

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

17. SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO EN MÉDICOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Yulema Rodríguez Marín, María Cortes Avilés Martínez, Lucía Camarena Navarro, Sergio Guillén Martínez, María Anunciación Martínez López-Tello y Francisco Medrano González

Servicio Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Albacete, Albacete, España.

Palabras clave: Síndrome de quemarse por el trabajo. Medicina Interna. COVID-19.

Introducción: El síndrome de quemarse por el trabajo es frecuente en médicos de muchas especialidades y especialmente en médicos residentes, está relacionado con el estrés laboral, se caracteriza por alteraciones emocionales, cognitivas y de las actitudes y tiene una instauración progresiva y un curso crónico. En nuestro hospital, la pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto asistencial y organizativo que ha podido repercutir en la salud mental de todo el personal sanitario, especialmente en los responsables de la asistencia directa a los pacientes, con gran protagonismo de los médicos adjuntos y residentes de nuestro Servicio. Hemos realizado un análisis para detectar este síndrome en nuestro Servicio en mayo de 2020 y lo hemos comparado con un análisis similar realizado en 2018.

Material y métodos: Para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo, hemos utilizado la adaptación al castellano de la encuesta Maslach Burnout Inventory, que explora la existencia de agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo. Hemos considerado la existencia de este síndrome solo cuando aparecía una alteración de nivel de riesgo alto en los tres componentes. La tasa de respuesta ha sido del 85% en 2010 (27 médicos) y del 81% en 2018 (24 médicos). Predomina el sexo masculino en los adjuntos (varones 77%) y el femenino en los residentes (varones 28,5%), la edad mediana es de 40 años (53 años en los adjuntos y 28 años en los residentes), todos los residentes y 10 de 13 adjuntos hacen guardias incluyendo festivos, tienen enfermedades crónicas el 15% y consumen fármacos psicotrópicos el 22%. La mediana de la puntuación global sobre la seguridad del paciente ha sido de 7,1 y la del clima laboral de 6,6.

Resultados: La prevalencia del síndrome en 2018 fue de 16,6% (4 médicos adjuntos y ningún residente) y en 2020 ha sido de 25,9% (2 médicos adjuntos y cinco residentes). En los médicos residentes, la prevalencia del síndrome ha pasado de 0 en 2018 a 35,7% en 2020. No existen diferencias en la edad, sexo, trabajo en festivos y guardias, enfermedad crónica ni consumo de fármacos, responsabilidad de equipos ni la percepción sobre la seguridad del paciente. Si hemos encontrado diferencias en la percepción del clima laboral, con una puntuación mediana de 7,5 en los no quemados y de 5 en los quemados ($p = 0,001$).

Conclusiones: La prevalencia del síndrome en nuestro Servicio, ha aumentado en los inicios de la pandemia de COVID-19, y este aumento se debe al aumento del síndrome en los residentes de nuestra especialidad. En la pandemia de COVID-19, por las dificultades asistenciales y problemas organizativos, ha existido un mayor estrés laboral que ha podido influir en el aumento de la prevalencia del síndrome en los médicos residentes, en los que se ha descrito una mayor frecuencia del síndrome. Se ha descrito la existencia de una peor percepción del clima laboral en los médicos quemados respecto a los no quemados, como ocurre con nuestros encuestados. También se ha descrito relación con peores puntuaciones sobre la seguridad del paciente, pero no lo hemos detectado en nuestro estudio, probablemente por el pequeño número de encuestados. La existencia de este síndrome y su aumento, plantea la búsqueda de soluciones individuales donde podrían intervenir los servicios de Psicología Clínica y de Salud Laboral, y medidas organizativas dependientes del propio Servicio, de los tutores de residentes y Comisión de Docencia y de la Gerencia/Dirección de nuestro hospital.

Conclusiones: Con la pandemia de COVID-19, la prevalencia de síndrome de quemarse por el trabajo en nuestro Servicio ha aumentado a expensas de los médicos residentes que han pasado de 0 a 35,7%.

28. COMPLICACIONES TROMBÓTICAS EN UNA PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

María del Pilar Redondo Galán¹, Carolina Redondo Galán², María Jesús Moya Saiz¹, Juan José Puche Paniagua¹, Ángel José Sánchez Castaño¹ y Julio González Moraleja¹

¹Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España. ²Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Embolia pulmonar. Complicaciones neurológicas.

Introducción: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) puede conducir a una coagulopatía viral predisponiendo a una trombosis microvascular y/o macrovascular tanto venosa (enfermedad tromboembólica venosa) como arterial (accidente cerebrovascular isquémico, infarto agudo de miocardio, isquemia arterial de miembros) con afectación de múltiples órganos. Presentamos el caso de una mujer con neumonía bilateral por SARS-CoV-2 que presenta como complicaciones un ictus isquémico en territorio de la ACM derecha y un TEP bilateral con probable infarto pulmonar. El objetivo de su presentación es dar a conocer este tipo de complicaciones de cara a establecer un diagnóstico y manejo más precoz y poder mejorar su pronóstico. Se han descrito múltiples mecanismos favorecedores de esta situación como una respuesta inflamatoria sistémica excesiva, coagulopatía, el daño endotelial y el estasis sanguíneo entre otros. Presentamos el caso de una mujer con neumonía bilateral SARS-CoV-2 que presenta como complicaciones un ictus isquémico en territorio de la ACM derecha y un TEP bilateral con probable infarto pulmonar. El objetivo de su presentación es conocer este tipo de complicaciones, la instauración de medidas preventivas, la realización de un diagnóstico y tratamiento precoz y mejorar su pronóstico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 71 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y distimia. Intervenido de síndrome del túnel carpiano y colocación de prótesis bilateral de rodillas. Valorada por su médico de atención primaria por clínica, de cinco días de evolución, de tos seca, malestar general, anosmia y disgeusia, realiza test rápido de antígenos siendo positivo e indica aislamiento y vigilancia en domicilio. Acude a urgencias a los 9 días del inicio de los síntomas por fiebre elevada de 39,5°C y aparición de disnea en las últimas 48 horas. Exploración física: PA 145/76 mmHg, Fc 90, T 38,3 °C, FR 28 rpm, SatO₂ (basal): 89%. PVY no aumentada. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: RHA presentes, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias en urgencias. Analítica. Bioquímica: glucosa 168 mg/dL, urea 32 mg/dL, creatinina 0,60 mg/dL, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) > 90 mL/min/1,73 m², sodio 141,9 mmol/L, potasio 4,45 mmol/L, triglicéridos 83 mg/dL, GOT (AST) 32 U/L, GPT (ALT) 16 U/L, LDH 386 U/L, proteína C reactiva 80,5 mg/L. Hemograma: hemoglobina 11,8 g/dL, hematocrito 36%, VCM 84,4 fL. Plaquetas 220.000. Leucocitos 2.400 (Neu 1.700, Lin 600) *Coagulación: Tiempo de Protrombina 89%, I.N.R. 1,1, tiempo de cefalina 35,6 seg. (Control) 30,9 seg. fibrinógeno (derivado) * 633 mg/dL, d-dímero 414,0 ng/mL. Rx tórax: Índice cardiotorácico normal. Tenue infiltrado en vidrio deslustrado periférico de predominio en campo medio derecho. No derrame pleural. Evolución: Ingresa en planta en el día + 9 de inicio de síntomas, iniciando tratamiento sintomático, ceftriaxona (hasta que se descartó sobreinfección bacteriana), enoxaparina a dosis profiláctica ajustada a peso, oxigenoterapia con gafas nasales y dexametasona 6 mg según protocolo establecido en nuestro centro. A las 48 horas de ingreso (día + 11 de inicio de síntomas) la paciente presentó empeoramiento desde el punto de vista respiratorio requiriendo aumento de FiO₂ con reservorio, aumentando dosis de dexametasona a 20 mg diarios 5 días y posteriormente 10 mg otros 5 días, según protocolo interno, evolucionando lentamente pero de forma favorable hacia la mejoría. El día 11 de ingreso (día + 20 de inicio de síntomas) comienza con cuadro de debilidad en extremidades izquierdas y disartria (cuadro deficitario hemisférico derecho) realizándose TC cerebral multimodal donde se objetivó imagen compatible con ictus isquémico en territorio de ACM derecha, con trombo en segmento M2 que fue tratado mediante fibrinólisis i.v., con buena evolución, presentando como complicación una pequeña transformación hemorrágica por lo que se mantuvo antiagregación con acetilsalicílico y enoxaparina s.c. a dosis profiláctica. El día 15 de ingreso (día +24 de inicio de síntomas) presenta nuevo empeoramiento desde el punto

de vista respiratorio así como elevación de d-dímeros (7.875 ng/mL) con disociación de los reactantes de fase aguda, realizándose angioTC de arterias pulmonares donde se observan datos compatibles con TEP agudo de ramas segmentarias y subsegmentarias de LSD y LID, con posible área de infarto pulmonar iniciando tratamiento anticoagulante con enoxaparina dosis terapéuticas. Posteriormente la paciente evolucionó de forma muy favorable, con mejoría progresiva de la clínica respiratoria, siendo dada de alta hospitalaria tras 23 días de ingreso (día + 30 de inicio de síntomas).

Conclusiones: Los pacientes infectados por SARS-CoV-2 presentan un riesgo incrementado de enfermedad tromboembólica tanto arterial como venosa. Numerosos estudios indican una incidencia de hasta un 40% de episodios trombóticos a pesar del uso de profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) (6). El virus SARS-CoV-2 llega a los pulmones a través de la vía respiratoria. En los alveolos, las células epiteliales expresan enzima convertidora de angiotensina (ECA 2), que es el receptor que interactúa con la proteína S de superficie del virus, facilitando la entrada del virus en las células. Esto, induce una respuesta inflamatoria local, donde participan las células T y macrófagos alveolares que tratan de limitar la invasión viral. En muchos sujetos infectados esta respuesta tendrá éxito porque en la mayoría de los casos esta infección es bastante leve y pasa de forma asintomática o con pocos síntomas. Pero en una minoría de personas (mayoritariamente ancianos, pacientes con comorbilidad), el riesgo de diseminación de la virus aumenta uniéndose a receptores ECA 2 en otros órganos (corazón, SNC, riñón, intestino delgado, células endoteliales), al igual de que se desencadena un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS). Esto implica una respuesta celular exagerada con participación de neutrófilos, monocitos y macrófagos, que liberan una serie de citocinas proinflamatorias, que puede dar lugar en el peor de los casos a una "tormenta de citocinas", produciendo una reacción inflamatoria desproporcionada. Este proceso inflamatorio produce activación de la coagulación, dando lugar a fenómenos trombóticos y es lo que denominamos "tromboinflamación" (4). La infección por SARS-CoV-2 produce en algunos pacientes una respuesta inflamatoria exagerada como se demuestran los niveles elevados de IL-6 (que se corresponden con los niveles elevados de fibrinógeno) y proteína C reactiva que conllevan una serie de alteraciones en la coagulación favoreciendo un estado protrombótico y fenómenos trombóticos (7). Los principales cambios a nivel de la coagulación observados son la elevación del fibrinógeno, factor VIII, la liberación endotelial del factor de von Willebrand, la activación de las vías de coagulación extrínseca e intrínseca, déficit de antitrombina, la activación de las plaquetas y la disfunción endotelial. Las células endoteliales contienen una serie de mecanismos anticoagulantes que incluyen el óxido nítrico (vasodilatación), la trombosmodulina, la proteína C, el inhibidor de la vía del factor tisular que previenen la activación y formación de trombos. Cuando las células endoteliales en los distintos órganos o tejidos son infiltradas por el virus o por las células mononucleares en respuesta a las citocinas, se inflaman (endotelitis) o incluso se produce apoptosis (muerte celular), perdiendo su función anticoagulante (disfunción endotelial). En el aparato respiratorio, la inflamación endotelial, del intersticio con paredes alveolares inflamadas y edematosas, junto con el desarrollo de trombos microvasculares en los capilares alveolares, da lugar a un intercambio gaseoso defectuoso siendo el responsable de la hipoxemia respiratoria. En estos pacientes los niveles de dímero D, pueden estar elevados, siendo un marcador de la gravedad de la enfermedad y la mortalidad. Los niveles de dímero D aumentan dramáticamente en los pacientes que fallecen en comparación con los que sobreviven, pero a veces es difícil establecer un umbral de dímero D que distinga entre buena y mala evolución, para ello puede servir medir de forma intermitente, en concordancia con el dímero D, el resto de parámetros de la coagulación como el fibrinógeno, tiempo de protrombina (TP) y tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA) PT que de forma similar aumentan en aquellos pacientes más

severamente afectados y la mayoría fallecerán por COVID-19 en comparación con los que muestran elevaciones mínimas o pocos cambios. Los niveles de dímero D, están más elevados en pacientes con trombosis macrovascular (embolia pulmonar, ACVA), pero no se pueden distinguir simplemente del proceso microvascular tromboinflamatorio. Por lo tanto, es importante la valoración clínica del paciente, y la realización de pruebas diagnósticas (angioTC, Eco-doppler) en función de la sospecha clínica, dado que puede influir en el tratamiento y pronóstico del paciente. Algunos autores recomiendan medir el dímero D, el TP, fibrinógeno y el recuento de plaquetas cada 3 días, no solo para monitorizar la gravedad de la enfermedad, sino también para detectar posibles complicaciones como la enfermedad tromboembólica. Por ejemplo en pacientes estables desde el punto de vista respiratorio, que comienzan con desaturación y/o taquipnea, taquicardia, un incremento de los dímeros D previamente ya elevados, nos pueden hacer sospechar ante un evento tromboembólico venoso. El accidente cerebrovascular es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. A nivel mundial, más de 5 millones de personas mueren cada año y millones de supervivientes experimentan un grado variable de discapacidad de por vida. En España mueren en torno a 27.000 personas cada año a causa de un ictus y se prevé que el número de defunciones relacionadas con el ictus aumenten en los próximos años¹, con una incidencia de 187,4 casos por 100.000 habitantes en población de 18 años o más². Recientemente, se ha informado que el accidente cerebrovascular puede ser o la presentación inicial o una complicación subaguda en algunos pacientes con COVID-19³. En cuanto al manejo de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo (ACVA) que tienen COVID confirmado o sospechoso, un grupo de expertos internacional publicó una serie de recomendaciones siendo las principales conclusiones: Si se sospecha que un paciente con ACVA tiene COVID-19, la RX tórax o la realización de CT tórax pueden ser útiles para identificar alteraciones radiológicas pulmonares que sugieran COVID-19. El propósito de la angiografía-TC y las imágenes de perfusión es seleccionar pacientes para trombectomía mecánica y puede evitarse si no se considera la trombectomía mecánica debido a la mala condición del paciente. De acuerdo con los datos existentes, se puede evitar la terapia antiplaquetaria si es posible durante las primeras 24 horas después de recibir rt-PA intravenoso y trombectomía mecánica en pacientes con ACVA que tienen COVID-19 ya sea confirmado o sospechoso, hasta que se pueda definir mejor el riesgo. Se puede considerar el tratamiento antiplaquetario único o doble en pacientes con ACVA que no reciben rt-PA intravenoso y/o trombectomía mecánica. Se recomienda el rt-PA intravenoso en pacientes seleccionados con COVID-19, teniendo en cuenta la disfunción hepática y coagulopatía que puede ocurrir en estos pacientes, aunque existe ambigüedad con respecto a los umbrales asociados con un mayor riesgo o beneficio con el rt-PA intravenoso. Como conclusión, es importante conocer las posibles complicaciones trombóticas que pueden ocurrir en los pacientes con infección por SARS-CoV-2 para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz y mejorar su pronóstico.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Portal estadístico. Área de inteligencia de gestión. Mortalidad por causa de muerte [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; [citado 2018 oct 30]. Disponible en: <https://pestatistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=106>
- Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Series detalladas desde 2002. Resultados por Comunidades Autónomas. Población residente por fecha, sexo y edad. Datos de población residente a 1 de enero de 2018 [Internet]. 2018 [citado 2018 nov 27]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9681&L=0>
- Gupta A, Madhavan MV, Sehgal K, Nair N, Mahajan S, Sehrawat TS, Bikdeli B, Ahluwalia N, Ausiello JC, Wan EY, Freedberg DE, Kirtane AJ, Parikh SA, Maurer MS, Nordvig AS, Accili D, Bathon JM, Mohan S, Bauer KA, Leon MB, Krumholz HM, Uriel N, Mehra MR, Elkind MSV, Stone GW, Schwartz A, Ho DD, Bilezikian JP, Landry DW. Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nat Med*. 2020;26(7):1017-32.
- Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, Arbous MS, Gommers DAMPJ, Kant KM, Kaptein FHJ, van Paassen J, Stals MAM, Huisman MV, Endeman H. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res*. 2020;191:145-7.
- Hess DC, Eldahshan W, Rutkowski E. COVID-19-Related Stroke. *Transl Stroke Res*. 2020;11(3):322-5.
- Miesbach W, Makris M. COVID-19: Coagulopathy, Risk of Thrombosis, and the Rationale for Anticoagulation. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2020;26:1076029620938149.
- Srivastava S, Garg I, Bansal A, Kumar B. COVID-19 infection and thrombosis. *Clin Chim Acta*. 2020;510:344-6.
- Lititz JF, Leclerc M, Chochois C, Monsallier JM, Ramakers M, Auvray M, Merouani K. High incidence of venous thromboembolic events in anticoagulated severe COVID-19 patients. *J Thromb Haemost*. 2020;18(7):1743-6.

51. PREDICTIVE BIOMARKERS OF COVID-19 SEVERITY IN SARS-CoV-2 INFECTED PATIENTS WITH OBESITY AND METABOLIC SYNDROME

María Teresa Auguet Quintillà¹, Miguel López Dupla¹, Jose Antonio Porras Ledantes¹, David Riesco Acevedo¹, Sergio Veloso Esteban¹, Ajla Alibalic¹, Monica Real Álvarez¹, Jessica Binetti¹, Laia Bertran Ramos² and Carmen Aguilar Crespillo²

¹Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, Spain. ²Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain.

Keywords: COVID-19. Obesity. Metabolic Syndrome.

In SARS-CoV-2-infected patients, obesity, hypertension and diabetes, are dangerous factors that may result in death. Priority in detection and specific therapies for these patients are necessary. We wanted to investigate the impact of obesity and metabolic syndrome (MS) on the clinical course of COVID-19 and whether prognostic biomarkers described are useful to predict the evolution of COVID-19 in patients with obesity or MS. This prospective cohort study included 303 patients hospitalized for COVID-19. Participants were first classified according to the presence of obesity, then, they were classified according to the presence of MS. Clinical, radiologic and analytical parameters were collected. We reported that patients with obesity presented moderate COVID-19 symptoms and pneumonia, bilateral pulmonary infiltrates and needed tocilizumab more frequently. Meanwhile, patients with MS presented severe pneumonia and respiratory failure more frequently, they have a higher mortality rate and they also showed higher creatinine and troponin levels. One of the best predictors of COVID-19 severity in the whole cohort and also in patients with obesity was IL-6, while troponin and lactate dehydrogenase can be used as predictive biomarkers of COVID-19 severity in MS patients. Therefore, treatment for COVID-19 in patients with obesity or MS should probably be intensified and personalized.

65. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON COVID-19 DURANTE LA PRIMERA OLA

Miguel Ángel López Zúñiga¹, Ana Ocaña Granados² y Francisco Andrés Padilla Moreno²

¹Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. ²Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.

Palabras clave: Características. COVID. Ola Mortalidad.

Objetivos: Describir las características de los pacientes, tratamientos recibidos y supervivencia de pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Jaén durante la primera ola del COVID.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó todos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Jaén durante con COVID-19 confirmado o con alta sospecha del 4 de febrero de 2020 al 30 de abril de 2020, y que tenían más de 18 años. Registramos a través de la historia clínica: edad, sexo, fecha del inicio de los síntomas COVID-19 y la presencia de: disnea, tos, fiebre, astenia, anosmia y los niveles de saturación de oxígeno. También se registraron los

siguientes detalles de la historia clínica: hipertensión, antecedentes de tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, enfermedad cardíaca crónica (CHD), fibrilación auricular, diabetes mellitus y si el paciente estaba bajo algún tratamiento con corticosteroides oral o inhalado en el momento de la hospitalización (sin importar la duración), tenía un tumor o estaba inmunodeprimido (es decir, pacientes que estaban tomando inmunosupresores, tenían virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o estaban inmunosuprimidos debido a la terapia a largo plazo con corticosteroides orales o inhalados). Además, registramos si los pacientes habían estado tomando inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)/bloqueadores de los receptores de angiotensina (AAB).

Resultados y conclusiones: Los pacientes entraron en el hospital en promedio 7,79 días después de mostrar por primera vez los síntomas de COVID-19. La edad media fue de 64,9 (DE 14,1), que oscila entre 19 y 96 años. 186 eran hombres (58,5%) y 132 eran mujeres (41,5%). Todos los pacientes eran caucásicos. La hipertensión y la diabetes mellitus estaban presentes en un 51,6% y 23,6% de los pacientes respectivamente. Otras condiciones comorbilidades eran poco frecuentes (menos del 10%) y no mostró diferencias estadísticamente significativas entre sobrevivientes y no sobrevivientes. Los niveles de vitamina D eran significativamente diferentes entre los sobrevivientes y los no sobrevivientes ($p = 0,025$). Ninguna de las terapias de pre-hospitalización (es decir, corticosteroides e inhibidores de la ECA/AARB) mostró diferencias estadísticamente significativas entre sobrevivientes y no sobrevivientes. Entre los 318 pacientes incluidos en el estudio, 47 murieron (14,8%).

66. BOLOS DE CORTICOIDES AUMENTAN LA SUPERVIVENCIA EN ENFERMOS COVID-19

Miguel Ángel López Zúñiga¹, Alba María Castillo Fernández² y Francisco Andrés Padilla Moreno²

¹Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. ²Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.

Palabras clave: Bolos. Corticoides. Supervivencia COVID-19.

Objetivos: Identificar los factores independientes de mortalidad; así como probar si la terapia de pulsos corticosteroides a dosis altas (HDCPT) con metilprednisolona o dexametasona está asociada con una mayor supervivencia en pacientes con COVID-19 con riesgo de tormenta de citoquinas.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó todos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Jaén durante con COVID-19 confirmado o con alta sospecha del 4 de febrero de 2020 al 30 de abril de 2020, y que tenían más de 18 años. Registramos datos de edad, sexo, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, cardiopatía crónica, fibrilación auricular, obesidad, tumor, inhibidores de la ECA/ARBs, si el paciente estaba tomando corticosteroides en el momento de la hospitalización, si el paciente estaba inmunosuprimido, si el paciente recibió altos volúmenes de oxígeno ($> 10L$), diabetes, qSOFA, hidroxycloquina, azitromicina, lopinavir/ritonavir, interferón, dosis bajas de corticosteroides, HDCPT, tozilizumab, suplementos de vitamina D y terapia de anticoagulación (ya sea a dosis intermedia, completa o profiláctica). 64 pacientes (20,1%) fueron tratados con HDCPT utilizando al menos 1,5 mg/kg/24h de metilprednisolona o equivalente de dexametasona. Se llevó a cabo una regresión multivariante de Cox (control de las comorbilidades y otras terapias) para determinar si el HDCPT (entre otras intervenciones) se asociaba con una disminución de la mortalidad.

Resultados: La regresión multivariante de Cox para covariables clínicas, así como todos los tratamientos que recibieron los pacientes, reveló un aumento estadísticamente significativo del riesgo de muerte con la edad (HR 1,05 [IC95% 1,01-1,09]; $p = 0,009$) y grandes volúmenes de requerimientos de oxígeno ($> 10L$, HR 28,85 [IC95% 10,48-79,41];

$p < 0,001$). La anticoagulación mostró un efecto perjudicial estadísticamente menos significativo (HR 2,99 [IC95% 1,05-8,50], $p = 0,04$). Ninguna otra intervención mostró un aumento estadísticamente significativo en la tasa de mortalidad. La terapia con pulsos corticosteroides en dosis altas mostró una reducción estadísticamente significativa de la mortalidad (HR - 0,087 [IC95% 0,021-0,36]; $p < 0,001$).

Conclusiones: HDCPT puede ser una intervención eficaz para aumentar las tasas de supervivencia COVID-19 en pacientes en riesgo de desarrollar una tormenta de citoquinas COVID-19, mientras que la edad, los altos requerimientos de oxígeno.

70. ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULA NASAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ DE LA FRONTERA

Juan Mora Delgado¹, José María Barcala Salido² y Cristina Lojo Cruz¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de La Frontera, España.

²Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de La Frontera, España.

Palabras clave: Oxigenoterapia de alto flujo. Insuficiencia respiratoria. COVID-19.

Introducción: La oxigenoterapia de alto flujo a través de cánula nasal (ONAF) es actualmente una alternativa a los tratamientos tradicionales de terapia de oxígeno como son las gafas nasales, la mascarilla nasofaríngea de oxígeno o la CPAP en los pacientes con COVID-19.

Objetivos: Describir el uso de oxigenoterapia de alto flujo con cánula nasal en nuestro centro en el contexto de la COVID-19.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas a través del programa informático "Diraya" de los pacientes ingresados con COVID-19 en los meses de noviembre y diciembre de 2020. Se elaboró una base de datos anonimizada. Se utilizaron los elementos descriptivos habituales para el análisis de este tipo de estudio. Para su análisis se utilizó el programa estadístico SPSS. Las variables cualitativas analizadas fueron sexo, antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma bronquial, síndrome de apnea/hipopnea del sueño, neoplasia pulmonar, fumador o ex fumador, necesidad de ventilación mecánica invasiva, desenlace al alta y oxigenoterapia domiciliaria. Las variables cuantitativas analizadas fueron edad, días de estancia hospitalaria, días de ingreso hasta inicio de ONAF, días de síntomas hasta inicio de ONAF.

