



Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

**Sociedad Española de Medicina Familiar
y Comunitaria (SEMFyC)**

5. INFLUENCIA DE LA COVID-19 EN LA VIDA DE LA POBLACIÓN GENERAL Y LA POBLACIÓN SANITARIA. ESTUDIO COMPARATIVO

Ester Amores Lizcano

SESCAM, Ciudad Real, España.

Palabras clave: Hábitos. Coronavirus. Sanitarios. Confinamiento. SARS-CoV-2.

Introducción y objetivos: Los coronavirus son una extensa familia de virus, algunos de los cuales puede ser causa de enfermedades humanas, desde el resfriado común hasta el síndrome respiratorio agudo grave. Actualmente, nos encontramos ante el SARS-CoV-2, que produce la enfermedad COVID-19, notificada por primera vez en Wuhan en diciembre de 2019. Con respecto al desarrollo de esta enfermedad, se estima que aproximadamente el 80% de los pacientes desarrollarían una enfermedad leve, el 14% experimentarían una enfermedad grave, necesitando hospitalización, y el 5%, una enfermedad grave que pudiera requerir una unidad de cuidados intensivos. La edad avanzada y la comorbilidad son factores de riesgo de gravedad y muerte. No existe vacuna, siendo imprescindibles una buena higiene de manos y el mantenimiento de distancias sociales junto al uso de mascarillas para evitar contraer la COVID-19 al tocar objetos o superficies contaminadas o al inhalar gotículas de personas infectadas. La COVID-19 ha evolucionado rápidamente. Así, son necesarias restricciones para controlar su propagación. España declaró el Estado de Alarma desde el 15 de marzo de 2020, con el fin de enlentecer la curva de contagio y evitar el colapso de los servicios sanitarios, obligando a la población española a ser confinada en sus domicilios y asumir cambios en sus hábitos de vida. Pretendemos conocer cómo la cuarentena ha modificado los hábitos y estilo de vida de la población general y sanitaria.

Material y métodos: Población y muestra: estudio descriptivo transversal, realizado en población general y sanitaria tras ocho semanas de confinamiento. Diseño: los datos sociodemográficos, estilos de vida y actitudes relacionadas con la COVID-19, se recogieron a partir de una encuesta ad hoc a través de internet. La encuesta incluía preguntas cualitativas y cuantitativas. Así, para valorar las fuentes de información de la enfermedad, el nivel de preocupación, las tareas habituales durante el aislamiento y las actividades que más se echaban de menos se estableció una escala tipo Likert de 1 a 5

puntos. Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva, empleando frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas y media con desviación estándar para cuantitativas. A continuación, se realizó un análisis bivariante en todas las variables relacionadas con el afrontamiento del aislamiento social entre sanitarios y no sanitarios. El análisis se hizo utilizando la prueba parámetrica de t de Student-Fisher. Seguidamente, se realizó un análisis bivariado para los distintos factores relacionados con los hábitos de ejercicio, alimentación, tabaco y alcohol entre sanitarios y no sanitarios; así como para las variables que evaluaron los efectos y repercusiones de la COVID-19 utilizando la prueba chi cuadrado de Pearson. Las razones de probabilidad brutas se estimaron con un intervalo de confianza del 95% relacionado con ser sanitario o no serlo en aquellas variables en las que el nivel de significación fue de $p < 0,005$.

Resultados: El estudio cuenta con un total de 644 individuos con una edad media 40,4 años ($\pm 12,8$). Destaca la participación de mujeres, particularmente en el grupo de sanitarios. Un 26% de encuestados eran padres de un hijo menor de 14 años y cerca del 2% esperaba uno durante el confinamiento. Dentro del estudio, interesa conocer el porcentaje de población de riesgo de la muestra. Hablamos de personas diagnosticadas con cardiopatías, diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, inmunosupresión o embarazo. Más del 45% refieren consumir alcohol y/o tabaco, con aumento de consumo en el confinamiento. La encuesta valora una serie de ítems por medio de una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos, los cuales están orientados a conocer el afrontamiento de la población hacia la enfermedad o hacia su rutina durante el confinamiento. Por otra parte, interesa el grado de preocupación de los encuestados acerca de la enfermedad. En este aspecto, no se perciben diferencias significativas, encontrando un nivel de preocupación elevado de 4-5 puntos en el 67% de los encuestados. Se preguntó por aquellas actividades que más ansiaban desarrollar una vez se permitiera el desconfinamiento. Con porcentajes prácticamente idénticos, sanitarios y no sanitarios coincidían en añorar el contacto con familiares, así como viajar o las actividades culturales (cines, teatros, museos, conciertos, etc.). La afectación de la enfermedad COVID-19 parece no haber sido uniforme entre sanitarios y personas con otra ocupación. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a síntomas compatibles con la enfermedad, pero también, con respecto al número de PCR realizadas o a la repercusión psicológica por la situación. Se observa que los sanitarios con síntomas compatibles con COVID-19 son hasta 10 veces más que en no sanitarios. Por otra parte, aunque la realización de PCR durante el confinamiento ha sido significativamente mayor entre la población sanitaria –hablamos de un 33% frente a un 2%-, el 66% de sanitarios a los que no se les ha realizado dicha prueba sigue siendo muy llamativo. Dentro de esta sin-

tomatología, conviene estudiar también la parte psicológica, la cual, muestra más alteraciones entre personas dedicadas al sector sanitario. Más de la mitad de estos encuestados afirma haber sufrido alguna repercusión psicológica fruto de la pandemia. Un 10% más que los dedicados a otras profesiones. Se preguntó también sobre qué personas habían tenido un caso cercano de persona COVID positiva, tales como convivientes, familiares, amigos o compañeros de trabajo, que conlleven un desenlace grave o muy grave. El número de respuestas positivas volvió a ser mayor entre sanitarios pero sin dejar una brecha demasiado grande con el otro grupo, alrededor de un 7% mayor. Entre las repercusiones más notorias que el SARS-CoV-2 ha conllevado, destacamos el cambio en la rutina diaria. Prácticamente el 100% de los encuestados, independientemente de su profesión, habría cambiado sus hábitos diarios. Finalmente, se exploraron hábitos de alimentación, ejercicio, tabaco y alcohol en ambos grupos, donde no se encontraron diferencias significativas entre ellos. Si hacemos una mirada retrospectiva a lo que la COVID-19 ha significado a nivel sanitario y pensamos en lo que acarreará en el futuro, deducimos que, si bien se requiere una Sanidad fuerte, consolidada y dotada de más recursos, debemos resaltar especialmente al que es quizás el eslabón más débil de la misma: la Atención Primaria de Salud. Esta ha demostrado jugar un papel fundamental en la valoración de pacientes con patología compatible con la enfermedad por SARS-CoV-2.

Conclusiones: Importancia de la Atención Primaria para paliar los efectos del Coronavirus en la salud física y mental de la población. Reforzar la atención psíquica de los profesionales de la salud. Anticiparse a los problemas físicos y mentales que la población podrá sufrir como consecuencia de la pandemia. Propuestas de líneas futuras de investigación: Estudiar los efectos cardiovasculares que el confinamiento ha podido acarrear en personas de riesgo (tales como obesos, hipertensos, diabéticos, EPOC...). Conocer cómo han cambiado las relaciones personales como consecuencia del confinamiento. Estudiar el impacto de la COVID-19 en la salud mental de los profesionales de la salud, centrándose la atención en trastornos como el estrés postraumático, síndrome de Burnout, depresión, ansiedad, etc.

Bibliografía

1. Who.int [Internet]. Coronavirus (CoV) GLOBAL. [Citado 23 junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
2. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Heal*. 2020;5(5):e251-e252.
3. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. Medidas Extraordinarias adoptadas frente al COVID-19 [Internet]. Disponible en: <https://www.sepe.es/HomeSepe/COVID-19.html>
5. Gupta M, et al. COVID-19 and economy. Dermatologic therapy, 2020. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.13329>
6. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(11):1-13.

143. SEROPREVALENCIA SARS-CoV-2 Y COMORBILIDAD ASOCIADA EN PERSONAL DE SERVICIOS CENTRALES

Ángel Carlos Matía Cubillo, Paloma Burgos Díez, Luis Alberto Flores Pérez, María Nieves González Natal, Eva Vaquerizo Carpizo, Ana Marta García Martínez, María José Aragón Cabeza, Ana Dorado Diaz, Raquel Alfayate Sierra y Ana Gejo Iglesias
SACYL, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID-19. Morbilidad. Prevalencia.

Introducción: El nuevo virus de la familia de los coronavirus, denominado SARS-CoV-2 se caracteriza por su elevada contagiosidad. La HTA, DM, EPOC, ERC, enfermedad coronaria, cáncer activo o inmunodepresión, se asocian a más gravedad o peor pronóstico de la infección,

además se consideran factores de riesgo el tabaquismo y la obesidad, pero el más importante parece ser la edad > 60 años. Aunque existen varios test diagnósticos, su sensibilidad es variable, con un tiempo para detectarlo limitado y una tercera parte de infectados asintomáticos, argumentos para conocer la seroprevalencia de una población; una de las pruebas más utilizadas es la de flujo lateral.

Objetivos: Conocer la seroprevalencia. Describir las variables y comorbilidad asociadas.

Material y métodos: Estudio transversal, en personal de servicios centrales del Servicio de Salud, mayo 2020, mediante encuesta y test rápido de flujo lateral con IgM e IgG diferenciadas. Variables: edad, sexo, IMC, tabaquismo, HTA, DM, EPOC, ERC, enfermedad coronaria, inmunosupresión, vacunado de la gripe, síntomas previos, contacto con personas con sintomatología COVID-19, PCR previa, test de anticuerpos. Análisis estadístico descriptivo, e inferencial con test χ^2 para variables cualitativas y t de Student para cuantitativas, significación con $p < 0,05$. Informe favorable del Comité de Ética de Investigación.

Resultados: Seroprevalencia 9,83%, muestra del 90% (N = 655). Edad $51,87 \pm 8,19$ años, 12,9% > 60 años con más comorbilidad, 67,8% mujeres. Un 8,8% HTA, 7,8% obesidad, 2,5% coronariopatía, 1,7% DM, EPOC o inmunodepresión, comorbilidad 14,1%, fumadores 13,8%, vacunados de la gripe 31,9%, con sintomatología sospechosa de COVID-19 el 19%. Las variables que se asociaron de forma significativa con los test de anticuerpos positivos frente al SARS-CoV-2 fueron, el no ser fumador ($p = 0,045$), haberse vacunado de la gripe ($p < 0,001$), la sintomatología sospechosa de COVID-19 ($p < 0,001$), la convivencia con familiares con sintomatología sospechosa ($p = 0,027$) y el haberse realizado una PCR previamente ($p < 0,001$).

Conclusiones: Seroprevalencia superior a la del estudio nacional ENE-COVID. Sin diferencias significativas por sexo ni comorbilidad en el resultado de los test, las personas vulnerables no parecen tener mayor riesgo de infección. Los anticuerpos fueron positivos con más frecuencia en los vacunados de la gripe, tras revisar la literatura no se ha encontrado asociación con el riesgo de infección.

157. IMPACTO A CORTO PLAZO DEL PERÍODO DE CONFINAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD URBANO Y DOCENTE

Juan José Cabré Vila^{1,2}, Georgina Cornadó Cubells^{3,4}
y Jessica Ancín Martínez de Espronceda¹

¹Institut Català de la Salut. CAP Sant Pere Centre, Reus, España.

²IDIAP Jordi Gol i Gurina, Reus, España. ³Institut Català de la Salut.

CAP Sant Pere, Reus, Reus, España. ⁴ASSIR (Asistencia a Salud Sexual y Reproductiva), Reus, España.

Palabras clave: Diabetes. Control metabólico. Confinamiento.

Introducción: El 15 de marzo de 2020, el gobierno español decretó medidas de confinamiento severas con restricción de actividades físicas al aire libre y disminución de interacciones sociales. Es sabido que el paciente diabético se beneficia de la actividad física y de una dieta saludable.

Objetivos: Analizar la tendencia de los controles metabólicos en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), durante el período de confinamiento.

Material y métodos: Estudio observacional, en atención primaria. Registraremos variables clínicas y analíticas de todos los pacientes con DM2 pertenecientes a un contingente médico, valorando: edad, sexo, años de evolución de diabetes, tratamiento, parámetros antropométricos y cifras analíticas (comprendiendo colesterol, triglicéridos, A1c) así como una valoración, una vez declarado el final del estado de alarma, de la medida procedente para aquel paciente concreto.

Resultados: De 120 sujetos analizados, pudimos obtener datos antes/después del confinamiento en un total de 75 (62,5%), siendo

39 hombres (52%). Los valores medios de glucemia han aumentado de una media de $139,2 \pm 43,8$ a $154,6 \pm 57$ ($p = 0,008$), la presión arterial de $131 \pm 12,9$ / $77,6 \pm 9,7$ mmHg a $132,1 \pm 14,8$ / $77,5 \pm 9,2$ ($p < 0,001$). No mostraron diferencias significativas los valores de colesterol total, ni sus fracciones, ni los triglicéridos. El valor promedio de HbA1c pasó de $7,29 \pm 1,22$ antes del confinamiento a $7,61 \pm 1,73$ después ($p = 0,025$). El índice de masa corporal aumentó de $27,9 \pm 4,6$ a $30,3 \pm 1,6$ ($p < 0,001$). Los requerimientos clínicos, una vez finalizado el confinamiento, fueron en 30,7% intensificar el tratamiento; en 12% añadir o cambiar algún fármaco y en el 5,3% iniciar insulinización. Del total de muestra, 36 sujetos (48,2%) sufrieron un empeoramiento (considerando incremento A1c superior a 0,3%); 21 (28%) permanecieron estabilizados y 18 (24%) mejoraron sus promedios (considerando decremento A1c $> 0,3\%$). Los factores predictores de empeoramiento (análisis multivariado) fueron la glucemia basal ($p = 0,021$) y los triglicéridos previos ($p < 0,001$), así como los valores de HbA1c previos ($p = 0,045$).

Conclusiones: El confinamiento ha empeorado, en un corto espacio de tiempo, los parámetros de control de los pacientes con DM2 de un contingente médico. Casi la mitad de sujetos de la muestra ha sufrido un empeoramiento. Esto reafirma la necesidad de control frecuente de las personas con diabetes.

158. CARACTÉRISTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES COVID-19 EN CASTILLA Y LEÓN EN LA PRIMERA OLA

Yolanda González Silva¹, Elena Muñoz Alonso², María Soledad Fraguá Gil¹, Albert Carbó Jordà³, Naiara Cubelos Fernández³, Estefanía Robles Martín³, Karen Ruth Barroso López⁴, María Carmen Pérez Fernández⁴, Paloma Peñasco García⁴ y Fátima Villafañe Sanz⁵

¹SUAP San Juan, Salamanca, Salamanca, España. ²Centro de Salud Carbonero El Mayor, Segovia, España. ³Centro de Salud José Aguado, León, España. ⁴Centro de Salud Sisíno de Castro, Salamanca, España. ⁵Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Pandemias. Evolución clínica.

Introducción y objetivos: El virus SARS-CoV-2 provoca una clínica variada. Los síntomas predominantes incluyen fiebre, tos y disnea. Hasta el 80% de los pacientes cursan con infección leve, en un 15% compromete el sistema respiratorio, un 5% evolucionan a insuficiencia respiratoria, falleciendo la mitad.

Objetivos: Describir la sintomatología y evolución de los pacientes COVID-19 y si existen diferencias entre provincias de Castilla y León.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Criterios de inclusión: ≥ 18 años diagnosticados de "Enfermedad por SARS-CoV-2". Cronograma: 11 marzo-30 abril 2020. 15 Unidades Básicas Asistenciales (UBA) de León, Salamanca, Segovia y Valladolid. Exclusión: < 18 años, no pertenecer a las UBA o diagnóstico fuera del periodo descrito. Análisis estadístico: Variables cualitativas: frecuencias, asociaciones con Chi-Cuadrado. Cuantitativas: media y desviación estándar (DE), mediana y rango intercuartílico (RIC). Significación estadística $p \leq 0,05$. Análisis con IBM®SPSS Statistics v.23.0. Aspectos éticos: Autorización por CEIm áreas involucradas.

Resultados: 593 pacientes: 103 (17,4%) de Segovia, 167 (28,2%) de Valladolid, 232 (39,1%) de Salamanca y 91 (15,3%) de León. Síntomas más prevalentes: tos: 393 (66,3%); León: 61 (10,3%), Salamanca: 168 (28,3%), Valladolid: 97 (16,4%) y Segovia: 67 (11,3%), $p = 0,029$; fiebre: 239 (40,3%); León: 23 (3,9%), Salamanca: 105 (17,7%), Valladolid: 70 (11,8%) y Segovia: 41 (6,9%), $p = 0,011$; febrícula: 206 (34,8%); León: 5 (0,8%), Salamanca: 134 (22,6%), Valladolid: 36 (6,1%) y Segovia: 31 (5,2%), $p \leq 0,0001$; disnea: 193 (32,5%); León: 38 (6,4%), Salamanca: 60 (10,1%), Valladolid: 62 (10,5%) y Segovia: 33 (5,6%), $p \leq 0,020$. De-senlace: exceso: 16 (2,7%); Salamanca: 3 (0,5%), Valladolid: 7 (1,2%) y

Segovia: 6 (1%), $p = 0,023$. Mediana (RIC): 12 (5-32) días. Asiste a Urgencias: 133 (22,4%); León: 17 (2,9%), Salamanca: 50 (8,4%), Valladolid: 43 (7,3%) y Segovia 23 (3,9%), $p = 0,594$. Mediana (RIC): 8 (0-62). Ingreso: 71 (12%); León: 13 (2,2%), Salamanca: 21 (3,5%), Valladolid: 29 (4,9%) y Segovia 8 (1,3%), $p = 0,034$. Mediana (RIC): 8,5 (0-40 días).

Conclusiones: Prevalencia de tos, fiebre y febrícula. Predomina febrícula en Salamanca frente al resto de áreas. Menor porcentaje de ingresos que en la literatura, aunque letalidad superior. León no registra ningún fallecido, Segovia y Valladolid donde más, con significación estadística. Más ingresos en Salamanca y Valladolid. Cronología concordante con el curso clínico de esta patología.

161. SÍNTOMAS CARDIOLÓGICOS TRAS RESOLUCIÓN DE COVID-19

Yolanda Pérez Vélez

SEMFYC, Burgos, España.

Palabras clave: Taquicardia. Post-COVID.

Caso clínico: Mujer de 27 años sin alergias conocidas, ausencia de FRCV y sin antecedentes cardiológicos de interés. Recibe tratamiento con amitriptilina 25 por síndrome migrañoso. Acude a consulta de atención primaria porque refiere sensación disnea, palpitaciones, opresión precordial y dolor punzante torácico con el esfuerzo desde hace un mes tras resolución de COVID-19 (31/10/2020). Frecuencia cardíaca elevada de forma permanente con automedida, basalmente entorno a 100-120 lpm y aumentando hasta 150 lpm con esfuerzos leves. En la exploración se objetiva: TA 110/70 mmHg. Fc 113 lpm. Sat O2 98%. AC: rítmica. AP: MVC. BVG. En el ECG solicitado: Taquicardia sinusal a 110 lpm. P y PR normal. AQRS 75°. Sin alteraciones de la repolarización. Se decide derivar ante la clínica referida por la paciente a consulta de cardiología donde realizan: Analítica dentro de la normalidad; Holter ECG: RS en todo el trazado con FC media 100 lpm (150/66). Sin otros hallazgos; ETT: RS. VI de tamaño y grosor normales. Sin ASC. FEVI conservada. AI de tamaño normal. Llenado tipo I. Presiones normales. VAO trivalva y VM normales en estructura y función. VD no dilatado. FVD conservada. IT leve que permite estimar PSAP 22 + PVC VCI no dilatada. Ausencia de derrame pericárdico. Ao ascendente de tamaño normal. Se inicia tratamiento con ivabradina 5 mg cada 12h durante 1 mes. Al mes de iniciar tratamiento, se realiza nuevo Holter ECG (ivabradina): RS en todo el trazado. FC media de 88 lpm (137/58). Por lo tanto, se objetiva adecuado control de la FC con tratamiento y disminución de la sintomatología aunque persiste molestia precordial opresiva con el esfuerzo, inespecífico. Se le diagnostica de taquicardia sinusal inapropiada controlada con tratamiento. Se mantiene en la actualidad la misma actitud terapéutica y controles con Holter ECG por parte de Cardiología.

162. CARACTÉRISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES COVID-19 EN CASTILLA Y LEÓN DURANTE LA PRIMERA OLA

Elena Muñoz Alonso¹, Yolanda González Silva², María Soledad Fraguá Gil¹, Albert Carbó Jordà³, Naiara Cubelos Fernández³, Estefanía Robles Martín³, Diana María Narganes Pineda⁴, Ana Alberdi Iglesias⁵, Noelia Martín Salvador⁵ e Inmaculada Vizcaíno López⁶

¹Centro de Salud Carbonero El Mayor, Segovia, España. ²Servicio de Urgencias de Atención Primaria San Juan, Salamanca, Salamanca, España. ³Centro de Salud José Aguado, León, España. ⁴Centro de Salud Covaresa, Valladolid, España. ⁵Centro de Salud Gamazo, Valladolid, España. ⁶Centro de Salud Parquesol, Valladolid, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Características de estudios epidemiológicos. Pandemias.

Introducción y objetivos: Castilla y León es una de las regiones más dispersas y envejecidas nacionalmente. La edad confiere mayor morbimortalidad en afectados por COVID-19. El estudio de seroprevalencia estatal indica presencia de anticuerpos superior a la media.

Objetivos: Describir las características sociodemográficas de los pacientes COVID-19 en las consultas de Atención Primaria de Castilla y León.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Criterios de inclusión: ≥ 18 años diagnosticados de "Enfermedad por SARS-CoV-2". Cronograma: 11 marzo-30 abril 2020. 15 Unidades Básicas Asistenciales (UBA). Exclusión: < 18 años, no pertenecer a las UBA ámbito estudio, los diagnosticados fuera del periodo descrito. Análisis estadístico: Variables cualitativas: frecuencias y asociaciones con chi-cuadrado. Cuantitativas: media y desviación estándar (DE). Asociaciones: t-Student. Significación estadística $p \leq 0,05$. Análisis con IBM®SPSS Statistics v.23.0. Aspectos éticos: Aprobación por CEIm áreas implicadas.

Resultados: 593 pacientes: 103 (17,4%) de Segovia, 167 (28,2%) de Valladolid, 232 (39,1%) de Salamanca y 91 (15,3%) de León. Sexo: 356 mujeres (60%): 55 (9,3%) Segovia, 97 (16,4%) Valladolid, 143 (24,1%) Salamanca y 61 (10,3%) León, $p > 0,05$. Franja etaria: ≤ 60 años: 392 (66,1%): León: 65 (11%), Salamanca: 150 (25,3%), Segovia: 118 (19,9%) y Valladolid: 59 (9,9%); 61-75 años: 119 (20,1%) y ≥ 76 años: 82 (13,8%), $p > 0,05$. 120 (20,2%) personal sociosanitario: Segovia: 16 (2,7%), Valladolid: 26 (4,4%), Salamanca: 26 (4,4%) y León: 25 (4,2%), $p > 0,05$. Consumo de tóxicos: 97 (16,4%): Segovia: 11 (1,9%), Valladolid: 36 (6,1%), Salamanca: 38 (6,4%) y León: 12 (2%), $p > 0,05$. Agregación familiar: 237 (40%): Segovia: 43 (7,3%), Valladolid: 80 (13,5%), Salamanca: 91 (15,3%) y León: 23 (3,9%), $p = 0,005$. Comorbilidad 220 (37,1%): Segovia: 43 (7,3%), Valladolid: 57 (9,6%), Salamanca: 89 (15%) y León: 31 (5,2%), $p > 0,05$. Tratamiento crónico 284 (47,9%): Segovia: 44 (7,4%), Valladolid: 83 (14%), Salamanca: 86 (14,5%) y León: 71 (12%), $p \leq 0,0001$.

Conclusiones: Predominio de sexo femenino y ≤ 60 años en todas las provincias. Menos de un cuarto era personal sociosanitario. Existió agregación familiar en más de un tercio, siendo Valladolid donde hubo mayor proporción y León donde menos. Sobre un tercio registró comorbilidad, sin diferencias entre áreas. Casi la mitad de los pacientes recibía tratamiento crónico, dónde más en León y donde menos en Salamanca.

166. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LOS PACIENTES COVID-19 SEGÚN GÉNERO AL INICIO DE LA PANDEMIA

Karen Ruth Barroso López¹, Yolanda González Silva², Inés Marcos Romero³, Ana de Dios Vicente⁴, Paloma Peñasco López¹, María Carmen Pérez Fernández¹, Clara Isabel Soria López¹, Carlos Sanz de la Morena⁵, María José Fernández Gómez⁶ y Javier Martín Vallejo⁶

¹Centro de Salud Sisiniño de Castro, Salamanca, España. ²Servicio de Urgencias de Atención Primaria San Juan, Salamanca, España.

³Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca, España. ⁴Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Salamanca, España. ⁵Centro de Salud Miguel Armijo, Salamanca, España. ⁶Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca, Unidad de Bioestadística, IBSAL, Salamanca, Salamanca, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Neumonía. Pandemia. Factores sexuales.

Introducción y objetivos: La incidencia de COVID-19 parece similar en ambos sexos, pero causa mayor morbimortalidad en varones, se cree que por mayor acúmulo de factores de riesgo en este género y mayor concentración de enzima ECA.

Objetivos: Analizar si existen diferencias según género entre pacientes COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Criterios de inclusión: ≥ 18 años diagnosticados de "Enfermedad por SARS-CoV-2". Cronograma: 11 marzo-30 abril de 2020. 15 Unidades Básicas Asistenciales (UBA). Exclusión: < 18 años, no pertenecer a las UBA ámbito estudio, los diagnosticados fuera del periodo descrito. Análisis estadístico: Variables cualitativas: frecuencias y asociaciones con chi-cuadrado. Cuantitativas: media y desviación estándar (DE). Asociaciones: t-Student. Significación estadística $p \leq 0,05$. Análisis con IBM®SPSS Statistics v.23.0.

Resultados: 593 pacientes. 356 mujeres (60%). Edad media (DE): 53,73 años (17,803); mujeres: 53,59 (17,810), varones: 53,94 (17,828), $p = 0,061$. 392 (66,1%) ≤ 60 años: 239 (40,3%) eran mujeres, $p > 0,05$. 97 (16,4%) consumían tóxicos: 50 (8,4%) varones, $p = 0,011$. 477 (80,4%) con posibilidad de aislamiento y en 356 (60%) no existió agregación familiar, $p > 0,05$. 373 (62,9%) no tenía comorbilidad: combinación de patologías: 81 (13,7%) y patología respiratoria: 37 (6,2%) sin diferencias entre sexo. 309 (52,1%) recibían tratamiento previo, $p > 0,05$. Los síntomas más frecuentes fueron: tos 393 (66,3%), fiebre 239 (40,3%) y febrícula 206 (34,85). 127 (21,4%) mujeres tuvieron fiebre, $p = 0,005$. 7 (1,2%) pacientes con conjuntivitis: 6 (1%) varones; $p = 0,013$. Resto de síntomas sin diferencias significativas. A 362 (61%) se le realizó prueba confirmatoria, $p > 0,05$. 235 (39,6%) dieron positivo. 109 (18,38%) tuvieron neumonía: 56 (9,4%) mujeres, $p = 0,041$. 16 (2,7%) fallecen, $p > 0,05$. 133 (22,4%) acuden a urgencias: 67 (11,3%) mujeres; $p = 0,010$. Ingresan 71 (12%): 41 (6,9%) varones; $p = 0,001$.

Conclusiones: Predominio de mujeres. La mayoría sin comorbilidad, fuera de edad de riesgo. La fiebre prevaleció en mujeres y la conjuntivitis en varones, de forma estadísticamente significativa. Más de la mitad tuvieron prueba confirmatoria. Prevaleció neumonía y asistencia a urgencias en el sexo femenino, ingresaron más varones, con significación estadística. Mayor prevalencia en mujeres. Los varones no reflejaron más gravedad, lo que explicamos por escasa incidencia de comorbilidad y tamaño muestral reducido de esta muestra.

171. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES COVID-19 QUE REQUIEREN RADIOGRAFÍA DURANTE LA PRIMERA

Yolanda González Silva¹, Ana Alberdi Iglesias², Noelia Martín Salvador², Inmaculada Vizcaíno López³, Ana de Dios Vicente⁴, Inés Marcos Romero⁵, Carlos Sanz de la Morena⁶, Clara Isabel Soria López⁷, Diana María Narganes Pineda⁸ y Fátima Villafañe Sanz⁹

¹Servicio de Urgencias de Atención Primaria San Juan, Salamanca, España. ²Centro de Salud Gamazo, Valladolid, España. ³Centro de Salud Parquesol, Valladolid, España. ⁴Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Salamanca, España. ⁵Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca, España. ⁶Centro de Salud Miguel Armijo, Salamanca, España. ⁷Centro de Salud Sisiniño de Castro, Salamanca, España. ⁸Centro de Salud Covaresa, Valladolid, España. ⁹Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Neumonía. Pandemia..

Introducción y objetivos: En la COVID-19 el sistema respiratorio es uno de los más afectados y que confiere mayor gravedad.

Objetivos: Describir las características diferenciales de los pacientes COVID-19 seguidos en Atención Primaria que requirieron radiografía y analizar las diferencias entre los que se diagnostica neumonía.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Inclusión: ≥ 18 años diagnosticados de "Enfermedad por SARS-CoV-2" que precisaron radiografía. Cronograma: 11 marzo-30 abril 2020. 15 Unidades Básicas Asistenciales (UBA) de Castilla y León. Exclusión: < 18 años, no pertenecer a las UBA o diagnóstico fuera del periodo. Análisis estadístico: variables cualitativas: frecuencias, asociaciones con chi-cuadrado. Cuantitativas: media y desviación estándar (DE).

viación estándar (DE). Significación estadística $p \leq 0,05$. Análisis con IBM®SPSS Statistics v.23.0.

Resultados: 164 pacientes: 104 (63,4%) con neumonía. Edad neumonía: 64 (RIC: 18-92) años; No neumonía: 52,5 (RIC: 23-92). Neumonía: sociodemográficas: 15 (9,1%) de Segovia, 44 (26,8%) de Valladolid, 31 (18,9%) de Salamanca y 14 (8,5%) de León, $p > 0,05$. Sexo: 52 varones (31,7%), $p = 0,022$. Franja etaria: ≤ 60 años: 45 (27,4%), 61-75 años: 32 (19,5%) y ≥ 76 años: 27 (16,5%), $p = 0,006$. Personal sociosanitario: 8 (4,9%), $p \leq 0,0001$. 92 (56,1%) tenían posibilidad de aislamiento, $p > 0,05$. Agregación familiar: 46 (28%), $p = 0,14$. Comorbilidad 59 (36%), $p = 0,013$; Tratamiento: 75 (45,7%), $p = 0,004$. Clínica: tos: 79 (48,2%), $p > 0,05$; fiebre: 71 (43,3%), $p = 0,001$; febrícula: 30 (18,4%), $p > 0,05$; disnea: 70 (42,7%), $p = 0,346$. Evento final: exitus: 7 (4,3%), $p > 0,05$, mediana: 11 días (RIC: 5-39); Acude a Urgencias: 73 (44,5%), $p = 0,001$, mediana: 8 días (0-62). Precisa ingreso: 50 (30,5%), $p \leq 0,0001$, mediana: 9 días (0-40); UCI: 7 (4,3%), $p \leq 0,0001$, mediana: 11 días (5-39).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes que requirieron radiografía tenían neumonía. Predominio de neumonía en pacientes más mayores (mediana de 63 frente a 52 años). Requieren radiografía sobre todo los ≤ 60 años, aunque proporcionalmente más diagnóstico de neumonía en las otras franjas. Mayor incidencia de neumonía en varones, no predominó en personal sociosanitario, en menos de un tercio existió agregación familiar, más de un tercio padecían comorbilidad y casi la mitad estaban en tratamiento crónico. El único síntoma significativo en los pacientes con neumonía fue fiebre. Acuden a Urgencias casi la mitad, precisan ingreso algo menos de un tercio y UCI < 5%, similar a la literatura.

177. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES AFECTADOS POR COVID-19

Luis Ángel Pérrula de Torres¹, Esperanza Romero Rodríguez¹, Celia Jiménez García¹, Ignacio Párraga Martínez², Jesús González Lama³, Rafael Castro Jiménez⁴, Rosa Sánchez Montero⁵, Jorge Rafael Padilla Maestre⁵, Miguel Ramírez Baena⁶ e Inmaculada Olaya Caro⁵

¹Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, IMIBIC, Córdoba, España.

²Centro de Salud Zona VIII de Albacete, Albacete, España. ³Centro de Salud de Cabra, Córdoba, España. ⁴Hospital Reina Sofía/IMIBIC, Córdoba, España. ⁵Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Córdoba, España. ⁶Área Sanitaria Sur de Córdoba/IMIBIC, Córdoba, España.

Palabras clave: COVID-19. Clínica. Epidemiología.

Objetivos: Estimar en la población la frecuencia de síntomas asociados a la infección por el virus SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, con grupo control de comparación. Emplazamiento: Atención primaria. Participantes: Un total de 1614 pacientes a los que se les hizo RT-PCR para la detección del virus SARS-CoV-2. Mediante un formulario se recogieron datos sociodemográficas y laborales, síntomas presentes durante el proceso, patologías crónicas y consumo de tabaco.

Resultados: Del total de la muestra el 21,2% eran casos infectados con el SARS-CoV-2. La edad de los pacientes infectados se encontró en un rango de 12 a 94 años (media = 46 años). Los síntomas declarados más frecuentemente por los afectados fueron el cansancio (69,2%), la tos (56,4%) y la cefalea (55,6%). Mediante regresión logística, los asociados con la infección por SARS-CoV-2 fueron: presentar cansancio (OR: 2,2), alteración del olfato (4,6), alteración del gusto (OR: 32,0), tos (OR: 3,0) y fiebre (OR: 6,1).

Conclusiones: Este estudio identificó que la alteración del gusto, la fatiga, la tos y la fiebre eran las características clínicas informadas más comunes de la enfermedad por COVID-19. La comprensión del espectro clínico y el impacto de esta nueva enfermedad es importante para todas las personas, especialmente para que los trabajadores de la salud la controlen y prevengan.

197. CONCORDANCIA EN SANGRE CAPILAR Y VENOSA DEL TEST RÁPIDO DE FLUJO LATERAL SARS-CoV-2

Ángel Carlos Matía Cubillo, Paloma Burgos Díez, Luis Alberto Flores Pérez, Ana Dorado Díaz, Eva Vaquerizo Carpizo, María Nieves González Natal, Luis Fernández Carbajo, María Aranzazu Salinas Rodríguez, María Francisca Álvarez Gómez y María José Gómez Gallego
SACYL, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID-19. Pruebas serológicas. Calidad de los datos.

Introducción: Existen dos pruebas diagnósticas de infección activa (PDIA) por SARS-CoV-2, la técnica de PCR y los test rápidos de detección de antígenos. Por otro lado las pruebas serológicas permiten medir la presencia de anticuerpo IgM e IgG en muestras de sangre, suero o plasma. Las pruebas de anticuerpos más utilizadas son de inmunoabsorción enzimática (ELISA) y los test rápidos de flujo lateral (LFA), el rendimiento clínico del LFA es comparable a ELISA tanto en sangre venosa como capilar, con la ventaja de ser rápido y sencillo.

Objetivos: Evaluar en los casos con anticuerpos frente a SARS-CoV-2, si existe diferencia entre utilizar sangre capilar y sangre venosa.

Material y métodos: Estudio transversal, en personal de servicios centrales del Servicio de Salud, mayo 2020, mediante encuesta y test rápido de flujo lateral con IgM e IgG diferenciadas. Se usó sangre capilar, si alguna de las Ig fue positiva se repitió el test con sangre venosa. Si había pasado la infección, confirmada con PCR, el test se realizó en sangre capilar y venosa. Se consideró positivo el test siempre que la IgM o IgG, tanto capilar como venosa tuviera un resultado positivo en alguno de los casos. Análisis estadístico descriptivo, e inferencial con test χ^2 para variables cualitativas y t de Student para cuantitativas, significación con $p < 0,05$; análisis de concordancia mediante el índice Kappa. Informe favorable del Comité de Ética de Investigación.

Resultados: 590 personas con test realizado, 90% de la población. ($N = 655$). Edad $51,87 \pm 8,19$ años, 67,8% mujeres. En 58 casos fue positivo el resultado de la IgM y/o IgG (9,83%). En sangre capilar, la IgM fue positiva en el 7,6% (45) y la IgG en el 4,7% (28). En sangre venosa la IgM fue positiva en el 6,3% (37) y la IgG en el 4,9% (29). La IgM capilar fue positiva con más frecuencia que la venosa. La IgG venosa fue positiva en mayor porcentaje que la capilar. Estas diferencias fueron significativas ($p < 0,01$). La fuerza de la concordancia de la IgM en sangre capilar y venosa fue moderada, con un índice kappa de 0,56 (IC95% 0,41-0,71) y la de la IgG en sangre capilar y venosa fue buena, con un índice kappa de 0,74 (IC95% 0,62-0,86).

Conclusiones: Se encontraron diferencias significativas en el resultado del test rápido de anticuerpos IgM e IgG, entre sangre capilar y venosa, que no se han encontrado en otros estudios. La ventaja de utilizar pruebas con sangre capilar es que permiten realizar un cribado para determinar la seroprevalencia.

214. VALORACIÓN PRONÓSTICA TEMPRANA DE PACIENTES COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ángel Vila Córcoles¹, Eva María Satué Gracia¹, Olga Ochoa Gondar¹, Ángel Vila Rovira², Cinta de Diego Cabanes³, María José Forcadell Peris³, Immaculada Hospital Guardiola³, Francisco Martín Luján³, Xavier Daniel Fuentes⁴ y Frederic Gómez Bertomeu⁴

¹Direcció de Atenció Primària Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España. ²IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España.

³Direcció de Atenció Primària Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España. ⁴Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España.

Palabras clave: COVID-19. Síntomas. Pronóstico.

Introducción: El curso clínico en los pacientes COVID-19 es incierto.

Objetivos: Investigar posibles factores pronósticos tempranos en pacientes mayores con COVID-19 y explorar escalas predictivas simples útiles en atención primaria.

Material y métodos: Diseño: cohorte retrospectiva de base comunitaria. Emplazamiento: Atención Primaria Tarragona. Participantes: 282 adultos ≥ 50 años no institucionalizados con COVID-19 confirmada (hospitalizada o ambulatoria) ocurrida durante marzo-junio 2020. Mediciones principales: la relación entre covariables basales (edad, sexo, condiciones/comorbilidades preexistentes y sintomatología inicial) y el riesgo de mala evolución (ingreso en UCI o muerte) se analizó mediante modelos de regresión logística.

Resultados: De los 282 COVID-19 casos (edad media 65,9 años; 49,6% varones), 154 (54,6%) fueron hospitalizados (30 ingresados en UCI) y 45 (16%) fallecieron. En total, 64 (22,7%) requirieron UCI o fallecieron. En análisis crudos, la edad/años, sexo varón, algunas comorbilidades (enfermedad renal, respiratoria o cardíaca, diabetes e hipertensión) y síntomas (confusión/letargia, disnea) se asociaron con mayor riesgo de UCI/muerte, mientras que otros síntomas (rinitis, mialgias, cefalea, aguesia/anosmia) se asociaron con menor riesgo. Tras ajuste por edad y sexo, solo enfermedad respiratoria, diabetes, disnea y confusión se asociaron con mayor riesgo de UCI/muerte (además de la edad > 65), mientras que ser mujer, mialgias y aguesia/anosmia se asociaron con menor riesgo. En análisis multivariante solo la edad/años (OR: 1,04; IC95%: 1,01-1,07; $p = 0,004$), confusión/letargia (OR: 5,33; IC95%: 1,54-18,48; $p = 0,008$), disnea (OR: 5,41; IC95%: 2,74-10,69; $p < 0,001$) y mialgias (OR: 0,30; IC95%: 0,10-0,93; $p = 0,038$) permanecieron significativamente asociadas con mayor/menor riesgo. Una posible escala pronóstica CD65-M (incluyendo las 4 variables mencionadas) mostró buena correlación con el riesgo de UCI/muerte (área bajo curva ROC: 0,828; IC95%: 0,774-0,882). Una escala extendida CD65RD-MAM (acrónimo de las 8 variables significativas tras ajustes por edad y sexo) solo aumentó ligeramente la capacidad discriminante (área bajo curva ROC: 0,836; IC95%: 0,784-0,889).

