM.

En el campo de la asistencia sanitaria está adquiriendo especial relevancia el enfoque centrado en la medición de los problemas de salud mediante escalas o cuestionarios con información reportada directamente por el propio paciente. Se han desarrollado los Instrumentos de Evaluación desde la Perspectiva del Paciente o PROMs (Patient-Reported Outcomes Measurements). Los PROMs representan una medición estandarizada de cómo los pacientes perciben su salud; ayudando a comprender mejor la relación entre los procesos de atención y los resultados obtenidos, así como averiguar si los esfuerzos y los costes de la atención a la salud tienen los efectos deseados. La incorporación de los PROMs potencia un nuevo enfoque orientado a la Atención Sanitaria Basada en Valor o Value Based Health Care, en la que se prioriza la atención centrada en el paciente y supone un cambio revolucionario en el campo de la salud tanto a nivel clínico, como estratégico, organizativo y de gestión. En el Hospital Universitario 12 de Octubre se ha desarrollado un estudio, dentro de la estrategia de medición de resultados en salud, para la condición clínica "Pacientes diagnosticados con infección por SARS-CoV-2", donde se ha tomado como referencia la especificación del standard-set de variables ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) para dicha condición de salud. La elaboración y posterior implantación de un proyecto de medición de resultados en salud supone un exhaustivo trabajo por parte de un equipo multidisciplinar. Las tecnologías de la información representan un elemento clave en el registro de los datos, la integración con la historia clínica electrónica (HCE) del paciente y la explotación para fines secundarios. Las líneas de actuación implementadas han sido: el desarrollo y validación de herramientas informáticas para la realización de los cuestionarios, recopilados a través de la plataforma HOPES. La implantación de una aplicación móvil que permite la realización del cuestionario por los pacientes, permitiéndoles mayor autonomía en su cumplimentación. La normalización de la información: modelado y enlace terminológico mediante la terminología estandarizada SNOMED CT, permitiendo la representación homogénea de los datos para la continuidad asistencial y la explotación de estos a nivel internacional. La integración de los PROMs en la HCE (HP-HCIS) del paciente, así como en repositorios normalizados de uso secundario y cuadros de mandos de gestión clínica.

1226. MANEJO DE CURAS COMPLEJAS DURANTE LA PANDEMIA COVID

Ana Serantes Gómez, Raquel León Ledesma, Teresa Carrasca Mirón, Sagrario Fuerte Ruiz, Ana Isabel Ruiz Espinosa, Ana María Muñoz Solera y María del Mar Herraiz Llorente

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Palabras clave: Curas. Pandemia.

La crisis sanitaria producida por el SARS-CoV-2 durante el mes de marzo significó la suspensión total de nuestras consultas y con ello la paralización de determinados servicios continuados como la atención a pacientes con curas complejas que supuso una situación de grave retroceso en la evolución de las mismas. Durante esas primeras semanas empezamos a recibir contacto telefónico de pacientes que precisaban atención ambulatoria, pero que las circunstancias impedían su manejo y cada día que pasaba vislumbrábamos una prolongación en el tiempo. Ese contacto telefónico empezó a transformarse en un sistema de telemedicina en tiempos de crisis, recurriendo a fotos de heridas complejas que se recibían en nuestros correos para poder mantener la atención a estos pacientes. Presentamos el resumen del manejo durante el confinamiento de nuestros pacientes en la consulta de cirugía general del Hospital de Getafe.

1227. EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL: PROBLEMAS ASOCIADOS A SU USO EN SANITARIOS

Adriana Santana Dornateche, Fátima Cañoto López, Lucía Sevilla Muñoz, M^a África Perdigón Ambite, María Quiñonero García y Sonia Romo Guzmán

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.

Palabras clave: Equipos de Seguridad. Enfermedades de la piel. Profesionales de la salud.