Resultados: Un total de 51 pacientes precisaron ONAF durante su hospitalización, de los cuales 19 eran mujeres (37,3%) y 32 hombres (62,7%), con una edad media de 67 años (coincidente con la mediana) con un rango de 23 a 85 años. Un 65% de los pacientes presentaban diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2, 70% hipertensión arterial, 49% hipercolesterolemia, 30% obesidad, 10% cardiopatía isquémica, 10% enfermedad renal crónica, 10% enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 2% asma bronquial, 30% de síndrome de apnea/hipopnea del sueño y 8% neoplasia pulmonar. El 10% de los pacientes eran fumadores activos y otro 40% eran ex fumadores. La media de días transcurridos desde el ingreso hasta el inicio de ONAF fue de 2,7 días, mientras que si se tiene en cuenta el inicio de los síntomas fue de 9,5 días. El 35% de los pacientes precisó ventilación mecánica invasiva posterior al inicio de la ONAF. En el 4% se utilizó tras la extubación. La mortalidad de la serie fue del 64,7%. La estancia media fue de 20 días, con un rango de 4 a 81 días. Un 23% de los pacientes que sobrevivieron precisaron oxigenoterapia domiciliaria tras el alta.

Conclusiones: La ventilación mecánica invasiva se ha asociado con una alta mortalidad en COVID-19. La terapia con ONAF está siendo una alternativa muy relevante en el contexto pandémico actual. De forma similar a otras series descritas, los pacientes candidatos a ONAF suelen encontrarse en su mayoría entre la quinta y sexta décadas de la vida, presentan múltiples factores de riesgo cardiovascular, así como enfermedad pulmonar obstructiva crónica y síndrome de apnea/hipopnea del sueño, sumado a una alta prevalencia de fumadores y exfumadores. También se objetiva una mayor necesidad de su uso en hombres, hecho también definido en otras revisiones, sabiéndose de que el sexo masculino se correlaciona con un peor pronóstico. La tasa de intubación es sensiblemente menor a la descrita en otras series enfocadas en el tipo de paciente descrito, que superan el 50%. En algunos casos la ONAF sirvió como puente tras la necesidad de ventilación mecánica invasiva. Resulta llamativo el elevado número de pacientes que precisaron oxigenoterapia domiciliaria posterior al alta, no habitualmente recogido en otras series.

Conclusiones: El perfil de paciente que precisó ONAF en nuestro centro durante los meses de noviembre y diciembre de 2020 fue hombre en la séptima década de la vida, con múltiples factores de riesgo cardiovascular y broncopatía asociada. Más de una cuarta parte de los pacientes precisó ventilación mecánica invasiva y más de la mitad fallecieron. Casi una cuarta parte de los pacientes dados de alta precisaron oxigenoterapia domiciliaria.

114. ANTICOAGULATION STRATEGIES AND RISK OF BLEEDING EVENTS IN CRITICALLY ILL COVID-19 PATIENTS

Cristina Gabara Xancó, Belen Solarat González, Pedro Castro Rebollo, Sara Fernández Méndez, Joan Ramón Badia Jobal, David Toapanta Gaibor, Juan Carlos Reverter Calatayud, Alex Soriano Viladomiu, Jesús Aibar Gallizo and Jorge Moisés Lafuente

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain.

Keywords: COVID-19. Anticoagulation. Bleeding.

Introduction: Previous reports describe high rates of venous thromboembolism (VTE) in critically ill COVID-19 patients. Consequently, intermediate and therapeutic dose anticoagulation have been extensively used in clinical practice, potentially exposing patients to a higher risk of bleeding. The aim of this study was to evaluate the rate of thrombosis, bleeding and mortality comparing prophylactic, intermediate or therapeutic doses in critically ill COVID-19 patients.

Material and methods: All critically ill COVID-19 patients admitted to the intensive care unit (ICU) of a tertiary hospital in Barcelona between March 1 and April 30, 2020 were eligible. Patients were categorized into three groups according to the highest anticoagulant dose they received during their hospitalization (prior to a VTE confirmed event if it occurred), administered for at least 2 days: prophylactic, intermediate and full (therapeutic) anticoagulation. The incidence of VTE, bleeding and mortality according to the anticoagulant regimen was compared. We performed a logistic multivariable regression to test the association between VTE and bleeding with clinical characteristics and the anticoagulant regimen.

Results: A total of 201 patients were included. 78 (39%) received prophylactic doses, 94 (47%) intermediate doses and 29 (14%) therapeutic doses. There were no differences in VTE ($p = 0.79$) and mortality ($p = 0.49$) between groups. In contrast, the incidence of bleeding was higher in patients receiving therapeutic (31%) and intermediate (15%) doses than in those receiving prophylactic doses (5%) ($p < 0.001$ and $p < 0.05$ respectively). Major bleedings were also more frequent in patients with therapeutic doses (21%) than in those with prophylactic doses (3%) ($p < 0.01$). In the multivariable analysis the anticoagulant regimen was the strongest determinant for bleeding (odds

ratio [OR] 2.4, 95% confidence interval (CI) 1.26-4.58, $p = 0.008$) but had no statistically significant impact on VTE events (OR 0.97, 95%CI 0.58-1.68, $p = 0.92$).

Conclusions: Critically ill COVID-19 patients receiving intermediate or therapeutic doses of heparin appear to have a higher risk of bleeding without a decrease of VTE events and mortality.

128. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19

Virginia González Hidalgo¹, Jesús Manuel Morán López², José Manuel Fuentes Sánchez¹, Guillermo Escudero Sánchez¹ y Elena Carrasco Brenes¹

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen del Puerto (Plasencia), Cáceres, España.

Palabras clave: Desnutrición. COVID-19. Cribado Nutricional.

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) asocia un aumento de morbilidad y mortalidad. Los pacientes con COVID-19 presentan un riesgo elevado de desnutrición debido al aumento de requerimientos nutricionales secundario al estado proinflamatorio. Diferentes sociedades científicas (la ESPEN, la ACNC, la AuSPEN y la BRASPEN) recomiendan realizar un cribado nutricional en estos pacientes en de las primeras 48 horas del ingreso y durante su hospitalización. Se realizó un estudio retrospectivo con 75 pacientes hospitalizados en marzo de 2020 valorando parámetros clínicos, antropométricos y analíticos relacionados con DRE en pacientes con COVID-19. De ellos, solo en 6 casos (8%) se realizó cribado nutricional en las primeras 48 horas, constando que al menos 26 (37,4%) presentaban alguno de los parámetros estudiados (se desconocen los datos de 49 pacientes; 55,4%). Durante el ingreso, hasta 59 casos (78,66%) presentaron algún parámetro de desnutrición y el 60% (45 casos) al menos dos, datos concordantes con otras series como las de Bedock et al y Li et al donde se observó prevalencias de DRE del 42,1% y 52,7% respectivamente. De los parámetros estudiados, los más frecuentes fueron la hipoalbuminemia y/o hipoproteínemia, la ingesta disminuida previa al ingreso y la deshidratación (76,4%, 37,33% y 21,3% respectivamente). Siguió datos relacionados con la dieta del paciente, observándose en el 16% notas de "come poco" durante al menos 3 días consecutivos y en el 13,33% la ingesta de una dieta triturada exclusiva, durante al menos 3 días. Menos frecuentes fueron la pérdida de fuerza y la pérdida de peso, con un 16,66% cada una de ellas; la dieta absoluta más de 3 días consecutivos se instauró en el 9,33%. Finalmente, las úlceras por presión y la pérdida de masa muscular constituyeron el 6,66% cada una; pérdida de masa magra fue la menos frecuente (2,66%). La DRE es una entidad muy prevalente en pacientes COVID-19, siendo un problema de gran magnitud al asociar un aumento de la morbilidad y mortalidad. Por ello es importante realizar un cribado nutricional al ingreso en estos pacientes para poder realizar un abordaje mediante la instauración soporte nutricional que mejore su pronóstico.

137. VALIDEZ DEL ÍNDICE ROX COMO PREDICTOR DEL RIESGO DE INTUBACIÓN Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Juan Mora Delgado¹, Cristina Lojo Cruz¹ y Jose María Barcala Salido²

¹Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España.

²Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España.

Palabras clave: Oxigenoterapia de alto flujo. Insuficiencia respiratoria. Índice ROX.

Introducción: La estrategia de manejo óptima para la insuficiencia respiratoria relacionada con la COVID-19 aún está en discusión. Diversos estudios orientan a que el uso de la oxigenoterapia de alto flujo con cánula nasal (ONAF) reduce la necesidad de intubación y ventilación mecánica en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. Los datos también sugieren que el uso temprano de esta terapia puede disminuir la necesidad de ventilación mecánica invasiva en COVID-19. El éxito de la ONAF se puede predecir mediante el índice ROX ($[\text{SpO}_2/\text{FiO}_2]/\text{frecuencia respiratoria}$), puntuación validada en el tratamiento de la neumonía y el síndrome de distrés respiratorio agudo.

Objetivos: Analizar si el índice de ROX puede ser utilizado como predictor del riesgo de intubación y muerte en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas a través del programa informático "Diraya" de los pacientes ingresados con COVID-19 en los meses de noviembre y diciembre de 2020. Se elaboró una base de datos anonimizada. Se utilizaron los elementos descriptivos habituales para el análisis de este tipo de estudio. Tras comprobarse que la muestra no seguía una distribución paramétrica, se realizó análisis univariado mediante Ji cuadrado y U de Mann Whitney, así como regresión logística binaria. Para su análisis se utilizó el programa estadístico SPSS. Las variables cualitativas analizadas fueron sexo, antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma bronquial, síndrome de apnea/hipopnea del sueño, neoplasia pulmonar, fumador o ex fumador, necesidad de ventilación mecánica invasiva y desenlace al alta. Las variables cuantitativas analizadas fueron edad, relación entre la saturación periférica de O₂ y la FiO₂ (SpFi) previa a inicio de ONAF, frecuencia respiratoria, índice de ROX a los 60 minutos, días de ingreso hasta inicio de ONAF y días de síntomas hasta inicio de ONAF.

Resultados: Respecto a la mortalidad, la edad media de los pacientes que fallecieron fue significativamente mayor (69,4 años vs 63 años [$p = 0,045$]), al igual que la Tª media al ingreso (36,98°C vs 36,4°C [$p = 0,046$]). El índice de ROX medio en los pacientes que fueron exitus fue significativamente menor respecto a los supervivientes (4,01 vs 5,07 [$p = 0,28$]). Tras realizar el análisis multivariado respecto a la mortalidad, la edad mostró un riesgo relativo de 1,071 con una $p = 0,029$ (IC95% 1,007-1,139), la Tª un riesgo relativo de 2,46 con una $p = 0,03$ (IC95% 1,09-5,59) y índice de ROX un riesgo relativo de 1,6 con una $p = 0,043$ (IC95% 1,02-2,54). Respecto a la intubación, la SpFi previa al inicio de la ONAF fue el único parámetro significativamente menor en aquellos que precisaron intubación (114,78 vs 134,29 [$p = 0,04$]), no siendo así en el índice de ROX y el resto de variables analizadas. Tras realizar el análisis multivariado respecto a la intubación, la SpFi demostró un riesgo relativo de 1,03 con una $p = 0,02$ (IC95% 1,006-1,07).

Conclusiones: Nuestro estudio proporciona evidencia de que el índice de ROX es útil a la hora de predecir la evolución del paciente con ONAF respecto a la mortalidad. No se demostró sin embargo respecto a la intubación endotraqueal, sin embargo, la SpFi por sí sola podría ser suficiente para predecir dicho riesgo, quizás justificable al eliminar el sesgo subjetivo que puede suponer cálculo de la frecuencia respiratoria en unas condiciones subóptimas. Con dichos resultados, la decisión con respecto a la estrategia óptima y el momento de la intubación debe ser matizada y específica para cada paciente. Es probable que la compleja selección de pacientes, la falta de una monitorización adecuada y la imposibilidad de reconocer el deterioro clínico precozmente en determinados pacientes estén relacionados con resultados clínicos adversos.

Conclusiones: La edad, la Tª al ingreso y el índice de ROX fueron predictores de mortalidad en los pacientes que precisaron ONAF. La SpFi previa al inicio de la ONAF fue predictor de intubación endotraqueal.

180. BIOMARCADORES PREDICTORES DEL RIESGO DE INTUBACIÓN Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

José María Barcala Salido¹, Juan Mora Delgado² y Cristina Lojo Cruz²

¹Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de La Frontera, España. ²Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de La Frontera, España.

Palabras clave: Oxigenoterapia de alto flujo. Biomarcadores. Respuesta inflamatoria.

Introducción: El análisis de la capacidad discriminativa de los biomarcadores hematológicos, bioquímicos, inflamatorios e inmunológicos en pacientes con COVID-19 resulta de gran relevancia, ya que permitiría determinar categorías de riesgo con el fin de realizar un uso óptimo de recursos, mejorar el manejo clínico y prevenir complicaciones graves.

Objetivos: Analizar si diversos biomarcadores pueden ser utilizados como predictores del riesgo de intubación y muerte en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 con oxigenoterapia de alto flujo (ONAF).

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas a través del programa informático "Diraya" de los pacientes ingresados con COVID-19 en los meses de noviembre y diciembre de 2020. Se elaboró una base de datos anonimizada. Se utilizaron los elementos descriptivos habituales para el análisis de este tipo de estudio. Tras comprobarse que la muestra no seguía una distribución paramétrica, se realizó análisis univariado mediante Ji cuadrado y U de Mann Whitney. Para su análisis se utilizó el programa estadístico SPSS. Las variables analizadas fueron proteína C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT), ferritina, lactato deshidrogenasa (LDH), creatinina, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), dímero D, fibrinógeno, linfocitos y plaquetas. Se recogieron los análisis al día del ingreso, previo al inicio de ONAF y cuando se finalizó (ya fuera por buena evolución, intubación o exitus). Las variables cualitativas analizadas fueron exitus e intubación.

Resultados: Respecto a la mortalidad, los pacientes que fallecieron presentaron al ingreso cifras significativamente mayores de creatinina (1,18 vs 0,91 mg/dL [$p = 0,042$]), mayor linfopenia (0,813 vs $1,19 \times 10^3/\mu\text{L}$ [$p = 0,029$]) y plaquetopenia ($220,9$ vs $276,8 \times 10^3/\text{mm}^3$ [$p = 0,034$]). Previo al inicio de la ONAF, los pacientes que fueron exitus continuaron presentando cifras significativamente mayores de creatinina (1,1 vs 0,8 mg/dL [$p = 0,01$]). En el momento de la retirada de la ONAF, ya fuera por buena evolución o exitus, los pacientes que fallecieron presentaron niveles mayores de PCR (140,6 vs 21 mg/L [$p < 0,001$]), ferritina (1857,5 vs 997 ng/mL [$p = 0,038$]), LDH (578 vs 289,1 U/L [$p < 0,001$]), creatinina (1,13 vs 0,76 mg/dL [$p = 0,02$]), fibrinógeno (636,1 vs 459,5 mg/dL [$p < 0,001$]) y linfopenia (0,719 vs $1,63 \times 10^3/\mu\text{L}$ [$p = 0,029$]). Respecto a la intubación, los pacientes que precisaron ventilación mecánica invasiva presentaron al ingreso cifras significativamente mayores de LDH (542,7 vs 411,8 U/L [$p = 0,022$]), AST (72,56 vs 38,39 U/L [$p = 0,006$]), ALT (62,28 vs 34,19 U/L [$p = 0,012$]). Previo al inicio de la ONAF, los pacientes que fueron exitus presentaron significativamente mayor linfopenia (0,679 vs $0,944 \times 10^3/\mu\text{L}$ [$p = 0,047$]). En el momento de la retirada de la ONAF, ya fuera por buena evolución o porque precisaron ventilación mecánica invasiva, los pacientes que se intubaron presentaron niveles mayores de PCR (146,8 vs 75,9 mg/L [$p = 0,022$]), ferritina (2446 vs 1.082,7 ng/mL [$p = 0,008$]), LDH (580 vs 423,9 U/L [$p = 0,023$]), fibrinógeno (680,3 vs 515,7 mg/dL [$p = 0,008$]) y linfopenia (0,616 vs $1,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ [$p = 0,002$]).

Conclusiones: Conocer el peso de los procesos fisiopatológicos de daño sistémico arroja luz sobre los biomarcadores que mayor influencia pueden tener en el pronóstico de la enfermedad. De hecho, estos no solo predicen la gravedad de la enfermedad, sino que también son útiles para el manejo terapéutico, basado en fármacos que evitan la activación de los procesos inflamatorios propios de la COVID-19. Las escalas de puntuación basadas en biomarcadores, teniendo en cuenta parámetros hematológicos, inflamatorios, bioquímicos e inmunológicos, ayudarían a estratificar a los pacientes COVID-19 positivos en categorías de riesgo, lo que sería de suma importancia en el ámbito clínico y el manejo terapéutico. Además de los parámetros de laboratorio discutidos anteriormente, que se utilizan actualmente en la práctica clínica, se están investigando nuevos biomarcadores potencialmente útiles para la detección, el tratamiento clínico y la prevención de complicaciones graves, como la homocisteína, angiotensina-II y la alamandina. Nuestro estudio proporciona evidencia de que diversos biomarcadores pueden ser útiles para predecir el curso clínico del paciente con COVID-19 que precisa ONAF, especialmente respecto a la necesidad de ventilación mecánica invasiva. En concreto, unos valores elevados de PCR, ferritina, creatinina, ALT, AST, LDH y fibrinógeno, así como la linfopenia, sugieren un peor pronóstico en los pacientes con COVID-19, especialmente cuando ya es preciso el uso de ONAF y durante la evolución posterior.

181. EFECTOS ADVERSOS DE COMIRNATY® EN TRABAJADORES SANITARIOS

Marta Santos Peña, Israel Sevilla Moreno, Juan Mora Delgado y Salvador López Cárdenas

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España.

Palabras clave: Vacuna. COVID-19. Sanitarios.

Introducción y objetivos: En plena tercera ola de pandemia por COVID-19 por fin se ha podido iniciar la primera fase de la campaña de vacunación con Comirnaty® entre residentes de centros de mayores y sanitarios. Existe un miedo importante entre la población general y entre los mismos sanitarios a posibles efectos adversos de la vacuna. Proponemos un estudio para describir los efectos adversos más frecuentes en una cohorte de trabajadores de un hospital.

Objetivos: Objetivo primario: describir los efectos adversos de la vacuna entre los trabajadores vacunados del Área de gestión sanitaria Norte de Cádiz entre el 28 de diciembre y el 7 de febrero de 2021. Objetivos secundarios: evaluar si hay diferentes efectos adversos entre la primera y la segunda dosis de la vacuna.

Material y métodos: Diseño transversal. Realizamos una encuesta voluntaria y anónima de 17 preguntas a través del aplicativo de formularios de Google, recogiendo datos demográficos y los efectos secundarios más frecuentes descritos hasta ahora. Analizaremos los datos a través de IMB SPSS Statistics v26.

Resultados: Obtuvimos 1.300 respuestas. El 58% tenían entre 40 y 59 años, el 76% fueron mujeres. El 68,5% no presentaban ninguna comorbilidad. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (13,4%) seguida de la dislipemia (10,4%). El 20% fumaba. Los síntomas fueron en general más frecuentes después de la segunda dosis de la vacuna. El dolor local en el sitio de la inyección fue más frecuente después de la primera y segunda dosis, mientras que la fiebre, los escalofríos y la astenia fueron más frecuentes después de la segunda dosis. La cefalea tuvo una frecuencia de 6% tras la primera dosis, 30% después de la segunda, y 13% después de la primera y la segunda. El dolor local en el sitio de la inyección apareció en un 8,5% de los participantes tras la primera dosis, 9,5% después de la segunda, y en un 77% después de la primera y la segunda dosis. Los escalofríos tuvieron una frecuencia de 4% después de la primera dosis, 37% después de la segunda y 8% después de la primera y la se-

gunda dosis. La astenia 3% después de la primera dosis, 43% después de la segunda y 15% después de la primera y la segunda. Las mialgias tuvieron una frecuencia de 3% después de la primera dosis, 45% después de la segunda dosis y 10% después de la primera y la segunda dosis. Las náuseas y vómitos aparecieron en un 2% de los participantes antes de la primera dosis, 14% después de la segunda y 2,5% después de la primera y la segunda dosis. La diarrea apareció en un 1,6% después de la primera dosis, 6,4% después de la segunda dosis y 1,2% después de la primera y la segunda dosis. Las adenopatías aparecieron en un 3,5% de los encuestados. Otros síntomas representados en menos del 2% de los participantes fueron mareos, anosmia y ageusia, dolor abdominal, dolor de garganta, somnolencia e insomnio. El 97% de los encuestados presentó al menos un síntoma. La duración de los síntomas fue menor a 24 horas en 47% de los participantes y mayor a 24 horas en el 53%. 7,2% de ellos había pasado la COVID-19 antes de vacunarse. Ningún participante ha requerido hospitalización tras la vacunación.

Conclusiones: Los efectos secundarios descritos hasta ahora con la vacuna Comirnaty® son de naturaleza leve, aunque suelen durar más de 24 horas. Necesitamos más estudios y generalizar la administración de Comirnaty® para seguir explorando los posibles efectos adversos y valorar la eficacia de la vacuna.

205. ESTRÉS EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN HOSPITAL CANARIO DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA COVID-19

Onán Pérez Hernández¹, Paula Ortega Toledo², Alen García Rodríguez², María Dolores Gil Jiménez³, Miriam Padrón Yanes⁴, María del Carmen Durán Castellón², Remedios Alemán Valls⁵, María José Graña García⁶, Víctor Vera Delgado² y Ana Godoy Reyes²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. ³Enfermería, Unidad COVID. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. ⁴DUE, Unidad COVID. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. ⁵Servicio de Infecciones, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. ⁶Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.

Palabras clave: Estrés laboral. Ansiedad. Depresión.

Introducción: La sobrecarga y la incertidumbre vivida durante la primera ola de la pandemia COVID-19 ha producido situaciones de intenso estrés. El objetivo del presente estudio es intentar cuantificarlo. Para ello, se envía una encuesta anónima a los trabajadores del Hospital Universitario de Canarias (hecha con Google Drive) con preguntas específicas sobre la COVID-19 y la escala HADS, validada previamente en personal sanitario.

Resultados: Se completaron 237 encuestas (149 médicos y 88 enfermeros y auxiliares) entre 6-27 de abril de 2020. La edad media fue 39,6 años (DE 8,1). La puntuación de HADS-ansiedad fue 8 [4-12] y para depresión, 6 [2,5-9]. Un 54,9% tenía > 8 puntos en ansiedad y un 37,6 en depresión. Ante la pregunta ¿cuánto le preocupa el COVID-19?, 74,7% puntuó > 8/10; 49,2% ante ¿cuánto le preocupa contagiarse?, 84,8% ante ¿y contagiar a un familiar? y 79,3% ante “¿cuánto le preocupa que colapse el Hospital?”. La edad se correlacionó con mayor preocupación por contagiarse ($p = 0,010$). La ansiedad se correlacionó con la preocupación por el SARS-CoV-2, por contagiarse, por contagiar a familiares y por el riesgo de colapso ($p < 0,001$ para todos). La depresión se correlacionó también con todas estas ($p < 0,001$ para todos). Entre los médicos, los que no atendían el COVID-19 temían más por el colapso sanitario ($p = 0,041$). Cuando se

preguntaba por cuál era su mayor preocupación, las respuestas se podían englobar en críticas a la gestión/falta de material (28,6%), contagiar a familiares (36%), que el sistema colapse (19,2%), la situación de los pacientes (5,9%), los efectos sociales (9,4%) y económicos (1,0%). El grupo que temía sobre todo contagiar a sus familiares tenía no solo mayor puntuación en la pregunta “¿cuánto le preocupa contagiar a un familiar?” (97,2% > 8 puntos; $p < 0,001$), sino también frente a la pregunta más general “¿cuánto le preocupa el COVID-19?” (84,7%; $p = 0,048$).

Conclusiones: Las tasas de ansiedad y depresión han sido elevadas, lo que se correlaciona con la preocupación por la situación de pandemia. Los trabajadores de mayor edad temían más el contagio, quizá por conocer el mayor riesgo de enfermedad grave. Entre los médicos, los que no atendían directamente a pacientes COVID-19 mostraban mayor preocupación por el riesgo colapso sanitario, posiblemente por no tener un conocimiento directo de la situación. Lo que más preocupó a los sanitarios era el contagio a familiares, seguido de la falta de material o la mala gestión sanitaria.

207. SEROPREVALENCIA DE INMUNOGLOBULINAS CONTRA EL SARS-CoV-2 EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL SON LLÀTZER

María Arrizabalaga Asenjo, Adrian Rodríguez Rodríguez, María Victoria Fernández-Baca Gutiérrez del Alamo, Zaid Al Nakeeb, Jose Daniel García Martín y Antoni Payeras Cifre

Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España.

Palabras clave: Seroprevalencia. Inmunoglobulinas. Trabajadores sanitarios.

Introducción: Los trabajadores sanitarios son una población de elevado riesgo de contraer una infección por COVID-19, tal y como indican algunos estudios^{1,2}. La detección de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 puede ser una medida útil para estimar el porcentaje de personas que han sido infectadas con COVID-19.

Objetivos: Estimar la seroprevalencia de inmunoglobulinas contra el SARS-CoV-2 en los trabajadores de un hospital universitario en Mallorca, Islas Baleares, tras la primera ola de la pandemia en España.