Conclusiones: La evolución clínica en pacientes COVID-19 es inicialmente impredecible, pero la aplicación de escalas pronósticas simples como la propuesta CD65-M (pendiente de validación externa) podría ser útil para una orientación/valoración pronóstica de estos pacientes en atención primaria.

215. MORTALIDAD TOTAL Y COVID RELACIONADA EN ADULTOS > 50 AÑOS, TARRAGONA MARZO-JUNIO 2020

Ángel Vila Córcoles¹, Olga Ochoa Gondar², Eva Satué Gracia², Cinta de Diego Cabanes², Ángel Vila Rovira³, Cristina Torrente Fraga², Immaculada Hospital Guardiola², María José Forcadell Peris², Jorge Alexis Guzmán Ávalos⁴ y Josep Basora Gallisa³

¹Direcció d'Atenció Primària Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España. ²Direcció d'Atenció Primària Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España. ³IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España. ⁴Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España.

Palabras clave: COVID-19. Mortalidad. Riesgo.

Introducción: La mortalidad directa e indirecta relacionada con COVID-19 es incierta.

Objetivos: Investigar la incidencia de muertes relacionadas con COVID-19 y por cualquier causa ocurridas entre personas > 50 años del área de Tarragona durante la primera ola epidémica de COVID-19 y analizar la mortalidad según condiciones médicas preexistentes.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva de base poblacional que incluyó 79.083 personas ≥ 50 años en Tarragona. Las características basales de la cohorte (edad/sexo, comorbilidades, medicacio-

nes/vacunaciones previas) se establecieron a 01/03/2020, registrándose Todas las muertes por COVID-19 y/o cualquier causa entre 01/03/2020-30/06/2020. Para la estimación de riesgos se realizó análisis multivariante mediante regresión de Cox.

Resultados: Se observaron 576 muertes (124 en COVID-19-confirmed). La tasa de mortalidad por cualquier causa fue 42,5 muertes por 100.000 personas-semana, siendo 22,8 en población sana (no relacionada con COVID-19), 236,4 en sujetos con COVID-19-excluida (PCR-negativos), 493,7 en sujetos con COVID-19-compatible (sin PCR realizada) y 4.009,1 por 100.000 en sujetos con COVID-19-confirmed (PCR-positivos). En análisis multivariante, el aumento de la edad, sexo varón, estar institucionalizado, cáncer, enfermedad neurológica, cardiopatía, hepatopatía, tratamiento diurético, corticoides, inhibidores bomba-protones y benzodiacepinas se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa, mientras que Inhibidores renina-angiotensina y estatinas se asociaron con un menor riesgo. Edad/años, varón e institucionalización fueron también fuertes predictores de mortalidad por COVID-19, pero ninguna comorbilidad apareció asociada de forma independiente con un mayor riesgo ajustado de muerte por COVID-19. **Conclusiones:** Edad/años, varón e institucionalización fueron principales predictores de mortalidad (COVID-19-relacionada y/o cualquier causa) en la primera ola epidémica de COVID-19. Algunas comorbilidades (cáncer, enfermedad neurológica, cardiopatía y hepatopatía) se asociaron también con un mayor riesgo de muerte por cualquier causa. Las muertes por COVID-19 representaron un 21,5% del total de muertes en la cohorte. Aparte de la mortalidad directa en pacientes con COVID-19-confirmed, las personas con teóricamente COVID-19-excluida (PCR-negativa) sufrieron diez veces mayor mortalidad que la población no relacionada con COVID-19, lo cual podría explicar una parte del gran exceso de mortalidad en la actual pandemia.

223. ATENCIÓN CONTINUADA EN ÉPOCA COVID

Eva Sierra Quintana¹ y Regina de Castro Álvarez²

¹CS Cistierna, León, España. ²CS Ribera del Esla, León, España.

Palabras clave: Medicina rural. Atención continuada. Enfermedad por coronavirus.

Objetivos: Analizar la actividad de atención continuada en un centro de salud rural durante el estado de alarma y la desescalada y comparar con el mismo periodo del año pasado. Describir tipo de consulta y perfil del paciente.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que fueron atendidos durante la Atención Continuada en un centro de salud rural durante el estado de alarma y la desescalada consecuencia del coronavirus SARS-CoV-2, entre el 15 de marzo de 2020 y 30 junio 2020 comparándolo con el mismo periodo del año anterior. Se estudia tipo de atención (presencial en centro de salud y domicilio) y tipo de paciente (edad, sexo).

Resultados: Durante el periodo a estudio se atienden 2.804 pacientes, siendo un 43,4% menos que en el mismo periodo de 2019. No se observa diferencia en el número de consultas presenciales entre los distintos meses. Se produce un aumento de domicilios en 2020, siendo marzo y mayo los meses con mayor porcentaje de domicilios, 14,6 y 12,3% respectivamente. No hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexos. En relación a los grupos de edad: de 0-15 años es el grupo de edad con mayor disminución de consultas (55,1% de media entre los meses), observándose una disminución del 86,2% en abril, grupo 16-65 años media de 29,5% menos, en mayores de 65 años una reducción del 36%.

Conclusiones: Se ha producido un descenso de más del 40% en la actividad de Atención Continuada. Se observa una menor asistencia de los pacientes a los centros de salud, y una mayor demanda de visita a domicilio según avanzaba el confinamiento. Descenso signifi-

cativo de los niños (0-15 años) que demandan asistencia, especialmente durante el mes de abril.

300. COVID EN MEDIO RURAL, ¿QUÉ HA OCURRIDO?

Beatriz de Juan Barquilla, Carmen Aguiran Esquej,
M. Davinia Arvelo Plasencia, Maitane Paredero Egaña,
Moulay Mohamed Larossi, Dilcia Vianela Alcántara Viola,
Natalia Sánchez Carbonell, Pilar Esther Gil Marín,
Clara Playán Bosque y Belén Lafuente Moreno

C.S. Andorra (Teruel). Servicio Aragonés de Salud, Alcañiz, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Medio rural. Atención primaria de salud.

Introducción: El 31 de enero de 2020 se diagnosticó el primer caso de infección por SARS-CoV-2 en España, con varios picos de transmisión comunitaria declarados. Se han realizado numerosos estudios en ámbito hospitalario, pero no en Atención Primaria. Nuestro sector sanitario abarca 72.000 habitantes, consta de 12 zonas básicas de salud, la mayoría con municipios de menos de 1.000 habitantes. La zona básica objeto de estudio, está constituida por 3 consultorios locales y un Centro de Salud que atiende a 7.800 pacientes a 30 km de su hospital de referencia. Cuando aún no había comenzado la segunda ola en el resto de España fue sometida a confinamiento perimetral, ante la alta tasa de incidencia registrada entre el 10-9-20 y el 3-10-20.

Objetivos: Conocer el impacto de la enfermedad en medio rural y sus características. Evaluar cómo se ha realizado el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

Material y métodos: Realizaremos un estudio descriptivo transversal de carácter retrospectivo, aplicado a la población PCR+ (en total 264), durante el confinamiento perimetral, añadiendo los pacientes diagnosticados 10 días antes (periodo de incubación) y después (hasta descenso de la curva) (1/09-12/10). Analizamos los factores que pudieron predisponer a esta población a presentar una incidencia acumulada de 5.075,5 por 100.000 habitantes cuando la media de la comunidad autónoma era de 3.518,3 en el mismo periodo. Entre los criterios de exclusión se encuentran el haber sido diagnosticados y seguidos en otros Centros Sanitarios, de esta manera podemos determinar mejor los condicionantes que hicieron tan vulnerable esta zona. El presente proyecto de investigación se encuadra dentro de un proyecto de calidad asistencial para valorar la asistencia prestada y mejora del proceso asistencial de los pacientes afectados por COVID-19.

Conclusiones: Se trata de un proyecto en fase de análisis de datos que ha permitido implementar una serie de medidas y una dinámica diferente en la atención a los pacientes en el Centro de Salud. La vulnerabilidad intrínseca en el medio rural respecto a infraestructura y acceso a hospital terciario implica unos protocolos específicos diferentes a la atención en el medio urbano y que han sido escasamente tenidos en cuenta y evaluados por los protocolos oficiales. Este proyecto va a permitir conocer los factores que suponen un incremento de riesgo de hospitalización en nuestra población para la mejora de la calidad asistencial y el autocuidado de los pacientes afectados.

342. ESTUDIO DEL AISLAMIENTO EN LOS PACIENTES COVID-19 EN EL ÁREA DE SEGOVIA

Cristina Velarde Mayol¹, Benito de la Hoz García¹,
Soledad Fragua Gil¹, Cristina de la Cruz Maeso¹, Paula Frades Ortiz¹,
Paloma Villarroel Añorbe¹ y Cristina Fragua Sobrino²

¹SACYL, Segovia, España. ²Colegio de Médicos Segovia, Segovia, España.

Palabras clave: Aislamiento social. Encuestas de salud. Atención primaria de salud.

Objetivos: Atención Primaria-(AP) realizó el seguimiento de los pacientes con COVID-19 durante el aislamiento domiciliario.

Objetivos: analizar el cumplimiento de las normas de aislamiento y sus condicionantes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Encuesta a pacientes diagnosticados de COVID-19 (15 marzo-31 diciembre), previo consentimiento informado, sobre el cumplimiento del aislamiento. Ámbito: una consulta rural y dos urbanas. Excluidos: < 18 años, desplazados, institucionalizados. Variables: sociosanitarias, encuesta (21 ítems, tres preguntas abiertas). Estadística: descriptiva, IC del 95%.

Resultados: Total 332, excluidos 55. 277 encuestas válidas. Medio urbano 71,8% Medio rural 28,2%. Edad media: 54 años DE = 17,5 (rango 18-99). Mujeres: 55,2% [IC95% = 49,3-61,1]. Asintomáticos 14,8% [IC95% = 10,6-19,0], Sintomáticos sin ingreso 74,7%- [IC95% = 69,6-79,8], hospitalizados 10,5% [IC95% = 6,9-14,1]. Convivientes: pareja/hijos 39,3% [IC95% = 33,5-45,0], solo pareja 23,5% [IC95% = 18,5-28,5], vivían solos 14,0%- [IC95% = 9,9-18,1]. Fuente de contagio: desconocido 49,5% [IC95% = 43,6-55,4], domicilio 25,6% [IC95% = 20,5-30,7]. El 1º contacto e información sobre aislamiento fue con un médico del Centro de Salud: 63,5% [IC95% = 57,8-69,2], Centro Coordinador: 20,9% [IC95% = 16,1-25,7]. Un 10,5% [IC95% = 6,9-14,1] consideraron insuficiente la información recibida. El 93,5% [IC95% = 90,6-96,4] realizaron aislamiento en su domicilio, con un promedio > 15 días, en su habitación (93,5%), con ventilación diaria (38,6%). Un 39,7% [IC95% = 33,4-45,5] compartían comidas y espacios comunes en familia. Un 24,5% [IC95% = 19,4-29,6] no guardaron distancias ni usaron mascarillas. Un 42,2% [IC95% = 36,6-48,2] no disponían de aseo de uso exclusivo. Un 62,5% [IC95% = 56,8-68,2] reconocen haber contagiado a otras personas, principalmente familiares 51,6% [IC95% = 45,7-57,5]. Preguntas abiertas: Lo más fácil. Estar con la familia: 31,5%; Entretenerte: 24,0%; Nada fue fácil: 21,2%. Lo más difícil. Agobio: 30,5%; Soledad: 24,0%; Miedo a empeorar o contagiar: 22,2%. Consejos sobre aislamiento. paciencia: 50,6%; cumplir las normas 32,8%; entretenerte: 35,1%; mantener contacto con su Centro de Salud: 21,3%.

Conclusiones: Compartir las zonas comunes, aun teniendo habitación/aseo exclusivo, explicaría el alto contagio familiar. Entretenerte y mantener contacto con su Centro de Salud facilitó el aislamiento. Destacar el papel de la AP como primer contacto y la satisfacción de los pacientes con la información recibida

374. FIEBRE Y TOS EN MUJER HIPERTENSA Y FUMADORA EN EL AÑO 2021

María Tana Martínez Vilanova y **Leticia Silva Iglesias**

SACYL, Segovia, España.

Palabras clave: Fiebre. Tos. Cefalea.

Caso clínico: Paciente mujer de 71 años que acude al servicio de Urgencias siete días después de Nochebuena por fiebre y tos de tres días de evolución. La paciente refiere cuadro consistente en tos sin expectoración que ha ido en aumento desde los últimos tres días y que en ocasiones llega a ser emetizante, fiebre termometrada de hasta 39 °C, intensas mialgias, cefalea holocraneal de intensidad moderada, ageusia y anosmia, motivo por el cual se realiza teste de antígeno rápido en el centro de salud siendo el mismo positivo. Refiere la paciente haber cenado el día de Nochebuena exclusivamente con sus dos hijos y su marido, los tres asintomáticos. Niega haber mantenido contactos estrechos con personas positivas para COVID. Como antecedentes personales destacan: hipertensión arterial, dislipemia y fumadora de 20 cajetillas año. A la exploración destaca que la paciente se encuentra eupneica en reposo y a la auscultación pulmonar presenta crepitantes finos en base derecha. En las pruebas diagnósticas destaca leucopenia con linfopenia, aumento del dímero D, del fibrinógeno y un marcado patrón de citolisis. En la gasometría arterial destaca el hallazgo de insuficiencia respiratoria global. En radio-

grafía de tórax destaca infiltrado parcheado en base pulmonar derecha. Ante estos datos se avisa a servicio de Medicina interna para valoración, quienes deciden tras exploración física y visualización de los resultados de las pruebas diagnósticas ingreso en planta y tratamiento con antibioterapia, corticoterapia y heparina de bajo peso molecular profiláctica. La paciente fue dada de alta a los cuatro días de hospitalización tras mejoría clínica, radiológica y analítica.

Discusión: Cabe señalar que lo que, en el año 2019 como una mera infección respiratoria con escasa repercusión clínica, ha pasado a convertirse en el epicentro de nuestras vidas y nuestra profesión. Hoy en día todo lo implique fiebre, tos y dificultad respiratoria entre otros, es considerado COVID hasta que se demuestre lo contrario, con un test rápido de antígenos o una PCR. En plena era COVID muchos profesionales nos centramos solo en esto y nos olvidamos de que existen otras patologías. Por eso es necesario concienciar a la población de que el virus sigue presente, que los colectivos de riesgo están en peligro (hipertensos, obesos, diabéticos...), que los portadores asintomáticos existen, por lo que no debemos bajar la guardia al extremar las precauciones como en el caso de nuestra paciente durante las Navidades.

408. COVID-19 Y TEP

Olga Ramírez Alonso y María Ascensión López Serrano

Sacyl, Burgos, España.

Palabras clave: COVID-19.TEP.

Caso clínico: Paciente de 64 años ex umador. Consumo acumulado de 70 años-paquete. Neumonía intersticial a los 52 años. Diagnóstico de fibrosis pulmonar secundaria a alveolitis alérgica con estabilidad clínica funcional y de TAC. SAHS desde hace dos años en tratamiento con CPAP. Proceso actual: comienza tres días antes con astenia, artromialgias y sensación distérmica. PCR-COVID-19 positivo es derivado a urgencias dados sus antecedentes. Dado de alta por infección leve con vigilancia estrecha. A pesar de las desaturaciones en domicilio los días posteriores se niega a acudir al hospital. Achaca su disnea a la fibrosis. Ante la persistencia de la febrícula y la disnea ya en reposo acude a urgencias tres días más tarde e ingresa en neumología. Rápido empeoramiento clínico, radiológico con necesidad de ventilación no invasiva y estando taquipneico se traslada a UCI. Tras discreta mejoría cinco días después se traslada a planta. Patrón intersticial bilateral al salir de UCI. Se realiza angiotac por lenta mejoría: TEP en LID. Comentario: Haciendo una revisión sobre los artículos publicados centrados en la relación entre COVID y TEP se observa que la mayoría de TEP se han dado en pacientes en UCI, sin embargo el 72% de TEP en pacientes COVID se diagnostican en pacientes que no precisan cuidados intensivos y los diagnósticos se hacen en urgencias por tanto sería conveniente pensar en el TEP desde el inicio de la enfermedad como una posible complicación. Esta comprobado que los problemas de coagulación crecen a medida que aumentan los días de hospitalización, por eso se plantea la duda de comenzar el tratamiento anticoagulante desde el inicio del diagnóstico y la realización de pruebas complementarias en urgencias distintas a la radiología porque incluso pacientes que no precisan atención en UCI pueden desarrollar TEP. Pensar en ello no solo en pacientes con factores de riesgo o ancianos.

430. COMUNICACIÓN NO PRESENCIAL DURANTE COVID-19 EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Yolanda Caules Ticoulat, Josep María de Magrinyà Claramunt, Assumpta González Garces, María Teresa Canela Armengol, M. Eugènia Martínez Jiménez, Cherin Nehme Abouzeid y Natalia Ortega Mendible

Institut Català de Salut, Valls, España.

Palabras clave: TIC. Comunicación. Atención Primaria.

Introducción: Durante la pandemia hemos mantenido el contacto con nuestros pacientes, mediante la atención no presencial. En nuestra comunidad existe un sistema de Consulta entre paciente y profesional sanitario (médico o enfermera) que se encuentra integrado dentro de un espacio digital, personal e intransferible, donde el paciente puede acceder a su información personal de salud, hacer trámites y consultas. En nuestro centro de salud lo implantamos junio de 2017.

Objetivos: Valor si durante la pandemia ha aumentado este tipo de consultas. Valorar porcentaje de profesionales y pacientes que utilizan este sistema de consultas. Valorar tiempo de respuesta por parte de los profesionales.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo para poder analizar la situación y realizar acciones de mejora pertinentes

Resultados: Hemos visto un aumento de visitas virtuales para médicos de 1.175 (2019) a 5.185 (2020), para enfermeras de 384 a 493. En junio de 2017 empezamos con 60% de médicos y un 26,67 de enfermeras. En diciembre de 2018 había aumentado a 93,75% de médicos (28 de 31) y un 86,67 (13 de 15) de enfermeras. En abril 2019 100 de médicos y un 86,67 de enfermeras. En 2020 100% ambos. Por lo que hace referencia a los pacientes: En junio de 2017 empezamos con 41 pacientes que representan 0,25%. En diciembre de 2018 había aumentado a 180 (1,09). En 2019 264 (1,59) y 2020 4364 (24,91): con 3,01 en enero, marzo 4,79 julio 13,09. Nos encontramos con datos superiores a nuestro territorio 20%. El porcentaje de pacientes que utilizan el sistema de consulta más de una vez ha aumentado del 0,69 en diciembre 2018 a 17,71 en 2020. Las conversaciones iniciadas por profesionales 40,75 2020: enero 13,64 en marzo 21,63 septiembre 42,99. Por lo que respecta al tiempo medio de respuesta 1,42 días, en < 24h 82,62 y < 48h 90,25.

Conclusiones: Vemos que existe un aumento de visitas virtuales. El porcentaje de médicos y enfermeras que utilizan esta consulta es del 100%. Podemos ver que un aumento progresivo del número de pacientes que utilizan este sistema de consulta durante este año coincidiendo con inicio de pandemia. La rápida respuesta por profesional favorece que el paciente tenga accesibilidad a su profesional de referencia. Observamos que hay un aumento de inicio de conversaciones por parte de los profesionales, se puede explicar sobretodo agenda seguimiento de casos COVID, ya que por este sistema se les envía la baja laboral y los partes.