El 30 de diciembre de 2019 en la región de Wuhan (China) se detectó por primera vez la enfermedad COVID-19 producida por el virus SARS-CoV-2, identificada como un virus zoonótico. Las vías principales de transmisión conocidas son las gotículas y los fómites durante el contacto cercano sin protección entre personas; en segundo lugar, la propagación aérea en procedimientos de generación de aerosoles. Según los datos aportados por el Gobierno de España, se han reportado 3.056.035 casos confirmados y 640.747 fallecidos. La enfermedad puede presentar cuadros leves, moderados o graves, presentando una tasa de mortalidad global en pacientes hospitalizados del 21% que aumenta con la edad de los pacientes. Para el tratamiento de pacientes en hospitalización los profesionales que mantengan un contacto terapéutico estrecho deberán utilizar Equipo de Protección Individual (EPI) compuesto por protección respiratoria, guantes, ropa de protección y protección ocular. Estos equipos deben cumplir las condiciones recogidas en el Real Decreto 773/1997 y estar certificado en base al Reglamento (UE) 2016/42. Los guantes o mascarillas deberán estar destinados a uso médico y estar certificados de acuerdo al Real Decreto 1591/2009. El uso prolongado, la falta de instrucción, la mala utilización y las calidades de los EPI repercuten en la salud del personal; apareciendo lesiones sobre todo en las zonas de presión o falta de transpiración, combinadas con el uso de agentes químicos. Principalmente destacan reacciones inflamatorias, infecciosas, alérgicas y heridas por fricción o presión en la piel de rostro y manos. Además, existen molestias como cefaleas, cansancio excesivo, problemas respiratorios y de ansiedad. Coincidiendo con los problemas más frecuentes detectados a través de nuestra experiencia. Se realizó un estudio observacional descriptivo mediante una revisión bibliográfica y una encuesta de respuesta sí/no al personal de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) de las unidades de medicina interna del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Cuyos objetivos fueron: describir los problemas más frecuentes producidos por el uso prolongado de los equipos de protección individual durante la pandemia por SARS-CoV-2; definir la prevalencia de los principales problemas en el personal del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Proponer un plan de cuidados de enfermería para las afecciones principales.

1275. FRACASO DE TRATAMIENTO CONSERVADOR DE APENDICITIS AGUDA EN UNA PACIENTE COVID-19

Irene Cavallaro Cavallaro y Luz María Bohórquez Hermoso

Centro de Salud de Gibralfaró, Huelva, España.

Palabras clave: Apendicitis. COVID-19.

Caso clínico: Mujer de 14 años. Sin RAMc ni antecedentes médicos relevantes. Paciente diagnosticada de COVID-19 hace una semana, acude a urgencias hospitalarias por dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha de 48 horas de evolución, tipo cólico, acompañado de náuseas, vómitos, diarrea y fiebre de hasta 38,5 °C. BEG, BHyP, hemodinámicamente estable, T^a 38,5 °C. ACP normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, sin irritación peritoneal. Blumberg positivo. Hemograma: leucocitosis 13.280 u/L, neutrofilia 11.580 u/L, resto normal. Bioquímica: PCR 215 mg/L,

procalcitonina 6,46 ng/mL, resto normal. Gasometría venosa y urianálisis normales. Coagulación: dímero D 3.483 ng/mL. TAC abdominal: imagen esférica, que mide 4 × 2,5 cm que se sitúa medial y en íntimo contacto con ciego y colon ascendente con apendicolito en el contexto de apendicitis. Líquido libre entre asas en vecindad así como en fondo de saco peritoneal lateralizado a la derecha. Distensión generalizada de asas intestinales. DD: salpingitis, neoplasia ovárica, torsión ovárica, pielonefritis, cólico renal, diverticulitis, pancreatitis, neoplasia intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal. Tras su ingreso en planta de cirugía se decide manejo conservador, pero a las 24 horas la paciente presenta un empeoramiento que obliga al cambio de actitud terapéutica. Previo a la cirugía se administran analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos (piperacilina/tazobactán) con vista a reducir la infección periapendicular. Tras el éxito de la cirugía laparoscópica de la apendicitis aguda gangrenosa con peritonitis purulenta focal, se coloca un drenaje que fue retirado a los 3 días.

Discusión: Según las últimas evidencias quirúrgicas en apendicitis agudas en pacientes con infección por COVID-19 es fundamental diferenciar una sepsis de origen abdominal de una afectación sistémica debida a la misma infección COVID. Por estas razones el primer planteamiento que se llevó a cabo con la paciente fue un manejo conservador, apoyado además de su joven edad y de la falta de factores de riesgo quirúrgicos. No obstante, la evolución no fue favorable, precisando cirugía urgente en las primeras 24 horas del ingreso. Con este caso queremos destacar la importancia del seguimiento analítico en relación a los cuadros infecciosos abdominales agudos y que a pesar de tener un paciente con un perfil favorable no siempre se pueden llevar a cabo las recomendaciones sugeridas.