Material y métodos: Todos los trabajadores del Hospital Universitario Son Llàtzer y del Hospital Joan March recibieron un e-mail invitándoles a participar en el estudio. En el estudio principal, se incluyeron a todos los participantes a los que se les realizó una PCR en tiempo real (RT-qPCR) mediante una muestra obtenida por frotis nasofaríngeo, y un estudio serológico para detectar anticuerpos contra el SARS-CoV-2. Además, se invitó a todos los participantes a realizar un cuestionario sobre posibles contactos con otras personas infectadas por COVID-19 y sobre posibles síntomas. El estudio secundario incluyó a todos los participantes del estudio principal que también contestaron dicha encuesta. La prevalencia de inmunoglobulinas contra el SARS-CoV-2 (IgG, IgM o ambas) se expresó como porcentaje (IC95%).

Resultados: De todos los trabajadores de nuestro hospital, se incluyeron a 2.210 participantes en el estudio principal (un 79% del total de trabajadores). La presencia de anticuerpos se detectó en 61 de los participantes, siendo la seroprevalencia del 2,8% (2,5-3,1%). La seroprevalencia fue ligeramente superior en enfermeras (3,4%), residentes (3,9%) y celadores (3,4%). Por otra parte, 855 participantes del estudio principal contestaron el cuestionario y fueron incluidos en el estudio secundario. Aquellos participantes que habían tenido un resultado de serología positivo habían tenido mayor contacto con personas infectadas por COVID-19, incluidos familiares, amigos y pacientes (60% vs 92%; $p < 0,001$). Los principales síntomas reportados por aquellos participantes con serología positiva fueron fiebre, tos, astenia y anosmia.

Conclusiones: Tras la primera ola de la pandemia de COVID-19 en España, la seroprevalencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en los trabajadores de nuestro hospital fue entorno al 2,8%, ligeramente superior a la media de la población general de nuestra región.

Bibliografía

1. Lai X, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-2019) infection among health care workers and implications for prevention measures in a tertiary hospital in Wuhan, China. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e209666.
2. García-Basteiro AL, et al. Seroprevalence of antibodies against SARS-CoV-2 among health care workers in a large Spanish reference hospital. *Nat Commun*. 2020;11:3500

252. ASISTENTE VIRTUAL PARA CONSULTA TELEFÓNICA EN EL MES DEL ALTA EN PACIENTES COVID-19

Isabel Victoria García Bermúdez¹, Carmen Suárez Fernández¹, María González Manso², Antonio Rodríguez Hita³, Julio Porto García² y Jorge Gómez Zamora³

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España. ²Tucuvi Care. SL, Madrid, España. ³Unidad de Innovación, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Asistente virtual. Seguimiento tras alta.

Introducción: El seguimiento no presencial de los pacientes tras un alta hospitalaria por COVID-19 ha permitido su monitorización clínica y la resolución de dudas al paciente. Se utilizó un asistente virtual como método de triaje, que hizo llamadas telefónicas a las 48 horas, 7 días, 15 días y 30 días del alta, para detectar a aquellos pacientes a los que era necesario realizar una llamada personalizada por parte de enfermería, al haberse detectado algún problema.

Material y métodos: Se incluyeron 100 pacientes, 59 hombres y 41 mujeres, y cuyas edades estaban comprendidas entre los 18 y 93 años. Se generaron 85 alertas en 45 pacientes; 55 pacientes no presentaron ninguna duda ni complicación en su seguimiento. Un 10% de las llamadas realizadas por la enfermera fueron para resolver dudas administrativas o relacionadas con los tratamientos prescritos. El 90% restante estaban relacionadas con la presentación de sintomatología por el paciente. Los motivos más frecuentes que generaron las consultas, ordenados por frecuencia, fueron: molestias musculoesqueléticas (19%), respiratorias (10%), cutáneas (12%), dudas (10%), molestias vasculares (8%), genitourinarias (10%) digestivas (6%), mixtas (6%), cardiológicas (4%), astenia (4%), fiebre (4%), psiquiátricas (2%), cefalea (2%).

Resultados: En seis de los 45 pacientes contactados, se requirió derivación a urgencias. Los motivos fueron: infección de orina, celulitis en miembro superior izquierdo, úlcera sacra, deterioro del estado general y fiebre, isquemia crónica grado IV en miembro inferior y astenia.

Conclusiones: La utilización de un asistente virtual, permitió evitar realizar 56 llamadas telefónicas por parte de enfermería, al realizar un triaje y detectar solo a aquellos pacientes que requerían un contacto personal, por razones clínicas o dudas de seguimiento.

253. REINGRESOS DE PACIENTES COVID-19 EN SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Isabel Victoria García Bermúdez¹, María González Manso², Marcos Rubio Rubio², Eduardo Sánchez Sánchez¹, Jorge Gómez Zamora³ y Carmen Suárez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España. ²Tucuvi Care SL, Madrid, España. ³Unidad de Innovación, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Palabras clave: Reingresos. COVID-19. Alta hospitalaria.

Objetivos: El objetivo del estudio fue cuantificar y describir los reingresos ocurridos en los tres meses siguientes tras el alta hospitalaria, de pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2 en un hospital terciario. Para ello se revisó en el sistema electrónico de información clínica todos los episodios de hospitalización ocurridos durante el periodo de seguimiento.

Material y métodos: Se incluyeron 100 pacientes dados de alta consecutivamente entre mayo y agosto de 2020. De los 100 pacientes incluidos en el proyecto 33 requirieron reingreso hospitalario; 7 pacientes en más de una ocasión, siendo el número de reingresos totales 40. De los pacientes que reingresaron 62% eran hombres, siendo la media de edad 74 años, y el 38% mujeres siendo la media de edad 76 años. La media de edad total de los reingresos fue de 75 años. Los motivos de los reingresos han sido: 25% causas respiratorias, 18% gastrointestinales, 14% cardiológicas, 9% oncológicas, 9% tromboembólica, 5% por neurológicas, 4% nefrourológicas, 2% dermatológicas y en 14% por otras causas. De los reingresos el 61% tuvo relación con el COVID-19 o el tratamiento recibido durante su estancia hospitalaria. En el 39% de los casos restantes el reingreso tenía con patologías previas del paciente.

Resultados: Los reingresos se produjeron en un 12,5% antes de la semana desde el alta hospitalaria, en un 17,5% durante la segunda semana después del alta, en un 7,5% durante las 3 semanas posteriores al alta, en un 10% antes de cumplir el mes y en un 52,5% se produjeron pasado el mes desde el alta. En el 60% de los reingresos el alta fue en la primera semana, en un 22,5% durante la segunda semana de ingreso, en un 7,5% durante la tercera, en un 5% durante la cuarta semana y en un 5% tras el mes desde el reingreso.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes dados de alta tras un ingreso hospitalario por COVID-19, requirieron ingreso en los 3 meses siguiente, produciéndose la mitad de los mismos en el primer mes tras el alta. Más de la mitad de los reingresos tuvieron relación con complicaciones de la COVID-19 o el tratamiento recibido.

267. EPISODIOS DE ÚLCERA CUTÁNEA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: COVID-19 VS. NO-COVID-19

Leticia Nieto García¹, Adela Carpio Pérez²,
María Teresa Moreiro Barroso², Emilia Ruíz Antúnez²,
María Antonia Simal Calvo², Cecilia Vicente Hernández²,
Ainhoa Nieto García³, Laura María Merino Herrero¹
y Montserrat Alonso Sardón³

¹Gerencia de Atención Primaria, Salamanca, España. ²Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

³Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

Palabras clave: Úlcera cutánea. COVID-19. Servicio de Medicina Interna.

Introducción: El nuevo SARS-CoV-2 (COVID-19) ha supuesto un cambio en la atención sanitaria, incluyendo el cuidado de heridas.

Objetivos: Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes (COVID-19 vs no-COVID-19) hospitalizados con algún episodio de úlcera cutánea.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal-retrospectivo en pacientes (> 18 años), ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca que presentaron algún episodio de úlcera cutánea (excluyendo: origen traumático o quirúrgico) durante la primera ola de COVID-19, 1 de marzo a 1 de junio de 2020. Episodios registrados: 4.286. Fuentes de datos: registros de cuidados de enfermería (GACELA Care) e informes clínicos de alta.

Resultados: Se registraron 216 episodios de úlcera cutánea, prevalencia 5% (216/4.286); 101 episodios correspondieron a 58 pacientes COVID-19 y 115 episodios a 58 pacientes que presentaban otro motivo de ingreso. Número medio de episodios por paciente: 1,8 ±

1,2 COVID-19 vs 2,0 ± 1,5 no-COVID-19; p = 0,385. No se observaron diferencias de género (razón hombre/mujer: 27/32 COVID-19 vs 26/33 no-COVID-19; p = 0,853); la edad media en pacientes COVID-19 fue ligeramente inferior (80,3 ± 13,1 vs 83,7 ± 9,1; p = 0,098). Prevalcieron las úlceras por presión (85,1% COVID-19 vs 73,9% no-COVID-19), el riesgo en pacientes COVID-19 fue significativamente mayor (OR = 2,0; IC95%, 1,02-4,03; p = 0,042). Región sacra (34,7% vs 29,6%) y talón (29,7% vs 29,6%) fueron las localizaciones más comunes. Existen diferencias significativas en el estadiaje: el 83,2% de las úlceras cutáneas de pacientes COVID-19 se encuentran en estadios I y II vs 67,8% no-COVID-19; así, la probabilidad de aparición de úlceras cutáneas en estadios III y IV entre los pacientes no-COVID-19 se duplica (OR = 2,3; IC95%, 1,2-4,5; p = 0,009). 1 de cada 10 pacientes (12/116; 10,3%) necesitó cuidados intensivos, 10 (16,9%) COVID-19 vs 2 (3,4%) no-COVID-19 (p = 0,040). Mayor estancia media hospitalaria en pacientes COVID-19 (26,1 ± 14,0 vs 16,6 ± 12,6; p < 0,001). No se observaron diferencias en la tasa de letalidad: (16,9% COVID-19 vs 15,3% no-COVID-19).

Conclusiones: En este nuevo contexto de la práctica clínica, se debe priorizar la implementación de medidas preventivas en el cuidado de heridas entre población anciana, pacientes con comorbilidades asociadas y pacientes de UCI, que pueden condicionar la prolongación de la estancia hospitalaria en un momento de sobrecarga asistencial.

278. SERIES DE CASOS DE REINFECCIÓN POR SARS-CoV-2 ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA HUMORAL

Marta Molero Bonilla, María Antonia Ribot Sansó,
María Victoria Fernández-Baca Gutiérrez, Andrea Ballester Batista,
Nora Lancaluce Aguirreamalloa, María Antonia Ribot Font,
Sandra Gregorio Malagón, Alicia Morin Salazar
y Andrés de la Peña Fernández

Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Reinfección. Inmunidad humoral.

Introducción: La existencia de anticuerpos neutralizantes frente al SARS-CoV-2 y su relación con la protección frente a la infección por el mismo, parece ser una premisa en la que se ha basado la estrategia de elaboración y diseño de vacunas. No obstante, la descripción, cada vez más frecuente, de casos de reinfección está poniendo en duda la verdadera eficacia universal de dicha estrategia. Describimos una serie de 5 casos de reinfecciones por SARS-CoV-2 que han tenido lugar en nuestra Área sanitaria de Mallorca; destacando la ausencia de protección serológica al inicio de la segunda infección y una mayor gravedad de los síntomas.

Casos clínicos: Varón 52 años; en agosto, clínica leve de SARS-CoV-2 con PCR positiva. A las 2 semanas IgG negativa. En diciembre ingreso en UCI por neumonía bilateral grave (PCR positiva e IgG negativa). Tras curación, IgG positiva. Mujer 55 años; en septiembre, infección leve por SARS-CoV-2 (PCR positiva). Al mes, IgG de control, negativa. En diciembre, ingreso por neumonía bilateral con PCR positiva e IgG negativa. Tras evolución favorable y alta, IgG positiva. Varón 72 años; con artritis reumatoide y enfermedad pulmonar intersticial en tratamiento con abatacept. En abril, infección leve por SARS-CoV-2 (con IgG positiva tras curación); en Enero, ingreso por neumonía bilateral (PCR y Ag positivos e IgG negativa). Exitus por empeoramiento clínico. Mujer 27; en abril, clínica leve con PCR positiva; posterior curación con PCR control negativa. En enero, clínica grave con nueva PCR positiva e IgG negativa al inicio de los síntomas. Varón 48 años (padre del anterior); en abril, clínica compatible con COVID tras contacto estrecho con su hija PCR positiva. Tratamiento sintomático. En enero 2021, ingreso por neumonía bilateral confirmada por PCR positiva e IgG negativa. Buena evolución con oxigenoterapia y dexametasona. Al alta, IgG positiva. En los casos objetiva-

mos algunas características comunes: 1) inicio agudo de los síntomas seguido de recuperación completa y la reaparición de síntomas después de un período de varios meses (3-9 meses); 2) la existencia de síntomas más graves en todos los casos de reinfección; 3) la ausencia de respuesta serológica mantenida frente al virus en todos ellos (IgG para SARS-CoV-2 negativa al inicio de los síntomas de la reinfección). Con estos resultados, sugerimos que la ausencia de una adecuada respuesta inmunológica humoral parece constituir un factor predisponente a la reinfección y a la mayor gravedad de ésta.

360. MÁS ALLÁ DE LAS COMPLICACIONES TROMBÓTICAS

Paula González Bores, Cristina Badeón Conde, Zaida Salmón Conde, Fernando Ortiz Flores, Nuria Puente Ruiz, Alex García Tellado, Mercedes de la Fuente Vázquez, Raúl Parra Fariñas y Sofía Álvarez Villalobos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Hemorragia. Sistema nervioso central.

Introducción: Las complicaciones trombóticas asociadas a la infección COVID-19 son bien conocidas, pero de la misma forma, la anticoagulación aumenta el riesgo de episodios hemorrágicos, potencialmente graves (de los cuales, la hemorragia intracraneal es una de las más temidas.) A continuación, presentamos el caso de un paciente con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) que presentó hemorragia cerebral grave como complicación del tratamiento anticoagulante.

Caso clínico: Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y obesidad que ingresa por neumonía SARS-CoV-2 con insuficiencia respiratoria grave, precisando ingreso en UCI para intubación orotraqueal (IOT) y ventilación mecánica durante 5 días con buena respuesta al tratamiento antibiótico empírico (levofloxacino y ceftriaxona) y corticoterapia endovenosa. Se realiza durante el ingreso angioTAC de arterias pulmonares con hallazgos compatibles con tromboembolismo segmentario en lóbulo superior izquierdo, iniciándose enoxaparina a dosis anticoagulantes 80 mg cada 12 horas (ajustado a peso). A las 48 horas del inicio de tratamiento comienza con desorientación y hemiparesia derecha por lo que se realiza TAC cerebral que describe infarto parietal posterior izquierdo con hemorragia subaracnoidea (HSA) e intraventricular precisando reingreso en UCI con IOT con nuevo control radiológico con aumento de HSA de forma difusa con hematoma semioval derecho abierto a ventrículos con efecto masa; además otros focos de hemorragias parenquimatosas, con mala evolución clínica, falleciendo en las primeras 24 horas del reingreso en UCI.

Discusión: Los eventos hemorrágicos son menos frecuentes que los trombóticos en el contexto de la infección por SARS-CoV2. Se han descrito hemorragias intracraneales en pacientes graves ingresados en cuidados intensivos (UCI). Existe mayor riesgo en paciente con coagulopatía o trombopenia secundaria a heparina (tanto profilaxis como anticoagulación). Por este motivo, se puede considerar el inicio de la terapia anticoagulante valorando el riesgo hemorrágico ya que el evento cerebral puede ocurrir durante la fase aguda de infección o tras la resolución de la infección viral. El manejo de las hemorragias en pacientes COVID-19 debe ser igual al del resto de pacientes.

364. IMPACTO DE LA PANDEMIA SOBRE UN HOSPITAL DE DISTRITO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Cristina Martín Domínguez, Bruno Antunes Parente, Sara Jaber Carballo, Rebeca Sánchez Anta, Natalia González Galiano, Paula Quijano Rodríguez, Yolanda López Vázquez, Laura Martín Rodrigo, Noemí Eirò y Daniel Rodríguez Zúñiga

Fundación Hospital de Jove, Gijón, España.

Palabras clave: COVID-19. UCI. Mortalidad.

Durante el año 2020 España sufrió el azote de la pandemia por el SARS-CoV-2 (COVID-19). Durante la “primera ola”, Asturias contabilizó una cifra de contagios sensiblemente inferior a la media nacional. Pero durante la segunda, la sobrecarga asistencial obligó a la colaboración de otros dispositivos asistenciales. La Fundación Hospital de Jove actúa como hospital de agudos para el distrito I del área sanitaria V del Principado. Cuenta con 199 camas, Servicio de Urgencias, Departamento de Medicina Interna y sección de Neumología, pero no de UCI. Se elaboró un protocolo de asistencia aprobado por la Dirección del hospital en octubre de 2020 y comenzamos entonces a ingresar pacientes con infección COVID-19. Durante el primer mes, un total de 241 pacientes; 141 varones (58,5%) y 100 mujeres (41,5%). La mediana de edad fue de $75 \pm 15,5$ años. Las enfermedades crónicas más prevalente fueron: HTA (55,6%), cardiopatía (27%), DM (23,7%), DL (21,2%), obesidad (21,2%), EPOC (10,4%), asma (8,7%) y SAHOS (4,1%). El Índice de Charlson medio fue de $4,5 \pm 2,78$. Los síntomas presentes al ingreso fueron: disnea (57,3%), tos (44,4%), fiebre (34,4%), astenia (34,4%), diarrea (19,9%), ageusia (7,5%) y anosmia (2,9%). La media desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso fue de $6,6 \pm 2,4$ días. Al ingreso el 39,4% presentaron taquipnea; y 123 insuficiencia respiratoria (51%). La estancia media fue de $8,6 \pm 6,3$ días. La media de los valores de los linfocitos fue de 819, de la ferritina 1.007 y del D-dímero 2.652. El 58,9% presentó neumonía bilateral. El 3,7% de los pacientes recibió remdesivir, el 6,2% tocilizumab, el 73,4% dexametasona y el 38,6% bolos de metilprednisolona. En 10 pacientes (4%) se instauró VMNI, fracasando en el 60%. 33 pacientes (13,6%) precisaron intubación programada y traslado a UCI, siendo su estancia media en dicha Unidad de $21,5 \pm 18,4$ días. En 127 pacientes (52,7%) fue posible el alta directa a su domicilio. En total fallecieron 55 pacientes (22,8%); de los trasladados a UCI fallecieron 6 (17,6%). Nuestros pacientes tenían una edad avanzada con una comorbilidad importante. La mortalidad de los pacientes trasladados a la UCI fue ligeramente inferior a la comunicada en otros estudios. Una estrategia de intubación precoz, de acuerdo con las UCI de referencia, puede ser una forma de abordar la asistencia de los pacientes graves en hospitales con nuestras características.

385. IMATINIB EN LA COVID-19: SERIE DE CASOS

Alejandro Morales Ortega¹, Aida Izquierdo Martínez¹, Raquel Jiménez Ortego¹, Miguel de Hita Castillo¹, Beatriz Jaenes Barrios², Ana Isabel Farfán Sedano¹, Cristina Llarena Barroso¹, Juan Víctor San Martín López¹, Jaime García de Tena³ y David Bernal Bello¹

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España. ²Centro de Salud Castilla la Nueva, Fuenlabrada, España. ³Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España.

Palabras clave: COVID-19. Imatinib. Inhibidores de tirosina quinasa.

Imatinib es un inhibidor de tirosina quinasa (ITQ) que ha sido propuesto como una opción terapéutica para la COVID-19, dados su posible efecto antiviral contra coronavirus y sus propiedades inmunomoduladoras. Presentamos una serie de los primeros 40 casos de COVID-19 (confirmada mediante PCR) ingresados en nuestro hospital a partir de julio de 2020 que recibieron imatinib como tratamiento inicial. La mediana de edad fue de 53,3 años (RIC 59,5-48,3), y el 67,5% fueron varones. 38 pacientes presentaban neumonía en la radiografía, bilateral en el 71% de ellos. La prevalencia de dislipemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus fue 37,5%, 32,5% y 10% respectivamente. 7 pacientes contaban con antecedentes neumológicos: 2 tenían asma; 5, SAHS. La dosis empleada de imatinib fue siempre 400 mg/día, durando el tratamiento una mediana de 7 días (RIC 8-7). Al inicio de imatinib, la media de días de síntomas fue de 7,2 (DE 2,2), los valores medianos de PCR, LDH y dímero D fueron 6,6 mg/dl (RIC 11-2,7), 261 UI/l (RIC 294,8-238) y 445,5 ng/ml (RIC 715-316,8)

respectivamente, y el recuento medio de linfocitos fue de 1.183 (DE 562,1 $\text{cél}/\mu\text{l}$). En cuanto a las necesidades de oxígeno, al inicio de imatinib el 37,5% de los pacientes precisaba cánulas nasales, y el 2,5% mascarilla Venturi. En lo relativo a los requerimientos máximos alcanzados durante el ingreso, el 50% acabó precisando cánulas nasales; mascarilla Venturi, el 2,5%; reservorio, el 5%; cánulas nasales de alto flujo, el 2,5% y ventilación mecánica invasiva, el 2,5%. El uso concomitante de dexametasona, tocilizumab y remdesivir se dio en el 65%, 27,5% y 10% de los casos, respectivamente. Ningún paciente falleció, 2 precisaron ingreso en UCI y otros 2 tuvieron que reingresar. La duración mediana del ingreso fue de 7 días (RIC 10-5). En cuanto a complicaciones durante la hospitalización, 2 pacientes presentaron sobreinfección bacteriana y 1 tromboembolia pulmonar. Solo en 7 pacientes se describieron reacciones adversas atribuibles a imatinib (náuseas en todos, y además cefalea en uno); en ningún caso condujeron a la interrupción del tratamiento. Imatinib es una molécula bien conocida y con un perfil de seguridad asumible; por ello, y teniendo en cuenta tanto sus posibles efectos beneficiosos en la infección por SARS-CoV-2 como las menores incidencias y gravedad de COVID-19 descritas en pacientes hematológicos tratados con ITQ, este fármaco se postula como una opción terapéutica que explorar en estudios prospectivos.

412. TROMBOSIS ARTERIAL MESENTÉRICA EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

M Dolores Mañas García, Enrique Marchán Carranza, Gregorio Esquinas Blanco, M Lourdes Porras Leal, Francisco González Gasca, M Eugenia Banegas Illescas, María Díaz López, Francisco Ruiz Lorenzo, Alfonso Ambros Checa y Borja Camacho Fernández Pacheco

Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Palabras clave: Isquemia mesentérica. Coronavirus. Trombosis.

Introducción: El SARS-CoV-2 es un patógeno respiratorio que desencadena un fenómeno inflamatorio que provoca estados de hipercoagulabilidad. Entre las complicaciones protrombóticas descritas en la literatura se recogen la isquemia de miembros inferiores, la trombosis de aorta torácica y abdominal, el infarto de miocardio, y en raras ocasiones la isquemia mesentérica arterial.

Caso clínico: Describimos el caso de un paciente con neumonía por SARS-CoV-2 que presentó isquemia arterial mesentérica aguda. Se trata de un varón de 66 años con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con manidipino, lisinopril y doxazosina. Ingresado con diagnóstico de neumonía bilateral por SARS-CoV-2, se pautó tratamiento con dexametasona, remdesivir y baricitinib con evolución inicial favorable de la clínica respiratoria. En analítica al ingreso linfocitos 500 $\text{miles}/\mu\text{l}$, dímero D 1967 ng/ml , LDH 535 UI/L , PCR 13,8 mg/dl , IL6 12,8 pg/ml . Al quinto día de ingreso comenzó con dolor abdominal intenso, generalizado, con disminución de ruidos intestinales, sin náuseas ni fiebre. En analítica empeoramiento de los parámetros: dímero D 15.313 ng/ml , LDH 1.082 UI/L , en gasometría venosa pH 7,4 y bicarbonato 22 mmol/L . Se solicitó TAC abdominal que identificó un trombo en el origen de la arteria mesentérica superior sin oclusión completa de la luz y signos compatibles con isquemia de asas intestinales. Se realizó intervención quirúrgica con embolectomía y recuperación de la irrigación de las asas intestinales. Posteriormente evolución clínica desfavorable con fracaso multiorgánico y fallecimiento. Se han propuesto cuatro mecanismos que podrían contribuir a la producción de isquemia mesentérica arterial en los pacientes con infección por SARS-CoV-2: el estado de hipercoagulabilidad inducido por el estado inflamatorio, la elevación de los niveles del factor de von Willebrand, la expresión de los receptores de enzima convertidora de angiotensina II en los enterocitos del intestino delgado y el compromiso hemodinámico que se asocia con

la infección por coronavirus. En una revisión de la literatura se recogieron 13 casos, de ellos 4 fallecieron. La edad media fue de 56 años, el cuadro se produce a los 7 días de ingreso de media. Entre los antecedentes se recoge la hipertensión arterial, diabetes y obesidad. Teniendo en cuenta la elevada mortalidad de esta complicación, creemos conveniente tenerla presente a la hora de valorar los pacientes con infección por SARS-CoV-2 y dolor abdominal.

462. IMPACTO DE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN LAS INTERCONSULTAS

Bernardino Roca Villanueva

Hospital General, Castellón, España.

Palabras clave: Pandemia. COVID-19.

Objetivos: La pandemia de la COVID-19 ha tenido un gran impacto sociosanitario, de consecuencia todavía desconocidas. Con este estudio pretendemos evaluar tal impacto en la actividad hospitalaria, en concreto en las interconsultas recibidas por los principales servicios de especialidades médicas durante la primera ola.

Material y métodos: Estudio de diseño transversal y descriptivo. Utilizamos los datos elaborados por el Servicio de Documentación Clínica del Hospital General Universitario de Castellón. Analizamos el número de interconsultas, procedentes de otros servicios del hospital, recibidas por cada uno de los servicios estudiados. Comparamos los datos de las distintas especialidades y de los distintos periodos con el análisis bivariable chi cuadrado.