433. DOCTOR, ME FATIGO DESPUÉS DE HABER PASADO EL CORONAVIRUS

Paula Méndez Santamaría¹, Jorge Darío Méndez Alcalde², Natalia Gallego Artiles³, María Cristina Gutiérrez Lora⁴, Sergio Sánchez López⁴, Miriam Rodríguez Viñuela⁴, Ana Isabel Gordillo Hernández⁴, María Isabel Puca Briones⁴, Amalia Escudero Sánchez¹ e Ilaria Testoni⁴

¹Centro de Salud Portillo, Valladolid, España. ²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ³Hospital Medina del Campo, Valladolid, España. ⁴Centro de Salud Medina del Campo Urbano, Valladolid, España.

Palabras clave: Infección. SARS-CoV-2. Tromboembolismo.

Caso clínico: Motivos de consulta: disnea. Antecedentes personales: alérgico a penicilina. Obesidad. Exfumador desde hace 4 años. Infección por SARS-CoV-2 sin afectación del parénquima pulmonar en marzo 2020. Anamnesis: varón de 30 años que acude a la consulta por disnea de moderados esfuerzos que ocurre de manera ocasional acompañado de palpitaciones sin dolor torácico tras infección por SARS-CoV-2 hace 9 meses. A mayores refiere sensación de sofoco y rubefacción facial. No refiere otra sintomatología. Exploración: TA: 120/70mmHg, Fc: 72 lpm, SatO2 basal: 96%, IMC: 34,3 Kg/m². Buen estado general. Auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones.

Resto de exploración por aparatos normal. Pruebas complementarias: tras la primera valoración en consulta de Atención Primaria se deriva a Medicina Interna para completar estudio. Analítica: hemograma, bioquímica (incluyendo perfil pancreático, hepático y férrico) y coagulación normal. Serología e Inmunología sin alteraciones. Catecolaminas y 5-HIAA en orina de 24h normal. Radiografía de tórax PA y lateral: sin hallazgos relevantes. Electrocardiograma: rítmico, sinusal a 100 lpm, PR normal. T negativas en V4-V6 no vistas en ECG previos. Ecografía clínica pulmonar y ecocardiograma: sin alteraciones. AngioTAC de arterias pulmonares: Defecto de repleción en ramas segmentarias del lóbulo medio y segmento anterior del lóbulo superior izquierdo compatible con tromboembolismo pulmonar en parte repermeabilizado ya que existe algo de contraste en el interior de los vasos. Sin signos de sobrecarga derecha ni de infarto pulmonar. No derrame pleural ni pericárdico. Ecodoppler clínico de miembros inferiores: Sin evidencias de TVP. Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar subagudo para ramas segmentarias (PESI 13-clase I) riesgo bajo. Identificación de problemas: Patología muy frecuente en pacientes que han pasado la enfermedad por SARS-CoV-2 dada la gran trombogenidad que produce el virus. Tratamiento: Se inicia tratamiento con HBPM y posteriormente se pasa a anticoagulación oral con acenocumarol.

Conclusiones: Se trata de un paciente derivado a las consultas de Medicina Interna por disnea de moderados esfuerzos tras infección por SARS-CoV-2. Tras los hallazgos de T negativas en ECG y la sospecha de tromboembolismo pulmonar se decide realizar angioTAC de arterias pulmonares para descartar embolismo subagudo/crónico que confirma la presencia de dos defectos de repleción con un aspecto subagudo.

434. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN UN GERIÁTRICO AFECTADO POR BROTE DE COVID-19

Clara Gascón Mora, Daniela Butanciu, Elisenda Magrané Francesch, Antoni Santigosa Ayala, Gemma Fusté Agulló, Verónica Carolina Cusati Velasco, Jordi Ferré Gras, Mireia García Bouso, Arantzazu Llano Sánchez y Fernando Andrés Fernández García

Institut Català de la Salut, Tarragona, España.

Palabras clave: Geriátrico. Demencia. Mortalidad.

Introducción: Durante 9 semanas desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, nuestro equipo de Atención Primaria asumió la asistencia de un centro Geriátrico afectado por un brote de COVID-19.

Material y métodos: Se realiza un análisis descriptivo durante el primer brote de coronavirus en marzo de 2020.

Resultados: Se analizan 157 pacientes, con un 71,3% de mujeres y una edad media de $87,7 \pm 7,4$ años. La frecuencia de HTA fue del 77,1%, DM2 un 31,2% y dislipemia 39,5%. En relación a los antecedentes cardiológicos, un 5,7% había sufrido un infarto previamente y la prevalencia de ICC fue del 14%. Un 8,9% de los residentes padecían EPOC y un 3,2% asma. La insuficiencia renal afectaba al 28,7% y un 71,3% padecía alguna enfermedad neurológica crónica entre las que se incluye las demencias. En lo que se refiere a los tratamientos prescritos, predominan los antipsicóticos con un 59,9%, seguido de los analgésicos (53,5%) y en tercer lugar los antiulcerosos (45,2%). La suma de IECA y ARA2 alcanza el 46,5% de prevalencia y los antidiabéticos, especialmente insulinas y biguanidas alcanzan un 10,8% cada grupo. Se clasificó el grado de dependencia según la escala de Barthel con un 56,4% de pacientes con una dependencia severa o total y el deterioro cognitivo medido por el test de Pfeiffer con un deterioro moderado o grave que afectaba al 57% de los pacientes. Valoramos la incidencia de infección por coronavirus solo en aquellos pacientes en los que se disponía de test de laboratorio que confirmaron la infección. Se detectaron un total de 118 positivos (75,2% del total) con un 71,2%

de mujeres afectadas. No existen diferencias significativas en relación a la incidencia de COVID-19 según los antecedentes patológicos, aunque sí que llama la atención la alta incidencia en los pacientes con deterioro cognitivo (72%), HTA (75,4%), dislipemia (39,8%) y DM2 (33,1%). Un 41,2% de los infectados tenía dependencia leve o moderada según la escala de Barthel y un 72,6% padecían deterioro moderado o severo según la escala de Pfeiffer. La mortalidad por COVID fue del 41,4% con un total de 65 defunciones. Un 60% fueron mujeres ($p < 0,05$) sin diferencias respecto a la edad.

Conclusiones: La primera ola de contagios golpeó de manera especialmente dura a los centros geriátricos. Las características propias de los pacientes que allí residen, junto con el desconocimiento sobre el virus, hicieron que la incidencia de contagios y defunciones fuera especialmente alta en esta población.

474. SOMOS MÉDICOS DE FAMILIA; TAMBIÉN EN PANDEMIA

Susana Fernández Cordero¹, Naiara Cubelos Fernández², Carmen Santos Martínez² y Nuria Viñuela García²

¹GAP Leon, Santa María del Paramo, España. ²GAP Leon, Leon, España.

Palabras clave: Paliativo. Tratamiento domiciliario.

Caso clínico: Paciente de 97 años COVID positivo que convive con hija y yerno también positivos. La paciente al principio se encuentra asintomática pero a los 10 días empieza a desaturar. Acudimos a domicilio y comprobamos SatO2 88 y crepitación en campos medios bilaterales. Ante la sospecha de neumonía COVID e insuficiencia respiratoria planteamos posibilidades a la familia y decidimos con ellos tratamiento domiciliario dado el buen soporte familiar con él colaboraremos la clara decisión de la familia de no ingreso hospitalario y la confianza depositada en su equipo de atención primaria. Se le pauta oxígeno en gafas nasales a 2 litros (solicitado de forma paliativa a la empresa de oxígeno que se instauró a las 4 horas de solicitarlo) prednisona 60 mg, amoxicilina 1 gramo cada 8 y heparina sc, Ventolin y atrovent en cámara cada 8 horas. Después de 1 semana empezamos a bajar corticoides con buena evolución pero a las 3 semanas con 30 mg de corticoide vuelve a desaturar a la auscultación está arrítmica solicitamos ambulancia para realizar en CAP: as, rx, y ecg se diagnostica de FA e insuficiencia cardíaca y neumonía COVID en evolución, se pauta seguril con buena respuesta. A día de hoy, 3 meses después, la paciente realiza vida tranquila sin oxígeno y jugando al parchís que es lo que más le gusta

511. ABORDAJE SANITARIO EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA DURANTE LA PRIMERA OLA DE COVID-19

Sonia González Gonzalo, Mercè Gasull Gomis, Mireia García Bouso, Belén Aranda Sánchez, Elsa Madrigal Cano, Lourdes Clotas Sancho, Encarnación Ruiz Morcillo, Lourdes Mor Llagostera, Josep Aguilar Urpi y Verónica Carolina Cusati Velasco

Institut Català de la Salut, Tarragona, España.

Palabras clave: COVID-19. Residencia. Atención primaria.

Introducción: Marzo de 2019, una residencia geriátrica, notifica al Equipo de Atención Primaria (EAP) el primer caso de COVID. Una residente, de 153 totales, fue hospitalizada y se confirma el diagnóstico. Inmediatamente se recomienda aislamiento de los residentes con los que había mantenido contacto y vigilancia estricta de síntomas en residentes. En menos de una semana había 30 residentes COVID-19 y gran número con síntomas. Se consideró que todo paciente sintomático se aislara, debido a la escasez de pruebas PCR, para evitar retrasos e infradiagnósticos. Hubo bajas por enfermedad

entre los trabajadores de la residencia, incluyendo la dirección. Se destinaron profesionales del EAP que asistían a los residentes a diario y otros que atendían a la población de referencia en el centro, lo que supuso un aumento de horas de trabajo y carga laboral.

Objetivos: Definir las funciones del EAP en el abordaje de una residencia con un brote de COVID-19. Medidas adoptadas: Organizativas: sectorización: separando los usuarios COVID+, sintomáticos y asintomáticos. Establecimiento de circuitos de zonas limpias/sucias. Registro de temperatura a los trabajadores previo acceso al centro. Control clínico: visita diaria, medicina y enfermería, con ajuste de medicación, según estado del usuario. Control y registro de constantes de los residentes, para identificar cualquier síntoma compatible con COVID. Valoración integral del paciente: cambios posturales, hidratación, nutrición, UPP. Realización de Barthel y Pfeifer obteniendo la situación basal. Registro de los residentes, PCR realizadas, fecha de inicio de síntomas, defunciones, traslados hospitalarios... Soporte en formación y prevención: formación a los trabajadores en uso correcto de EPI, lavado de manos y difusión del plan de contingencia. Pautas de limpieza y desinfección del material fungible. Gestión de residuos. Soporte material: se proporcionó carros de curas, aparatos de ECG, pulsioxímetros, tensiómetros, concentradores de O2, fármacos.

Conclusiones: En una situación inesperada de elevada complejidad por la rapidez de contagio en un entorno no preparado para la atención socio-sanitaria, se consiguió mediante una estrategia organizativa basada en protocolos de actuación consensuados y en base al estado basal de cada residente, dar una atención adecuada y hacer una valoración integral de cada uno de ellos, tanto referente a la adecuación de diagnósticos, cuidados, higiene, nutrición y revisión de polifarmacia.

552. INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON DOCENTES FRENTE A COVID-19 ¿MEJORÓ SU INCERTIDUMBRE?

Ildefonsa Majo Rodríguez y María Moreno Guillén

Centro de Salud, Arenas de San Pedro. Ávila, España.

Palabras clave: Intervención comunitaria. COVID-19. Docentes.

Objetivos: Objetivo principal: conocer el impacto de Intervención Comunitaria en el grado de incertidumbre de los docentes frente a COVID-19. Secundario: evaluar el interés de frente a intervenciones comunitarias futuras.

Material y métodos: Los directores de los centros educativos de nuestra ZBS rural, solicitaron a la médica RESE del Centro de Salud algún tipo de intervención frente a COVID-19 al inicio del curso escolar. Se organizaron tres talleres de 2 horas cada uno con los siguientes contenidos teórico-prácticos: lavado de manos, mascarillas: tipos y uso adecuado, EPI: colocación y retirada, resolución de dudas sobre el protocolo escolar y dudas generales. Análisis descriptivo a los cuatro meses de la intervención, recogiendo datos cuantitativos y cualitativos, mediante encuesta anónima cumpliendo la LOPD. Para nuestro objetivo usaremos el análisis de datos cualitativos. Se analizan: grado de incertidumbre antes de la intervención (nulo, bajo, medio, alto, muy alto), conocimiento del protocolo escolar, valoración de intervención: formato, duración, utilidad. Mejoría de la incertidumbre tras intervención. ¿Desearán más intervenciones comunitarias? Resultado: de 90 participantes de todas las etapas (desde Educación Infantil a Bachillerato/FP) respondieron 70 (77,7%) Grado de incertidumbre: nulo 1,5%, bajo 18,6%, medio 57,1%, alto 17,1%, muy alto 5,7%. Al 98,6% le pareció adecuado el formato empleado, al 100% adecuada la duración, al 100% le resultó útil, resolvió dudas, el 95,7% mejoró el grado de incertidumbre y el 98,6% desearían más Intervenciones Comunitarias en los centros educativos.

Conclusiones: El grado de satisfacción con la intervención fue muy elevado, así como la mejora en su grado de incertidumbre tras

la misma, (bastante elevado, solo un 19,1% era bajo o muy bajo). Ellos la solicitaron y queda patente que desearían más, no solo sobre la pandemia. La intervención Comunitaria debería ser una parte fundamental del trabajo en Atención Primaria. Todas las intervenciones destinadas a fomentar la salud y la participación de grupos con intereses comunes son especialmente eficientes, mejoran la calidad de vida y proporcionan herramientas para el cuidado de la salud y a la vez se pueden formar agentes de salud, en este caso concreto, docentes. Las autoridades sanitarias y los propios profesionales deberían asegurar una continuidad de Intervenciones Comunitarias.

587. ERITEMA MULTIFORME EN PACIENTE COVID +

Francisco Javier García Onieva, María Dolores Cerezo Salmerón y Ana María Martín Valencia

Hospital de Riotinto, Huelva, España.

Palabras clave: Fiebre. Exantema. Eritema nodoso. COVID-19.

Caso clínico: Paciente de 73 años. Sin alergias a medicamentos, con cardiopatía isquémica en 2010 con implante de stent, hipertenso y dislipémico. En tratamiento con omeprazol, aspirina, nebivolol, enalapril, tramadol y simvastatina. Consulta en servicio de Urgencias del hospital por referir eritema generalizado en tronco, cara y miembros con prurito intenso, asociando malestar general y fiebre de hasta 38,1 °C de tres días de evolución. Niega contacto reciente con plantas y/o animales así como toma de nuevos fármacos. A la exploración física el paciente tiene buen estado general, consciente y orientado. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. En cabeza, cuello, tronco y miembros se observaron lesiones eritematosas no confluentes de distintos tamaños. Algunas lesiones presentan morfología típica en diana que asemejaban eritema nodoso, con lesiones en satélite. No se objetiva afectación de palmas ni plantas. Se administró tratamiento con metilprednisolona iv + dexclorfeniramina iv y se solicitó prueba PCR COVID y radiografía de tórax, en la cual no se objetivaron infiltrados compatibles con neumonía. Finalmente, la PCR para COVID-19 resultó ser positiva. No obstante, dada la baja incidencia en ese momento de casos COVID en el área de salud, así como la ausencia de clínica respiratoria, el paciente no se introdujo en circuito COVID desde el principio. El paciente fue dado de alta, realizándose estudio de contactos y con pauta de tratamiento domiciliario con heparina de bajo peso molecular, corticoides orales y paracetamol. Evolución favorable de la fiebre y de la clínica cutánea, con resolución completa de la misma en 7 días.

592. ANÁLISIS DE LA PANDEMIA CON UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR

M Nieves González Natal, Paloma Burgos Diez, Ángel C. Matía Cubillo y Luis Alberto Flores Pérez

Gerencia Regional de Salud, Valladolid, España.

Palabras clave: Impacto. Multidisciplinar. Social.

La pandemia de COVID-19 ha tenido una repercusión internacional. El proyecto BIFISO es multidisciplinar y analiza el impacto social y los dilemas éticos anejos a la pandemia producida por el SARS-CoV-2 combinando investigación biológica, metodología etnográfica y reflexión filosófica.

Objetivos: Estudio de los contenidos no sanitarios de los artículos en el contexto del proyecto BIFISO.

Resultados: Evaluación de las exceptivas vitales en la escasez de recursos. La ciencia no puede protegernos de un nuevo virus. El conocimiento científico es susceptible de ser corregido. La crisis debería de servir de catarsis para romper con ciertas inercias por el bien de la sociedad. Para combatir la superstición se puede usar un dic-

cionario enciclopédico digital solvente y accesible integrado por agencias de todo sesgo, sin anonimato y conociendo a todos los actores. La investigación traslacional avanza hacia la interdisciplinariedad. Los científicos tienen la responsabilidad de que la información llegue a toda la sociedad. La buena gobernanza, la transparencia, la rendición de cuentas o la participación son elementos esenciales que amparan al ciudadano de posibles abusos por parte del poder. Esta situación reclama un diálogo permanente entre ciencia, política y sociedad, en el cual el periodismo desempeña un papel decisivo. La enseñanza permite desenvolverse como persona y como ciudadano. La globalización facilita la difusión de noticias falsas. La información ha de ser sencilla para que los ciudadanos lo puedan entender. La sobreexposición a la información genera incertidumbre derivada a información intangible y del miedo a lo desconocido. La soledad no deseada produce un impacto negativo sobre la calidad de vida y dificulta la participación social. Se ha invisibilizado el duelo. No se está estudiando el estrés reactivo generalizado. Ser conscientes de nuestra fragilidad e interdependencia debe suscitar una colaboración entre las administraciones y organizaciones. La libertad y la autonomía no son posibles sin la red de relaciones. La naturaleza cuando se topa con desafíos y oportunidades evoluciona. No se está viviendo la pandemia igual en todos los contextos. Las cifras que nos llegan de otras partes del mundo no son fáciles de comparar. Los datos hay que contextualizarlos tenido en cuenta factores geográficos, demográficos, urbanísticos y económicos.

606. CONVIRTIENDO UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Clara Gascón Mora, Daniela Butanciu, Elisenda Magrané Francesch, Antoni Santigosa Ayala, Mireia García Bousó, Verónica Carolina Cusati Velasco, Arantzazu Llano Sánchez, Gemma Fusté Agulló, Fernando Fernández García y Lourdes Clotas Sancho

Institut Català de la Salut, Tarragona, España.

Palabras clave: Atención Primaria. Residencia. Transformación.

Introducción: Durante 9 semanas desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, nuestro equipo de Atención Primaria asumió la asistencia de un centro Geriátrico afectado por un brote de COVID-19. Detallamos cómo se transformó el centro en un punto de atención de pacientes agudos con los cuidados propios de un Hospital.

Material y métodos: Se adaptó la asistencia de los pacientes infectados por SARS-CoV-2 residentes en un centro geriátrico, a las necesidades requeridas. Se dispuso de tratamientos endovenosos, suplementos de oxígeno, medicación recomendada según protocolos vigentes (hidroxicloroquina), y medicación paliativa parenteral. Se realiza un análisis de todos los pacientes con infección por SARS-CoV-2 confirmada por test de laboratorio.

Resultados: Del total de 157 residentes (71,3% mujeres), se confirmó la infección por SARS-CoV-2 en 118 (75,2%), de las cuales 84 fueron mujeres (71,2%). Todos recibieron asistencia en el propio centro con solo 22 pacientes (14%) derivados al Hospital. El 56,1% de los pacientes recibieron profilaxis antitrombótica con heparina, al 40,1% se les prescribió cobertura antibiótica (amoxicilina/ácido clavulánico o levofloxacino), 20 pacientes (12,7%), precisaron intensificación del tratamiento inhalado con broncodilatadores y hasta un 24,2% precisó soporte con oxigenoterapia. Finalmente, se administró hidroxicloroquina a los más graves (14%) siempre con monitorización electrocardiográfica previa y de seguimiento. Cuando clínicamente se deterioraban sin opción de mejora, recibieron medidas paliativas. La mortalidad por COVID fue del 41,4% con un total de 65 defunciones. El 69,2% de los exitus presentaban dependencia grave o total (Barthel) y el 72,2% padecían deterioro cognitivo moderado o grave (Pfeiffer). En el análisis bivariante, ninguno de los tratamientos descritos

demostró mejorar las tasas de mortalidad a excepción de la profilaxis con heparina ($p < 0,01$) y la intensificación del tratamiento broncodilatador ($p < 0,05$).