1279. IMPACTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES PORTADORAS DE COVID-19

Amanda González López

SESCAM, Albacete, España.

Palabras clave: Leche materna. COVID-19. SARS-CoV-2.

Introducción: La situación de pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 ha generado una preocupación importante sobre el uso de la lactancia materna en madres portadoras del virus. La leche materna proporciona una fuente de alimento natural adecuada a los requerimientos energéticos de los recién nacidos. La leche materna es especialmente importante frente a las enfermedades infecciosas por sus altos factores antiinfecciosos y antiinflamatorios. Conocer los beneficios y perjuicios de la lactancia materna en madres portadoras del SARS-CoV-2 es un reto al que ineludiblemente se tienen que enfrentar los profesionales sanitarios. La incertidumbre sobre esta nueva enfermedad generó que a principio de la pandemia se desaconsejara el uso de la lactancia materna en madres portadoras de la infección SARS-CoV-2 durante el puerperio. La inmunodeficiencia del recién nacido ocasionó que en muchos de estos casos madre con infección adquirida e hijo fueran separados tras el nacimiento frente a posibles contagios. Las referencias encontradas actualmente (febrero de 2021) siguen siendo escasas y se encuentran en constante estudio y evolución.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos Medline, ScienceDirect, CINALH, CUIDEN. Las palabras claves empleadas han sido, lactancia materna, SARS-CoV-2, COVID-19, leche materna e inmunidad. Se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR". Se realizó una crítica de los estudios encontrados, con una preselección tras leer el título y los resúmenes, y en los casos en los que se cumplían los criterios de inclusión, se leyeron los artículos completos.

Resultados: Los estudios determinan que no se ha demostrado la existencia del virus SARS-CoV-2 en la placenta, cordón umbilical o

leche materna. Hasta entonces se conocía la importancia de la leche materna frente a la inmunidad ocasionada por otras enfermedades infecciosas, debido al traspaso de anticuerpos a través de ella. Un estudio reciente ha demostrado una fuerte respuesta inmune de anticuerpos frente al SARS-CoV-2 en la leche materna de madres infectadas por COVID-19. La sociedad española de neonatología recomienda el inicio de la lactancia materna precoz siempre que las circunstancias tanto de la madre como del neonato lo permitan, así como evitar la separación del recién nacido y madre con COVID-19 positivo. Los numerosos beneficios del contacto piel con piel inmediato entre la madre y el recién nacido.

1292. HERNIA INTERCOSTAL GIGANTE CON RETRASO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR PANDEMIA COVID

Teresa Carrascosa Mirón, Raquel León Ledesma, Ana Serantes Gómez, Sagrario Fuerte Ruiz, Ana María del Mar Herraiz Llorente, Ana María Muñoz Solera, Ana Isabel Ruiz Espinosa y Susana Sepúlveda Moreno

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España.

Palabras clave: Hernia. COVID. Tratamiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 51 años, con antecedente de agorafobia, que acude a urgencias por tumoración en región costal izquierda, tras episodio de bronquitis aguda, en relación con hernia intercostal gigante. La hernia intercostal se trata de una entidad poco frecuente que por su etiología se puede clasificar como congénita o adquirida (traumática, postquirúrgica o espontánea). Las hernias intercostales suelen asociarse a maniobras de hiperpresión, como la tos, que provocan el desgarro de los músculos intercostales o incluso la fractura de una o varias costillas. Aunque la sospecha es clínica, la tomografía computarizada es necesaria para confirmar el diagnóstico y planificar la intervención quirúrgica. La reparación protésica sin tensión es el tratamiento de elección. En nuestro caso, la pandemia dificultó en un primer momento la opción de cirugía en este paciente. Un año después continúa sin haber sido tratado por el agravamiento que ha provocado esta situación de su enfermedad psiquiátrica.

1298. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN TIEMPOS DE COVID

Carmen Rocío Peñate Roldán¹, Julia Cabello Pérez² y María del Mar Ojeda Bendala³

¹Servicio Andaluz de Salud, Cartaya, España. ²Servicio Andaluz de Salud, Lebrija, España. ³Servicio Andaluz de Salud, Lepe, España.