Resultados: Analizamos un total de 3.018 interconsultas, recibidas durante los meses de enero a junio de 2020 por los siete servicios de especialidades médicas que han recibido más interconsultas. En el mes de abril, entre todos los servicios, reciben 309 interconsultas, mientras que la media mensual de los seis meses es de 503 ($p < 0,001$). Cardiología, en el mes de marzo, es el servicio que posee un mayor descenso en el número de interconsultas recibidas, con 47, mientras que su media mensual de todo el periodo del estudio es de 77 ($p < 0,001$). Medicina Digestiva es el servicio con menor variación en el número de interconsultas recibidas.

Conclusiones: Las interconsultas recibidas por los servicios de especialidades médicas del Hospital General de Castellón disminuyen drásticamente durante la pandemia de la COVID-19 de la primavera de 2020. El servicio en el que tiene un mayor impacto esa disminución es el de Cardiología.

523. ULTRASONOGRAFÍA PULMONAR SERIADA DE LA COVID-19 CON LIBERACIÓN DE CITOQUINAS

José Antonio Peregrina Rivas, Emilio Guirao Arrabal, Simón José Sánchez Noguera, Francisco Javier de la Hera Fernández, María Núñez Núñez, Sonia Rodríguez González y Juan Manuel Melchor Rodríguez

Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Ecografía pulmonar. Liberación de citoquinas. COVID-19.

Un porcentaje importante de pacientes con la enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) desarrollan un estado de hiperinflamación conocido como síndrome de liberación de citoquinas (SLC), caracterizado por un aumento de reactantes de fase aguda (RFA): interleucina-6 (IL-6), ferritina, dímero D y proteína C reactiva (PCR). Una de las complicaciones de este SLC es el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), causa fundamental de muerte en la COVID-19. Para evitar su desarrollo, se emplean distintos fármacos inmunosupresores como corticoides y tocilizumab (anti receptor de IL-6). Por tanto, los pacientes con SLC precisan de un seguimiento estrecho, en el que

se valore periódicamente la función respiratoria, la evolución de los RFA y la situación pulmonar mediante pruebas de imagen disponibles, sensibles e inocuas. Respecto a esto último, la radiografía de tórax (RT), es una técnica disponible en todos los centros hospitalarios de nuestro entorno, pero tiene una escasa sensibilidad para detectar cambios en pleura y parénquima pulmonar y es productora de radiaciones ionizantes. La tomografía computarizada (TC) solventa en parte esta falta de sensibilidad pero aporta mayor cantidad de radiación y es más cara. En este sentido, la ecografía pulmonar (EP) se erige como una prueba de imagen disponible, inocua y sensible para detectar cambios en pleurales y parenquimatosos. Para demostrar su utilidad en SLC por COVID-19, planteamos la realización de EP seriada en el seguimiento de pacientes con SLC que reciben tratamiento inmunosupresor. Para tal fin, se incluyeron 13 pacientes que presentaron criterios de SLC: 12 con COVID-19 confirmada y 1 paciente con sospecha clínica, epidemiológica y radiológica. Todos recibieron tratamiento con bolus de metilprednisolona, y a dos de ellos se les administró una dosis de tocilizumab. Antes de recibir tales terapias, se les realizó una RT que fue informada por un facultativo especialista (FEA) en radiología. Del mismo modo, se realizó una EP cuantificando el número de líneas B en 12 cuadrantes. La EP se repitió a las 48 horas y a la semana de haber iniciado el tratamiento inmunosupresor, a la vez que se cuantificaban la frecuencia respiratoria, niveles de PCR, ferritina y dímero D. A la semana de tratamiento se solicitó otra RT, también informada por FEA en radiología. La disminución del número de líneas B fue paralela al descenso de la frecuencia respiratoria y de RFA, con normalización de la EP antes que la RT en todos los casos.

556. ¿PUEDE SER DIFERENTE LA COVID-19 EN PACIENTES CON PSORIASIS Y/O ARTRITIS PSORIÁSICA?

Ana Teresa Marques Afonso, Néstor Vázquez Agra, Ariadna Andrade Piña, Clara Casar Cochetex, Martín Vidal Vázquez, Lucía Barrera López, Jonathan Montoya Valdés, Iván Fernández Castro, María López Rodríguez y Pablo Varela García

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Palabras clave: COVID-19. Psoriasis. Artritis psoriásica.

Introducción: COVID-19 es una enfermedad infecciosa detectada en diciembre de 2019 en Wuhan (China). Esta enfermedad puede causar neumonía, sepsis y SDRA, entre otros¹. Se ha sugerido que el virus SARS-CoV-2 puede actuar como desencadenante de una respuesta rápida autoinmune y/o provocar desregulación inflamatoria². La psoriasis y la artritis psoriásica (AP) son enfermedades inflamatorias y se ha sugerido que el estado hiperinflamatorio causado por la COVID-19 podría alterar su curso³.

Material y métodos: Serie de casos retrospectiva que incluye los primeros 40 pacientes ingresados por COVID-19 en marzo de 2020, en la Unidad de Enfermedades Infecciosas de Medicina Interna y Neumología del Hospital de Santiago Compostela. Se realiza un análisis descriptivo de los pacientes con antecedentes de psoriasis/AP y también un estudio comparativo entre los pacientes con y sin estos antecedentes, usando chi-cuadrado y t-Student.

Resultados: De los primeros 40 pacientes ingresados, 5 pacientes tenían antecedentes de psoriasis/AP, o sea el 12,5% de la muestra. De estos 5 casos, 3 tenían el diagnóstico de AP y estaban con tratamiento inmunosupresor. A pesar de que en dos de estos pacientes no ha sido posible aclarar el origen del contagio, ninguno de los 5 casos parece estar directamente relacionado. Un paciente con psoriasis sin tratamiento sistémico necesitó ingreso en UCI. Uno de los casos de psoriasis ha presentado empeoramiento de lesiones cutáneas durante el ingreso. Comparando los casos (pacientes con antecedentes de

psoriasis/AP) y controles (sin estos antecedentes) no se han observado resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: Destaca el número relativamente elevado de pacientes con psoriasis/AP que han ingresado en el inicio de la pandemia, sin embargo, los casos no parecen haber presentado peor evolución que los controles. No se ha demostrado hasta el momento que los pacientes con enfermedades inmunomediadas presenten mayor susceptibilidad ni peor evolución de COVID-19.

Bibliografía

1. COVID-19. European Review. Disponible en www.europeanreview.org/article/20378
2. Caso. Could Sars-coronavirus-2 trigger autoimmune and/or autoinflammatory mechanisms in genetically predisposed subjects? *Autoimmun Rev.*
3. Elmas. Psoriasis and COVID-19: A narrative review with treatment considerations. *Dermatol Ther.*
4. Roongta R. Managing rheumatoid arthritis during COVID-19. *Clin Rheumatol.*

568. MARCADORES INFLAMATORIOS Y DE ESTRÉS OXIDATIVO EN PACIENTES MAYORES CON COVID-19

Néstor Vázquez Agra¹, Antón Cruces Sande², Ignacio Novo Veleiro¹, Ana Teresa Marques Afonso¹, Martín Vidal Vázquez¹, Ramón Soto Otero², Estefanía Méndez Álvarez², Antonio Pose Reino¹ y Álvaro Hermida Ameijeiras¹

¹Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ²Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Palabras clave: Infección por SARS-CoV-2. Estrés oxidativo. Marcadores inflamatorios.

Objetivos: La disregulación inflamatoria parece conllevar una peor evolución en pacientes con infección por SARS-CoV-2. La literatura avala el papel del estrés oxidativo en la patogénesis de inflamación. El objetivo de este estudio fue cuantificar los niveles plasmáticos de sustancias reactivas al ácido tiobarbitúrico (TBARS) y de tioles reducidos en pacientes infectados por SARS-CoV-2 y estudiar una posible correlación con los valores de algunos parámetros inflamatorios.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal que incluyó pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de tercer nivel a causa de la infección por SARS-CoV-2. Hemos recogido variables demográficas, epidemiológicas, clínicas y analíticas. Los marcadores inflamatorios seleccionados incluyeron el recuento plaquetario (RPT), proteína C reactiva ultrasensible (PCR-US), procalcitonina, ferritina, fibrinógeno, dímero-D e interleuquina 6 (IL-6). Los marcadores de estrés oxidativo cuantificados fueron los niveles en plasma de TBARS y de tioles reducidos de oxidación lipídica y proteica, respectivamente. Se comprobó normalidad de las variables cuantitativas con el test de Kolmogorov-Smirnov y se analizaron usando el test t-Student. Las variables cualitativas se analizaron mediante el test chi cuadrado.

Resultados: Se han incluido 30 pacientes (16 mujeres), edad media de 81 años. Un total de 6 (20%) de pacientes son o eran fumadores. Uno de cada cinco individuos eran diabéticos y dos de cada tres tenían hipertensión arterial o hiperlipidemia. Un total de 12 (40%) y 13 (43%) pacientes padecían insuficiencia cardíaca y renal respectivamente. El valor medio de TBARS y tioles reducidos fue de $3,20 \pm 1,27$ uM y $0,25 \pm 0,03$ mM, respectivamente. Hemos encontrado una correlación estadísticamente significativa entre TBARS y RPT ($r = -0,470$, valor $p = 0,009$), PCR-US ($r = 0,582$, valor $p = 0,001$), IL-6 ($r = 0,653$, valor $p = 0,008$). En relación con el estudio de tioles reducidos, se evidenció una correlación con RPT ($r = 0,385$, valor $p = 0,036$).

Conclusiones: La infección por SARS-CoV-2 conduce en algunos casos a un desbalance inflamatorio y Redox que podría jugar un papel importante en la patogénesis de algunas complicaciones y en las diferencias pronósticas entre grupos de pacientes.

569. NEUROPATÍA SENSITIVA LARÍNGEA COMO POSIBLE SECUELA DE LA COVID-19

Sergio Moragón Ledesma, Andrés Enríquez Gómez, Cristina Ausín García y Eva Cervilla Muñoz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Neuropatía. Vago.

Introducción: El tropismo por el sistema nervioso central (SNC) en la familia de coronavirus que afectan al humano es conocido. La clínica neurológica provocada por estos agentes es a menudo inespecífica y los mecanismos por los que el SARS-CoV-2 la produce son inciertos. Los últimos meses nuevos casos de afectación neurológica han sido documentados en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 52 años sin hábitos tóxicos o antecedentes de interés que presentó clínica compatible con COVID-19 en marzo del 2020, siendo tratada con hidroxiquina y azitromicina de forma ambulatoria. Consulta tres meses por persistencia de la tos a pesar de tratamiento broncodilatador. No presenta alteraciones analíticas y la radiografía de tórax es normal. No encuentra mejoría tras rehabilitación respiratoria. La exploración otorrinolaringológica es normal. La espirometría en rango y la prueba broncodilatadora negativa. La tomografía cervico-torácica no muestra patología. La endoscopia digestiva alta no presenta datos de enfermedad por reflujo. La resonancia magnética craneal descarta patología central. Se retira el tratamiento broncodilatador sin mejoría. Se inicia amitriptilina con parcial control sintomatológico. El nervio vago transmite las aferencias y eferencias entre el núcleo solitario y los receptores del árbol traqueo-bronquial y la musculatura respiratoria respectivamente. El mecanismo por el que el SARS-CoV-2 provoca clínica neurológica es todavía desconocido. La invasión directa del SNC o su diseminación por vía hematológica o linfática son mecanismos biológicamente plausibles, así como también la vía neuronal retrógrada. Descartadas las causas más frecuentes de tos persistente ha de considerarse la neuropatía sensitiva laríngea en el diagnóstico diferencial.

Discusión: Li et al describieron una posible vía retrógrada por el que el virus podría invadir el SNC a través de los receptores del pulmón y el tracto respiratorio. Aviv et al publicaron una cohorte de 18 pacientes con aducción persistente de las cuerdas vocales considerando una posible neuropatía vagal. Aoyagi et al describieron el caso de un paciente con sospecha de neuropatía glossofaríngea y vagal por el desarrollo de disfagia con alteración sensorial y de la contractilidad faríngea, así como abolición del reflejo nauseoso. La aparición de sintomatología neurológica precisa de una minuciosa exploración que descarte diagnósticos alternativos a las posibles secuelas por COVID-19.

674. USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Daniel Fernández Reyes, M^a del Rocío Fernández Díaz, Francisco Javier Beltrán Ávila, Javier Martínez de Victoria Carazo, Ana Isabel Parejo Morón y Sergio Fernández Ontiveros

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Contención. Mecánica. COVID-19.

Objetivos: Evaluar la práctica de la contención mecánica (CM) en pacientes ingresados por COVID-19.

Material y métodos: Estudio transversal realizado el 11 de febrero de 2021 en pacientes ingresados por COVID-19 en nuestro centro.

Resultados: Se registraron 8 pacientes con CM (8,7%) de los 92 hospitalizados por COVID-19 en ese momento. La edad mediana fue de 70 años, siendo mayor en los pacientes con CM (83 años) que en

los no contenidos (68 años). 2 de los pacientes contenidos (25%) presentaban deterioro cognitivo, y 4 (50%) agitación en domicilio o en ingreso previo. En 3 pacientes (37,5%) se inició la CM en urgencias. Solo 2 pacientes (25%) disponían de CM homologadas. En 4 casos (50%), la indicación se estableció para evitar la interrupción de la oxigenoterapia, y en la misma proporción, el inicio de la CM había sido indicado por enfermería, sin refrendarse por el médico. En 3 casos (37,5%) no constaba quién la había indicado y en 1 caso (12,5%) constaba indicación médica. En 5 casos (62,5%) se realizó contención farmacológica previa, sin que conste contención verbal ni ambiental. En ningún caso se registró en la historia clínica las características de la CM, registrándose la situación de esta en las observaciones de enfermería en el 75% de los casos, y en ningún caso se registró en los evolutivos médicos. No se solicitó consentimiento informado en ningún caso.

Conclusiones: La CM, cargada de connotaciones ético-legales y no carente de riesgos, es una medida extrema de último recurso, por lo que hemos de garantizar su carácter excepcional, limitada al menor tiempo posible y aplicada en condiciones óptimas. Por ello, en caso de agitación, debe realizarse previamente contención verbal, ambiental y farmacológica, para evitar o limitar su uso. Más allá de los factores de aislamiento y farmacológicos (conciliación, corticoterapia, hipoxemia) asociados al posible desarrollo de agitación/confusión en el contexto del COVID-19, subyace como hábito aún muy presente en la práctica asistencial, con escasa percepción de las referidas connotaciones, como se refleja por lo alejado de los indicadores de calidad, en especial en lo referente a la indicación, registro en la historia clínica (actuaciones previas, características y temporalidad) y consentimiento informado. La práctica de la contención mecánica (CM) en pacientes ingresados por COVID-19 se aleja de los estándares de calidad incluidos en el protocolo de CM del Sistema Andaluz de Salud.

711. ICTUS ISQUÉMICO DE ETIOLOGÍA INDETERMINADA EN PACIENTE CON COVID-19

Jesús Vázquez Clemente, Cristina Morata Romero y Blanca Díaz Tendero Nájera

Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

Palabras clave: Ictus isquémico. COVID-19.

Caso clínico: Presentamos a continuación el caso de una mujer de 71 años con antecedentes de obesidad, HTA en tratamiento con valsartán e hidroclorotiazida, hipertrigliceridemia en tratamiento con rosuvastatina y hernia hiatal gigante, positiva para COVID-19, ingresada por neumonía bilateral y tratada inicialmente con ceftriaxona, Enoxaparina a dosis profilácticas, oxigenoterapia y corticoides (dexametasona 6 mg) según el protocolo establecido en dicho momento en nuestro hospital. Durante el segundo día de ingreso la paciente presentó un deterioro desde el punto de vista respiratorio que preciso de reservorio para mantener una adecuada ventilación y del aumento de dosis de dexametasona a 20 mg diarios, con evolución lenta pero favorable, hasta que el undécimo día de ingreso comenzó de manera busca con desviación oculocefálica hacia la derecha, disartria moderada, paresia facial central izquierda y claudicación de miembro superior e inferior izquierda. Se activó el Código Ictus, confirmando en el TAC multimodal la presencia de un ictus isquémico en territorio de la ACM derecha y se realizó fibrinólisis exitosa con persistencia de disartria leve y complicada posteriormente con transformación hemorrágica de pequeño tamaño en núcleo caudado derecho sin repercusiones neurológicas pero que motivo retirada de anticoagulación a dosis profilácticas. Transcurridas 48 horas de dicho episodio la paciente presentó un nuevo deterioro respiratorio, con mejoría en control radiográfico respecto a previos pero con parámetros analíticos de inflamación en ascenso, por lo que ante la

sospecha de TEP se solicitó la realización de angioTAC que confirmó la presencia de TEP agudo en ramas segmentarias y subsegmentarias en LSD e LID, iniciándose anticoagulación a dosis terapéuticas, con buena evolución hasta el alta asintomática. El TAC multimodal realizado a la paciente mostro la presencia de ateromatosis en ACI izquierda que no condicionaba estenosis hemodinámicamente significativa sin otras alteraciones del territorio vascular. Igualmente el electrocardiograma y la ecografía transtorácica no mostraron alteraciones relevantes. Aunque la paciente presenta una agrupación de factores de riesgo cardiovascular (obesidad, hipertensión y dislipemia) la ausencia de claros hallazgos que justifiquen el ictus isquémico y la presencia de una complicación trombotica posterior sugieren la neumonía COVID-19 en fase inflamatoria como posible responsable del cuadro.

756. NECESIDAD DE OXIGENOTERAPIA Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Dolores M. Lara Doblas¹, Inmaculada Domínguez Quesada¹, Cristina Casado Delgado², Antonio Sarriá Landete¹, Jesús Castellanos Monedero¹, Marina Cartas Verdugo¹, Sara Rodríguez Fernández¹, Jose A. García Guerra¹, Paula Miján Caño¹ y Victoria Morrell Massó¹

¹Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España. ²Hospital Santa Bárbara, Puertollano, España.

Palabras clave: Oxigenoterapia. Pronóstico.

Objetivos: Establecer la necesidad y grado de oxigenoterapia de los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 al ingreso en el HGMC y su pronóstico.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se analizan las necesidades de oxigenoterapia de los ingresados por SARS-CoV-2 en el HGMC y la relación con su pronóstico desde el 6 de marzo hasta el 15 de mayo de 2020. Análisis estadístico realizado mediante SPSS v18.

Resultados: En este estudio se incluyeron 1.410 pacientes con una edad media de 69,5 años ($\pm 15,9$), de los cuales 746 eran hombres (52,9%) y 662 mujeres (47%). La tasa de mortalidad total fue del 23,3% (329 pacientes). En nuestro estudio hemos observado una mayor supervivencia en aquellos pacientes con bajos requerimientos de oxigenoterapia (definida como aporte de O₂ mediante gafas nasales) al ingreso ($p = 0,001$). Del total de pacientes, 949 (67,3%) precisaron oxigenoterapia a bajo flujo, de los cuales 811 (85,45%) fueron dados de alta, mientras que 138 (14,54%) fallecieron. Del total de pacientes, 404 (28,6%) precisaron oxigenoterapia mediante VMK, de los cuales 284 (70,3%) fueron dados de alta, mientras que 120 (29,7%) fallecieron. Por el contrario, los pacientes que precisaron requerimientos altos de oxigenoterapia (definida como aporte de O₂ mediante reservorio), presentaron una mayor mortalidad ($p = 0,001$). De estos, 495 pacientes recibieron oxigenoterapia de alto flujo con reservorio, de los cuales 277 (56%), fallecieron, mientras que 218 (44%) fueron dados de alta. Así mismo, se observa una mayor mortalidad en pacientes que en algún momento de su evolución precisaron soporte ventilatorio mediante GNAF/VMNI ($p = 0,001$). De los 1.410 pacientes, 25 de ellos necesitaron GNAF, de los cuales 18 (72%) fallecieron, mientras solo 7 (28%) fueron dados de alta. De forma similar, 27 pacientes del total, precisaron VMNI, de los cuales 24 (88,9%) fallecieron y solo 3 (11,1%), sobrevivieron.

Conclusiones: Según nuestro estudio, los pacientes con necesidad de oxigenoterapia a bajo flujo al ingreso se relacionan con un mejor pronóstico. Por el contrario, cuanto mayor es la necesidad de oxigenoterapia, mayor es la mortalidad asociada. En cuanto al uso de VMNI y GNAF durante todo el ingreso, existe una mayor tasa de mortalidad asociada a las mismas.

774. SCREENING DE ANSIEDAD EN PACIENTES COVID-19+, EN LA POBLACIÓN DEL ALJARAFE SEVILLANO

María Dolores Galán Azcona¹, Yolanda Marín Fernández¹, María Milagros Castillo Matus¹, Ana López García², Rocío Romero Jaén², Ana María Mata Martín³, Adriana Rivera Sequeiros⁴, Antonio Fernández Veloso⁵, Manuel Diéguez Serrano⁵ y María del Rocío Fernández Ojeda^{1,6}

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla, España. ²Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Aljarafe, Sevilla, España. ³Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁴Unidad de Investigación, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla, España. ⁵Departamento de Sistemas de Información, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla, España. ⁶Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios", Sevilla, España.

Palabras clave: COVID-19. Escala HADS. Ansiedad.

Introducción: Debido a la pandemia COVID-19 hay una mayor incidencia de trastornos en salud mental. Gran parte de la sociedad padece alguna preocupación respecto a ésta por sus implicaciones en salud, familiar y económica. El objetivo del estudio es valorar el impacto psicológico, en ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado a pacientes con infección por COVID-19 hospitalizados y seguidos en consulta (TeleCOVID). Herramientas: Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), consta de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de 7 ítems cada una, con puntuaciones entre 0-3 para cada ítem. En la evaluación global se considera 0-7 puntos no existe ansiedad/depresión, 8-10 casos dudosos y superior a 11 se confirma. Además, se realizó un cuestionario sobre su percepción de la enfermedad, valoración del contacto con la familia, la intimidad y seguridad percibida con los cuidados de los profesionales sanitarios. Las respuestas se registraron en Google Forms.

Resultados: Se incluyen 35 pacientes (32 hospitalizados y 3 seguidos por TeleCOVID), quedando excluidos 14 por no ser competentes o no disponer de dispositivo telefónico. El 61,9% son hombres y el 38,1% mujeres. Por edad, el 33,3% se comprenden entre 30-50 años, el 57,2% entre 51-70 años y el 9,5% más de 70 años. El 95,2% vive acompañado y el 4,8% solo. En la subescala de ansiedad encontramos un 33% sin síntomas, 43% casos dudosos y 24% confirmados. En la subescala de depresión, el 76,2% sin síntomas, 14,3% dudosos y 9,5% confirmados. En la encuesta de satisfacción, el 57,1% considera muy satisfactorio el contacto con sus familiares y un 9,5% poco satisfactorio. Respecto a la intimidad el 50% la considera muy adecuada y un 15% poco adecuada. El 90,5% se siente muy seguro con los cuidados del personal sanitario y un 4,8% poco seguro. El 57,1% se siente muy protegido en el seguimiento y el 9,6% poco o muy poco protegido. Un 38,1% afirma tener otros problemas emocionales que pudieran afectarles actualmente.

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes con COVID-19 presenta síntomas de ansiedad, mientras que pocos presentan síntomas de depresión. La mayoría siente satisfactorio el contacto con familiares, adecuada la intimidad y se sienten muy seguros y protegidos. El estudio sugiere que la COVID-19 afecta a la salud mental de la población, sintiéndose más preocupada al respecto a pesar de sentirse cómoda durante su seguimiento.

783. DIFERENCIAS RESPECTO AL GÉNERO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Pedro Pablo Luján Godoy, María Ángeles Guerrero León, Raquel Moya Benedicto, Gonzalo Khan Espina, Alicia Trenas Calero, Cristina Martín Díaz, Ana Mata Palma, Pilar Macías Mir, Jesús Olmedo Llanes y Miguel Ángel García Ordóñez

Hospital de Antequera, Málaga, España.

Palabras clave: Género. Sexo. Epidemiología.

Objetivos: Conocer las diferencias en las características epidemiológicas en cuanto al género entre los pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital comarcal.

Material y métodos: Cohorte que incluye todos los casos incidentes de COVID confirmados hospitalizados en el Hospital de Antequera hasta el 31 de enero de 2021. El hospital de Antequera da una cobertura asistencial a una población de 112.467 habitantes de 19 municipios del área Norte de Málaga. Se ha realizado análisis estadístico descriptivo y comparativo usando chi cuadrado para comparar proporciones y t de Student para comparar medias. La significación estadística se ha considerado con una $p < 0,05$.

Resultados: Para dicho periodo, 375 casos COVID-19 fueron hospitalizados: 216 (57,6%) eran varones y 159 (42,4%) eran mujeres, con una incidencia de 385,5 y 281,7 por 100.000 hab. respectivamente. La edad fue superior en las mujeres ($70,2 \pm 15,9$ años por $66,1 \pm 15,1$ años; $p = 0,03$). La institucionalización (14,5% por 7,9%; $p < 0,05$) y dependencia -Barthel < 70 - (30,2% por 14,3%; $p < 0,01$) fueron más frecuentes entre las mujeres. El tabaquismo fue más frecuente en varones (8,3% por 3,1%; $p < 0,05$). En cuanto comorbilidad, no hubo diferencias entre ambos sexos respecto a factores de riesgo vascular (HTA, DM2, dislipemia, enfermedad renal crónica, fibrilación auricular) ni eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, ictus, etc.). Sin embargo, el EPOC (8,8% por 0,6%; $p < 0,01$) y la presencia de neoplasia (6,5% por 1,8%; $p < 0,05$) fueron más frecuentes en varones. Mientras la presencia de enfermedad neurodegenerativa fue más frecuente en mujeres (13,8% por 5,1%; $p < 0,05$). No hubo diferencias en la estancia media (en total fue de $11,9 \pm 11,6$ días). La necesidad de ingreso en UCI fue similar para hombres y mujeres (14,8% por 11,3% respectivamente; $p > 0,05$). No hubo diferencias en cuanto a mortalidad entre ambos sexos (21,7% para varones por 19,5% para mujeres; $p > 0,05$).