Conclusiones: La Atención Primaria, dotada de los recursos adecuados, está sobradamente capacitada para atender a aquellos pacientes institucionalizados incluso en situación de una pandemia, cuando las necesidades específicas de los pacientes se incrementan. Los resultados obtenidos son comparables a los esperados en las plantas de hospitalización convencional, con un mayor confort para el paciente, un ahorro en exploraciones complementarias y un trato más personalizado en el propio entorno del paciente.

609. ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PRIMERA OLA

Celia Tajada Vitales, Jose Antonio de la Fuente Cadenas, Cristina Vedia Urgell, Montserrat Corroto Duran, Ana María Andrés Lorca, Ana Isabel Mendoza Aguilar, Jordi Morera García, María Isabel González Jara y Mónica Zambrano Cortejoso

Institut Català de la Salut, Barcelona, España.

Palabras clave: Atención primaria. COVID-19. Síntomas.

Introducción: Existe poca bibliografía sobre la clínica de los enfermos COVID-19 en Atención Primaria (AP). Se desconoce si es similar a la descrita en series hospitalarias.

Objetivos: Principal: describir las características de enfermos con COVID-19 atendidos en AP durante la primera ola. Secundarios: comparar síntomas de pacientes COVID confirmado con COVID sospecha. Analizar factores asociados a mayor gravedad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Población: Equipo AP Santa Coloma 1. Inclusión: pacientes con registro de SARS-CoV-2. Período: marzo-abril 2020. Datos: historia clínica y entrevista telefónica. Variables: sociodemográficas. Síntomas COVID-19. Antecedentes patológicos y farmacológicos. Gravedad: leves: pacientes sin ingreso hospitalario, moderados: ingreso hospitalario y graves: ingreso en UCI y exitus. Análisis estadístico. Variables cuantitativas: t-Student, U de Mann-Whitney o ANOVA. Prueba chi-cuadrado para cualitativas. Análisis multivariante incluyendo variables significativas en el análisis bivariado. Nivel de confianza del 95% bilateral.

Resultados: 472 pacientes. 34,3% (162) confirmados por PCR. De los 310 COVID sospecha, 27% (84) presentaron IgG +, 57,5% (178) IgG - y 48 (15,5%) no se determinó. Muestra: 246 pacientes COVID+ y 226 COVID sospecha. 55,1% mujeres. Edad media: 50,8 años. Los pacientes COVID+ eran mayores (56,7 años vs 43,29, $p < 0,000$), presentaban más HTA (32,9% vs 15,4%), fibrilación auricular (3,7% vs 0%), diabetes (9,3% vs 1,8%) y tratamientos previos (media: 4,53 vs 3,14). Análisis regresión logística solo significativa con la edad. Fueron leves 60,6%, moderados 27,2% y graves 12,7%. La mayor gravedad se asoció significativamente con la edad (grave 72,1 años, leve 51,6), sexo masculino antecedentes de HTA y diabetes. En el análisis multivariante (regresión binaria) solo salió significativa la asociación de gravedad con edad. Fiebre y dificultad respiratoria fueron significativamente más frecuentes en casos moderados y graves. Alteraciones del gusto, olfato, cefalea, artromialgias y astenia en casos leves. Cefalea fue significativamente más frecuente en COVID sospecha.

Conclusiones: Los síntomas más frecuentes fueron similares a los descritos en series hospitalarias. Tanto en los casos confirmados como en la gravedad solo se asoció con la edad. Conocer los síntomas más frecuentes y los factores de riesgo para desarrollar cuadros graves es fundamental en la valoración de pacientes COVID en AP.

630. LO QUE NOS FALTABA

**Paula Casas Rodríguez¹, Margarita Alonso Fernández²
y Ángela María Arévalo Pardal³**

¹CS Benavente Sur, Benavente, España. ²CS Reina Sofía, Tordesillas, España. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Palabras clave: Obstáculo. Veracidad. Protocolo.

Caso clínico: Varón de 37 años, residente en un pueblo de 217 habitantes, con una media de edad de 56 años, a aproximadamente 10 kilómetros de un pueblo más grande de 18.000 habitantes. Vive solo, agricultor. Pide cita con su MAP motivo de consulta COVID. Su médico de Atención Primaria está en esta plaza desde hace 4 meses y no conoce personalmente la paciente, primer obstáculo. Revisa su historia clínica y ve que no existe ningún episodio abierto de exposición y/o enfermedad por coronavirus en las 24-48 horas previas. 2º obstáculo. Llama a un teléfono fijo que no existe, 3º obstáculo y, al final, como es una población pequeña, localiza a su madre que le facilita su teléfono móvil. El paciente le dice que ha dado positivo en un test de antígenos rápidos que se ha hecho por miedo a haber tenido algún contacto estrecho con un positivo. Lleva 3 días auto aislado. Asintomático. Se le interroga sobre sus hábitos y convivientes estrechos y confiesa que un amigo suyo ha tenido síntomas respiratorios y ha dado positivo en un test de antígenos, así que todos los amigos se han comprado unos test por internet y se los han hecho. Vaya con este último obstáculo... No les ha incluido en el listado de contactos estrechos. A pesar de la insistencia de su médico le confiesa que no le va a decir dónde los han adquirido, ni siquiera si se lo ha hecho él mismo o se los han hecho entre ellos. A través de un familiar también nos enteramos de que, a pesar de las restricciones, quedan todos los viernes para cenar. Ante la poca veracidad y sorpresa de lo relatado, se pone en conocimiento de los rastreadores del área de salud que deciden hacerle una PCR de confirmación y catalogarlos de contactos estrechos, siendo esta negativa, guardando la cuarentena de 10 días con su correspondiente seguimiento. Son datos de alta al finalizarla por asintomáticos. Desde luego, los pacientes nunca dejarán de sorprendernos y, esta situación de pandemia, con el exceso de información a través de los medios de comunicación e internet ha abierto la puerta a que se puedan dar este tipo de situaciones clínicas que debieran de incluirse en los protocolos.

651. PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN URGENCIAS

Marta Delgado Moya, **Laura Carbayo Martín**, Ester Martín Brioso, Noelia María Trujillo Diaz y Jacqueline Trueba Carreón

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

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Disnea. Fiebre.

Objetivos: Valorar comorbilidad y evolución de pacientes institucionalizados que acude a urgencias.

Material y métodos: Estudio transversal en los servicios de urgencias hospital comarcal. Criterios de selección: pacientes institucionalizados con diagnóstico confirmado de COVID-19 atendidos en urgencias desde el 14 de marzo 2020 hasta el 31 de enero 2021. Sujetos incluidos: 24. Limitaciones de la investigación: Durante las diferentes fases de la pandemia las residencias se han llegado a medicarizar en varias ocasiones por lo que esos pacientes no han tenido que ser trasladados a los centros de referencia.

Resultados: Se han atendido un total de 24 pacientes provenientes de residencias. En la primera fase de la pandemia desde el 14 de marzo 2020 hasta el mes de junio 2020 ingresaron en urgencias 6 pacientes. En la segunda y tercera fase desde el mes de julio 2020 hasta el 31 de enero 2021 acudieron 18 pacientes. La media de edad fue de 76,33 y la patología mayoritaria volvió a ser la hipertensión arterial

con un 70,83% pero en segundo lugar no es la diabetes sino la patología neurológica general con un 50% de pacientes afectos. Las diferencias por sexos también fue destacable con un 77,78% de mujeres respecto a varones con un 22,22%. Los síntomas predominantes fueron la fiebre con 70,83% seguida de la disnea con 66,76%. Ingresó el 79,17% y hubo UN 25% de exitus. De los pacientes que fueron alta desde urgencias solo hubo 2 reconsultas y el promedio de días de estancia fue de 8,5.

Conclusiones: La pandemia ha supuesto un importante reto de atención en los pacientes institucionalizados ya que su vulnerabilidad ha provocado las mayores tasas de mortalidad. Independientemente de que en algunos momentos de la evolución de la pandemia las residencias hayan estado con soporte medicalizado, la atención en los hospitales y servicios de urgencias debe dar respuesta a las necesidades de estos pacientes. Son pacientes con altas necesidades de cuidados por lo que supone una dificultad añadida a la sobrecarga de atención durante los grandes picos de afluencia. En el servicio de urgencias y hospital comarcal se procedió a ingresar a todos aquellos pacientes que requerían cuidados y aún no tenían soporte necesario en las residencias de origen. De este modo el 75% de los pacientes fue alta hospitalaria tras solo una semana de seguimiento hospitalario. Los sistemas directivos deben poner su foco en los pacientes institucionalizados para dar una respuesta ágil y rápida.

657. COMORBILIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD COVID-19 ATENDIDOS EN URGENCIAS

Noelia María Trujillo Díaz, Marta Delgado Moya, Laura Carbayo Martín, Ester Martín Brioso y María José Rosende Domínguez

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

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Disnea. Fiebre.

Objetivos: Valorar la comorbilidad de pacientes con enfermedad de COVID-19 atendidos en urgencias

Material y métodos: Estudio transversal en servicio de urgencias hospital comarcal. Criterios de selección: pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 atendidos en el servicio de urgencias desde el fin de la primera ola hasta el 31 de enero 2021. Número de sujetos incluidos: 188. Limitaciones de la investigación: no hemos valorado los pacientes no ingresados de la zona por lo que el porcentaje de pacientes con COVID-19 será mayor y desconocemos la evolución a nivel de atención domiciliaria.

Resultados: Se han atendido 188 pacientes desde el 13 de agosto 2020 que apareció el primer caso tras la primera ola, hasta el 31 de enero 2021 (consideramos 2º y 3º ola COVID). Para una población de 69435 pacientes supone una prevalencia de 0,271% (según el estudio ENE-COVID del Instituto Carlos III en su 4º ronda la prevalencia anti-cuerpos IgG para la provincia de Huelva fue del 3,4% (IC95% 1,7-6,7). La edad media de los pacientes fue 58,26 con un 52,13% de mujeres frente 47,87% de varones. La distribución de patologías fue: HTA: 39,89%, cardiopatía isquémica: 9,57%, insuficiencia cardiaca: 6,91%, fibrilación auricular: 7,45%, patología neurológica: 10,11%, EPOC: 3,19%, asma: 7,45%, diabetes: 20,21%, dislipemia: 6,91%, enolismo: 3,72%, tabaquismo (incluido exfumador): 7,45%. El síntoma predominante fue la fiebre con un 43,09% y el 43,9% de los pacientes requirió ingreso hospitalario. El porcentaje de exitus fue del 6,38%. El porcentaje de pacientes atendidos en función del mes fue el siguiente: agosto: 4,33%, septiembre: 3,03%, octubre: 22,08%, noviembre 38,53%, diciembre: 2,16%, enero: 29,87%. A destacar que desde el 3 al 23 de diciembre no se atendió ningún paciente con infección por SARS-CoV-2.

Conclusiones: Claramente vemos que la llamada "segunda ola" de pandemia por coronavirus se ha centrado en los meses de octubre y noviembre dando un respiro en el mes de diciembre para volver a subir la incidencia de pacientes atendidos durante el mes de enero.

Respecto a la comorbilidad la patología asociada más prevalente fue la hipertensión arterial y en segundo lugar la diabetes mellitus. Esto concuerda con los estudios internacionales. Esta fotografía de la pandemia en la zona de atención del hospital comarcal puede ayudar a establecer nuevas medidas preventivas, sobre todo, con los pacientes con mayor comorbilidad.

669. DIFERENCIA ENTRE PACIENTES ATENDIDOS EN LAS DIFERENTES FASES DE LA PANDEMIA

Jacqueline Trueba Carreón, Aguas Santas Benítez la Fuente, Laura Carbajo Martín, Celia Domínguez Rite y Marta Delgado Moya
AGS Norte de Huelva, Hospital de Riotinto, Minas de Riotinto, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Disnea. Fiebre.

Objetivos: Establecer las principales diferencias entre los pacientes ingresados en las diferentes olas de la pandemia.

Material y métodos: Estudio transversal en servicio de urgencias hospital comarcal. Criterios de selección: pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 atendidos en el servicio de urgencias en los diferentes períodos. Sujetos incluidos: 111. Variables y métodos de evaluación de la respuesta: se han valorado los pacientes atendidos por infección SARS-CoV-2 en el servicio de urgencias del hospital comarcal durante los períodos (14 marzo 2020 al 30 junio 2020 y 1 julio 2020 al 31 enero 2021). Limitaciones de la investigación: la principal limitación es que durante la primera fase solo se podían hacer pruebas de detección de virus a pacientes ingresados con clínica muy clara de infección por coronavirus por lo que probablemente hubo muchos más pacientes que nunca fueron diagnosticados.

Resultados: En el primer periodo (14 marzo a 30 junio 2020) ingresaron 23 pacientes de edad media 67,36 (mediana 70) y las patologías asociadas por prevalencia: HTA 63,64%, diabetes 36,36%, dislipemias 31,82%. El porcentaje de pacientes que fallecieron fue del 39,13% pero si se excluyen los pacientes institucionalizados el porcentaje es 17,39%. En el segundo periodo se considera 2ª y 3ª ola (desde que aparece el primer caso el 13 de agosto 2020 hasta el 31 de enero 2021). Los datos son los siguientes sobre 80 pacientes ingresados: media de edad similar (67,78 y la mediana también 72,5). Patologías: HTA 51,25%, diabetes 35%, dislipemias 22,50%. Sin embargo, el porcentaje de exitus es mucho más positivo siendo del 1,8% y si se excluyen los pacientes institucionalizados baja al 1,35%. Si desagregamos por fechas y consideramos que la 2ª ola fue hasta el 3 de diciembre (ya que hasta el 23 de diciembre no hubo ningún paciente en urgencias) se obtienen 55 ingresos de los que fallecieron 4 (sería un 7,27%). Los datos de la 3ª ola serían desde el 23 de diciembre hasta el 31 de enero donde ingresaron 25 pacientes con 8 fallecidos por lo que el porcentaje se duplica hasta el 14,54%.

Conclusiones: La primera fase de la pandemia supuso un cambio sustancial en el sistema sanitario. La mortalidad de pacientes ingresados en la primera fase es mucho más alta que en la segunda y tercera. Se abre aquí una reflexión importante: ¿tenemos mejores tratamientos? ¿llegan los pacientes con menos evolución? Probablemente sea la suma de ambas. Corticoides y heparina han sido los pilares.

673. ESTE VIRUS ME TRAE DE CABEZA

Ángela Simón Sánchez, Teresa Abós Cenarro, Sara Giner Ruiz, María Carmen Celada Suárez y Julia Martínez Crespo

C.S Torre Ramona, Zaragoza, España.

Palabras clave: Cefalea. COVID-19.

Caso clínico: Paciente varón de 57 años con antecedentes personales de dislipemia, trastorno de ansiedad y ojo derecho vago de na-

cimiento. Sin antecedentes de cefalea. Consulta telefónicamente el 12/11/2020 por presentar fiebre termometrada de 37,6 °C, cefalea, mialgias y diarrea, sin síntomas respiratorios. Sin contacto COVID positivo. Se confirma la infección por SARS-CoV-2 serológicamente. Dos semanas después el paciente se encuentra afebril pero persiste la cefalea y mialgias. Se realiza serología IgG resultando negativa. Se lleva a cabo seguimiento telefónico objetivándose un aumento en la intensidad y frecuencia de la cefalea y la remisión paulatina de los demás síntomas. La cefalea es de características tensionales con episodios de aparición diaria y autolimitados, de una duración de 20-30 minutos. Los episodios son de alta intensidad (EVA 9/10). Se localizan en nuca y frente y se acompañan de dolor ocular, sensación de mareo, náuseas, sonido y fotofobia. Existe una falta de respuesta a analgesia habitual. Tras su remisión persiste cefalea residual el resto del día. El 18/12/20 se realiza serología IgG con resultado positivo y PCR SARS-CoV-2 negativa. Ante la persistencia de la cefalea y la astenia extrema se realiza interconsulta con Neurología el 21/12/2020, citando al paciente de forma presencial el 11/01/2021. En dicha consulta se objetiva una exploración neurológica normal y se solicita resonancia magnética craneo-cervical. Se le pauta tramadol + paracetamol, metamizol y diazepam 5 mg para tratamiento de posible contractura a nivel cervical. Exploración física y pruebas complementarias: Exploración neurológica dentro de la normalidad. En espera de resonancia magnética. Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional, complicación neurológica COVID-19. Juicio final: complicación neurológica COVID-19.

698. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) AGUDO EN PACIENTE CON NEUMONÍA BILATERAL POR SARS-CoV-2

María José García Hernández, Cristina García Iglesias, Jessika Mejía Maguñio, Celia Miranda Zelada, Mª Rosario Carmona Aceves, Mª Sonia del Castillo Novo, Mª del Camino Santamaría Pérez, Mónica Naranjo Redondo, Sergio Hernández Fernández y Mª Fe Muñoz Moreno

Sacyl, Valladolid, España.

Palabras clave: Enfermedad tromboembólica venosa. Tromboembolismo pulmonar. SARS-CoV-2.

Caso clínico: Mujer de 41 años sin antecedentes de interés. Desde hace 6 días presenta malestar general, sensación distémica sin disnea ni tos. Se le realizó hace 5 días test de Ag SARS-CoV-2 con resultado (+). Acude al Servicio de Urgencias por empeoramiento del estado general en las últimas horas presentando tos seca y escasa disnea. EF: T° 36,2 °C. FC: 109 l/min. TA: 129/80 mmHg. SatO2 96%. Eupneea. AC: rítmica sin soplos. AP: crepitantes bilaterales. Analítica: hemograma normal, leucocitos 4.040, plaquetas 221.000. Bioquímica general normal, PCR 25,29, procalcitonina 0,06. Ferritina 124,4. Dímero D 527 ng/ml. GAB con FIO2 21% con GN a 2 l/min: pH 7,43 pCO2 70,6. HCO3 20. PCR SARS-CoV-2: positiva. Rx tórax: varios focos de consolidación parenquimatosas bilaterales periféricas. La paciente ingresa en Neumología con el diagnóstico de neumonía bilateral por SARS-CoV-2 para tratamiento con antibioterapia empírica, corticoides sistémicos, HBPM y oxigenoterapia. En las primeras 72 horas desarrolló una insuficiencia respiratoria aguda que precisó oxigenoterapia a 4 l/min. Ante la mejoría clínica se disminuyeron las dosis de corticoides y oxigenoterapia hasta su retirada, procediéndose al alta tras 8 días de ingreso con SatO2 96% basales. Al alta, recibió tratamiento con enoxaparina 40 mg/día y prednisona 30 mg/día durante 7 días. Al día siguiente de recibir el alta, comienza con dolor en hemicárdia derecha irradiado a costado derecho, asociando disnea por lo que acude a urgencias de nuevo. A la exploración se encuentra eupneica en reposo, presenta taquicardia sinusal a 111 lpm y ACP sin hallazgos. EEII: no edemas ni signos de

TVP. Analíticamente destaca leucocitosis leve, trombocitosis (45.000), PCR 87,24, y elevación de dímero D (1.465 ng/ml). Ante la clínica y los hallazgos analíticos, se realiza angioTAC de arterias pulmonares observándose defecto de repleción en arteria lobar principal acabalgado entre las segmentarias del lóbulo inferior de recho, en relación con TEP. Diagnóstico: TEP agudo en paciente con neumonía bilateral por SARS-CoV-2. En la infección por SARS-CoV-2 hay un aumento de prevalencia de enfermedad tromboembólica venosa (hasta el 90% en formas graves de la infección) como consecuencia del desarrollo del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debido a la activación de la cascada de la coagulación, produciendo una disfunción del endotelio. Por ello, es necesario valorar el beneficio de una tromboprofilaxis adecuada al riesgo clínico de cada paciente.

705. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE INFECCIÓN ACTIVA (PDIA) POR SARS-CoV-2 EN PUNTOS DE ATENCIÓN

María José García Hernández, M^a Rosario Carmona Aceves, Jessika Mejía Maguiño, Celia Miranda Zelada, M^a del Camino Santamaría Pérez, Cristina García Iglesias, M^a Sonia del Castillo Novo, Sergio Hernández Fernández, Ana María Fuente Cuesta y María Isabel Romo Valdivieso

Sacyl, Valladolid, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Urgencias. Pruebas complementarias.