Palabras clave: Trabajador social. Vulnerabilidad. COVID-19.

La irrupción del SARS-CoV-2 ha supuesto una nueva realidad en cuanto a la asistencia social se refiere. La figura del trabajador social ha sido un eje indispensable a la hora de poder detectar situaciones de vulnerabilidad en ámbitos tan diversos como la violencia de género, sin hogarismo, adicciones, absentismo escolar, desestructuración familiar. La figura del trabajador social, ahora más que nunca se potencia y hace gala de su apellido en la figura del rastreador ya que la vertiente más cercana a las personas, como enlace directo y canalizadora de problemas facilita la detección de situaciones de riesgo y promueve la solución de lagunas. En un momento donde el acceso a la sanidad se hace complicado por las medidas restrictivas y de prevención ante la pandemia, la figura facilitadora del trabajo social promueve el acercamiento del ciudadano al medio sanitario. El rastreo visto desde la perspectiva del trabajo social apoya a la vertiente sanitaria pura desde el aporte de datos cualitativos que permite tener una percepción mucho más amplia de las problemáticas COVID.

Se hace esencial aportar este punto de vista a la pandemia de cara a que los distintos ámbitos sociales en riesgos de exclusión, grupos vulnerables o colectivos sensibles, así como situaciones complejas que se escapan de la sanidad desde el punto de vista médico, puedan ser atendido en primera instancia y derivados de una forma efectiva. El disponer de este vínculo promueve la eficiencia, la agilidad a la hora del acceso a los medios sanitarios, así como aporta una vertiente educativa al proceso COVID-19 a través de la información y la formación de los usuarios del sistema público de salud.

Material y métodos: Recogida de datos de colectivos atendidos, diferenciando por sectores, demandas recibidas e intervenciones sociales. Información de formación sobre medidas COVID-19 a través de las intervenciones de rastreo.

Objetivos: Configurar un repertorio de servicios del Trabajador Social Sanitario detectados a través del rastreo que se diferencian de los servicios demandados de forma habitual.

Bibliografía

1. <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Documento%20CGTS%20COVID-19.pdf>

1302. DETECCIÓN DEL IMPACTO EMOCIONAL DE COVID-19 A TRAVÉS DEL RASTREO EN TRABAJO SOCIAL

María Arráez Lorenzo¹, Irene Pichardo García¹
y Rosa María Morales Cruz²

¹Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España. ²Servicio Andaluz de Salud, Moguer, España.

Palabras clave: Impacto emocional, COVID-19. Trabajo social.

Introducción: Desde marzo 2020, el momento de aislamiento forzado con la finalidad de hacer frente a una situación sanitaria, la COVID-19, de características desconocidas, provoca un giro en las condiciones de vida y en las costumbres del conjunto de la sociedad. Las restricciones en movilidad y la economía, han creado nuevos panoramas sociales que han conformado escenarios de difícil afrontamiento. El desempleo, la pérdida de negocios propios, las situaciones de incertidumbre, así como el aislamiento progresivo de los entornos sociales, han ido aumentando las situaciones de estrés, ansiedad y depresión con una prevalencia cada vez mayor. Se han acentuado las patologías mentales y dificultado las inserciones sociales de las personas mayores y de los colectivos con discapacidad, en especial aquellos con algún tipo de diversidad a nivel intelectual. Desde los servicios de salud, desde un inicio, se hace esencial el rastreo a nivel de salud física y de contactos para detectar la enfermedad en sí misma e intensificar la contención del contagio. La COVID-19 ha puesto en escena la existencia de situaciones que están configurando lo que se podría denominar una "epidemiología emocional" con un amplio espectro de manifestaciones que establecerían un patrón común a todos los casos de COVID-19, no solo en los que positivizan la enfermedad sino en aquellos que componen el círculo estrecho de contactos.

Material y métodos: Rastreo a través de la figura de trabajador social rastreador de las personas positivas y su entorno próximo. Estudio de aumento de demandas de intervenciones sociales y de los cuadros ansioso-depresivos relacionados directamente por la COVID-19. Estudio de situaciones de conflicto intrafamiliar.