Conclusiones: Se han identificado diferencias epidemiológicas definidas en cuanto al sexo de los pacientes hospitalizados por COVID-19, con mayor frecuencia de pacientes institucionalizados y dependientes en las mujeres. La comorbilidad vascular y las enfermedades cardio ni cerebrovasculares suponen una diferencia en cuanto al género de estos pacientes

790. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Gonzalo Khan Espina, Alberto López Blázquez, Jesús Villar Jiménez, Carmen Vázquez Moreno, Alicia Trenas Calero, Javier Rodríguez Moreno, Cristina Martín Díaz, Carolina de Cote Delgado y Antonio Ruíz Serrato

Hospital de Antequera, Málaga, España.

Palabras clave: Mortalidad. Factores pronósticos. Análisis multivariado.

Objetivos: Identificar factores predictivos de mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID en un hospital comarcal.

Material y métodos: Cohorte de casos confirmados de COVID-19 ingresados en el hospital de Antequera hasta el 31-01-2021. Se realizó el test de la chi cuadrado con corrección de Yates y el test exacto de Fisher para la comparación de proporciones y el test de Student o de Mann-Whitney para la comparación de medias. Para identificar los factores pronósticos de mortalidad se realizó análisis multivariante de regresión logística (método hacia atrás RV), calculando el riesgo relativo (RR) con IC95%.

Resultados: Se incluyeron 375 casos COVID, con una edad media $68,2 \pm 19,5$ años, siendo el 57,6% varones. La estancia media fue de $11,9 \pm 11,6$ días. Ingresaron en UCI 50 (13,3%) de casos. Fallecieron 78 (20,8%) pacientes. En el análisis bivalente, mostraron relación significativa con la mortalidad ($p < 0,05$): edad > 75 años (40,5% por 9,6%),

institucionalización (57,5% por 16,4%), dependencia -Barthel < 70 - (48,1% por 13,5%), hipertensión arterial (24,6% por 15,2%), diabetes mellitus (28,9% por 17,2%), enfermedad renal crónica (31,8% por 19,3%), fibrilación auricular (36% por 18,5%). EPOC (40% por 18,7%) ictus (32,6% por 19,3%), enfermedad neurodegenerativa (45,5% por 18,4%). No tuvieron se asociaron a mortalidad el género, obesidad, cardiopatía isquémica, hepatopatía crónica ni neoplasia. En cuanto a valores analíticos se asoció a mortalidad: T. protrombina ($15,3 \pm 4,9$ por $13,8 \pm 3,1$ seg), creatinina ($2,2 \pm 6,2$ por $1,04 \pm 0,6$ mg/dL), albúmina ($2,9 \pm 0,4$ por $3,2 \pm 0,5$ g/dL), LDH ($463,1 \pm 240,8$ por $358,2 \pm 181,1$ U/L), PCR ($149,3 \pm 116$ por $99,4 \pm 73,3$ mg/L). En cuanto a hallazgos radiológicos, ni la distribución, extensión ni patrón de infiltrado se asoció a la mortalidad. Tras análisis multivariado, permanecieron en el modelo como variables independientes de asociación a mortalidad: institucionalización en residencia (RR = 6,1; IC95%: 2,7-13,2), edad > 75 años (RR = 3,7; IC95%: 1,8-7,4) y cifras bajas de albúmina (RR = 1,9; IC95%: 1,1-3,7).

Conclusiones: COVID-19 presenta una alta mortalidad, que se asocia con pacientes que están institucionalizados en residencias, de edad avanzada (> 75 años) y con un cierto grado de desnutrición proteica (hipoalbuminemia).

802. INTERCONSULTA TELEFÓNICA A MEDICINA INTERNA SECTORIZADA: PACIENTES COVID AMBULATORIOS

Lucía Barrera López, María López Rodríguez, Lucía Gómez Suárez, María del Carmen Martínez Rey, Francisco Javier Suárez Dono, Clara Fernández Peña, María Luisa Rodríguez Méndez y Antonio Pose Reino

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Conxo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Palabras clave: Sectorización. Interconsulta. COVID.

Introducción: Se expone la experiencia de un sistema de interconsulta telefónica realizada por médicos internistas de un hospital de tercer nivel como apoyo a Medicina Familiar y Comunitaria, en pacientes con infección por SARS-CoV-2. Esto se enmarca dentro de un modelo colaborativo y multidisciplinar de atención ambulatoria, sectorizada en base al número de habitantes del área con un internista de referencia por cada uno de los sectores.

Material y métodos: Se valoró en horario de 8 a 15 horas a pacientes con infección por SARS-CoV-2 (mediante PCR o test de antígenos) durante el periodo comprendido entre septiembre de 2020 y febrero de 2021 en el área sanitaria de Santiago de Compostela. Los pacientes se clasificaron como bajo riesgo en ausencia de neumonía, $SpO_2 > 95\%$ o $pO_2 > 70$, frecuencia respiratoria < 25 rpm, edad < 60 años y ausencia de comorbilidades (enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, inmunosupresión, neoplasia) y alto riesgo en el resto de casos.

Resultados: Los principales motivos de consulta fueron tos, disnea y desaturación. Se valoró a un total de 101 pacientes, de los cuales el 52,48% eran hombres. El 38,61% tenían menos de 60 años y un 60,40% se categorizaron de alto riesgo (el 26,23% aunaba ambas). El 67,33% disponía de pulsioxímetro en domicilio. Además, el 84,16% de los pacientes fueron remitidos a Urgencias para realización de pruebas complementarias, y de ellos precisaron ingreso el 58,82%. Cabe destacar que se disponía de la posibilidad de admisión directa en planta de hospitalización si el cuadro clínico era sugestivo de gravedad, beneficiándose de este hecho el 6,9% (de este colectivo, el 85,71% era de alto riesgo y el 14,29% precisó ser trasladado a UCI). Del total de pacientes valorados ingresaron el 56,44%. De la cohorte estudiada, fallecieron el 7,9%, todos ellos de alto riesgo.

El 8,9% no fue preciso remitirlo para valoración adicional y se mantuvo seguimiento domiciliario con buena evolución en el 100% de estos casos.

Conclusiones: Se trata de un sistema innovador, sin referencias similares en la literatura, que puede resultar útil en la toma de decisiones en pacientes con infección por SARS-CoV-2 ambulatorios. Un dispositivo de comunicación directa entre Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna, dentro del modelo de atención sectorizada, favorece el abordaje temprano para un correcto manejo de los pacientes con infección por SARS-CoV-2.

839. COMPLICACIONES VASCULARES DE LA COVID-19: OBSTRUCCIÓN VENOSA RETINIANA

Nuria Puente Ruiz, José David García Palacios, Pablo González García, Luis Gibert Hernández, Paula González Bore, Pablo Alija Piret, Mercedes de la Fuente Vázquez, Alex García Tellado, Pablo Solís Sánchez y Jose Javier Napal Lecumberri

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Palabras clave: COVID-19. Factores de riesgo vascular. Obstrucción venosa retiniana.

Introducción: La obstrucción venosa retiniana (OVR) es una enfermedad que se relaciona fundamentalmente con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y, en menor medida, con la trombofilia genética^{1,2}. El glaucoma es un factor local favorecedor en su aparición en localización central³.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 55 años con antecedente de espondilitis anquilosante en tratamiento previo con secukinumab (anticuerpo monoclonal anti-IL17), que fue diagnosticada de infección por SARS-CoV-2 en abril del 2020 cursando con fiebre, cefalea, alteración del olfato y disgeusia, sin precisar ingreso ni tratamiento específico para la COVID-19. Tres meses más tarde (julio del 2020) se diagnostica de trombosis retiniana periférica con glaucoma asociado, iniciando tratamiento con deflazacort y colirio de timolol presentando una evolución favorable en las consiguientes revisiones oftalmológicas. En cuanto al estudio etiológico de la paciente no presentaba FRCV, los estudios de trombofilia congénita y de anticuerpos antifosfolípido fueron negativos y no se objetivó ateromatosis carotídea en el estudio de ecografía doppler de troncos supraaórticos. Aunque la paciente contaba con antecedente médico de espondilitis anquilosante y estaba en tratamiento con secukinumab no está descrito que ni la enfermedad ni dicho tratamiento estén asociados a la OVR. En este sentido se ha demostrado que la COVID-19 se puede asociar a complicaciones vasculares en forma de oclusiones arteriales y venosa, microinfartos y, en menor medida, a fracaso multiorgánico, siendo estas manifestaciones más frecuentes en las formas graves de la enfermedad. Revisando la literatura la afectación vascular retiniana causada por la enfermedad por el SARS-CoV-2 (COVID-19) es una complicación infrecuente y solo hay cinco casos descritos, uno ellos en España. Sin embargo, hay que sospecharla cuando estos pacientes presenten pérdida de visión, especialmente en presentaciones graves de la enfermedad, y si son pacientes jóvenes, sin FRCV y con estudio de trombofilia y anticuerpos antifosfolípidos negativos.

Bibliografía

1. Napal JJ, Neila S, Pérez-Montes, Sierra I, Ruiz S, Hernández JL. The role of coagulation disorders in patients with retinal vein occlusion. QJM. 2016;109:97-102.
2. Lisa Gracia M, Córdoba Alonso A, Hernández Hernández JL, Pérez Montes R, Napal Lecumberri JJ. Factores de riesgo vascular, fibrilación auricular no valvular y obstrucción venosa retiniana. Rev Clin Esp. 2017;181-7.

892. TIPOLOGÍA Y TRATAMIENTOS DE PACIENTES INGRESADOS PCR+ EN EUSKADI EN LA PRIMERA OLA

María Prieto Blanco¹, Eduardo Millán Ortuondo¹, María Blanca Seguro Lazaro¹, Ricardo Samper Ochotorena¹, Naiara Parraza Diez¹, Jose Joaquin Portu Zapiain², Carlos Martínez Martínez², Jose Antonio Iribarren Loyarte³, Carmelo Aguirre Gómez⁴ y Antxon Apiñaniz Fernández de Larrinoa⁵

¹Osakidetza-Dirección General, Vitoria-Gasteiz, España. ²Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, España. ³Hospital Universitario Donostia, Donostia, España. ⁴Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao, España. ⁵Centro de Salud Lakuabizkarra, Vitoria-Gasteiz, España.

Palabras clave: Datos de vida real. Observacional. Tratamientos. Factores asociados.

Objetivos: Descripción de características clínicas y abordaje terapéutico de los pacientes ingresados por COVID-19 en el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) durante la primera ola.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva a partir de datos de la historia clínica electrónica de pacientes ingresados por COVID (primer PCR positiva 72 antes del ingreso o primeras 48 horas del ingreso) entre el 1 de marzo de 2020 hasta el 31 de mayo en estos servicios: medicina interna, neumología, infecciosas, medicina intensiva/reanimación en cualquiera de los hospitales de Osakidetza. Se recoge información sobre condiciones preexistentes al ingreso, medicamentos administrados y otras variables sociodemográficas. Se describen las características de pacientes, tiempo ingresado, supervivencia y tratamientos administrados según el servicio, el centro y momento de la ola. Los datos se presentan en forma de porcentajes para variables cualitativas y medias para cuantitativas.

Resultados: Se analizan 4.088 pacientes, 57% son hombres, la edad media de 68 años, El 7,6% son residenciados. La hipertensión (43%), diabetes (20%), EPOC (15%) y fibrilación auricular (11%) son las patologías al ingreso más prevalentes. La estancia media es de 10,5 días. 639 (15,6%) fallecen durante el ingreso. Los principales tratamientos fueron hidroxycloquina (84%, 67% inicio de ola vs 25% al final), lopinavir (66%, 82% inicio vs 25% al final) y corticoides (35%, 29% inicio vs 25% al final). En menor proporción, se emplearon otros fármacos como tocilizumab (7%), anakinra (2%), colchicina (3%) o remdesivir (0,2%). Se evidencian también diferencias en el abordaje entre centros sanitarios y servicios.

Conclusiones: Durante la primera ola en el País Vasco los hombres y las personas de edad avanzada ingresaron más. Se refuerza lo publicado en otros estudios sobre la hipertensión, el EPOC y la fibrilación auricular como una de las principales variables clínicas asociadas. Durante la primera ola, la hidroxycloquina y el lopinavir/ritonavir fueron los principales fármacos empleados pero su uso fue disminuyendo posiblemente a medida que se conocían los resultados de eficacia de las publicaciones. Sin embargo, no se aprecia la evolución opuesta esperada con los corticoides y es desigual en el resto de fármacos analizados.

894. ¿SE ASOCIA EL INMUNOFENOTIPO DE RIESGO (IFR) A INFECCIONES POR COVID MÁS GRAVES?

Pol Duch Llorach, Yasmin El-Ebiary Metwally, Álvaro Santos Gutiérrez, Laura Feltrer Martínez, Sandra Clotet Vidal, Teresa Franco Leyva, Laura Martínez Martínez, M^a Encarnación Saez Prieto, Jordi Casademont Pou y Olga H. Torres Bonafonte

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Palabras clave: Inmunofenotipo de riesgo. Geriatria. Mortalidad.

Introducción: La inmunosenescencia parece relevante como factor de riesgo de infección COVID grave. Estudios longitudinales en

> 65 años sugieren como marcador de inmunosenescencia el IFR que se ha asociado a mayor mortalidad a los 2 años (Strindhall. Exp Gerontol. 2017).

Objetivos: Evaluar en una población > 65 años de riesgo si la presencia del IFR se asocia con infección COVID grave.

Material y métodos: Estudio post-hoc en pacientes reclutados en un estudio observacional prospectivo de pacientes mayores de 65 años ingresados por neumonía confirmada radiológicamente entre mayo 2019 y enero 2020. A los 30-60 días de la neumonía se evaluó el estado funcional, cognitivo, nutricional e inmunológico de los pacientes. Se definió el FRI como serología positiva para CMV más al menos uno de los siguientes criterios: relación CD4/CD8 < 1, recuento de células T CD8 > 600/ μ L y linfocitos T CD28-CD8 > 300/ μ L. Se realizó seguimiento durante un año.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes (59,7% varones) con edad media de $79,4 \pm 7,7$, Índice (I) Barthel $79,3 \pm 23,5$, I Charlson de $1,91 \pm 1,76$. Tras un año de seguimiento, ocho (11,9%) resultaron positivos para SARS-CoV-2. Los pacientes con COVID fueron más frecuentemente varones (62,5% vs 59,3%) e institucionalizados (50% vs 27,1%). En el subgrupo de pacientes institucionalizados, la tasa de infección por SARS-CoV-2 fue del 20% respecto al 8,5% en pacientes no institucionalizados. La mortalidad global fue del 22,4% al año y la mortalidad por COVID del 4,5%. Estratificando por grupos la mortalidad en el grupo de los positivos fue del 37,5% frente al 20,3% en los negativos. La mortalidad de los pacientes institucionalizados en el grupo de positivos fue del 75% frente al 0% en pacientes no institucionalizados positivos. Pese a que en > 65 años de población general se ha descrito el IFR en el 15%, en nuestra serie fueron IFR+ 64,2%, de estos el 9,3% se infectaron al año por COVID vs 16,7% de los FRI-. Entre los pacientes infectados: 3 (37,5%) lo fueron de forma leve o asintomáticos, 5 (62,5%) requirieron ingreso, de estos 1 requirió cuidados críticos y fallecieron 3 (37,5%). La presencia de FRI no se asoció con formas más graves de COVID o mayor mortalidad ($p = 0,5$).

Conclusiones: Pese a analizar una población con especial riesgo de COVID grave, la presencia de IFR no se asoció con mayor prevalencia ni gravedad de la enfermedad.

911. RIESGO DE FALLECIMIENTO POR COVID-19 SEGÚN EL PANDEMYC SCORE

Rosario Salas Campos¹, Nuria Parra Macías¹,
Marina Galdeano Lozano², Jordi Delàs Amat¹,
Emilia Teresa Bernabeu Garri¹ y M^a Rosa Coll Colell¹

¹Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Palabras clave: COVID-19. Pandemyc Score. Pronóstico.

Objetivos: Evaluar la utilidad del Pandemyc Score sobre la mortalidad en los pacientes con COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, a partir de una muestra de afectados por COVID-19 confirmado e ingresados en un hospital universitario de Barcelona ciudad del 25/02/20 al 31/12/20. Registramos variables demográficas, clínicas, laboratorio, radiología, tratamiento, Pandemyc Score y mortalidad. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables y estadística inferencial según naturaleza y normalidad, fijando $p < 0,05$. La validez interna del score se obtuvo a partir de su curva ROC; se calculó el área bajo la curva (AUC) y los parámetros de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPN) y valor predictivo negativo (VPP).

Resultados: Se evaluaron 1.247 pacientes en los que destaca: edad media 70,1 años (DE 16,8), 56,6% hombres, Barthel 82,7 puntos (DE 30,3), Charlson corregido por edad 4 puntos (DE 2,8), HTA 47,6%, EPOC 18,1%, I. renal crónica 12,9%, soporte de recursos de críticos en

algún momento de la hospitalización 8,3%, Pandemyc Score medio 212,4 puntos (DE 38,4%), atribuidos en el 78,9% a riesgo leve de exitus. La mortalidad global fue del 24,6% y según categoría de riesgo (exitus/curación) fue de 19,1%/80,9% en leve, de 28,3%/71,7% en moderado y 46,2%/53,8% en elevado. El AUC (IC95%) fue de 0,551 (0,502-0,599), con VPN 80,9%, E 73,8%, VPP 46,2%, S 5,9%.

Conclusiones: En nuestros pacientes COVID-19 el ajuste del Pandemyc Score en la estratificación del riesgo de mortalidad es discreto, con una mayor utilidad clínica para excluir mortalidad (de cada 100 pacientes clasificados como leves, 80 presentan buena evolución), que para predecirla. A pesar de que la edad y la función renal se contemplan en el índice, la edad avanzada de la muestra y la prevalencia de insuficiencia renal reportada podrían sesgar negativamente el ajuste del score.

931. NEUMONÍA BILATERAL: NO ES COVID-19 TODO LO QUE DESLUCE

María Teresa Fábregas Ruano, Jose Ángel Raposo Puglia,
Julia Morán Sánchez y María Morales González

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Palabras clave: COVID-19. Neumonía bilateral. Linfoma no Hodgkin.

Introducción: El diagnóstico diferencial de las neumonías bilaterales en los pacientes inmunodeprimidos es extenso. En el contexto epidemiológico actual se interfiere por la posibilidad de infección SARS-CoV-2.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 57 años, con antecedente de linfoma no Hodgkin de alto grado estadio IV en respuesta completa tras trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE). Complicaciones previas: dos neumonías por Enterovirus y Haemophilus, por citomegalovirus (CMV). Realiza profilaxis con Valganciclovir. Ingresó el día +156 del TASPE por fiebre de 38,5 °C y disnea a moderados esfuerzos de 4 días atrás, escasa tos con expectoración clara y mucosidad de vías altas. No dolor torácico, ortopnea, disnea paroxística nocturna, ni síntomas abdominales salvo diarrea crónica. A su llegada a Urgencias: hipoxemia, saturación basal de oxígeno 75%. Requirió Ventimask al 28% para mantener una Sat 100% desaturando a mínimos esfuerzos. Analítica; aumento de reactantes de fase aguda (PCR 275,2 ng/ml, ferritina 1.786,2 mg/dl, fibrinógeno 1.189 mg/dl, D-dímero 2043 ng/ml) y ligera coagulopatía (actividad de protrombina 73%). Radiografía de tórax; infiltrados alveolo-intersticiales bilaterales, mayor en hemitórax izquierdo. Comenzó tratamiento con meropenem, vancomicina, trimetoprim-sulfametoxazol y dexametasona. Empeoró clínicamente, requiriendo oxigenoterapia a altas concentraciones con cánulas nasales; con FIO2 100% y 60 lpm mantenía una SatO2 de 90-91%. Ingresó en UCI para intubación orotraqueal y soporte vasoactivo. En el contexto de TASPE y síndrome de distrés respiratorio agudo, planteamos el diagnóstico diferencial de neumonía por SARS-CoV-2, hongos, gérmenes gram negativos, atípicos, CMV, tuberculosis miliar y linfangitis carcinomatosa. Dada la radiología, descartamos la candidiasis y la tuberculosis. También la linfangitis carcinomatosa, propia de neoplasias sólidas. Se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y cultivos. Fueron negativas: baciloscopia, PCR de CMV y Pneumocystis. SARS-CoV-2, Filmarray de virus respiratorios, micobacterias. Se aisló Enterobacter cloacae sensible a carbapenemes. Tras lenta recuperación, TAC informada como secuelas pulmonares de COVID-19 (PCR seriadas y serología negativas).

Discusión: En la situación de pandemia se piensa en SARS-CoV-2 como principal diagnóstico etiológico de neumonías bilaterales, sin embargo, no hay que desdeñar otras etiologías infecciosas o por fármacos en pacientes hematológicos.

939. EFECTO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA MORTALIDAD POR COVID-19

Rosario Salas Campos¹, Nuria Parra Macías¹, Marina Galdeano Lozano², Jordi Delás Amat¹, Emilia Teresa Bernabeu Garri¹ y M^a Rosa Coll Colell¹

¹Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Palabras clave: COVID-19. Anticoagulación. Pronóstico.

Objetivos: Conocer el efecto de los tratamiento anticoagulantes sobre la mortalidad en los pacientes con COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, a partir de una muestra de afectados por COVID-19 confirmado e ingresados en un hospital universitario de Barcelona ciudad del 25/02/20 al 31/12/20. Registramos variables demográficas, clínicas, laboratorio, radiología, prescripciones terapéuticas diarias y mortalidad. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables y estadística inferencial según naturaleza y normalidad, fijando $p < 0,05$.

Resultados: Los 1.247 pacientes de la muestra generaron 9.150 prescripciones de fármacos del grupo B01 (código internacional). Destaca: edad media 70,1 años (DE 16,8), 56,6% hombres, Barthel 82,7 puntos (DE 30,3), Charlson corregido por edad 4 puntos (DE 2,8), HTA 47,6%, EPOC 18,1%, I. renal crónica 12,9%, Pandemyc Score medio 212,4 puntos (DE 38,4%), atribuidos en el 78,9% a riesgo leve de exitus y 1% de TEP durante ingreso. El 3,5% recibía ACO pre-ingreso y el 2,6%, NACO. El 91,7% de la anticoagulación hospitalaria fue a expensas de heparinas de bajo peso molecular (HPBPM) y en caso de tratamiento oral, en el 83,5% se prescribió un NACO. Solo el 19,1% se anticoaguló a dosis plenas. La prescripción más frecuente fue bemiparina 3.500 UI/0,2 ml. La mortalidad global fue del 24,6%; entre los anticoagulados a dosis profilácticas la mortalidad global fue del 13,6% y con dosis plenas, del 16,4%. El impacto significativo (HR; IC95%), sobre la mortalidad por todas las causas para tratamiento anticoagulante se obtuvo con NACO previos (1,4; 1,2-1,5) y anticoagulación con dosis plenas (1,2; 1,1-1,4). La duración media del tratamiento (exitus/curación, p) a dosis plenas fue de 3,4 (DE 3,8)/4,8 (DE 4,5), $p > 0,05$, y en dosis profilácticas 4,6 (DE 3,9)/5,8 (DE 5,1), $p < 0,05$. La demora media en la prescripción del anticoagulante desde ingreso (exitus/curación; p) fue de 3,5 (DE 5,4)/7,1 (DE 14,8), $p > 0,05$ en dosis plenas y 1,9 (DE 2,7)/3,9 (DE 14,3), $p < 0,05$ en profilaxis.

Conclusiones: En nuestros pacientes COVID-19, el tratamiento previo con NACO y la anticoagulación a dosis plenas se asocian con mal pronóstico, sin que se observen diferencias significativas en el número de días de tratamiento ni demoras en su introducción para la misma entre fallecidos y supervivientes. Mayores dosis de anticoagulación podrían relacionarse con mayor incidencia de eventos hemorrágicos fatales.

940. ¿TIENE UTILIDAD EL D-DÍMERO EN COVID-19 MÁS ALLÁ DE SU VALOR PREDICTIVO NEGATIVO?

María Teresa Fábregas Ruano, María Concepción Collado Pérez y Olga Caamaño Selma

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Palabras clave: COVID-19. Eventos tromboembólicos venosos. D-dímero.