Introducción: Las PDIA son una herramienta para la detección precoz del SARS-CoV-2 en pacientes sintomáticos que acuden a los Servicios de Urgencias Sanitarias (hospitalarias, emergencias y de Atención Primaria). La rapidez del resultado de las PDIA (PCR o test rápido de antígenos (TRA)) permite el aislamiento temprano de los pacientes con infección.

Objetivos: Estudiar la correlación entre sintomatología y positividad del test rápido de antígenos de SARS-CoV-2 en población adulta. Estudio transversal prospectivo en pacientes de ≥ 14 años que acudan a los PAC urbanos de un Área de Salud que presenten síntomas compatibles con la infección por SARS-CoV-2 durante el periodo de noviembre 2020 a febrero 2021. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Área de Salud. Se recogen en un formulario, previa firma de consentimiento informado, los síntomas que presenta el paciente en el momento de la consulta en el PAC, así como el resultado del TRA realizado en ese momento. A los pacientes con TRA negativo según protocolo, se debería realizar PCR en menos de 72 horas. La muestra es de 530 pacientes (edad media 42,2 años, desviación estándar 19,2). El 47,1% fueron hombres y el 52,9% mujeres. De los TRA realizados a pacientes con sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2, el 36,6% resultaron positivos. Cumpliendo el protocolo actual del Área de Salud, a los pacientes con resultado negativo del TRA, se les debería realizar una PCR en las siguientes 72 horas. Es llamativo que en el 70,6% de los casos sintomáticos con TRA negativo, no se realizó PCR. Los pacientes con TRA negativo a los que se les realizó PCR posteriormente, el 15,1% resultaron PCR positiva. Un 41,1% de los pacientes con clínica compatible con infección por SARS-CoV-2 que acudieron a los PAC, presentaron una PDIA positiva (11,5% fueron PCR y 88,5% fueron TRA). En los PAC se realiza el TRA de forma precoz para aislar cuanto antes a los pacientes sintomáticos y evitar la propagación del virus. Se ha objetivado que el aumento de PDIA positivas en el PAC es coincidente con el aumento de la prevalencia por la aparición de la tercera ola de la pandemia. Respecto a la falta de realización de PCR según el protocolo establecido (70,6% de los pacientes sintomáticos con TRA negativo), en los PAC no se dispone de PCR, por lo que se derivan a su Centro de Salud, donde parece no haber uniformidad de criterios para solicitar dicha prueba, a pesar de tener protocolos unificados.

719. REORGANIZACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE UN NUEVO ESCENARIO ASISTENCIAL

Mercè Gasull Gomis, Belén Aranda Sánchez, Mireia García Bouso, Sonia González Gonzalo, Lourdes Clotas Sancho, Lourdes Mor Llagostera, Encarnación Ruiz Morcillo, Josep Aguilar Urpi, Elsa Madrigal Cano y Ana María Mulà Zapater

Institut Català de la Salut, Tarragona, España.

Palabras clave: COVID-19. Residencia. Atención primaria.

Introducción: Al inicio de la pandemia SARS-CoV-2, nuestra área básica, requirió un gran esfuerzo organizativo y estructural para asumir las necesidades asistenciales de la población asignada de 10.470 habitantes, de una residencia geriátrica con 123 COVID positivos, un consultorio local y una residencia de grandes discapacitados, con los mismos recursos humanos.

Objetivos: Describir los cambios organizativos y estructurales del Equipo de Atención Primaria para cubrir las necesidades asistenciales.

Material y métodos: A nivel organizativo: los profesionales se dividieron en 2 grupos rotatorios, con turnos de 12 horas a días alternos, centralizando la asistencia en el centro de salud de referencia y la residencia afectada por COVID. En el Centro: 3 médicos, 3 enfermeras y 2 administrativos. Se realiza el triaje administrativo y enfermero para el acceso presencial y no presencial, según el motivo de consulta. Atención patológica: Compatible con COVID y seguimiento telefónico de contactos, sospechas y positivos; asistencia a la patología aguda y crónica con mayor riesgo de descompensación, y domiciliaria. Incremento de la atención telefónica, mensajería instantánea y correo electrónico en el seguimiento de patologías, desburocratización de la actividad asistencial y administrativa. Revisiones pediátricas con vacunación. Formación del uso de EPIs e higiene de manos. Divulgación de carteles informativos sobre el COVID-19. En la residencia: 2 médicos y 2 enfermeras que prestan asistencia diaria a los afectados por COVID, valoración integral y seguimiento del curso clínico, tratamiento farmacológico, cuidados básicos y realización de PCR a los internos y profesionales de la residencia y 1 enfermera responsable de la organización del personal y reestructuración. A nivel estructural: medidas físicas para minimizar el riesgo de contagio de profesionales y pacientes (pantallas de metacrilato en el mostrador, solución hidroalcohólica, señalización para mantener las distancias de seguridad y entrega de mascarilla quirúrgica al paciente). Sectorización de zonas COVID/no COVID, circuitos de zona limpia/sucia, uso de EPI.

Conclusiones: A pesar de la situación epidemiológica, con un brote importante en la residencia y con escasos recursos humanos, los cambios organizativos y estructurales implantados permitieron atender las necesidades sanitarias de los pacientes, derivadas de la pandemia y la contención de la población, gracias al esfuerzo y colaboración de los profesionales.

727. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ANCIANAS CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Diego Martínez Alonso, Cristina García Iglesias, Sonia Iglesias Gómez, Laura Herguedas Herguedas, Enrique Pastor García, María del Carmen Gallego Peláez, Zsofia Fanni Loska, Marta Gema Mora Sánchez, Sira Rodríguez Concheso y José Fernando Montiel Carreras

C.S. Rondilla I, Valladolid, España.

Palabras clave: Ancianos. SARS-CoV-2. Factores de riesgo.

Cada vez son más los estudios que evidencian la influencia de factores de riesgo cardiovasculares como la hipertensión arterial

(HTA), la diabetes mellitus (DM) y la obesidad con el riesgo de padecer los casos más severos de infección por SARS-CoV-2. Las personas de edad avanzada han sufrido un aumento de la morbilidad debido a la infección; los factores de riesgo cardiovascular, la presencia de patologías crónicas y la propia edad han condicionado un peor pronóstico. Se realiza un estudio observacional en una residencia de mujeres de la tercera edad durante el primer brote epidémico por SARS-CoV-2 entre los meses de abril y mayo de 2020. Se realizaron PCR a las 157 residentes el primer día de seguimiento, siendo positivos 125 casos inicialmente. Se recogieron las variables edad y antecedentes de las pacientes a través de la historia clínica electrónica y la historia no digitalizada de la residencia. Los antecedentes recogidos fueron HTA, DM y obesidad. Se utiliza el programa SPSS v20 para el análisis de prevalencia, y se utiliza la prueba de chi-cuadrado para valorar la asociación entre los factores de riesgo cardiovascular y el fallecimiento en las ancianas infectadas por SARS-CoV-2, con un nivel de significancia de 0,05. La edad media de las residentes con infección por SARS-CoV-2 fue de $89,8 \pm 5,6$ años. Fallecieron 22 residentes, que presentaban una edad media de $92,3 \pm 5,7$ años. En relación con la presencia de factores de riesgo cardiovascular, se obtuvieron los siguientes datos: HTA: 87% en las fallecidas y 74,6% en las vivas ($p = 0,60$), DM: 21,7% en las fallecidas y 20,1% en las vivas ($p = 0,42$), obesidad: 8,7% en las fallecidas y 2,2% en las vivas ($p = 0,75$). En ninguno de los factores de riesgo cardiovascular se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre las ancianas con infección por SARS-CoV-2 fallecidas y las vivas, aunque tanto la HTA, como la obesidad fueron más prevalentes en las pacientes fallecidas, mientras que la DM mostró datos muy similares en las fallecidas y en las vivas. Desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 se ha podido observar un peor desenlace en las personas de mayor edad, siendo éste el factor de riesgo más importante independiente de la presencia de comorbilidades. También se ha objetivado una peor evolución en los pacientes con DM, HTA y obesidad, coincidiendo con nuestro estudio, siendo más prevalente la HTA y la obesidad entre las fallecidas con infección por SARS-CoV-2.

761. VALIDACIÓN DEL TEST RÁPIDO DE ANTÍGENOS PARA SARS-CoV-2 PANBIO™ EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pau Pericas Pulido¹, Oana Bulilete Bulilete^{1,2}, Patricia Lorente Montalvo², Alfonso Leiva Rus^{2,1}, Eugenia Carandell Jäger^{2,3}, Antonio Oliver Palomo^{2,4}, Estrella Rojo Molinero^{2,5} y Joan Llobera Cànaves^{2,6}

¹Unitat Investigació Gerència Atenció Primària, Palma, España.

²Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears, Palma, España. ³Dirección de Asistencia Sanitaria Servicio de Salud de las Islas Baleares, Palma, España. ⁴Servicio de Microbiología Hospital Universitari Son Espases, Palma, España. ⁵Servicio de Microbiología Hospital Universitari Son Espases, Palma, España. ⁶Unitat d'Investigació Gerència Atenció Primària, Palma, España.

Palabras clave: Test rápido de antígenos. Atención primaria.

Se buscó evaluar la precisión del test de diagnóstico rápido por detección de antígenos Panbio en centros de atención primaria y centros de testeo comunitarios utilizando la prueba de reacción en cadena de la polimerasa para transcripción inversa (RT-PCR) como gold standard. Es el mayor estudio de evaluación de este tipo de test en muestras de individuos sintomáticos y asintomáticos realizado en un contexto de práctica clínica real. Se reclutaron pacientes adultos consecutivos que acudieron a alguno de los cuatro centros de salud o de los dos centros de testeo comunitarios participantes en el estudio por presentar síntomas compatibles con COVID-19 o por haber sido contacto estrecho de un caso confirmado. Se tomaron dos muestras nasofaríngeas de cada participante. Una se envió al laboratorio de microbiología para la realización de RT-PCR según

los protocolos en funcionamiento en la comunidad y la otra se analizó in situ utilizando el test rápido Panbio. Un total de 1.369 participantes fueron incluidos con una edad media $42,5 \pm 14,9$ años y siendo un 54,3% mujeres. La prevalencia total en la muestra fue del 10,2%. El 54,8% de los participantes se realizó el test por haber estado en contacto estrecho con un caso confirmado, mientras que el 36,7% fue remitido por el médico de Atención Primaria por presentar síntomas compatibles con COVID. El 70,6% de los participantes fueron estudiados en los 5 primeros días desde la instauración de la sintomatología o del contacto con el caso positivo. La sensibilidad global fue del 71,4% (IC95%: 63,1-78,7%), la especificidad 99,8% (IC95%: 99,4-99,9%), el VPP 98,0% (IC95%: 93,0-99,7%) y el VPN 96,8% (IC95%: 95,7-97,7%). La sensibilidad fue mayor en aquellos participantes que se realizaron la prueba en los 5 primeros días desde el inicio de los síntomas, en aquellos con carga viral alta definida como valor $Ct < 25$ ciclos y en los que fueron remitidos por sintomatología compatible frente a los contactos (80,0%, IC95%: 67,0-89,5% vs 69,7%, IC95%: 58,1-79,7%). Esta diferencia es mayor si se compara el grupo que presenta síntomas con el que no, sin considerar el motivo de realización de la prueba (80,4%, IC95%: 70,5-88,1% vs 56,6%, IC95%: 42,3-70,1%).

Conclusiones: El test rápido de antígenos tiene un rendimiento relativamente bueno en pacientes sintomáticos con sospecha COVID en los cinco primeros días desde el inicio de los síntomas. En cambio nuestros datos no apoyan el uso exclusivo de estas pruebas en individuos asintomáticos.

772. INCIDENCIA DE COVID-19 SEGÚN CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PREVIAS EN ADULTOS ≥ 50 AÑOS

Eva María Satué Gracia^{1,2}, Ángel Vila Córcoles^{1,2}, Cinta de Diego Cabanes¹, Olga Ochoa Gondar^{1,2}, Ángel Vila Rovira², Cristina Torrente Fraga¹, Frederic Gómez Bertomeu¹, Francisco Martín Luján^{1,2}, Jordi Bladé Creixentí¹ y Ferran Bejarano Romero¹

¹Institut Català de la Salut (ICS), Tarragona, España. ²IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España.

Palabras clave: COVID-19. Incidencia. Riesgo.

Introducción: Algunas características sociodemográficas (especialmente la edad) y condiciones clínicas preexistentes se asocian con una mayor gravedad/letalidad por COVID-19. Sin embargo, su relación con una mayor susceptibilidad/riesgo de infección es incierta/controvertida.

Objetivos:

Analizar incidencias poblacionales y susceptibilidad/riesgos observados de sufrir COVID-19 durante la primera ola epidémica en adultos según características demográficas y comorbilidades/condiciones previas.

Material y métodos: Cohorte de base poblacional que incluyó 79.083 personas ≥ 50 años adscritas a 12 Áreas Básicas de Salud en el área de Tarragona. Características basales de la cohorte (edad/sexo, comorbilidades, medicaciones crónicas) se establecieron a 01/03/2020 y se registraron todos los casos de COVID-19-confirmed ocurridos en miembros de la cohorte hasta 30/06/2020. Para estimación de riesgos se realizó regresión de Cox, con cálculo de hazard ratios (HRs) ajustados por edad, sexo y comorbilidad.

Resultados: Se registraron 536 casos confirmados de COVID-19, con una incidencia media de 39,5 casos por 100.000 personas-semana (24,1 en 50-64 años vs 30,6 en 65-79 años vs 127,0 en > 80 años; 36,4 en hombres vs 42,3 en mujeres; 25,8 en residentes en la comunidad vs 897,2 en residencias/sociosanitarios). En análisis multivariante, edad (HR: 1,01; IC95%: 1,00-1,02; $p = 0,050$), estar institucionalizado/residencia (HR: 20,19; IC95%: 15,98-25,51; $p < 0,001$), enfermedad neurológica (HR: 1,35; IC95%: 1,03-1,77; $p = 0,029$), diu-

rétilicos (HR: 1,39; IC95%: 1,10-1,75; $p = 0,006$), antiagregantes plaquetarios (HR: 1,36; IC95%: 1,05-1,76; $p = 0,021$) y benzodiacepinas (HR: 1,24; IC95%: 1,00-1,53; $p = 0,047$) se asociaron con un riesgo aumentado de COVID-19 analizando la totalidad de la cohorte. Contrariamente, tabaquismo (HR: 0,57; IC95%: 0,41-0,80; $p = 0,001$), medición IECA (HR: 0,78; IC95%: 0,61-1,00; $p = 0,048$), ARA-II (HR: 0,70; IC95%: 0,51-0,96; $p = 0,027$) y estatinas (HR: 0,75; IC95%: 0,58-0,96; $p = 0,025$) se asociaron con menor riesgo. Entre personas no-institutionalizadas, cáncer, nefropatía y cardiopatía se asociaron con mayor riesgo y vacunación antigripal con menor riesgo.

Conclusiones: En un área con relativamente baja incidencia de COVID-19, edad, institucionalización y múltiples comorbilidades aumentaron el riesgo/susceptibilidad de sufrir COVID-19. Contrariamente, estatinas, inhibidores del sistema renina-angiotensina y vacunación antigripal se asociaron con menor riesgo.

775. ADENOPATÍAS, ¿PASAPORTE PARA LA INMUNIDAD COVID?

María Gómez Chico, Amanda González González, María del Real Monedero, Lucía Barroso Villafaina, Elisa Ibañez Jalón, Vidal Gallo Gutiérrez, Esther Giménez López, Cristina Grande Altable, Ana Sánchez Coalla y Ana González Celestino

SEMFYC, Valladolid, España.

Palabras clave: Vacuna COVID. Adenopatías. Inmunidad.

La pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha provocado un impacto a nivel mundial cuyas consecuencias serán incalculables. A pesar de ello, muchos países han reunido fuerzas para sacar adelante una vacuna que aporte luz a la situación actual. En la bibliografía consultada hemos visto reflejadas numerosas reacciones secundarias como: dolor en el lugar de inyección, fatiga, cefalea y adenopatías axilares, entre otros. Según los estudios, la presencia de adenopatías puede estar en relación con un aumento de la reacción inmune. En nuestro Centro de Salud Casa del Barco (Valladolid) hemos comprobado que no es infrecuente la aparición de adenopatías axilares, supra e infraclaviculares tras la segunda dosis de administración, cuestionándonos hasta qué punto influye la existencia de adenopatías con los niveles de anticuerpos específicos y de inmunidad celular. Para hacer este estudio realizaremos una vigilancia clínica y ecográfica de las adenopatías y un estudio serológico a las 2-3 semanas de la inyección y a los 2 meses. Hemos considerado relevante la determinación de linfocitos T, y por ello estamos a la espera de recibir la confirmación para poder efectuar dicho análisis. En el Centro de Salud partimos de una muestra de 48 vacunados con las dos dosis. Tras la segunda administración de la vacuna, hemos encontrado que 26 de ellos presentaban adenopatías axilares o supraclaviculares en la exploración, que supone un 54% de la muestra, frente a un 46% que no eran objetivables. Siempre la exploración se ha realizado bajo un mismo explorador y en la semana posterior a la segunda dosis. También hemos observado una correlación entre las adenopatías y la presencia de sintomatología más intensa, y, a la inversa, el no tener adenopatías en pacientes asintomáticos o con poca clínica. Del 54% de las personas con adenopatías, un 55% de ellos tenían síntomas moderados-intensos tras vacunación, frente al 46% de personas sin adenopatías en las que hasta en un 73%, la sintomatología era leve o ausente. El grupo de estudio del que se parte es pequeño, pero nos planteamos ampliarlo con los pacientes del Centro de Salud. También, más adelante se incluirán aquellos trabajadores que solo han recibido la primera dosis. Con estos nuevos datos y los resultados obtenidos si realizamos serología posterior, esperamos abrir un campo de investigación que permita valorar la respuesta inmunitaria tras la vacuna de una manera sencilla en el resto de la sociedad.

777. ASOCIACIÓN DE PARÁMETROS ANALÍTICOS BASALES A LA MORTALIDAD POR COVID-19

Ana García-Puente García¹, Guilherme Carvalho Monteiro², Amaya Hoya González¹, Sandra Conde Martín³ y Luis García Ortiz¹

¹Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACyL). Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Salamanca (APISAL), Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España. ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España. ³Centro de Salud La Alamedilla, Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Salamanca, España.

Palabras clave: Analítica basal. COVID-19. Mortalidad.

Objetivos: Identificar los parámetros analíticos basales y factores de riesgo que pueden influir en la mortalidad de pacientes diagnosticados de COVID-19 en Castilla y León.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron un total de 48.370 sujetos diagnosticados de COVID-19 (enfermedad por coronavirus o neumonía por coronavirus SARS-CoV-2) en tratamiento crónico, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria de Castilla y León, utilizando una base de datos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en relación con la primera ola de COVID-19, período del 1 de marzo de 2020 al 1 de junio de 2020. Edad promedio 59,22 años (DE 20,32); 20.389 (42,2%) hombres, 27.981 (57,8%) mujeres, 30.975 (64%) prueba COVID positiva, 17.395 (36%) no se realizó ninguna prueba. Registramos los parámetros analíticos basales (hemograma, bioquímica, vitaminas y otros), factores de riesgo y mortalidad por COVID-19.

Resultados: De los 48.280 sujetos analizados, 46.010 (95,3%) fueron diagnósticos de enfermedad por coronavirus 2019 y 2270 (4,7%) de neumonía por coronavirus SARS-CoV-2 con una mortalidad de 2.022 (4,2%) sujetos. En el registro de ingreso en el Hospital 1.728 (3,6%) están diagnosticados de diabetes, 2.840 (5,9%) de hipertensión, 37 (0,1%) de angina y 615 (1,3%) de obesidad. En el análisis de regresión logística encontramos que en el hemograma se asocia con aumento de mortalidad: la neutrofilia (OR = 1,21), linfopenia (OR = 0,79), plaquetopenia (OR = 0,99) y descenso de hematíes (OR = 0,57). En la bioquímica únicamente el aumento de creatinina sérica (OR = 2,38) aumenta el riesgo de mortalidad. No se ha encontrado asociación con vitaminas, hierro, ni función tiroidea. Además de estos parámetros analíticos hemos encontrado asociación con un incremento de mortalidad: ser varón (OR = 2,61), COVID positivo (OR = 3,07), HTA (OR = 3,61), angor (OR = 3,50), obeso (OR = 2,42) y diabético (OR = 3,01).