Objetivos: Crear un mapa de la incidencia emocional de la COVID-19 así como estructurar una serie de recursos que ayuden a paliar los efectos negativos de la pandemia.

Bibliografía

1. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis.

1306. TRABAJADOR SOCIAL RASTREADOR EN EL ÁMBITO AGRÍCOLA Y EL TRATAMIENTO DE TEMPOREROS

María Arráez Lorenzo¹, Carmen Castillo Jiménez¹
y María Matero Domínguez²

¹Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España. ²Servicio Andaluz de Salud, Huelva, España.

Palabras clave: Trabajador social. Ámbito agrícola. Temporeros.

Introducción: La pandemia generada por el SARS-CoV-2 ha constituido un cambio en sistema productivo agrícola en especial en el sur de España. En las diferentes campañas de la zona olivarera de Jaén y del cultivo de fresas y frutos rojos de la provincia de Huelva, se ha visto necesaria la activación de dispositivos de control de la población temporera y emigrante. El flujo de personas extranjeras provenientes tanto en contingentes regulados de contratos en origen, como de forma autónoma, precisa del control sanitario y el estudio de contacto de las unidades de trabajo "burbuja". El abordaje de la barrera idiomática y las diferentes costumbres sociales de los grupos de trabajo, precisa de un perfil profesional que, apoyado en el sanitario, abarque de pleno la cuestión social esencial para hacer comprender de las medidas y precauciones del momento.

Material y métodos: Control a través de la figura de trabajador social rastreador de las personas trabajadoras en el sector agrícola que cursen positivas, así como de sus contactos. Concienciación de las medidas de aislamiento e higiénico sanitarias. Intermediación con las empresas del sector de forma que se agilicen todas aquellas cuestiones que de forma propia por parte del trabajador se haría más complicadas. Servir de canalización entre del sistema de salud, las empresas y los trabajadores.

Objetivos: Intermediar entre las empresas y el operativo sanitario de forma que se agilice el control de la expansión de la COVID-19, así como la implantación de un sistema de atención social y laboral de los contingentes de trabajadores extranjeros de carácter temporal.

Bibliografía

1. <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/guiaexplotacionesagrarias-contemporeros-20-07-24.pdf>encias
2. <https://www.ubeda28.es/2020/11/12/la-junta-establece-el-protocolo-de-atencion-a-temporeros-en-jaen-frente-al-COVID-19/>
3. <https://sevilla.abc.es/agronoma/noticias/agricultura/huelva-centro-temporeros-COVID/>

1314. COVID + TEMPORERO = TRABAJADORA SOCIAL

Rosa Morales de la Cruz, María Arráez Lorenzo,
María del Mar Ojeda Bendala, Julia Cabello Pérez,
Carmen Peñate Roldán, Carmen Castillo Jiménez,
Irene Pichardo García y María Mantero Domínguez

SAS, Huelva, España.

Palabras clave: COVID. Temporero. Trabajador social.

Introducción: La situación de la pandemia causada por el COVID-19 y la necesidad de mano de obra extranjera ha supuesto la puesta en marcha de un plan que recoja todas las actuaciones a llevar a cabo para proteger a la población en general y en concreto a los temporeros. Estas personas vienen a trabajar en la campaña agrícola con unas condiciones, en determinados casos precarias y que en este tiempo de crisis sanitaria pone en peligro la salud pública. Por ello es necesario la figura del profesional del Trabajo Social, quien conoce bien al colectivo, para que sirva de enlace entre la empresa y el sistema sanitario, actuando así de mediador entre ambos.

Material y métodos: Estas profesionales, como son las trabajadoras sociales del plan llevado a cabo, realizan unas tareas como son la

detección temprana, el aislamiento y el control de casos mediante el rastreo de contactos estrechos, tanto laborales como sociofamiliares. Ser la persona referente para poder atender todo aquello que surja tanto al trabajador-temporero como al empresario y poder canalizar con el sistema sanitario.

Objetivos: Servir de guía y ayuda al temporero y en su caso al empresario para paliar las consecuencias negativas que puede con-

llevar el no adoptar medidas preventivas. Concienciar de las medidas de seguridad e higiénicas en este ámbito.

Bibliografía

1. Guía para la Prevención y Control COVID (Julio 2020).
2. Plan de Temporeros COVID (Nov 2020).