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, las alteraciones en la coagulación observadas en los primeros pacientes y su menor movilidad hizo temer un aumento en la incidencia de enfermedades tromboembólicas venosas (ETEV). Se postuló que, en los pacientes con un D-dímero 6 veces por encima del límite superior de la normalidad, independientemente de su edad, podría observarse un incremento en la morbimortalidad. Examinamos una cohorte de 140 pacientes en el

periodo comprendido entre el 1 de septiembre y el 15 de diciembre. Se incluyeron los pacientes con infección comunitaria por virus SARS-CoV-2. Se recogieron los datos demográficos, cifras de D-dímero al ingreso, ETEV y tipo de eventos sufridos, si al alta se les prescribió heparina de bajo peso molecular (HBPM) si cumplían los criterios de dificultad para la deambulación, factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, diabetes, obesidad) o existencia de neumonía bilateral al ingreso. Habían recibido tratamiento según protocolo escalonado con pulsos de altas dosis de metilprednisolona más remdesivir, tocilizumab, baricitinib o anakinra. Soporte respiratorio con cánulas nasales, cánulas nasales con alto flujo o FiltMask™. Se realizó seguimiento en las siguientes 8 semanas mediante consulta quincenal. El 75% de los pacientes presentaban un D-dímero al ingreso inferior a 1.500 ng/ml. Al estratificar por edades se observa un incremento fisiológico del D-dímero con la edad, sin que se observen alteraciones significativas según gravedad de síntomas o presencia de infiltrados en la radiografía de tórax. Siete pacientes presentaron ETEV. De ellos, 1 tenía como antecedente trombosis, 5 menos de 65 años y en todos los casos importante reducción de la movilidad en los 7 días previos a ingresar. Tenían un D-dímero superior a 500 ng/ml y de ellos, 3 una cifra superior a 3.000 ng/ml. Al alta se indicó tromboprofilaxis con HBPM en el 52,85% de los casos. No se registraron ETEV en el periodo de seguimiento indicado. La baja incidencia de ETEV en nuestra muestra parece deberse a una mayor movilidad por no estar en situación de confinamiento estricto uso temprano de tromboprofilaxis con HBPM ajustada por peso y empleo de corticoides a altas dosis que contribuyen al control de la fase aguda del COVID-19 y frenar los procesos de inmutrombosis. Respecto al D-dímero, en COVID-19 no ha demostrado tener un papel predictor más allá del valor predictivo negativo en pacientes de baja sospecha.

944. REMDESIVIR VERSUS TRATAMIENTO ESTÁNDAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA COVID-19 GRAVE

Esteban Martínez Chamorro¹, Jose Bernandino de la Serna², Jose Muñoz Gutiérrez³, Rocío Montejano Sánchez², Ane Josune Goikoetxea Agirre⁴, Susan A. Olender⁵, Theresa L. Walunas⁶, Marta Boffito⁷, Antonella Castagna⁸ y Su Wang⁹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ³IS Global, Barcelona, España.

⁴Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya, España. ⁵Columbia University Irving Medical Center, New York, Estados Unidos.

⁶Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Estados Unidos. ⁷Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, Londres, Londres, Reino Unido. ⁸Vita-Salute San Raffaele University, IRCCS San Raffaele, Milán, Italia. ⁹Saint Barnabas Medical Center, RWJBarnabas Medical Group, Livingston, Estados Unidos.

Palabras clave: Eficacia. Remdesivir. Tratamiento COVID-19.

Introducción: Remdesivir (RDV) es un profármaco nucleotídico de acción directa inhibidor de la ARN polimerasa dependiente del ARN viral, aprobado por la FDA para el tratamiento de pacientes hospitalizados con infección por COVID-19, y que ha demostrado en ensayos clínicos aleatorizados que acorta el tiempo hasta la recuperación y mejora el estado clínico de los pacientes. Presentamos el análisis final al día 28 (D28) de RDV en comparación con el tratamiento estándar (TS).

Material y métodos: Análisis comparativo final de dos estudios: un estudio de fase 3, prospectivo y aleatorizado de RDV (cohorte de RDV) y un estudio de cohortes retrospectivo de la práctica clínica habitual (cohorte sin RDV). En ambos estudios se incluyeron pacientes con infección por SARS-CoV-2 confirmada, con una satO294% en aire ambiente o necesidad de oxígeno y con infiltrados pulmonares. Los pacientes de la cohorte de RDV fueron aleatorizados en proporción 1:1 a recibir RDV IV durante 5 o 10 días (200 mg/día 1 seguido de 100 mg/día los días 2-5 o 10) más el TS; los dos grupos de dosis aleatorizados se combinaron para

el análisis. Los pacientes de la cohorte sin RDV recibieron el TS determinado por las prácticas de tratamiento locales (sin RDV). Las poblaciones se equilibraron mediante emparejamiento por puntuación de propensión (PP). Los criterios de valoración principales fueron: recuperación clínica el D14 (escala ordinal de 7 puntos) y la mortalidad por cualquier causa el D28. Los factores asociados con la mortalidad el D28 se evaluaron mediante un modelo de regresión logística multivariable.

Resultados: Tras el emparejamiento por PP, las características basales fueron similares en ambas cohortes. Los pacientes de la cohorte de RDV presentaron tasas de recuperación clínica el D14 significativamente mayores (65% frente al 57%) y tasas de mortalidad el D28 significativamente menores (12% frente al 16%) que los de la cohorte sin RDV. En el análisis multifactorial, además del uso de RDV, un menor riesgo de muerte el D28 se asoció a menor edad, mujer, raza blanca, recibir un IP del VIH antes del momento basal, no tener enfermedad cardiovascular ni EPOC, más días con síntomas antes del momento basal y estar recibiendo aire ambiente o caudal bajo de oxígeno en el momento basal (en comparación con ventilación mecánica invasiva).

Conclusiones: RDV se asoció a tasas significativamente mayores de recuperación clínica el día 14 y a una menor mortalidad el día 28 que el TH en pacientes COVID grave.

948. IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN LA FUNCIONALIDAD MEDIANTE LA ESCALA C19-YRS

Antía Pérez López, Yoana Besteiro Balado, Blanca Ayuso García y Ramón Rabuñal Rey

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Palabras clave: C19-YRS. SARS-CoV-2. Funcionalidad.

Introducción: Hay descritos una serie de síntomas físicos y mentales tras la infección por SARS-CoV-2, en ocasiones persistentes, englobados en el "síndrome post-COVID o COVID persistente". Evaluamos su frecuencia e impacto a través de la escala COVID-19 Yorkshire Rehab Screen (C19-YRS).

Material y métodos: Seguimiento telefónico de todos los pacientes con infección demostrada por SARS-CoV-2, hospitalizados y ambulatorios del área sanitaria de Lugo. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, incluyendo el cuestionario C19-YRS para sintomatología persistente, y cambios en la situación basal tras la infección. Se consideraron relevantes empeoramientos de más de 2 puntos en las escalas del C19-YRS, que van de 0 a 10.

Resultados: Se incluyeron 376 pacientes, de los cuales 170 habían ingresado. El 38,0% eran varones y la edad media fue 54,9 \pm 15,8 años; un 29,5% eran mayores de 65 años. Un 8% reingresaron, de ellos el 36,4% por motivos directamente relacionados con COVID-19. El 35,4% de los pacientes reportaba disnea de esfuerzos tras el COVID-19 frente al 17,2% antes ($p < 0,001$), con una tasa de empeoramiento en la intensidad de la disnea del 11%. La tasa de dificultad para la movilidad fue del 13,6% antes y del 25,1% después de la infección ($p < 0,001$), con empeoramiento relevante en el 14,1%. Un 89,1% de los pacientes presentaron astenia tras la infección, por un 36,2% antes ($p < 0,001$); el empeoramiento fue relevante en el 28,6%. Para las dificultades en las actividades cotidianas las tasas antes y después fueron del 8,8% vs 23,7% ($p < 0,001$), con empeoramiento en el 13,1%. Por último, un 4,3% de los pacientes presentaban dificultades para el autocuidado, frente a un 3,2% antes del COVID-19 ($p > 0,2$). Analizando por sexos, hay mayor sintomatología en mujeres, principalmente astenia, dolor, ansiedad y depresión. Así mismo, en mayores de 65 años se observó mayor grado de disnea de cualquier tipo, dificultades para movilización y para el cuidado personal.

Conclusiones: Mediante la encuesta C19-YRS tras la infección por SARS-CoV-2 se objetivaron tasas significativamente mayores de disnea de esfuerzo, dificultad para la movilidad, astenia y dificultad para la realización de ABVD. La tasa de empeoramiento relevante de

la intensidad de estos síntomas no fue superior al 15% salvo para la astenia (casi 30%). Por tanto, aunque la aparición de síntomas nuevos parece alta, la mayoría son de carácter leve, siendo la astenia la de mayor impacto.

954. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA CON LA ESCALA EQ-5D TRAS LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Yoana Besteiro Balado, Antía Pérez López, Blanca Ayuso García y Ramón Rabuñal Rey

Hospital Lucus Augusti, Lugo, España.

Palabras clave: EQ-5D. SARS-CoV-2. Calidad.

Introducción: Las consecuencias de la infección por SARS-CoV-2 a medio/largo plazo continúan siendo desconocidas. El síndrome post-COVID persistente engloba una serie de síntomas físicos y mentales. El objetivo fue conocer la repercusión de la infección en la calidad de vida a través de la escala Quality of Life-5 Dimensions (EQ 5D) a los 6 meses de la infección.

Material y métodos: Cuestionario telefónico a pacientes con infección confirmada por SARS-CoV-2 en el período de marzo a mayo de 2020 en Lugo, excluyendo fallecidos, institucionalizados o con deterioro cognitivo. Se analizaron características clínicas, sociodemográficas, y se aplicó el cuestionario EQ-5D.

Resultados: Se incluyeron 376 pacientes, de los cuales 170 habían ingresado. El 38% eran varones y la edad media fue 54,9 \pm 15,8 años; un 29,5% eran mayores de 65 años. Al cuestionar acerca de la calidad de vida, el aspecto en el que se evidenció mayor repercusión fue la ansiedad y/o depresión (24,2%), siendo moderada en 18,9% y grave en el 5,3%. Presentaban alteración en la movilidad el 19,2%, dolor el 13,8% y limitación para realizar ABVD el 12,8%, teniendo una incapacidad total un 0,5%, mientras que el 2,4% relataba alguna limitación para el cuidado personal. De los pacientes encuestados un 16,8% tenía experiencia en enfermedades graves. El nivel de salud global, en escala 0-10, fue superior o igual a 5 en el 92,8% de los pacientes. Respecto al ámbito laboral el 58,7% estaban en activo y 32,9% jubilados. 141 (38%) trabajaron en servicios de salud o sociales. El nivel de estudios mayoritario fue el elemental/intermedio (37,6%) seguido del universitario (28,5%). Al analizar los resultados en función de sexo y edad, las mujeres y los mayores de 65 presentan peores resultados en los aspectos de calidad de vida medidos.

Conclusiones: La ansiedad/depresión y las alteraciones en la movilidad fueron los aspectos con mayor repercusión en la calidad de vida de los pacientes más allá de los primeros 6 meses. Le siguen la limitación para realizar actividades diarias y el dolor/malestar. Por el contrario, la mayoría no referían problemas en el cuidado personal. Con estos resultados, se confirma la aplicabilidad de escalas validadas para la medición de la calidad de vida y estado global de salud (como EQ-5D), al igual que en otras patologías, en los pacientes que han superado la infección por SARS-CoV-2.

983. MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD POR COVID-19 EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Marta Millán Orge, Jose Jiménez Torres, Juan Luis Romero Cabrera, José David Torres Peña, Ángela Rodrigo Martínez, María Jesús Gómez Vázquez, María Guerrero Romero, Pilar Calero Espinal, Juan Francisco Alcalá Díaz y José López Miranda

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna/IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba/Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

Palabras clave: COVID-19. Mortalidad.

Introducción: La identificación precoz de pacientes con alto riesgo de mortalidad permitiría establecer terapéuticas más intensivas en pacientes en riesgo con infección por COVID-19. Nuestro objetivo fue identificar un modelo predictivo de mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19 utilizando variables obtenidas en las primeras 24 horas del ingreso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico, de pacientes hospitalizados desde el 16 de marzo de 2020 al 23 de noviembre de 2020 en la UGC de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Córdoba por COVID-19 confirmado por PCR. Se recogieron los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos en el momento del ingreso (primeras 24 horas). Mediante modelización con regresión logística se identificaron los factores de riesgo independientes asociados con mortalidad intrahospitalaria, construyendo un modelo predictivo que fue evaluado mediante curva ROC.

Resultados: 236 pacientes fueron ingresados durante el periodo de inclusión. Los pacientes que fallecieron durante el ingreso presentaban mayor edad, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, mayor disminución del nivel de conciencia, con mayores niveles de lactato deshidrogenasa, dímero-D, PCR, glucosa, urea, aspartato transferasa y cociente neutrófilos/linfocitos, así como menor relación PaO₂/FiO₂ y menor nivel de presión arterial al ingreso (todos $p < 0,05$) respecto los pacientes que no fallecieron. Mediante regresión logística se identificaron como variables predictoras independientes de mortalidad a la edad, el género masculino, la disminución del nivel de conciencia al ingreso, los valores de dímero-D mayor de 1.000 ng/ml, cifras de presión arterial sistólica a su llegada a urgencias, urea y lactato deshidrogenasa. El área bajo la curva del modelo predictivo resultante fue de 0,84 (IC95% 0,76-0,91), con un valor de sensibilidad y especificidad del 79,5% y 80,1%, respectivamente.

Conclusiones: La utilización de un modelo predictivo utilizando variables obtenidas en las primeras 24 horas del ingreso de pacientes con COVID-19, permite identificar pacientes con alto riesgo de mortalidad durante el mismo en nuestra cohorte. Estos resultados requerirían de validación externa previamente a su generalización.

988. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EXTRAHOSPITALARIA Y COVID-19 ¿PODRÍA HABERSE EVITADO?

Gonzalo Morón Fernández^{1,2}, María del Carmen Fernández Capitán^{1,3}, Teresa Sancho Bueso^{1,3}, Giorgina Salgueiro Origlia¹, Alicia Lorenzo Hernández^{1,3}, Ana María Martínez Virto⁴, Yale Tung Chen⁴, Angélica Rivera Núñez⁴ y Manuel Quintana Díaz^{5,3,2}

¹Unidad ETEV, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid, España. ³Universidad Autónoma, Madrid, España. ⁴Unidad ETEV, Servicio de Urgencias, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ⁵Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Embolia pulmonar. Tromboprofilaxis.

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 se ha asociado con una alta incidencia de embolismo pulmonar (EP) que ha demostrado ser un factor pronóstico de mala evolución en estos pacientes. A pesar del aumento de complicaciones trombóticas y su gravedad, la mayoría de los trabajos centran su atención en los pacientes hospitalizados. No hay datos disponibles con respecto a los pacientes que desarrollaron el EP en el medio ambulatorio y la tromboprofilaxis realizada.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con infección por COVID-19 que desarrollaron EP, centrando la atención fundamentalmente en los factores de riesgo y tromboprofilaxis que recibieron para intentar dar respuesta a la pregunta planteada: ¿Podría haberse evitado el EP?

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con infección por SARS-CoV-2 y diagnóstico de EP del H. U. La Paz (marzo-junio 2020). Se analizan los datos demográficos, comorbilidad, factores de riesgo, tromboprofilaxis y evolución. Se calcula el riesgo trombótico según escala PRETEMED y Padua.

Resultados: De 205 pacientes incluidos, 143 (69,8%) eran ambulatorios. 171 (83,4%) presentaban inmovilización siendo mayor en los ingresados (91,9% vs 79,7%); 12,6% no tenían ningún factor de riesgo salvo la propia infección. 77 (45,0%) recibieron tromboprofilaxis, siendo superior en los ingresados (98,2% vs 18,4%). De los pacientes inmovilizados, 95 (55,6%) no recibieron profilaxis, la mayoría ambulatorios; 51,6% eran hombres, edad media 62 años y 27 (29%) tenían más de 75; 6 (6,5%) estaban anticoagulados. 13 pacientes tenían otros factores de riesgo mientras que 76 (98,7%) no. De los 116 (81,1%) pacientes ambulatorios que no recibieron profilaxis el 80,2% serían considerados de moderado-alto riesgo trombótico y por tanto, subsidiarios de recibirla. En 3 meses no hubo recurrencias, 1 paciente presentó hemorragia mayor y 8 (9,2%) fallecieron.

Conclusiones: El EP fue frecuente en pacientes con infección COVID-19 que no precisaron hospitalización. Asumiendo el infratratamiento profiláctico en pacientes inmovilizados cuyo riesgo trombótico era moderado-alto, consideramos que la tromboprofilaxis podría haber evitado algunos de los EP. Nuestros resultados sugieren que estos pacientes deberían ser valorados de manera individual en función del riesgo de trombosis y hemorragia para establecer la tromboprofilaxis más adecuada.

1006. VALORACIÓN DE LA ESCALA DE FRAGILIDAD CLÍNICA EN EL ANCIANO CON INFECCIÓN POR COVID-19

Laura Velázquez Ríos, Vanessa García de Viedma García, Alejandro Pérez Martín, Elena Madroñal Cerezo, Marta Guerrero Santillán, Cristina Lucía de Ancos Aracil, Juan Víctor San Martín López, José Manuel Ruíz Giardín y Sonia Gonzalo Pascua

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España.

Palabras clave: Fragilidad. Anciano. SARS-CoV-2.

Introducción: La fragilidad es la piedra angular de la geriátrica como predictor pronóstico. La escala de fragilidad clínica (CFS) es un método rápido de detección. El objetivo del estudio es describir el impacto de la infección de SARS-CoV2 estratificado según la CFS.

Material y métodos: Cohorte retrospectivo en una residencia geriátrica de Fuenlabrada durante el brote por COVID-19 en octubre de 2020. Se registraron datos demográficos, clínicos, analíticos y complicaciones a través de la historia clínica electrónica. Para la valoración del nivel de dependencia se empleó la CFS: 1 Activo, 2 Sedentario, 3 Enfermedad crónica estable, 4 Vulnerable, 5 Dependencia leve, 6 Moderada, 7 Grave, 8 Muy grave, 9 Terminal. La mortalidad, se dividió en inmediata y precoz (a los 3 meses). El análisis estadístico se ha realizado con SPSS.

Resultados: Se valoraron 75 pacientes, todas mujeres. El 86% presentaban dependencia, 29,3% leve; 22,7% moderada, 18,7% grave, 16% muy grave. El 36% fueron asintomáticos: 18% independientes, 27% CFS 5, 23,8% CFS 6, 50% CFS 7 y 41,6% CFS 8. La tos (75%) y la disnea (25%) fueron los síntomas principales en los pacientes con CFS 5. El 22,6% presentaron síndrome confusional agudo, de ellos 11% tenían un CFS de 5, 23% CFS de 6; 29,4% CFS 7 y 8. No se evidenció ETVE. Recibieron tratamiento el 44%. dexametasona en 29: 2 de los 5 con CFS 3, 1 de los 5 con CFS 4, 9 de las 22 con CFS 5, 9 de las 17 CFS 6, 4 de las 14 con CFS 7 y 4 de las 12 con CFS 8. El 41,35% HBPM profiláctica. La antibióterapia fue prescrita en 27: 1 de los 5 con CFS 3, 1 de los 5 con CFS 4, 9 de las 22 con CFS 5, 10 de las 17 CFS 6, 3 de las 14 con CFS 7 y 3 de las 12 con CFS 8. 23 precisaron oxígeno: 13 gafas nasales, 4 ventimask y 6 reservorio de estos el 50% presentaban CFS 5. Solo

una paciente, con CFS 5, recibió remdesivir. 5 casos graves recibieron tocilizumab en el hospital, 3 de ellos CFS 5, 1 como CFS 6 y otro CFS 7. El 20% ingresaron en el hospital: 7 CFS 5, 3 CFS 6 y 2 CFS 7. La mortalidad inmediata fue del 14%, en hospital 6 casos (1 independiente, 4 con CFS 5 y 1 con CFS 6), 5 en la residencia (1 CFS 6, 4 CFS 7-8). La mortalidad precoz fue del 6,7%, todos en residencia. La serología a los 21 días fue positiva en el 100%.

Conclusiones: La mortalidad de global (14%), menor que los recogidos en otras series (30%). La principal comorbilidad asociada fue la demencia. La estratificación de la fragilidad ha de ir acompañada de una atención racional.

1025. MODELO DIAGNÓSTICO PARA SITUACIONES EN LAS QUE NO SE DISPONGA DE PCR

Jesús Javier Castellanos Monedero, Dolores Macarena Lara Doblas, Inmaculada Domínguez Quesada, Carlos Muñoz López, Herminio Ortega Abengozar, María Carmen Conde García, Óscar Herraiz Carrera, Victoria Morell Massó, Cristina Casado Delgado y José Alfonso García Guerra

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Palabras clave: PCR. Modelo diagnóstico. SARS-CoV-2.

Objetivos: Desarrollar un modelo diagnóstico que nos permita diagnosticar a los pacientes y organizar en cohortes hospitalarias en el caso de que no dispongamos de un método diagnóstico rápido.

Material y métodos: Se ha realizado el estudio en el hospital General La Mancha Centro se han recogido 1.469 pacientes desde el 08/03/2020-07/05/2020. Se han recogido los antecedentes personales, estudios radiológicos, analíticos, tratamientos y evolución de los pacientes. Se ha explorado mediante regresión logística binaria que factores se relacionan con los pacientes que tienen PCR para coronavirus positiva y mediante curvas COR la sensibilidad del modelo propuesto.

Resultados: Se han recogido 1.469 pacientes todos tratados e identificados como neumonía por SARS-CoV-2 por cumplir criterios clínicos y criterios analíticos. De estos tenían la PCR positiva 1219 pacientes (83%). Se analizó mediante regresión logística binaria que los factores relacionados son la fiebre, el dímero D y el presentar hallazgos radiológicos. La ecuación que permite determinar es: $0,591 + (\text{fiebre} \times 0,431) + (\text{Rx} \times 1,15) + (\text{DD} \times -0,067)$. Con estos resultados se ha establecido una curva ROC con un área bajo la curva de 0,605.

Conclusiones: Se ha desarrollado un modelo que recogiendo si el paciente tiene fiebre, infiltrados en la radiografía y un dímero D elevado tiene un área bajo la curva de 0,6. Esta herramienta nos permitiría clasificar con un 60% de sensibilidad a los pacientes en aquellas situaciones en las que no tengamos métodos diagnósticos como la PCR.

1030. LA DETERMINACIÓN DE SST2 DE FORMA PRECOZ IDENTIFICA PACIENTES DE RIESGO CON COVID-19

Silvia Crespo Aznárez¹, Ignacio Giménez López^{2,3,4}, Jorge Rubio Gracia^{1,2}, Natacha Peña Fresneda^{2,4}, Vanesa Garcés Horna^{1,2}, Borja Gracia Tello^{1,2}, Luis Martínez Lostao^{2,4,5}, Juan Ignacio Pérez Calvo^{1,2,3}, Javier García Lafuente¹ y Marta Sánchez Marteles^{1,2}

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España. ³Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. ⁴Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Zaragoza, España. ⁵Servicio de Inmunología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Palabras clave: ST2 soluble. COVID-19. Pronóstico.

Introducción: La búsqueda de biomarcadores pronósticos más específicos y precoces sigue siendo crucial en la infección por COVID-19. Se plantea la hipótesis de que los niveles de sST2 (molécula con acción a nivel cardioprotector e inmune) reflejan el daño pulmonar y la intensidad de la respuesta inflamatoria provocada por el SARS-CoV-2, y por lo tanto podría ser útil en la identificación de pacientes con un mayor riesgo de morbilidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital de tercer nivel. Las muestras de sangre fueron tomadas al ingreso, tras 48-72 horas y al alta. Las principales variables a estudio fueron el ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y la mortalidad. El trabajo actual de forma detallada ha sido publicado como preprint en la página medRxiv (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.29.20248989v1>), se encuentra pendiente de revisión por pares.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes. El 10% de los pacientes (n = 15) alcanzaron el evento primario, 14 ingresaron en UCI y 1 falleció. El 34% (n = 47), 38% (n = 53) y 48,5% (n = 66) necesitaron OAF, revaloración del tratamiento o ambos, respectivamente. La mediana (RI) de las concentraciones de sST2 (ng/mL) fue de 53,1 (30,9) al ingreso, incrementándose hasta 79,5 (64) a las 48-72h y disminuyendo al alta, con una mediana de 44,9 (36,7). Una concentración de sST2 superior a 58,9 ng/mL identificó pacientes que progresaban hacia el ingreso en UCI o su fallecimiento. Estos resultados continuaron siendo significativos después del análisis multivariante.

Conclusiones: Los resultados anteriormente descritos demuestran que los cambios precoces en sST2 sanguíneo tienen un excelente valor pronóstico en la infección por COVID-19; Identificando de forma precoz e independiente a aquellos pacientes que evolucionaban peor, tenían mayor mortalidad y más ingresos en UCI. Esto tiene importantes implicaciones en la práctica médica habitual, al tratarse de un biomarcador fácilmente disponible. La identificación de estos pacientes podría permitir iniciar tratamientos más agresivos de forma precoz, con la intención de disminuir su morbilidad. En pacientes ingresados con infección por SARS-CoV-2, la medición de sST2 en las primeras 24/48 horas puede ser un biomarcador útil para la identificación precoz de individuos con un mayor riesgo de complicaciones graves o muerte y, en consecuencia, implementar terapias más agresivas desde etapas iniciales.

1060. EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN BROTE DE COVID-19 EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Laura Velázquez Ríos, Vanessa García de Viedma García, Alejandro Pérez Martín, Elena Madroñal Cerezo, Marta Guerrero Santillan, Cristina Lucía de Ancos Aracil, Juan Víctor San Martín López, José Manuel Ruíz Giardín y Sonia Gonzalo Pascua

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España.

Palabras clave: Asistencia. Anciano. SARS-CoV-2.

Introducción: El contexto epidemiológico actual, pandemia por SARS-CoV-2 ha sido especialmente devastador en la población geriátrica con mayores efectos en la población más vulnerable como son los ancianos institucionalizados. Durante este período se hacen visibles déficit presentes en los años anteriores, por lo que se hace la figura del geriatra de enlace, siendo una conexión entre el ámbito hospitalario y el residencial sirviendo de coordinación con atención primaria. El objetivo del estudio es valorar el impacto en la salud del paciente institucionalizado en relación la asistencia del equipo hospitalario durante un brote de SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en pacientes institucionalizados en tres residencias geriátricas del área de Fuenlabrada durante el brote secundario a la infección por SARS-CoV-2. Dos de ellas con seguimiento estrecho por parte del

geriatra de enlace (GE) y la tercera en ausencia del mismo. Se registraron las derivaciones, ingresos y mortalidad en las tres residencias.