Conclusiones: La mortalidad por enfermedad por COVID-19 en cuanto a la analítica basal se asocia a neutrofilia, linfopenia, plaquetopenia, descenso de hematíes y deterioro de la función renal. Además, también se ha encontrado asociación con mayor edad, ser varón, estar diagnosticado de hipertensión, obesidad, diabetes, cardiopatía isquémica y tener un test diagnóstico positivo.

779. INATENCIÓN AL DELIRIUM EN PACIENTES CON COVID-19

David Rosales Fernández, Victoria Barrabés Solanes, Alfonso Herrero Aspiazu, Eduardo Mediavilla Oteiza, Amaia Arrieta Salinas y Pablo García Echeverría

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: Delirium. Mayor edad. COVID-19.

Introducción: Estudios recientes demuestran que, conforme aumenta la edad de los pacientes infectados por COVID-19, el riesgo de mortalidad crece exponencialmente. El mayor aumento se pro-

duce en los pacientes de 60 a 69 años respecto a los de 50 a 59 años, y a partir de los 80, el riesgo de mortalidad fue seis veces superior al resto.

Caso clínico: Varón de 80 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia. Exfumador. En tratamiento con simvastatina y enalapril. Fiebre de 7 días, máxima de 38,2 °C, acompañado de cansancio general y mialgias. No tos ni expectoración. No disnea. No náuseas ni vómitos. No diarrea. No ageusia ni anosmia. Su mujer refiere "notarle algo más despistado", "con fallos de memoria no habituales en él", desde hace 2 días. Su médico acude al domicilio, objetiva lentitud psicomotriz evidente y discreta alteración en la atención cuando se comunican con él. Exploración normal. T^o axilar 37,2 °C. Radiografía de tórax: infiltrado lóbulo superior y medio derecho. Se deriva al paciente a urgencias, le realizan analítica de sangre, electrocardiograma y PCR COVID. En urgencias, el paciente permanece estable y sin hallazgos relevantes en las pruebas solicitadas. Se decide alta y control por su médico. Al día siguiente, aviso urgente desde SOS. Se traslada al paciente al hospital por quemaduras múltiples, de extensión importante, por todo el cuerpo: el paciente cocinando, se ha quemado la ropa con el fuego, tirándose al suelo y dando vueltas para extinguirlo. En el hospital se objetivan quemaduras de 2º y 3º grado con afectación importante de todo el cuerpo. Contactan con unidades de grandes quemados de dos hospitales y debido a la situación clínica del paciente, PCR COVID+ y la edad, no es candidato a UCI. Se desestima traslado para tratamiento quirúrgico. El paciente ingresa en planta de Medicina Interna y pasados 3 días, fallece.

Discusión: Manifestaciones neurológicas como el delirium, deberían ser incluidas dentro de los cuadros clínicos de presentación inicial de la COVID-19, principalmente en los grupos de mayor edad. La presencia de cuadros confusionales agudos en pacientes, previamente sanos, de mayor edad y con COVID-19, nos debe hacer pensar en una posible fragilidad intrínseca, no conocida, de estos pacientes hasta la fecha. En los pacientes infectados por la COVID-19 y con síntomas neurológicos constatados, se ha podido observar un peor curso evolutivo de la enfermedad.

781. OBESIDAD Y COVID-19: REALMENTE DOS PANDEMIAS

David Rosales Fernández, Victoria Barrabés Solanes, Eduardo Mediavilla Oteiza, Amaia Arrieta Salinas, Alfonso Herrero Aspiazu y Amaia Ibarra Bolt

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Obesidad. Inmune.

Introducción: diferentes estudios realizados hasta la fecha, se ha podido observar como la obesidad, síndrome metabólico y el envejecimiento, en pacientes infectados por SARS-CoV-2, constituyen factores de pronóstico desfavorable. Existe una importante relación entre la obesidad con la necesidad de hospitalización y el estado crítico de los pacientes (UCI, ventilación mecánica y/o muerte).

Caso clínico: Mujer de 61 años, obesidad grado 2, sin otros antecedentes de interés, se traslada a urgencias por cuadro síncope. Desde hace 3 días fiebre hasta 37,7 °C, disnea, cefalea, astenia y mialgias y náuseas. PCR COVID positiva. No medicación prescrita. Hemodinámicamente estable. Sat.O2 97%. Auscultación pulmonar: crepitantes en ambas bases. Radiografía tórax: infiltrados en ambas bases y lóbulo medio derecho. Análisis de sangre: linfopenia 1.000 células/µl, resto analítica normal. Debido su estabilidad y ausencia de signos/síntomas de alarma es dada de alta. Derivada de nuevo a urgencias por aumento de la disnea, siendo de mínimos esfuerzos. Saturación del 97% con gafas nasales a 5L; FR 28 rpm. Radiografía de tórax (empeoramiento): infiltrados en bases hasta ambos campos medios pulmonares. Analítica: ferritina 1.300 µg/L, LDH 340 U/L, procalcitonina 0,7 ng/L, linfocitos 900 células/µl y PCR 320 mg/L. Traslado de la

paciente a planta de Medicina Interna. Empeoramiento clínico en planta, requiriendo mayor aporte de oxígeno. Se habla con UCI y deciden ingreso por neumonía grave COVID: indican dispositivo de alto flujo con FiO2 al 60% y flujo 50 lpm con 92%. Durante 5 días de soporte ventilatorio en unidad de críticos, se traslada de nuevo a planta y pasados 10 días es dada de alta.

Discusión: La gravedad clínica en los pacientes obesos infectados por SARS-CoV-2 se debe a diversos mecanismos biológicos, entre ellos la inflamación crónica debida al exceso de tejido adiposo, y la sobreexpresión de receptores ECA2 en este, que favorece la entrada del virus a las células. -Los beneficios del ejercicio físico en la potenciación del sistema inmune aportan una mejoría en el control de patógenos, entre ellos el SARS-CoV-2 y, además, una mejora en la respuesta de inmunoprotección de la vacuna. Esto unido a los consabidos beneficios en la reducción del peso. Sin aún una clara efectividad de las medidas preventivas actuales, vacunas y tratamientos, se debería haber insistido más desde hace tiempo, en los hábitos de vida saludables como tratamiento definitivo/preventivo.

797. LETAVIDAD DE LA COVID-19 SEGÚN SÍNTOMAS/SIGNOS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

Olga Ochoa Gondar^{1,2}, Ángel Vila Córcoles^{1,2}, Eva María Satué Gracia^{1,2}, Cinta de Diego Cabanes¹, Ángel Vila Rovira², Frederic Gómez Bertomeu³, Ester Picó Plana³, Natalia Bastón Paz³, Leonardo de Esteban Júlvez³ y Núria Chamorro Tort³

¹Dirección de Atención Primaria, Institut Català de la Salut (ICS), Tarragona, España. ²IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España. ³Hospital Universitari Joan XXIII, Institut Català de la Salut (ICS), Tarragona, España.

Palabras clave: Síntomas. COVID-19. Letalidad.

Objetivos: Analizar la posible relación entre signos/síntomas de presentación y letalidad en pacientes con COVID-19.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva que incluyó todos los casos confirmados de COVID-19 ocurridos en personas > 50 años en Tarragona entre 01/03/2020-30/06/2020 (n = 536). Se registraron síntomas/signos de presentación de la enfermedad y se consideró como muerte por COVID-19 aquellos casos que fallecieron (por cualquier causa) durante la estancia hospitalaria o dentro de los 30 primeros días tras el diagnóstico.

Resultados: Del total de 536 casos COVID-19 (507 confirmados mediante PCR y 29 por serología) fallecieron 124 pacientes, lo que supuso una letalidad global del 23,1% (IC95%: 19,8-26,9). Por grupos etarios, la letalidad fue 1,4% (2/140) en 50-59; 15,3% (11/72) en 60-69; 24,5% (25/102) en 70-79; 35,5% (50/141) en 80-89; y 44,4% (36/81) en > 90 años. Por sexos, 26,8% (63/235) en hombres y 20,3% (61/301) en mujeres. Según lugar de atención, 3,3% (5/150) en pacientes no hospitalizados, 29,6% (53/179) en hospitalizados y 31,9% (66/207) en residencias/sociosanitarios. Según sintomatología, la letalidad fue del 77,6% (59/76) en aquellos pacientes que presentaron confusión/letargia; 40,3% (87/216) en aquellos con disnea; 29,3% (55/188) con malestar general; 26,6% (80/301) con fiebre; 23,3% (7/30) con vómitos; 22% (57/259) con tos; 21,3% (27/127) con fatiga; 15,4% (8/52) con dolor torácico; 13,7% (14/102) con diarrea; 12,5% (5/40) con odinofagia; 7,9% (6/76) con cefalea; 5,9% (2/34) con rinorrea/congestión nasal; 4,8% (2/42) con disgeusia; 3,9% (2/51) con anosmia y 1,1% (1/90) con mialgias. Según comorbilidad, mayor letalidad se observó en pacientes con enfermedad neurológica (36,7%), cardiaca (35,6%), renal (35,4%), respiratoria (33,8%), diabetes (32,5%) o cáncer (34,3%); fue algo menor en hipertensión (27,2%), tabaquismo (26,8%) y obesidad (22,2%).

Conclusiones: Algunos síntomas clínicos de la COVID-19 (principalmente mialgias, ageusia/anosmia y rinorrea/congestión nasal) se asociaron con menores índices de letalidad en el presente estudio

(que incluyó todo el espectro clínico de la COVID-19, desde casos oligosintomáticos/leves manejados ambulatoriamente hasta casos críticos que requirieron UCI). Algunas comorbilidades como hipertensión/tabaquismo/obesidad (que en otros estudios se asocian con mayor severidad/gravedad de la COVID-19) fueron precisamente las que presentaron menores índices de letalidad en el presente estudio.

824. COVID-19: SEGUNDAS PARTES NUNCA FUERON BUENAS

Gema Arribas Arribas¹ y Rocío Ruiz Merino²

¹C.S. Parquesol, Valladolid, España. ²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Palabras clave: Reinfección. COVID-19. Neumonía.

Caso clínico: Varón de 63 años, odontólogo, con antecedente de enfermedad por SARS-CoV-2 asintomática con PCR positiva el 28 de octubre, tras contacto con un caso de COVID-19. Al ser sanitario, previo al alta, precisó una segunda PCR en noviembre que fue negativa. Acude al centro de salud el 25 de enero de 2021 por malestar general, diarrea, dolor costal y disnea. No tiene fiebre ni otros síntomas asociados. Presenta crepitantes bibasales y una saturación de oxígeno de 96%. El resto de la exploración es normal. Ante los síntomas y en el contexto epidemiológico actual, a pesar de su antecedente de COVID-19, se solicita un test de antígenos, que resulta negativo, y una radiografía de tórax, compatible con neumonía COVID-19, por lo que se le deriva a Urgencias. En Urgencias, se inicia oxigenoterapia en gafas nasales a 2 lpm por saturación del 92%. El resto de constantes vitales son normales. Se repite una radiografía, con aumentos de densidad periféricos en base izquierda y campo medio derecho, sugestivos de proceso neumónico vírico. También se solicita una PCR que es positiva, por lo que ingresa en Neumología. En la analítica de ingreso presenta plaquetas 142 (150-350), fibrinógeno 832 (180-420), dímero D 375 (0-500), creatinina 1,91 (0,8-1,3) y TFG 36 mL/min/1,73 (categoría G3b). Se pauta dexametasona, ceftriaxona y analgesia y se mantiene la oxigenoterapia, con mejoría progresiva de los síntomas durante el ingreso hasta su remisión. En la radiografía de control se aprecia mejoría, igual que en la analítica, con normalización de los valores alterados. Recibe el alta el 29 de enero, manteniéndose afebril durante todo el proceso y con saturación basal de oxígeno del 97%. Se realiza interconsulta al servicio de Preventiva, que recomendó aislamiento domiciliario hasta el 5 de febrero. Al ser odontólogo, se pide una serología ELISA el día 9, con resultado positivo y finaliza el aislamiento.

Discusión: A pesar de las escasas evidencias sobre reinfección por SARS-CoV-2, sí existen casos documentados, con variedad en la presentación clínica, pudiendo ser la primera infección más grave que la segunda y viceversa. Por ejemplo, en el caso de nuestro paciente, la segunda infección fue más sintomática que la previa.

Bibliografía

1. Tillett RL, et al. Genomic evidence for reinfection with SARS-CoV-2: a case study. *Lancet Infect Dis.* 2021;21(1):52-8.
2. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology and prevention. *Uptodate.* Enero 2021.

870. CARA A CARA FRENTE A LA COVID EN ATENCIÓN PRIMARIA

Magda Díaz García, **Isabel Blanco Sánchez**, Carme Saperas Pérez, Noelia Ventura Gironés, Norman Contreras Corral, Nuria Egea Rada, Concepción García Rodríguez, Lourdes Sánchez Albaracín y Tamara Fernández García

Institut Català de la Salut, Mollet del Vallès, España.

Palabras clave: COVID-19. Atención primaria. Vínculo emocional.

Introducción: La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2 descubierta recientemente. Se trata de una infección desconocida de la cual todavía quedan interrogantes, sintomatología, vías de transmisión, tratamiento, secuelas y afectación a nivel del personal sanitario.

Objetivos: Estudio de los casos de COVID-19 que afectaron al personal de un centro de atención primaria urbano. Así como la afectación a nivel físico y emocional.

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo cuantitativo a través de un cuestionario no validado anónimo y voluntario a los miembros del equipo con una pregunta abierta sobre emociones. Variables: categoría profesional, síntomas de COVID, pruebas realizadas, baja laboral, opinión del trato recibido por la unidad básica de prevención (ubp) y emociones percibidas por el personal.

Resultados: Se contestaron 40 cuestionarios (60% del personal del centro). Contestaron el 9% enfermería, 6,8% medicina, 2,1% pediatría, 5,8% administrativos, 1% auxiliares, trabajadora social 1%, odontólogo 0,5%, PADES 6,1% de trabajadores del centro. 25 personas padecieron síntomas, 8 con PCR positiva, 1 con TAR +, 2 con serología positiva. Los síntomas más frecuentes fueron: tos 60%, fiebre 40%, disnea 12%, anosmia 25%, ageusia 20%, mucosidad nasal 50%, cefalea 50%, odinofagia 40%, mialgias 44%, erupción cutánea 12%, cansancio 50% y diarreas 20%. Se realizaron varias radiografías de las cuales 2 presentaban patología: afectación pulmonar con neumonía bilateral, que corresponden al 8% del personal. Sobre el trato recibido por la UBP: 6 personas lo consideraron correcto, 1 incorrecto y 1 muy correcto. Síntomas emocionales descritos por el 50% de los encuestados: la mayoría refirieron síntomas de ansiedad, miedo, abandono, impotencia, decaimiento, rabia, intranquilidad y soledad. Destaca el sentimiento de cohesión de equipo y orgullo de ser sanitario, sensibilidad y empatía.

Conclusiones: La variabilidad de síntomas y porcentaje de personal afectado concuerda con la clínica y variabilidad de síntomas descritos en la literatura. Así como los diferentes grados de afectación. Destacamos los resultados a nivel de síntomas emocionales y sentimientos del personal sanitario durante los meses de pandemia. Hemos querido aportar esta parte en el trabajo para dar valor a la salud emocional y psicológica normalmente no cuantificadas ni valoradas.

913. SEROPREVALENCIA DE SARS-CoV-2 EN USUARIOS DE LOS CAD DE MADRID SALUD

Juan Antonio del Moral Luque, María Ruth Olmos Espinosa, Sonsoles Gutiérrez Cáceres, Ana Sofía Santana Domínguez, Elena de Pablo Casado, María Jesús Cebrián Méndez, María Ángeles García Mateos-Aparicio, José Luis Martín Herrero, Juan Chicharro Romero y José Manuel Díaz Olalla

Madrid Salud, Madrid, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. CAD. Madrid Salud.

Objetivos: Estimar la seroprevalencia de SARS-CoV-2 en los usuarios de los Centros de Atención a las Adicciones (CAD) de Madrid Salud y su comparación con la población general madrileña, así como describir los posibles factores de riesgo asociados a dicha infección en este colectivo.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de junio a octubre de 2020. Se estudiaron los resultados obtenidos en las pruebas serológicas rápidas Joysbio, practicadas a una muestra no probabilística de usuarios. Se tomó como seroprevalencia positiva la existencia de IgM específica al SARS-CoV-2, IgG o ambas. Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística binaria ajustando entre las variables independientes: edad, sexo, sustancia principal consumida, presencia y tipo de comorbilidad, presencia y tipo de síntomas, CAD, contacto con un caso de COVID-19 y tipo, antecedentes de realización de una PCR y resultado, tomando como variable

dependiente la positividad al test serológico rápido. Los análisis frecuentistas se efectuaron con el programa SPSS 17.0 y los cálculos bayesianos con Epidat 4.2.

Resultados: El estudio incluyó un total de 473 usuarios (76,5% hombres), de 8 CAD de Madrid Salud. El 5,1% de los usuarios tuvieron contacto infectivo con el SARS-CoV-2 (IC95%: 3,1%-7,1%). Los hombres obtuvieron una tasa de seropositividad doble que las mujeres (5,8% vs 2,7%), al revés de lo detectado en población general, no alcanzándose una J^2 significativa en esta asociación. Los usuarios que mayor tasa de seropositividad mostraron fueron los comprendidos entre los 50-59 años y 20-29 años. Se halló asociación estadística significativa entre seroprevalencia positiva y las variables contacto con un infectado de COVID-19 y existencia de PCR positiva previa (J^2 , $p < 0,05$). En el análisis bayesiano se obtuvo que el riesgo de los hombres es claro, así como el de quienes presentaban enfermedad cardiaca. Se confirmó en este tipo de análisis la relación entre la positividad de una PCR anterior y la presencia de anticuerpos.

Conclusiones: La tasa de seroprevalencia en usuarios de los CAD de Madrid Salud fue significativamente más baja que la de la población general madrileña (5,1% vs 12,5%), siendo los factores que más fuerza de asociación mostraron con la seropositividad, los epidemiológicamente conocidos. En este análisis no se halló característica alguna relacionada con el consumo de sustancias de esta población que justificase la diferencia de riesgo de infección por SARS-CoV-2.

971. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: PROFILAXIS PARA LA COVID-19 DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Gràcia Soler Pardo y Eva Guinart Costals

ICS, Girona, España.

Palabras clave: Profilaxis. AP. Fármacos.

Introducción: Con el inicio de la pandemia la AP ha limitado su acceso y ha incrementado las visitas no presenciales. El uso de PCR y test de rápidos, ha permitido la detección de casos positivos, seguimiento y aislamiento domiciliario, derivando a los hospitales los casos que se agravaban, lo que ha representado una saturación desbordante a nivel de todos los espacios y especialmente de las unidades de cuidados intensivos. La investigación desde AP es muy reducida frente a los estudios realizados a nivel hospitalario. Estos últimos, han permitido introducir en las diferentes fases del empeoramiento de la enfermedad distintos fármacos que han ayudado a superar la gravedad de los pacientes. Pero aún así, el número de ocupación de las UCI y el número de exitus es elevado. Quizás sea el momento de la realización de estudios observacionales con posibles tratamientos profilácticos en los días iniciales de la infección, con la intención de disminuir la evolución de la gravedad de algunos pacientes y reducir los posibles ingresos hospitalarios.

Material y métodos: Mediante revisión y consulta de las bases de datos de IBECS, Medline, CUIDEN, Elsevier, Scielo, Cochraner, se buscan resultados relacionados con estudios de AP y hospitalaria sobre fármacos que garanticen la eficacia aplicada como profilaxis desde la AP en los pacientes positivos desde un inicio temprano.

