

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

87. MEDICALIZANDO RESIDENCIAS DE ANCIANOS. DIFERENCIAS ÁREA URBANA VERSUS RURAL

Ángela María Arévalo Pardo¹, Sara García Vaquero², Carmen Sánchez Toledano³, Joaquín Fra Rodríguez¹, Aurora Sacristán Salgado¹, Javier Visa del Caño¹, Alicia Armentia Medina¹, Resurrección Vacas Cabornero¹ y Álvaro Sanz Rubiales¹

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

Palabras clave: Mortalidad. COVID-19. Anciano.

Objetivos: Analizar diferencias en la intervención/medicalización de residencias sociosanitarias en áreas urbana y rural por un equipo multidisciplinar, bajo los protocolos vigentes durante primera ola de pandemia COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Periodo: 2 meses. Los centros sociosanitarios se medicalizaron, empleando mismas medidas de aislamiento, equipos de protección individual, tratamientos curativos que un hospital; organizado y mantenido por un equipo multidisciplinar voluntario formado por médicos de familia, oncólogos, endocrinólogos, preventivistas y alergólogos. Selección al azar de dos centros, uno urbano y otro rural. Variables: número de pacientes, edad, sexo, historia previa. Resultado PCR SARS-CoV-2, fecha, síntomas, tratamientos (antibióticos, hidroxyclo-roquina, lopinavir/ritonavir, corticosteroides, anticoagulación, oxigenoterapia suplementaria), seguimiento, ingreso hospitalario por complicaciones, fallecimientos antes/después de intervención (fecha, causas).

Resultados: Residencia urbana (RUA): Pacientes: 60, 81% mujeres. SARS-CoV-2 PCR positivo: 65. Asintomático: 32. Síntomas respiratorios 12, gastrointestinales 8. Tratamiento utilizado de acuerdo con las Guías de Salud publicadas por el Ministerio de Sanidad. Antibióticos: azitromicina 85%, amoxicilina 30%, ceftriaxona 35%, hidroxyclo-roquina 20%, anticoagulación heparina molecular de bajo peso (HBPM) 70%, corticosteroides 90%, oxigenoterapia 50%. No complicaciones por terapia. Ingreso 2 pacientes. Muertes antes de intervención 6 (5 por dificultad respiratoria aguda grave, una en hospital por embolia masiva a pesar de HBPM), después 2 (síntomas respirato-

rios). Residencia rural (RRA): Pacientes: 96, 80,20% mujeres. SARS-CoV-2 PCR positivo: 83. Asintomático: 57. Síntomas respiratorios 19, gastrointestinales 20. Antibioterapia: azitromicina 79,48%, amoxicilina 17,97%, ceftriaxona 46,15%, hidroxyclo-roquina 5,12%, anticoagulación HBPM 100%, corticosteroides 74,35%, oxigenoterapia 41,02%, suspendida después 89,74%. No complicaciones por terapia. Ingreso 4 pacientes. Muertes antes 16 (todas por dificultad respiratoria aguda grave), después 9 (empeoramiento progresivo). No diferencias estadísticas al comparar ambos grupos.

Conclusiones: La medicalización de residencias de ancianos permitió mejorar su supervivencia, sin contribuir al colapso de los hospitales. Sorprendentemente, un gran número de esta población de alto riesgo tiene una infección asintomática.

121. PROYECTO REDUCOVID-19: PAPEL DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS ANTICOLINÉRGICOS NO SEDATIVOS EN LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VIRAL POR COVID-19

Daniel López García

USF- D. Francisco de Almeida, Abrantes, Portugal.

Palabras clave: COVID-19. Antihistamínico. R0.

Introducción: El objetivo de este estudio es verificar si los antihistamínicos anticolinérgicos no sedativos pueden reducir la tasa de transmisión de patógenos virales como el coronavirus COVID-19, y de esta forma reducir su propagación a través de gotículas, que es su principal vía de transmisión¹. El equipamiento de protección individual publicado por el ECDC^{2,3} es eficaz, pero no tiene aplicabilidad práctica a toda la población. Por ello, todavía no se han logrado aplicar medidas que sean eficaces en la prevención primaria de esta enfermedad, y que sean útiles en el contexto epidemiológico actual de mitigación (Fase 3 - Control de epidemia). El número básico de reproducción R0 hace referencia al número de infecciones producidas (casos secundarios), por cada individuo infectado (caso primario). Por tanto, cualquier intervención que reduzca R0 ($R0 = 2,68$)⁴ disminuirá la propagación de la enfermedad, que es precisamente el objetivo de esta investigación. Segundo un estudio epidemiológico publicado en Medrxiv, los contactos domésticos presentan mayor riesgo de infección (15%) que otros contactos cercanos⁵. Estos resultados aportan una valiosa información epidemiológica que permitiría realizar futuros ensayos clínicos con fármacos antihistamínicos, y observar si su administración en sujetos enfermos leves diagnosticados reduce el riesgo de transmisión viral entre personas.