Resultados: En la residencia sin intervención del GE se registraron 45 casos de los 47 residentes (95,8%) de los cuales el 55,5% fueron derivados a la urgencia con ingreso del 44%. La mortalidad fue del 15%. En una de las residencias con intervención del GE se registraron 23 casos de los 24 residentes (95,8%) de los cuales el 29% fueron derivados a la urgencia con ingreso del 20,82%. La mortalidad fue del 20,82% siendo del 40% en el hospital y 60% en la residencia. En las otras residencias con intervención del GE se registraron 73 casos de los 73 residentes (100%) de los cuales el 20,5% fueron derivados a la urgencia con ingreso del 20,5%. La mortalidad fue del 10,96% siendo del 62,5% en el hospital y 37,2% en la residencia.

Conclusiones: El papel de la geriatría hospitalaria en la coordinación residencial es fundamental ya que aporta calidad a la asistencia mejorando la vida de las personas que viven en residencia y contribuye a mejorar la gestión de recursos. La contribución a la sectorización es una de las medidas prioritarias en los primeros días de infección para limitar el contacto con los residentes no contagiados. El inicio precoz de tratamiento, la prevención e identificación de complicaciones y la clasificación de los pacientes de acuerdo a comorbilidad, dependencia y fragilidad permite una actuación individualizada y optimizada para los pacientes de residencia.

1065. USO DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR PARA ESTRATIFICAR EL RIESGO EN PACIENTES CON COVID-19

Javier García Lafuente¹, Marta Sánchez Marteles^{1,2}, Silvia Crespo Aznarez¹, Ignacio Giménez López^{2,3,4}, Vanesa Garcés Horna^{1,2}, Daniel López Delgado¹, Jose Luis Sierra Monzón^{5,2}, Claudia Josa Laorden^{1,2}, Juan Ignacio Pérez Calvo^{1,2,3,4} y Jorge Rubio Gracia^{1,2}

¹Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, España. ³Facultad de Medicina, Zaragoza, España. ⁴Centro de Investigación Biomédica de Aragón, Zaragoza, España. ⁵Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Palabras clave: COVID-19. Ecografía. LUZ-Score.

Introducción: La COVID-19 es una enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2 con especial tropismo por los pulmones. La tomografía computarizada se considera el "Gold Standard" para valorar el daño pulmonar. Aún así, la ecografía pulmonar se postula como una técnica que puede valorar el daño pulmonar de manera precoz y usarse como herramienta pronóstica.

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohortes llevado a cabo en un hospital de tercer nivel de Zaragoza. Se realizó ecografía pulmonar y registro de datos clínicos y analíticos durante las primeras 72 horas y al alta. La gradación del daño pulmonar se realizó a través de una escala cuantitativa (LUZ-score). Las principales variables a estudio fueron la mortalidad hospitalaria y/o ingreso en UCI así como los días de hospitalización y los incrementos precoces de la oxigenoterapia o del tratamiento. Actualmente, el trabajo se encuentra disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/early/2021/02/04/13993003.04283-2020>

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes. 13 alcanzaron el objetivo primario: 12 ingresos en UCI y 1 fallecimiento. Los pacientes con un LUZ-Score por encima del percentil 75 presentaban un porcentaje significativamente mayor de eventos primarios (25%; $p = 0,016$), mayor estancia hospitalaria sin precisar UCI (9 días; $p = 0,003$) y mayor necesidad de oxigenoterapia (41,7%; $p = 0,037$). La afectación observada a través del LUZ-Score no cambió entre el ingreso y el control (21 (10) vs 20 (11); $p = 0,183$), aunque se observó una disminución

al alta (21 puntos al ingreso vs 13 puntos al alta; $p \leq 0,001$). En los análisis multivariantes, la puntuación basal del LUZ-Score > 22 se identificó como un factor predictor independiente para el objetivo primario (HR 5,25 (0,84-32,84); $p = 0,038$).

Conclusiones: Los resultados demostraron que el LUZ-Score al ingreso identificaba a los pacientes más graves y con mayor daño pulmonar, sin cambios en las primeras 72 horas, en concordancia con los datos clínicos y analíticos. Destaca la persistencia de daño pulmonar al alta, menor respecto al ingreso, sin significación clara (actividad vs daño residual), siendo necesario realizar estudios a largo plazo. El LUZ-score es una herramienta sencilla para identificar pacientes con daño pulmonar severo producido por la COVID-19 desde el ingreso, siendo la puntuación inicial un predictor de severidad durante toda la hospitalización facilitando un mejor tratamiento y estratificar pacientes de alto riesgo.

1072. FACTORES ASOCIADOS A HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES COVID-19

Inmaculada Domínguez Quesada¹, Victoria Morell Massó¹, Carlos Muñoz López¹, Jesús Javier Castellanos Monedero¹, Sara Rodríguez Fernández¹, José Antonio Crespo Matas¹, Cristina Casado Delgado², María Carmen Conde García¹, María Inmaculada Espinosa Monroy¹ y Marina Cartas Verdugo¹

¹Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

²Hospital Santa Barbara, Puertollano, España.

Palabras clave: Estancia hospitalaria. SARS-CoV-2.

Objetivos: Valorar los factores asociados con una estancia prolongada (mayor de 7 días) de los pacientes ingresados por infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se analizan antecedentes personales, parámetros analíticos y soporte ventilatorio recibido durante el ingreso de pacientes ingresados por COVID-19 en el Hospital General Mancha Centro y su relación con una estancia prolongada, definida como superior o igual a 7 días. Para el análisis estadístico empleamos el programa PASW estadistic 18 (SPSS inc), comparando las variables cualitativas mediante la prueba chi cuadrado y las cuantitativas mediante t de Student.

Resultados: Nuestra muestra cuenta con un total de 1.438 pacientes, con una edad media de 69,5 años. Del total un 44,6% (641) presentaba una estancia media prolongada. Los factores que se correlacionaron con una estancia ≥ 7 días de manera significativa fueron: edad avanzada ($p 0,01$), dislipemia ($p 0,001$), diabetes mellitus ($p 0,003$), deterioro cognitivo ($p 0,04$), afectación vascular periférica ($p 0,01$), leucemia ($p 0,001$), tromboembolismo pulmonar ($p 0,001$), necesidad de oxigenoterapia mediante gafas nasales de alto flujo ($p 0,002$) y ventilación mecánica invasiva ($p 0,001$), elevación de dímero-D durante el ingreso ($p 0,005$) e hiperferritinemia ($p 0,002$). Otros factores mostraron tendencia a la significación, como la hipertensión arterial ($p 0,051$), deterioro de función renal al ingreso ($p 0,07$) y LDH aumentada ($p 0,06$). En contraposición, la administración de bolos de corticoides (250 mg metilprednisolona/40 mg dexametasona), mostró correlación negativa con la estancia media prolongada.

Conclusiones: Puesto que la duración de la estancia hospitalaria constituye un insumo fundamental de los indicadores de gestión hospitalaria, nos planteamos valorar qué factores de esta nueva enfermedad influyen en la misma, con la idea de poder compararla con patologías similares que requieren ingreso hospitalario. Los pacientes con infección por SARS-CoV-2 con estancias medias mayores de 7 días presentan varios factores de comorbilidad que pueden influir, siendo en nuestro estudio, la edad, los factores de riesgo cardiovascular, el debut con complicaciones tromboembólicas, y la necesidad de terapias

de ventilación como GNAF o ventilación mecánica. Si bien se muestra como factor protector la administración de corticoides sistémicos.

1092. NEURITIS DEL V PAR CRANEAL COMO POSIBLE SECUELA TRAS INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Andrés Enríquez Gómez, Sergio Moragón Ledesma, Eva Cervilla Muñoz, Ana Contreras Chicote, Pedro José Melgarejo Otorola y Cristina Ausín García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Secuelas. Neuritis.

Es conocido el tropismo de los virus de la familia coronavirusidae por el sistema nervioso central, así como su capacidad para causar daño en el mismo. Desde el inicio de la pandemia COVID-19 se han descrito múltiples síntomas neurológicos secundarios a esta infección, así como sucedió en las epidemias previas del SARS-CoV-1 y el MERS-CoV. Algunas de las más comunes afectan a los pares craneales, siendo las más frecuentes anosmia y ageusia. En concreto, Politi et al. describieron hiperintensidad del bulbo olfatorio en imágenes de RM en una paciente con anosmia. Se presenta al respecto el caso de una mujer de 52 años, caucásica, con antecedentes de asma e hipotiroidismo. Ingreso de 7 días de duración en abril de 2020 por neumonía bilateral por SARS-CoV-2, sin desarrollo de SDRA ni ninguna otra complicación durante el ingreso. Recibe tratamiento con lopinavir/ritonavir, hidroxycloquin, metilprednisolona, ceftriaxona y azitromicina. En seguimiento posterior por Medicina Interna refiere tos, cefalea, artralgiás e insomnio como secuelas. El 1/9/2020 acude a urgencias por aparición de hipoestesia en lengua, labios y mejillas de predominio izquierdo, así como disgeusia. No se objetivan alteraciones en el análisis de sangre ni en la TC de cráneo. Posteriormente se realiza una RM que demuestra lesión en V par craneal izquierdo compatible con neuritis. Se realiza un diagnóstico diferencial amplio incluyendo, entre otras entidades, esclerosis múltiple y vasculitis ANCA y se organiza un seguimiento conjunto multidisciplinar entre Medicina Interna y Neurología. Se realiza una punción lumbar, análisis completo de sangre y orina, serologías y estudio de autoinmunidad general y específica. Todos los resultados obtenidos son negativos, descartando así todas las alternativas diagnósticas planteadas. Se plantea como primera posibilidad neuritis del V par craneal izquierdo como secuela neurológica de la infección por SARS-CoV-2 ante la ausencia de otros diagnósticos más plausibles. Otros autores han reportado la afectación de pares craneales tras una infección aguda. Pascual-Goñi et al. describieron un caso de parálisis del nervio abducens derecho asociando hiperintensidad del tegmento pontino y del núcleo del VI par craneal derecho en la RM. Los mecanismos por los que esto pueda suceder aún son desconocidos. La paciente aún se encuentra en seguimiento, con persistencia de la sintomatología y pendiente de realización de nueva RM de control en el mes de abril.

1094. ¿ARTRITIS POST-COVID-19?

Marta Ríos Ríos, Mireia Feliu Masgoret, Dèlia Taverner Torrent y Sandra Parra Pérez

Hospital Sant Joan, Reus, España.

Palabras clave: COVID-19. Artritis. Inflamatoria.

Caso clínico: Paciente de 68 años con antecedentes de HTA y miocardiopatía dilatada con FEVI 44%. Acude a urgencias por fiebre secundaria a infección por COVID-19 sin neumonía el día del ingreso. En planta evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda con cuadro de SDRA al 5º día, ingresando en UCI donde requiere VM e IOT con sesiones de pronó. En analítica destacan parámetros inflamatorios

muy elevados, como IL 6, ferritina, PCR, procalcitonina, LDH y Dímero D con leucopenia, sospechando un síndrome de activación macrofágica. Se inició tratamiento con remdesivir, tocilizumab y corticoides. Por sospecha de infección nosocomial se inició también piperacilina-tazobactam y azitromicina por serologías de neumonías atípicas positivas. Se realizó angioTAC observándose TEP bilateral y tratándose con HBPM a dosis terapéuticas. Presenta buena evolución en planta por lo que es dado de alta con tratamiento y rehabilitación. Al cabo de 6 semanas acude de nuevo con cuadro de poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones, tratado con metilprednisolona 1 mg/kg/día. En analítica de estudio destaca FR 22UI/ml, PCR 32 mg/dl, VSG 120 mm/h, IL 6 267 pg/ml y dímero D 3.800 µg/dl. El resto de estudio con Ac anticitrulina, resto de autoinmunidad, HLA B27, serologías y marcadores tumorales resultaron negativos. Durante el ingreso se negativizó el FR. Nuestra pregunta es, es una artritis inducida por el síndrome de activación macrofágica, una artritis reactiva a la infección o una artritis reumatoide inducida por la infección? Considerando que los Ac anticitrulina son negativos y que el FR no estaba muy elevado y se negativizó con el tratamiento, consideramos poco probable la opción de que sea una artritis reumatoide. Consideramos que podría ser una artritis reactiva y posiblemente inducida por el síndrome de activación macrofágica que produce en ciertos casos la infección por COVID-19.

Discusión: Hay algunos casos descritos de artritis reactiva post-COVID-19 y otros casos de primeros brotes de artritis reumatoide después de la infección por COVID-19. En nuestro paciente habrá que esperar la evolución dentro de los primeros 6 meses para valorar si los síntomas desaparecen o persisten, para decantarnos por un diagnóstico. De momento, la respuesta al tratamiento corticoideo es buena, con descenso de la PCR, VSG y FR, y mejoría clínica con disminución del dolor y de la tumefacción.

1107. COMORBILIDADES RELACIONADAS CON PEOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON NEUMONÍA COVID-19

Marina Cartas Verdugo, Dolores Macarena Lara Doblas, Herminio Ortega Abengozar, Jose Antonio Crespo Matas, Victoria Morell Massó, Inmaculada Espinosa Monroy, Jesús Javier Castellanos Monedero, Inmaculada Domínguez Quesada, Juan Javier Albendea Bascón y Paula Mijan Caño

Hospital Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Palabras clave: Mortalidad. COVID-19. Comorbilidad.

Objetivos: Establecer qué características clínicas se relacionan con mayor mortalidad en pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se analizan las comorbilidades relacionadas con mayor tasa de mortalidad en pacientes ingresados por COVID-19 en el Hospital General La Mancha Centro desde el 6 de marzo hasta el 15 de mayo de 2020. Análisis estadístico realizado mediante SPSS v18.

Resultados: Se incluyeron un total de 1410 pacientes con una edad media de 69,5 (± 15,9), de los cuales 746 eran hombres (52,9%) y 662 mujeres (47%). La tasa de mortalidad fue del 23,3% (339 pacientes). En nuestro estudio observamos que los pacientes más añosos presentaban una mayor mortalidad ($p = 0,001$) siendo la edad media en el grupo de fallecidos de 76,9. Se objetivaron una serie de comorbilidades relacionadas con una tasa de mortalidad superior que se citan a continuación: HTA 32,5% ($p = 0,001$), DM 32,5% ($p = 0,003$), obesidad 23,1% ($p = 0,002$), EPOC 38,9% ($p = 0,001$); ACV previo 33,3% ($p = 0,001$); deterioro cognitivo 35,9% ($p = 0,001$); ERC 40,3% ($p = 0,001$); insuficiencia respiratoria crónica y OCD 37,5% ($p = 0,001$); tumor sólido 35,9% ($p = 0,001$), siendo la neoplasia urológica la más frecuente entre los pacientes fallecidos.

Conclusiones: Según nuestro estudio, las características clínicas relacionadas con mayor mortalidad en pacientes con neumonía COVID-19 fueron edad avanzada, obesidad, hipertensión arterial, DM, enfermedades pulmonares, ERC, ACV y demencia siendo todas éstas también las relacionadas con una tasa de mortalidad mayor en la bibliografía revisada. Respecto a la enfermedad oncológica, encontramos los tumores hematológicos entre los más frecuentemente relacionados con mayor mortalidad en contraposición a nuestro estudio en el que fueron los tumores urológicos. De acuerdo con nuestro estudio, las comorbilidades relacionadas con mayor mortalidad en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2, fueron la edad avanzada, HTA, DM, obesidad, EPOC, ACV previo, ERC, insuficiencia respiratoria crónica con OCD y tumor sólido siendo la neoplasia urológica la más frecuente encontrada en los pacientes fallecidos.

Bibliografía

1. Marín-Sánchez A. Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e87.

1110. INFLUENCIA DE LA ASOCIACIÓN DE ANAKINRA Y CORTICOTERAPIA EN PACIENTES COVID-19

María Inmaculada Espinosa Monroy¹, Jose Antonio Crespo Matas¹, Juan Javier Albendea Bascón¹, Antonio Jesús Sarria Landete¹, Cristina Casado Delgado², Paula Miján Caño³, Carlos Muñoz López¹, Marina Cartas Verdugo¹, Sara Rodríguez Fernández¹ y Dolores Macarena Lara Doblas¹

¹C.H. La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España. ²Hospital Santa Bárbara, Puertollano, España.

Palabras clave: Neumonía SARS-CoV-2. Anakinra. Corticoterapia.

Objetivos: El objetivo del estudio ha sido evaluar la influencia de la asociación farmacológica de antagonistas de IL-1 a la corticoterapia a altas dosis en términos de tasa de mortalidad con respecto a pacientes en tratamiento único con corticoides, así como la evolución de parámetros analíticos, repercusión de antecedentes personales y características clínicas en respuesta a dichas terapias.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con 1.490 pacientes hospitalizados por neumonía SARS-CoV-2 entre los meses de marzo y junio de 2020 en el Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan). Se analizó antecedentes personales, presentación clínica y parámetros analíticos (al inicio, a los cinco días y al finalizar tratamiento) entre aquellos que habían recibido dosis altas de corticoides frente a los que, además, habían sido tratados con anakinra. Se utilizó chi cuadrado para variables cualitativas y t de Student para cuantitativas.

Resultados: Se seleccionaron a 289 pacientes que recibieron bolos de corticoides y a 9 que además recibieron tratamiento combinado con anakinra. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la evolución clínica (exitus/alta), comorbilidades previas y presentación de la enfermedad. Con respecto a la evolución de los parámetros analíticos, se observó una reducción estadísticamente significativa de la ferritina en pacientes con tratamiento combinado frente a tratamiento corticoideo único a los 5 días de inicio de tratamiento (381 ng/ml vs 1.095,23 ng/ml; p = 0,000) y al finalizar (844 ng/ml vs 314 ng/ml; p = 0,000). También mostró un descenso significativo en la proteína C reactiva en pacientes bajo tratamiento con bolos de corticoides y anakinra con respecto al otro grupo (4,33 mg/dl vs 1,466 mg/dl; p = 0,001) al finalizar tratamiento.

Conclusiones: En resonancia con otras publicaciones de la misma índole, encontramos a nivel analítico, una disminución de parámetros inflamatorios en pacientes tratados con la asociación de anakinra más corticoterapia. En términos de mortalidad absoluta, esta asociación no demuestra diferencias significativas respecto al tratamiento único con corticoides, como avalan diferentes estudios internacionales. No obs-

tante, existe controversia, ya que otras publicaciones abogan sobre una posible reducción de mortalidad en el uso de antagonistas IL-1.

1121. PARÁMETROS ANALÍTICOS RELACIONADOS CON MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES COVID-19

Victoria Morell Massó, Marina Cartas Verdugo, Carlos Muñoz López, Paula Miján Caño, Inmaculada Domínguez Quesada, Dolores Macarena Lara Doblas, Juan Javier Albendea Bascón, Óscar Herraiz Carrera y Antonio Jesús Sarria Landete

Hospital Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Palabras clave: Mortalidad. COVID-19. Parámetros Analíticos.

Objetivos: Establecer qué parámetros analíticos están relacionados con mayor mortalidad en pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se analizan los parámetros analíticos al ingreso de los pacientes ingresados por COVID-19 en el Hospital General La Mancha Centro desde el 6 de marzo hasta el 15 de mayo de 2020. Análisis estadístico realizado mediante SPSS v18.

Resultados: Se incluyeron un total de 1410 pacientes con una edad media de 69,5 ($\pm 15,9$), de los cuales 746 eran hombres (52,9%) y 662 mujeres (47%). La tasa de mortalidad fue del 23,3% (339 pacientes). En nuestro estudio hemos observado que los siguientes parámetros analíticos que se citan a continuación, están en relación con peor pronóstico en cuanto a mayor mortalidad, expresándose los datos en valores medios en pacientes dados de alta vs fallecidos. Creatinina (1,03 vs 1,34) p = 0,001; dímero D (1,73 vs 3,03) p = 0,001; ferritina (696 vs 1303) p = 0,001; GOT (38 vs 94) p = 0,001; LDH (623 vs 909) p = 0,001; PCR (8 vs 17) p = 0,000.

Conclusiones: De acuerdo con nuestros resultados, la creatinina, PCR, LDH y ferritina son los parámetros analíticos elevados más frecuentemente relacionados con peor pronóstico y mayor tasa de mortalidad en la literatura revisada. En ésta también está presente la procalcitonina (PCT) no analizada en los pacientes incluidos en nuestro estudio ya que no disponemos de su medición de forma rutinaria.

Conclusiones: Según nuestro estudio, niveles elevados de creatinina, dímero D, ferritina, GOT, LDH y PCR al ingreso de pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 se relacionan con peor pronóstico en cuanto a mayor tasa de mortalidad.

Bibliografía

1. Pascual Gómez NF, Monge Lobo I, Granero Cremades I, et al. Potenciales biomarcadores predictores de mortalidad en pacientes COVID-19 en el Servicio de Urgencias [Posibles biomarcadores predictores de mortalidad en pacientes con COVID-19 en el Servicio de Urgencias]. Rev Esp Quimioter. 2020;33(4):267-73.
2. De las Heras Flórez S, Rodríguez Afonso J, Carretero Pérez M, Sosa García MR. Utilidad de los parámetros de laboratorio en el pronóstico de los pacientes ingresados por COVID-19. Rev Med Lab. 2020;1(2):61-8.
3. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. J Infect. 2020.

1123. DIFERENCIAS ENTRE PRIMER BROTE Y SIGUIENTE DE PACIENTES INGRESADOS POR COVID

Carmen Vázquez Moreno, Francisco Jarilla Fernández, Alberto López Blázquez, Javier Rodríguez Moreno, Carolina de Cote Delgado, Cristina Bautista Galán, Ana Belén Ferro Espósito, Antonio Pedrajas Ortiz, Juan Jesús Carabantes Rueda y Jesús Olmedo Llanes

Hospital Antequera, Antequera, España.

Objetivos: Conocer si existen diferencias entre los pacientes ingresados en un hospital de primer nivel por COVID-19 en el primer brote de enfermedad y los siguientes.

Material y métodos: Diseño: cohortes de casos con COVID-19. Muestra: todos los casos incidentes de COVID-19 confirmados ingresados en el Hospital de Antequera. Análisis estadístico: descriptivo y comparativo bivalente y multivariante ($p < 0,05$). La fuerza de la asociación fue medida mediante riesgo relativo (RR). La estimación poblacional mediante intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Hasta el 1 de febrero ingresaron 373 pacientes con COVID-19. El 57,6% varones (IC95% 52,5-62,5). La edad media de 68 años (IC95% 66,5-69,6). El tiempo medio de síntomas antes del ingreso: 6,1 días (IC95% 5,7-6,5 días) con un p25-75 (3-8). Comorbilidades más frecuentes HTA 60% (IC95% 55-64) DM 31% (IC95% 26-35), DLP 42,7% (IC95% 37,7-47), obesidad 19,7% (IC95% 16-24), ictus 11,7% (IC95% 8,8-15). El 48,3% de los pacientes (IC95% 43,2-53,3) estaba en tratamiento con IECA o ARA2. La saturación media en urgencias fue 90,3% (IC95% 89,7-91) con P25-75 88-95%. Analítica: CrCl CKD-EPI 71,7 ml/min/1,73 m² (IC95% 68,8-74,4), dímero D 2.594 ng/ml (IC95% 1.833-3.354), ferritina 715 mg/dl (IC95% 632-1.685), LDH 377 U/L (IC95% 356-397), linfocitos 1.206 mm³ (IC95% 1.038-1.374), PCR 108 mg/L (IC95% 99-116). Tratamientos: HBPM 94,4% (IC95% 91,5-96), antibioterapia amplio espectro 55% (IC95% 50-60), esteroides 73% (IC95% 68-77), levofloxacino 47% (IC95% 42-52), tocilizumab 6% (IC95% 4-9). Mortalidad: 20,8% (IC95% 17-25). En el análisis comparativo bivalente, existían diferencias estadísticamente significativas en la anti-bioterapia de amplio espectro, el uso de levofloxacino y la heparina de bajo peso molecular, mayor prevalencia de dependientes, mayor mortalidad, uso de esteroides, la saturación de oxígeno al ingreso, el tiempo de duración de los síntomas, niveles de CrCl, lactato; en el análisis multivariante los factores independientes relacionados con la segunda ola fueron el uso de esteroides RR 21,7 (IC95% 5-102) sexo femenino RR 7,44 (IC95% 2-34) uso de levofloxacino RR 11 (IC95% 3-56) niveles mayores de CK y linfocitos, RR (IC95% 1,002-1,01) y RR (IC95% 1,0004-1,003) y menores de lactato RR 0,74 (IC95% 0,65-0,81).

Conclusiones: Encontramos diferencias entre la primera ola y la segunda siendo más frecuente la segunda ola el uso de esteroides, levofloxacino, el sexo femenino, niveles más elevados de CK y linfocitos y menores de lactato.

1145. MANEJO DE BROTE EN RESIDENCIA GERIÁTRICA DE FUENLABRADA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID

Vanessa García de Viedma García, Laura Velázquez Ríos, Alejandro Pérez Martín, Elena Madroñal Cerezo, Marta Guerrero Santillán, Miguel Ángel Duarte Millán, Rafael Cristóbal Bilbao, Juan Víctor San Martín López, Jose Manuel Ruiz Giardin y Sonia Gonzalo Pascua

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España.

Palabras clave: COVID. Geriátría. Brote.