Resultados: Hemos encontrado estudios observacionales con el tratamiento de colchicina, utilización de antibióticos, tromboprofilaxis, dexametaxona, antihistamínicos, azitromicina, tratamientos protectores a la mortalidad en residencias de ancianos, estudios de aplicación de profilaxis en AP.

Conclusiones: Con la evidencia científica, narrativa y experimental que disponemos en estos momentos, es necesario avanzar en la aplicación de posibles combinaciones de fármacos que realicen la función de profilaxis a individuos sanos, así como de aquellos que son grupo de riesgo. Es necesario realizar propuesta de profilaxis desde los centros de AP y realizar su estudio observacional para valorar su eficacia.

1058. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON COVID-19

Antonio Jesús Láinez Ramos-Bossini¹,

María del Carmen Segovia García², Regina Gálvez López¹, María José Lupiáñez Jiménez¹, María del Carmen Pérez García¹, José Herrero Rubí¹, Antonio José García Salguero¹, Marta Parras Gordillo¹, Beatriz Moraleda Cabrera¹ y Eva Tapia Moreno¹

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

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

Palabras clave: COVID-19. Urgencias. Epidemiología.

Introducción: El objetivo de este trabajo es investigar aquellos factores ligados a un mayor riesgo de exitus por COVID-19. El modelo de Cox proporciona curvas de supervivencia en función de factores relevantes y permite comparar el riesgo de exitus de distintos pacientes según los valores que presenten en dichos factores.

Material y métodos: Se empleó una cohorte de pacientes con COVID-19 confirmado atendidos en las urgencias de un hospital terciario. Para estos pacientes se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas, incluyendo el desenlace del episodio ligado a la admisión a urgencias (curación o exitus). Se realizó un análisis factorial mediante el método de máxima verosimilitud. Posteriormente se aplicó un análisis de supervivencia mediante la regresión de Cox a los factores obtenidos mediante esta técnica. Finalmente, se realizó un análisis de asociación de las variables incluidas en los factores más relevantes de la regresión de Cox mediante los contrastes Phi y V de Cramer. Se utilizó SPSS versión 26.

Resultados: Las variables consideradas se agruparon en 10 categorías, (antecedentes, síntomas, constantes, hemograma, hemostasia/fibrinólisis, bioquímica, proteínas específicas, gasometría arterial, gasometría venosa y hormonas). El análisis factorial encontró un total de 27 factores que explicaban más del 50% de la varianza de su categoría. El modelo de regresión de Cox se aplicó considerando todos los factores y factores por bloques de variables. Los dos factores más relevantes para predecir la evolución de los pacientes y su riesgo de exitus incluyeron las variables EPOC y oxígeno domiciliario, por un lado, y saturación de O₂, temperatura corporal y frecuencia respiratoria a la llegada del paciente a urgencias, por otro lado. Los contrastes Phi y V de Cramer mostraron una asociación media positiva entre las variables del primer factor. Al considerar únicamente los factores relativos a parámetros de la analítica sanguínea, se encontró una influencia significativa de factores de las categorías hemostasia, gasometría arterial y gasometría venosa. Las curvas de supervivencia obtenidas según estos factores difieren en función de si el paciente procede de una residencia de ancianos o no.

Conclusiones: Los resultados obtenidos pueden servir para pronosticar el riesgo de exitus de cada paciente en función de los factores relevantes encontrados. Sería necesario, no obstante, validar estos modelos con una muestra de pacientes más amplia.

1181. INFECCIÓN COVID-19 ¿ANTE CUÁNTAS REINFECCIONES NOS ENCONTRAMOS?

Rodrigo Enríquez de Salamanca Gambara,

Cristina García Iglesias, Ana González Celestino, Sara Garrido Sánchez, María del Pilar Soto Vallejera, Raquel Rodríguez García, María del Rosario Carmona Aceves, María Isabel Gutiérrez Pérez, Andrea Arias Campos y María Lourdes Corisco Sánchez

SACYL, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID-19. Reinfección.

Caso clínico: Varón de 81 años, con antecedentes HTA, DM-2, exfumador, portador de marcapasos por bloqueo AV completo, SAHS mixto grave y fibrosis pleural por exposición al amianto. Consulta en el servicio de urgencias (SU) por aumento de disnea habitual y tos productiva desde hoy, sin fiebre u otra clínica. Exploración física: eupneico en reposo, regular estado general y murmullo vesicular disminuido con crepitantes bilaterales. Rx tórax: calcificaciones pleurales ya conocidas en paciente con exposición a amianto. Analíticamente, destaca leucocitosis con neutrofilia, y proteína C reactiva de 50 mg/L. Test rápido de antígenos COVID-19: negativo. PCR COVID-19: positiva. Se diagnostica de infección por SARS-CoV-2 e insuficiencia cardiaca, recibiendo tratamiento sintomático domiciliario. El paciente a los 7 días está asintomático, pero vuelve al SU en repetidas ocasiones tras este episodio, presentando PCR negativa en cuatro ocasiones en los siguientes dos meses. En una nueva visita al SU por fiebre y disnea, presenta PCR positiva tras 73 días de la última que fue positiva. Rx de tórax sin cambios. Ingresa por sospecha de reinfección por coronavirus e insuficiencia cardiaca y renal descompensada. En el ingreso dos PCR más en los siguientes 12 días también resultan positivas, pero con anticuerpos (Ac) ELISA negativos. Hay datos clínicos que apoyan la sospecha de reinfección (intervalo de tiempo largo entre infecciones y alto nivel de ARN viral y Ac IgG indetectables en la segunda infección) pero no se consideran datos suficientes para el diagnóstico. La reinfección solo se confirma al encontrar diferencias genómicas de las muestras de la primera y segunda infección (el SARS-CoV-2 muta dos nucleótidos/mes). Sin embargo, la genómica está fuera del alcance de la mayoría, y las muestras de los pacientes no se guardan para compararlas en futuro. Además, al realizar un nuevo diagnóstico de COVID-19 no sabemos si el paciente ya ha estado contagiado previamente, por lo que probablemente la mayoría de las reinfecciones están infradiagnosticadas. Incluso hay investigaciones dirigidas a que casos identificados como reinfección son en realidad reactivaciones del mismo virus. Por tanto, no podemos bajar la guardia ante cualquier paciente con síntomas compatibles con COVID-19 o bien síntomas más atípicos, sobre todo durante los brotes epidémicos, ya que no se conoce con exactitud la duración de la inmunidad que genera haber pasado la infección y la respuesta propia de cada organismo.

1185. ESTUDIO DE CLIMA EMOCIONAL EN EL TRABAJO EN SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID-19

María Dolores Cerezo Salmerón, Noelia María Trujillo Díaz, Ana María Martín Valencia, María Angustias Sousa Montero y Naara Fernández Bernal

Hospital de Riotinto, Huelva, España.

Palabras clave: Infección por coronavirus. Planificación de salud. Clima emocional.

Objetivos: Valorar el clima emocional en el trabajo en contexto de pandemia por COVID-19. Diferenciar entre el clima emocional entre las diferentes fases de la pandemia.

Material y métodos: Diseño: estudio de prevalencia. Ámbito de realización: Urgencias y atención primaria. Criterios de selección: voluntarios que realizan la encuesta. Número de sujetos incluidos: 58. Variables y métodos de evaluación de la respuesta: se ha utilizado la Escala de Clima Social en el trabajo de WES (escala validada). Limitaciones de la investigación: poca participación por el cansancio de los profesionales y la voluntariedad de la encuesta.

Resultados: Cada ítem se ha valorado del 1-9 según la escala y estos son los valores promedio: implicación: 8,28, cohesión: 7,31, apoyo: 5,76, autonomía: 5,90, organización: 4,95, presión: 7,60, claridad: 5,59, control: 5,05, innovación: 5,31, comodidad: 5,05. La edad media de los participantes ha sido de 38,76 con un 82,76% de

mujeres frente a 17,24% de varones. Las categorías profesionales se dividen en las siguientes: MIR: 43,10%, auxiliar de enfermería: 12,07%, enfermero/a: 24,14%, médico/a adjunto/a: 17,24%, celador/a: 1,72%, jefe de servicio: 1,72%. El 50% trabajaban en el servicio de urgencias frente al 22,41% que trabajaba en Atención Primaria. El resto eran de servicios hospitalarios diferentes. De todos los encuestados el 60,34% eran personal del grupo de riesgo frente al virus SARS-CoV-2 frente al 39,66% que no se consideraba de riesgo directo.

Conclusiones: Analizando los resultados, comprobamos que los trabajadores se han sentido muy implicados con la actividad que desarrollaban en su trabajo durante la pandemia, además evidenciando un alto grado de cohesión entre los propios compañeros. Por el contrario, los resultados muestran que no han notado apoyo por parte de sus jefes y concluyen que la situación no ha estado bajo control, con poca organización y autonomía en el desarrollo de las tareas y además, en un ambiente laboral sometido a un alto grado de presión. Cuando preguntamos a los participantes que definan en una palabra cómo se han sentido en cada una de las tres olas, por lo general, observamos que, al inicio de la pandemia, los trabajadores sentían, sobre todo, incertidumbre y miedo por el desconocimiento. Posteriormente este sentimiento se fue transformando hasta agobio y cansancio durante la segunda ola, predominando en la tercera la indignación y la decepción.

1223. PROYECTO DE EDUCACIÓN COVID-19 PARA LA SALUD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Elena Muñoz Alonso¹, M^a Dolores Alba Jiménez², Judit Santos Jiménez³, Eva Doral Yagüe⁴, Beatriz Diaz Navarro⁵, Irene de Frutos Galindo², Daniel Catalina Palomares⁵, Marta Gómez Ruiz² y María Rodríguez Herrera⁶

¹Centro de Salud de Carbonero El Mayor, Segovia, España. ²Centro de Salud de Segovia III, Segovia, España. ³Centro de Salud de Sepúlveda, Segovia, España. ⁴Centro de Salud de Nava de la Asunción, Segovia, España. ⁵Centro de Salud de Segovia I, Segovia, España. ⁶Gerencia de Atención Primaria, Segovia, España.

Palabras clave: Educación para la Salud. Comunicación educacional. Salud pública.

Introducción: El estudio ENE-COVID-19 realizado en España para estimar la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 demostró una prevalencia del 7,1% (IC95: 6,7-7,6). Nuestro Área de Salud ha sido una de las más afectadas encontrándose entre las 5 provincias españolas con una prevalencia global más elevada. Los centros educativos son espacios de convivencia donde es necesario establecer medidas de prevención, higiene y promoción de la salud. Por eso es esencial que se retorne la actividad en los mismos garantizando el derecho a la salud y a la educación. Consideramos necesario establecer intervenciones educativas dirigidas a la comunidad escolar, con el objetivo es difundir las medidas de promoción de la salud y prevención de la transmisión de la infección.

Objetivos: Controlar el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 en los centros educativos. Población diana: equipos directivos y docentes de los centros, alumnado de educación primaria, secundaria y bachillerato, y familias. Intervenciones: se realiza la intervención con equipos directivos de los centros y docentes antes del inicio del curso escolar presencial. Una vez iniciado el mismo, se organizaron las intervenciones con los padres y alumnos.

Material y métodos: Tras contactar con la Delegación de Educación de para presentarles el proyecto, con aceptación del mismo, se procedió a la creación de grupos de trabajo para desarrollo y adaptación de los temas propuestos, para cada grupo de intervención. Los temas se dividían en 3 grandes bloques: Conceptos generales sobre coronavirus, medidas de prevención y protección individual e higie-

ne, limpieza y medidas organizativas del centro. Medidas de prevención familiar. Para el desarrollo y exposición de los distintos temas, se utilizó material de elaboración propia basado en la evidencia científica disponible en el momento de su elaboración.

Conclusiones: Durante esta pandemia producida por SARS-CoV-2, se ha creado un exceso de información, no siempre de la calidad adecuada. Es necesario que personal formado, y con evidencia científica, explique los conceptos, medidas de protección y prevención. La comunidad educativa, ha sido una de las grandes afectadas desde el inicio de la pandemia. Formar adecuadamente a este colectivo, sin olvidar a ninguno de los estamentos que lo forman, permite un desarrollo de la actividad presencial segura y de calidad.

1287. REINFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTE DE RESIDENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Verónica Cusati Velasco¹, Lourdes Clotas Sancho¹, Antoni Santigosa Ayala², Gemma Fuste Agullo², Elisenda Magrane Francesch², Jordi Ferre Gras², Arantza Llano Sánchez², Fernando Andrés Fernando Fernández², Sonia González Gonzalo^{2,y}, Piedad Diaz Meneses²

¹Institut Català de la Salut, Tarragona, España. ²Instituto Català de la Salut, Tarragona, Etiopía.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Reinfección. Disnea en paciente institucionalizado.

Introducción: Existe poca evidencia sobre casos de reinfección por COVID-19 o pacientes que hayan presentado reactivación viral. A continuación, se describe el caso de una paciente institucionalizada en residencia con diagnóstico de SARS-CoV-2 en abril 2020 con serologías negativas al cabo de cinco meses y reinfección 8 meses posterior a la primera infección al primer episodio.

Caso clínico: Paciente femenina de 88 años de edad que es derivada a urgencias en abril de 2020 por cuadro de malestar general, disnea, febrícula de 37,2 °C y aumento de volumen en extremidad inferior derecha. Institucionalizada en una residencia afectada por COVID 19 con 118 pacientes (75%) infectados por COVID de un total de 157 pacientes ingresados. Dentro de sus antecedentes destacan dependencia severa para todas las actividades básicas de la vida diaria según escala de Barthel 20, demencia avanzada tipo Alzheimer, hipertensión arterial, depresión reactiva y osteoporosis con fractura patológica. Medicación habitual: trazodona 50 mg, distraneurine 192 mg, enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg, rivastigmina 4,6 mg al día, memantina 20 mg, quetiapina 25. Se realiza ecografía doppler y angiografía torácica e ingresa en servicio de medicina interna con diagnóstico de trombosis venosa profunda derecha, tromboembolismo pulmonar y fibrilación auricular de novo con respuesta ventricular rápida a 160 lpm y D-dímero de 12.747 ng/mL. Durante el ingreso se realiza PCR SARS-CoV-2 positivo con fecha 28.04.2020. Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a 1 mg/kg/12h (70 kg) sc y antibioticoterapia con cefixima por infección urinaria. Se alta con tinzaparina sódica 12.000 UI sc cada 24h hasta el 21.07.2020 posteriormente y debido a estar institucionalizada, se le realiza serología con resultado negativo de fecha 08.09.2020. Pasados ocho meses es derivada nuevamente por cuadro de desorientación, mialgias y malestar general. Presenta una PCR inicial negativa con fecha 27.12.2020. Ingresa por cuadro disneico y sobreinfección respiratoria de vía aérea baja, con posterior positivización de PCR el 17.01.2021 y nueva determinación serológica negativa. La paciente presenta evolución tórpida, distrés respiratorio, saturación con oxigenoterapia a 47% sin mejoría y desenlace en exitus. Actualmente se desconocen muchos aspectos sobre la respuesta inmunitaria del COVID-19, aparición y duración de anticuerpos y casos de reinfección por distintas cepas que no se han podido determinar en la actualidad.

1313. LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

Elena Cardona Corrochano, Ana Pereira Iglesias, Rodrigo Domínguez León, Silvia Basoco Lizana, Anabel González Prats, Margarita Zuleta Isaza, Ana Belén Matas Egido, Juan Carlos García Álvarez, Paola Morán Oliva e Irene Moreno Martínez

CS Dr. Mendiguchía Carriche, Leganés, España.

Palabras clave: Infecciones Por Coronavirus. Atención Primaria De Salud.

Introducción: El 11 de marzo de 2020, fue declarada la pandemia mundial por parte de la OMS tras la llegada de un nuevo virus de la familia Coronaviridae, denominado SARS-CoV-2. La llegada de esta pandemia supuso (y supone aún hoy en día) una sobrecarga muy importante de los servicios sanitarios, desbordando por completo cualquier previsión. No solo los hospitales tuvieron que adaptar su organización y modo de trabajo, los servicios de Atención Primaria también se vieron obligados a cambiar su forma de atender a los pacientes. En nuestro centro de salud en concreto se creó un protocolo propio con el fin de que todo el equipo siguiera las mismas directrices, siempre cumpliendo las recomendaciones y normativas de las autoridades sanitarias de la Comunidad de Madrid y del Gobierno de España. En líneas generales, se implementó la atención telefónica, se incorporó un sistema de triaje en la entrada del centro, y se reestructuraron las zonas de consulta para crear un área dedicada exclusivamente a pacientes con sospechosa de COVID-19.

Objetivos: Conocer el número de pacientes atendidos en la consulta de patología respiratoria en un centro de salud de Leganés entre el 8 de marzo y el 11 de mayo de 2020.

Material y métodos: Diseño básico: ESTUDIO observacional descriptivo retrospectivo. Ámbito: consulta de pacientes con sospecha de COVID-19 del Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche de Leganés, Madrid. Duración: desde el 12 de marzo de 2020, fecha de inicio de dicha consulta, hasta el 8 de mayo de 2020, fecha en que se inició la realización de prueba de diagnóstico rápido en Atención Primaria. Población de estudio: pacientes mayores de 14 años atendidos por un médico o una médica de Atención Primaria entre el 12 de marzo y el 8 de mayo de 2020 en la consulta de respiratorio del Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche por presentar síntomas compatibles con COVID-19.

Resultados: Fueron atendidos un total de 790 pacientes con clínica compatible con COVID-19, de los cuales 622 fueron diagnosticados como "Sospecha de infección por coronavirus". Se derivaron a Urgencias 124 pacientes, y se diagnosticaron un total de 101 neumonías. Los últimos días de marzo fueron los días de mayor carga asistencial.

Conclusiones: Al comparar estos datos con los datos a nivel nacional, los datos en Leganés o nuestra zona básica de salud, vemos que siguen la misma curva.

1322. DOCTORA, ME SIENTO SOLO Y TENGO MIEDO

Alba Planells Serra¹, Catalina Villalonga Munar², María Isabel Sánchez Mate³ y Adrián Quiles Oliva⁴

¹CS ES Blanquer Inca, Inca, España. ²CS Torrent de Sant Miquel, Sa Pobla, Sa Pobla, España. ³CS Es Trencadors, Es Trencadors, España.

⁴CS ES Blanquer Inca, Inca, España.

Palabras clave: Comunicación. Miedo. Entrevista clínica.

La atención continuada a lo largo de la vida, el enfoque psico-bio-social y una mirada global y comunitaria le otorgan al médico de familia una posición privilegiada en el abordaje de la patología COVID-19; colocándolo en el primer escalón de la cadena de cuida-

dos y haciéndole partícipe en muchas ocasiones de las inquietudes y miedos del paciente. Este hecho ha sido clave para que en este tiempo de pandemia, como en otros muchos momentos de la vida, algunos pacientes hayan encontrado en su equipo de atención primaria un apoyo, un referente al que transmitir sus preocupaciones y una pieza clave en la toma de decisiones. Desde el inicio de la pandemia se han vertido opiniones diversas respecto al papel que la atención primaria debía adoptar entorno a la COVID-19, pero aunque es indudable que ha tenido un peso importante en la prevención y educación comunitaria, el seguimiento de la enfermedad y el control de colectivos vulnerables, entre otras muchas cosas; en este artículo queremos poner énfasis en cuestiones que también atañen al ejercicio diario de nuestra profesión y que tal vez sean menos debatidas, pero no por ello menos importantes como son: la

entrevista clínica telefónica ante el miedo por la patología COVID, el acompañamiento emocional del paciente y la entrevista enfocada al abordaje de cuestiones trascendentales: pérdida de un ser querido, miedo a enfermar, soledad... La situación en la que nos encontramos desde hace un año a causa del daño ocasionado por la COVID-19, ha hecho mella en nuestra sociedad y ha tocado de lleno a nuestros pacientes que han visto cómo su situación personal y familiar se transformaba. Y en ese contexto de incertidumbre y miedo es donde el médico de familia ha tenido un importante papel a la hora de escuchar y acompañar a sus pacientes, transmitiéndoles seguridad y en la medida de lo posible consuelo. Para ello ha tenido que modificar sus rutinas, la entrevista clínica estandarizada, el enfoque tecnológico de la consulta y cuidar aún más si cabe el lenguaje verbal y no verbal utilizado.