Introducción: El objetivo de este estudio es describir las características y el manejo de los pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica durante la pandemia por SARS-CoV-2 valorados por el equipo de apoyo a las residencias del hospital de Fuenlabrada.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo con datos de pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica del área de Fuenlabrada durante el brote secundario a la infección por SARS-CoV-2 en octubre/noviembre de 2020. La información se ha obtenido de la historia clínica electrónica y se han recogido variables demográficas, clínicas y resultados analíticos de los pacientes. La valoración del nivel de dependencia se ha realizado mediante las escalas Barthel y Clinical Frailty Scale (CFS). Una vez los pacientes fueron valorados por parte del equipo de apoyo a residencias se decidió si precisaban inicio de tratamiento, seguimiento o necesidad de traslado al hospital. El análisis estadístico se ha realizado con SPSS.

Resultados: El equipo de apoyo a residencias valoró un total de 75 pacientes, 100% mujeres con una media de edad de 87,99 años (DE

6,28). 75 pacientes tuvieron PCR positiva en el momento de inicio del brote. 3 pacientes eran independientes (Barthel 100), 12 pacientes presentaban una puntuación en la escala Barthel de < 20 . 65 pacientes presentaban algún grado de dependencia según CFS y 12 eran completamente dependientes. El 29,3% no presentaba deterioro cognitivo y 72 pacientes (96%) no presentaban ninguna enfermedad pulmonar crónica, solo 29 pacientes (38%) presentaban alguna cardiopatía (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca o fibrilación auricular) y 18 estaban anticoaguladas. 5 pacientes precisaban oxigenoterapia crónica ambulatoria. 27 pacientes (36%) fueron asintomáticos, y los síntomas más frecuentes fueron la disnea (25%) y la tos (75%). 5 pacientes (6,7%) presentaron anosmia o ageusia. 33 pacientes (44%) recibieron tratamiento siendo la dexametasona lo más frecuente (87%). Se derivó a urgencias a 15 pacientes todos precisaron ingreso hospitalario. Durante el ingreso 5 pacientes recibieron tocilizumab.

Conclusiones: La valoración precoz y el seguimiento estrecho de los pacientes institucionalizados en residencias con infección por SARS-CoV-2 puede reducir la necesidad de traslado al hospital de estos pacientes y el desarrollo de complicaciones graves y por lo tanto aporta un claro beneficio en los pacientes institucionalizados de edad avanzada

1153. ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL EN PACIENTES CON NEUMONÍA COVID-19

Francisco Javier Teigell Muñoz, Alejandro Estrada Santiago, Elena García Guijarro, Farah Younes, Yolanda Majo Carbajo, Ana Muñoz Gómez, Alberto Herrero Carrera, Juan Carlos Repáraz González, Pilar Cubo Romano y Gonzalo García de Casasola Sánchez

Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla, Parla, España.

Palabras clave: Neumonía COVID-19. Hospitalización a domicilio. Manejo ambulatorio.

Objetivos: Describir la experiencia del Hospital Infanta Cristina (HIC) de Parla en el manejo combinado de los pacientes con neumonía COVID-19 (N-COVID) entre el Servicio de Urgencias (SU), Medicina Interna, y Hospitalización a Domicilio (HAD).

Material y métodos: Analizamos todos los pacientes dados de alta por N-COVID en el HIC entre el 1/octubre/2020 y 31/enero/2021. En el SU, los pacientes con N-COVID se clasificaron según el protocolo local: Muy bajo riesgo (alta y seguimiento por A. Primaria); Bajo riesgo (alta y seguimiento telefónico con pulsioximetría); o Alto riesgo (ingreso hospitalario). En planta, los pacientes con evolución favorable (sin fiebre, mejoría analítica y respiratoria, estabilidad radiológica) pero con necesidad de mantener ingreso por ins. respiratoria, medicación iv, etc, completaron su hospitalización en régimen de HAD, siempre que precisaran $O_2 \leq 4$ Lpm y cumplieran los criterios de inclusión en el programa.

Resultados: En el periodo de estudio se diagnosticaron 625 N-COVID. El 24% evitó inicialmente el ingreso al incluirse en el programa de seguimiento telefónico. La edad media fue de 53 años y el seguimiento medio de 6 días, sumando 884 días de seguimiento. De ellos, el 22% precisaron finalmente ingreso hospitalario (mayoritariamente por $SaO_2 < 92\%$), solo el 2% precisó ingreso en UCI, y el 1,3% falleció. El 18% de los hospitalizados completaron su ingreso con HAD. Su edad media fue de 65 años, y su seguimiento medio de 11 días, con 1001 estancias evitadas. El 92% ingresaron en HAD con insuficiencia respiratoria, pudiéndose retirar la oxigenoterapia domiciliaria en el 80% antes del alta. Solo 4 pacientes precisaron reingreso hospitalario. En este periodo la estancia media hospitalaria de los pacientes con N-COVID fue de 9,58 días (incluyendo la estancia de pacientes pendientes de traslado a otros centro y salidas de UCI), con un total de 4875 estancias hospitalarias. La mortalidad global fue del 10%. La suma de estancias en HAD y días de seguimiento telefónico evitó 1885 estancias hospitalarias, lo que supone el 28% de las estancias totales.

Conclusiones: En pacientes con N-COVID, la combinación de hospitalización convencional, manejo ambulatorio en los casos de bajo riesgo, y HAD, es seguro, evita un número significativo de ingresos y reduce la estancia hospitalaria. Esto puede suponer una importante ahorro y liberación de recursos para los pacientes más graves, y una reducción de las complicaciones asociadas a la hospitalización convencional.

1168. REBROTE EN FIGUERAS. ¿HEMOS APRENDIDO ALGO DE LA PRIMERA OLA?

Patricia Trinidad García Morante, Carles Sardà Borroy, Hugo Loureiro Koechlin, Eulalia Guillem Martínez y Héctor Dardo Romero Funes

Hospital de Figueras, Figueras, España.

Palabras clave: COVID-19. Rebrote. Figueras.

Realizamos un análisis retrospectivo y comparativo de los pacientes que fueron ingresados en la unidad de semicríticos (UMO) del Hospital de Figueras en la primera ola (marzo y abril de 2020) respecto del posterior rebrote acaecido en los meses de julio y agosto. Durante la primera ola fueron atendidos en la UMO 33 pacientes (78,78% de ellos hombres). En los meses del rebrote, 26 (61,53% hombres). Aproximadamente, el 45% de los pacientes tanto en la primera ola como en el rebrote presentaron comorbilidades (HTA y diabetes, principalmente). La edad media en ambas franjas temporales fue similar (57 vs 54). La puntuación de las escalas de valoración funcional y pronóstica fueron significativamente mayores durante la primera ola: CURB 1,72 vs 1,07, SOFA 3,57 vs 2, APACHEII 13,75 vs 11,8, entre otros. La mediana de días con síntomas hasta su consulta en Urgencias fue 2 días menos durante el rebrote. El 46% de los pacientes ingresados durante el rebrote fueron trasladados a UCI, un 16% más respecto a la primera ola y, además, su edad media era menor (60 vs 57). El tiempo medio de estancia en UMO tras IOT fue de 2,46 días durante la primera ola, 1,04 días más respecto al posterior rebrote. Destacó la tendencia a consultar en Urgencias durante el rebrote con PaFiO2 mayores (238 vs 243,29 mmHg), así como la tendencia a proceder a IOT con PaFiO2 mayores también (111,6 vs 159 mmHg). La tasa de mortalidad global se redujo considerablemente (21,21% en la primera ola vs 3,84% en el rebrote del total ingresados), así como tasa de mortalidad intraUCI de los pacientes trasladados (30% vs 0%). El 50% de los pacientes pudieron ser dados de alta a planta en ambas olas. Entre las razones principales que explican los mejores resultados obtenidos durante el brote estarían: a) el mejor conocimiento sobre la COVID-19 que mejoró la agilidad y la labor de los profesionales de la salud a la hora de reconocer el inicio de las posibles complicaciones, b) reducción del tiempo hasta la derivación de los pacientes al servicio de urgencias por parte atención primaria, que favoreció su llegada en mejores condiciones físicas, c) el uso extendido de la corticoterapia (67% al 92% en el rebrote), d) la excelente comunicación con UCIs de referencia y la no saturación de las mismas. Puesto que no disponemos de UCI en nuestro centro desconocemos los criterios intraUCI que han podido contribuir a mejorar los resultados durante el rebrote.

1179. INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 Y SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. CASO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ariadna Helena Andrade Piña, Mayka Freire Freire, María López Rodríguez, Iván Fernández Castro, Clara Casar Cocheatux, Lucia Barrera López, Jonathan Montoya Valdés, Adela Lama López, Lucia Gómez Suárez y Bernardo Sopena Sopena

Complejo Clínico Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Síndrome de Guillain-Barré. Síndrome de Miller Fisher.

Introducción y objetivos: La enfermedad producida por el SARS-CoV-2 (COVID-19) cursa en el 80% de los casos como un síndrome respiratorio leve, pero en el otro 20% aparecen infiltrados pulmonares, distrés respiratorio rápidamente progresivo y/o afectación multisistémica, típicamente entre el día 7 y 10 desde el inicio. Esta "fase inflamatoria" es secundaria a una "tormenta de citoquinas". Se han descrito además la aparición simultánea de algunas enfermedades autoinmunes, como el síndrome de Guillain Barré (SGB). Nuestra intención es revisar la asociación COVID-19 y SGB. Estudio observacional descriptivo con análisis retrospectivo de la historia clínica de un paciente con infección por SARS-CoV-2 y SGB. Revisión de la literatura en PubMed hasta el 2 de diciembre de 2020.

Caso clínico: Varón de 71 años con cuadro de diarrea, anosmia, ageusia y disnea de 10 días de evolución. En los últimos 4 días se asoció debilidad progresiva de extremidades. Presentaba crepitantes bilaterales y tetraparesia flácida sin nivel sensitivo. Se detectó elevación marcada de marcadores de inflamación, PCR para SARS-CoV-2 positiva e infiltrados pulmonares bilaterales. La punción lumbar mostró disociación albúmino-citológica y la electromiografía datos de desmielinización. Recibió 5 días de inmunoglobulinas y 3 bolos de corticoides, con buena evolución. En la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 206 artículos, en los cuales identificamos 89 revisiones/opiniones, 78 casos clínicos y 10 series de casos, sumando 176 casos totales.

Discusión: La asociación del GBS con la COVID-19 tiene ciertas características distintivas. Se presenta en muchas ocasiones como una "para-infección aguda", a los pocos días del inicio de la COVID-19. El LCR muestra niveles elevados de proteínas, pocas células inflamatorias y PCR para SARS-CoV-2 negativa. La mayoría no muestra anticuerpos antigangliósidos. Es probable que su patogenia no sea el daño directo por el virus ni la producción de autoanticuerpos, si no la propia tormenta citoquímica. La respuesta terapéutica a Ig iv o recambio plasmático obtiene peores resultados que en el SGB clásico y no se ha examinado el papel de los esteroides, a pesar de que éstos han demostrado eficacia sobre la fase inflamatoria de la COVID-19.

1240. SÍNDROME ESCLERODERMIFORME: NUEVAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS TRAS LA COVID-19

Patricia Gómez Ronquillo¹, Rubén Lobato Cano¹, Luis Manuel Saez Urán¹ y Manuel Sánchez Díaz²

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Palabras clave: Edema. SARS-CoV-2. Mucina.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 47 años de edad con antecedentes personales de obesidad, hipercolesterolemia, EPOC Gold C e Infección crónica por VHB y VHC no tratadas, que consultó inicialmente en el servicio de urgencias por cuadro de astenia, fiebre y disnea. En la exploración destacaba una saturación de O2 del 97% aire ambiente, Tª 37,5 °C y en la auscultación presentaba crepitantes finos en la base derecha. Se realizó una radiografía simple de Tórax que objetivó discreto infiltrado intersticial en lóbulo Inferior derecho y se solicitó una prueba PCR para SARS-CoV-2 que resultó positiva y dada la estabilidad clínica se derivó al alta. Sin embargo el paciente acudió 10 días después por edematización, eritema y dolor de ambos miembros inferiores y de brazo izquierdo. La exploración fue superponible a la de días previos y además se objetivaron unas placas eritematosas, hipodérmicas, induradas y dolorosas a la presión por lo que se solicitó un eco-doppler que descartó TVP y se decidió ingreso para estudio tanto de lesiones cutáneas como de la disnea. En planta se realizaron pruebas complementarias incluidas autoinmunidad, TSH, proteinograma, ecocardiograma, Angio-TAC de tórax, serologías VIH y ecografía

abdominal sin hallazgos relevantes. Se solicitó valoración por dermatología que realizó biopsia cutánea de las lesiones con la sospecha inicial de esclerodema. La anatomía patológica de la muestra confirmó los depósitos de mucina intersticial y haces de colágeno que confirmaron el diagnóstico de esclerodema asociado a infección por SARS-CoV-2, iniciándose tratamiento con metilprednisolona 1 mg/Kg 5 días con mejoría clínica posterior. Existen manifestaciones cutáneas muy heterogéneas asociadas a la COVID-19 incluidos exantemas maculo-papulares, livedo o pseudoperniosis, siendo el esclerodema muy poco frecuente hasta ahora. Esta entidad se relaciona principalmente con diabetes Mellitus hasta en la mitad de los casos, así como otras causas posinfecciosas, paraneoplásicas, autoinmunes o idiopáticas. En cuanto al tratamiento se han empleado fototerapia, así como corticoides sistémicos y otros inmunosupresores como ciclosporina.

1267. MIS-A (MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME IN ADULT) POST COVID

Irene Casado López, Elena García Guijarro, María Mateos González, Javier Villanueva Martínez, Andrés Cortés Troncoso y María Teresa de Guzmán García Monge

Hospital Infanta Cristina, Madrid, España.

Palabras clave: Coronavirus. Síndrome inflamatorio. Daño miocárdico.

Caso clínico: Describimos el caso de una mujer de 28 años con un cuadro de fiebre refractaria a tratamiento, rash cutáneo e hipotensión. Como único antecedente destaca infección leve por coronavirus hace 3 semanas. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia, PCR mayor de 200, linfopenia, D dímero elevado y elevación de troponina con CPK normal sin alteraciones electrocardiográficas. Se realiza ecocardiograma objetivándose FEVI en el límite bajo (54%) sin otras alteraciones. El resto de pruebas complementarias no presentan alteraciones (urocultivo, hemocultivos, angio TAC). Se inicia antibioterapia empírica y tratamiento expansivo sin respuesta tras 24 horas de evolución, con empeoramiento de la hipotensión, necesidad de oxigenoterapia y persistencia de fiebre elevada. Ante dicha evolución se completa estudio analítico en el cual destacan elevación de VSG, ferritina e IL-6, con valores de procalcitonina normales, además de serología IgM e IgG positiva para COVID con PCR en exudado faríngeo negativa. Resto de serologías para virus negativas. Resto de estudio de autoinmunidad negativo. Con todos estos datos y dado el antecedente de infección reciente por covis la principal sospecha diagnóstica es un síndrome inflamatorio multisistémico post-COVID (similar al MIS-C en niños). Se inicia tratamiento durante tres días con bolos de metilprednisolona 125 mg e inmunoglobulinas a dosis de 2 g/kg en infusión lenta en dos tomas. En abril de 2020, diversos informes documentaron una presentación en niños similar a la enfermedad de Kawasaki incompleta secundaria a la infección por COVID. Dicho cuadro se ha denominado niños Multisystem inflammatory syndrome in Children (MIS-C). Se han notificado casos de pacientes adultos con una afectación similar al MIS-C, denominada MIS-A. El caso de nuestra paciente cumplía con la definición de caso de la Organización Mundial de la Salud y del Centro de Prevención de Enfermedades (CDC) para diagnóstico de MIS-A :1) enfermedad grave que requirió hospitalización en paciente ≥ 21 años; 2) resultado positivo de la prueba de infección por coronavirus; 3) disfunción grave de uno o más sistemas de órganos extrapulmonares (hipotensión, disfunción cardíaca, trombosis o tromboembolismo arterial o venoso, o lesión hepática aguda); 4) evidencia de laboratorio de inflamación severa (PCR elevada, ferritina, dímero D o IL-6); y 5) ausencia de enfermedad respiratoria grave (hipoxia tisular); 6) ausencia de diagnóstico alternativo como sepsis.

1274. O.A.F. EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN EN ANCIANOS CON SDRA POR NEUMONÍA SARS-CoV-2

Sergio Rivero Santana, Cristina Antón Alonso, Sara Jonás Llauradó, Agustín Casais Statello y Domingo Ruiz Hidalgo

Althaia Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa, Manresa, España.

Palabras clave: Oxígeno alto flujo. SDRA. Neumonía por SARS-CoV-2.

Introducción: La mortalidad en ancianos con neumonía por SARS-CoV-2 es elevada debido a la vulnerabilidad que pueden tener y al desarrollo de distrés respiratorio (SDRA). Debido a la vulnerabilidad y las comorbilidades asociadas la ventilación mecánica (VM) puede ser más perjudicial que beneficiosa. Por otra parte, la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) puede mejorar a pacientes con SDRA y es bien tolerada.

Objetivos: Describir la implementación de OAF en planta de hospitalización en ancianos vulnerables con SDRA no candidatos a VM y analizar los resultados.

Material y métodos: Se diseñó un programa de aplicación de OAF en planta de hospitalización entre los servicios de Medicina Interna y Neumología de un Hospital General Universitario de 418 camas. Los pacientes estarían en una única unidad de hospitalización. Previamente se realizó formación a enfermería por parte de personal de la UCI y a los médicos internistas por parte de Neumología. Se consensaron los criterios de inclusión (no candidato a VM, información a paciente y/o familia con activación de la plantilla de adecuación terapéutica disponible en el hospital. Además, se creó un equipo consultor para verificar los criterios de inclusión (neumólogo e internista) todos los días de la semana.

Resultados: Desde el 18 de enero de 2021 han entrado en el programa 13 pacientes (7 hombres y 6 mujeres) con una edad media de 87,3 años. La media de la Clinical Frailty Scale fue de 3,77. Ninguno tenía demencia. La PaFi media cuando acudieron a Urgencias fue de 272,1. Todos ellos recibieron dexametasona. La frecuencia respiratoria media antes de iniciar OAF fue de 26,4 rpm y todos ellos estaban con oxigenoterapia con FiO₂ 0,5. Cuando se instauró OAF el flujo máximo de oxígeno medio fue de 57,7 L y la FiO₂ 73,5%. La media de días con OAF fue de 6,8 (4-12). Fallecieron 5 pacientes (38,4%) que no respondieron a OAF (media días 5,5). El resto respondió favorablemente y pudieron ser dados de alta (media de días 8,8). Todos los pacientes se adaptaron bien a la OAF.

Conclusiones: La instauración de OAF en planta es una oportunidad para ancianos con SDRA no candidatos a VM que de otra manera podrían fallecer. En nuestra experiencia aquellos ancianos que tendrán mala evolución se observa en los primeros días. Para implementar este tipo de programas es necesario la implicación de profesionales de diferentes especialidades médicas y de enfermería, así como una curva de aprendizaje.

1288. ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Cesar Henríquez Camacho y Miguel Yebra Yebra

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Palabras clave: Ecografía pulmonar. SARS-CoV-2.

Introducción: La ecografía pulmonar es una herramienta diagnóstica usada en pacientes con COVID-19. El objetivo de este estudio es describir los hallazgos ecográficos en pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Serie de casos de pacientes con neumonía grave confirmada por SARS-CoV-2 en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos durante el mes de abril de 2020. Se exploraron 12 regiones pulmonares valorando síndrome intersticial y consolidaciones al ingreso y tras 48-72 horas de la primera valoración.

Resultados: Se estudiaron 10 pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 (8 hombres y 2 mujeres). En el 80% se objetivó síndrome intersticial (líneas B) bilateral y en el 30% consolidaciones subpleurales. No hubo diferencia en los hallazgos durante las exploraciones seriadas en pacientes clínicamente estables. En 4 pacientes con empeoramiento clínico se observó un aumento del síndrome intersticial bilateral.

Conclusiones: La ecografía pulmonar puede ser útil en el seguimiento de pacientes con empeoramiento respiratorio. Estudios con mayor número de pacientes son necesarios para determinar su precisión diagnóstica.

1301. USO DE TOCILIZUMAB DE FORMA PRECOZ EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN COVID-19

Ana Laura Blanco Taboada¹, Rocío García Serrano¹, Sofía Delgado Romero¹, Ricardo Espinosa Calleja¹, Aixa García Maldonado², Mercedes Gómez Hernández¹, Antonio Hernández Martínez², Lucía María Cantero Nieto¹, Francisco García Colchero¹ y Yolanda Marín Fernández¹

¹Medicina Interna; ²Neumología, Hospital San Juan de Dios de Aljarafe, Sevilla, España.

Palabras clave: COVID-19. Tocilizumab. Ventilación mecánica.

Introducción: Diversos estudios han planteado que el bloqueo del receptor de interleucina-6 (tocilizumab) interrumpe la cascada inflamatoria en pacientes con neumonía grave por COVID-19, aunque su eficacia aún no está muy clara. En el estudio "Tocilizumab in Patients Hospitalized with COVID-19 Pneumonia" el uso de tocilizumab en pacientes hospitalizados con neumonía COVID-19 sin ventilación mecánica redujo la probabilidad de progresión a ventilación mecánica y muerte. El objetivo de nuestro estudio es comprobar si el uso de tocilizumab previo al inicio de ventilación mecánica en pacientes hospitalizados con neumonía grave COVID-19 mejora la evolución y pronóstico de los pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes con neumonía grave por COVID-19 que han recibido tocilizumab durante el ingreso, pudiendo haber sido la indicación del tratamiento progresión de la insuficiencia respiratoria y/o presencia de parámetros analíticos de hiperinflamación (ferritina > 1.000 ng/mL, D-dímero > 10.00 ng/mL, linfopenia < 800/L, PCR > 100 mg/L, procalcitonina normal). Dividimos a los pacientes en dos brazos según si habían recibido tocilizumab de forma precoz (antes del inicio de VMNI/ONAF) o tardía (estando con ventilación mecánica) y comparamos la necesidad de ingreso en UCI, IOT, mortalidad, días de ingreso hospitalario y días de necesidad de oxigenoterapia suplementaria.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes, 13 en el brazo precoz y 9 en el tardío. No existieron cambios significativos entre brazos respecto al sexo, comorbilidades, patrón radiológico, síntomas, signos vitales y días de evolución al ingreso. La edad media fue 54,69 en el precoz y 62,11 en el tardío. La indicación más frecuente de tocilizumab fue la presencia conjunta de deterioro respiratorio y datos de hiperinflamación. El 15,8% de los pacientes del brazo precoz ingresaron en UCI, sin existir ninguna IOT. En el brazo tardío el 77,78% requi-

rió UCI y el 55,55% IOT. No existieron éxitos en el brazo precoz, siendo la mortalidad en el tardío del 33,33%. La media de días hasta la retirada de oxigenoterapia tras el tocilizumab en los pacientes que sobrevivieron fue de 12,38 en el precoz y 21,83 en el tardío, siendo los días hasta el alta de 11,3 en el precoz y 21,5 en el tardío.

Conclusiones: Nuestro estudio apoya que el uso precoz de tocilizumab puede disminuir los ingresos en UCI, intubaciones orotraqueales, mortalidad, días de uso de oxigenoterapia suplementaria y días de estancia hospitalaria.

1304. PREDICCIÓN DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Cristina Antón Alonso, Sergio Rivero Santana, Estefanía Morales Pérez, Andrea Vázquez Escobales, Agustín Casais Statello, Sara Jonás Llauredó y Domingo Ruiz Hidalgo

Fundación Althaia, Hospital Sant Joan de Deu, Manresa, España.

Palabras clave: Predicción mortalidad coronavirus.

Objetivos: Desarrollar un modelo predictivo de mortalidad hospitalaria basado en variables en el momento del ingreso en Urgencias en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo realizado en un hospital general universitario de 418 camas. Se reclutaron de forma consecutiva los pacientes que ingresaron a través de Urgencias con el diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 y edad igual o superior a 18 años. Al inicio se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y radiológicas, así como la Clinical Frailty Scale (CFS) previa al ingreso y el National Early Warning Score (NEWS) en el momento del ingreso. La variable dependiente fue la mortalidad hospitalaria. Se realizó un análisis bivariante y posteriormente un análisis multivariante mediante regresión logística. Se determinó la discriminación mediante c-statistic.

Resultados: Se analizaron 433 pacientes con una edad media 66 años y 61% hombres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (45%), diabetes (19,2%) y enfermedad renal crónica (11,1%). La distribución CFS fue, 1-3 (91%), 4-5 (7,6%) y 6-8 (1,4%). El 81,5% tenían un NEWS inferior a 7. La mortalidad hospitalaria fue del 17,8%. El 20,8% ingresaron en la UCI. Las variables significativas en el análisis bivariante fueron sociodemográficas (edad, hombre), comorbilidades (HTA, diabetes, EPOC, enfermedad renal crónica), la CFS, el NEWS, taquipnea, PaFi, variables analíticas (anemia, trombopenia, hipoalbuminemia, creatinina, LDH, dímero D, ferritina, proteína C reactiva, IL-6, troponina I, NT-proBNP, hipocalcemia). El modelo multivariante como variables independientes: edad 65 a 74 años (OR 1,81), de 75 a 84 (OR 8,32) y 85 o más (OR 7,96); ser hombre (OR 3,17); HTA (OR 2,56); CFS 4-5 (OR 3,81), CFS 6-7 (OR 7,71); NEWS igual o superior a 7 (OR 2,44). El c-statistic 0,857 (IC95% 0,807-0,892).

Conclusiones: Es posible realizar una adecuada predicción de la mortalidad hospitalaria en el momento del ingreso en Urgencias a los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 a través de variables sencillas que pueden obtenerse a través de la anamnesis y utilizando scores validados como la CFS y el NEWS.