Material y métodos: La presencia del virus COVID-19 en vías respiratorias superiores explica que se observen tasas de transmisión viral tan elevadas⁶, pero pone también de manifiesto que es preciso analizar detalladamente los procesos fisiopatológicos inherentes, y si son comparables a otros ya estudiados para otras enfermedades. Existen varias vías de transmisión de la infección por COVID-19 pero, ¿existe algún fenómeno fisiopatológico concomitante con el proceso infeccioso que pueda intensificar la transmisión y propagación del virus? ¿Pueden los fármacos antihistamínicos anticolinérgicos no sedativos tener un papel en la reducción de la transmisión actuando sobre el proceso fisiopatológico? Algunos estudios refieren que los pacientes enfermos sintomáticos tienen una mayor capacidad de contagio que los asintomáticos¹. Una posible explicación sería que los enfermos sintomáticos tienen una mayor carga viral⁷. No en tanto, se constata que la existencia de clínica respiratoria de tos y rinoconjuntivitis contribuye de forma significativa a la diseminación viral y, todo ello, puede tener relación directa con el aumento del factor R0. Y es precisamente por eso, que los antihistamínicos anticolinérgicos pueden ser beneficiosos por dos motivos: por el bloqueo de los receptores H1, y por su actividad anticolinérgica, presente en antihistamínicos de 2ª generación con grupo amino⁸ y antihistamínicos de 1ª generación. Las causas más frecuentemente implicadas en el reflejo de tos es la rinitis y goteo posnasal (PNDS)^{9,10}. Por tanto, utilizar fármacos que disminuyan la sintomatología nasal puede disminuir el reflejo tusígeno y el riesgo de contagio asociado. Una de las moléculas identificada en varios estudios que logra disminuir el PNDS es la loratadina¹¹, al reducir la expresión de ICAM-1 conjuntival¹² y la liberación en forma soluble de esta molécula en secreciones nasales¹³, interfiriendo en la cascada inflamatoria. Algunos estudios apuntan a que las propiedades antitusivas de la loratadina pueden tener relación con sus propiedades anticolinérgicas^{11,14}. En otro estudio se observó que durante la infección por virus respiratorio sincitial se producía un incremento en los niveles de todos los receptores de histamina (HRs), así como eotaxina y RANTES en células del epitelio nasal y fibroblastos¹⁵. Esto demuestra que algunos virus podrían causar hiperreactividad del tracto respiratorio y la activación anómala de la cascada inflamatoria, mediado por la histamina y diferentes citocinas. Por tanto, el bloqueo parcial y selectivo de este fenómeno inflamatorio tendría consecuencias que sería preciso evaluar en la práctica. Otro estudio experimental determinó que los neutrófilos en contexto de infección respiratoria por Chlamydia, sintetizan y liberan histamina, que contribuye directamente en la inflamación de las vías respiratorias¹⁶. Una vez más, se pone de manifiesto que existe un aumento de los niveles de histamina concomitantemente a la infección, y que se traduce en una hiperreactividad de las vías respiratorias. Además del posible beneficio del uso de antihistamínicos en la reducción de la transmisión viral; las manifestaciones más graves están relacionadas con dos fenómenos: inflamatorio e infeccioso. Por tanto, si se administra un fármaco que actúe sobre uno de estos fenómenos puede contribuir a disminuir las complicaciones.

Objetivos: El objetivo principal es demostrar que los antihistamínicos anticolinérgicos no sedativos reducen el riesgo de transmisión del virus COVID-19; y validar su uso en aquellos pacientes que presentan resultado positivo para COVID-19. Otro objetivo es la utilización de fármacos ya aprobados para su utilización, con pocos efectos secundarios y susceptibles de ser administrados a partir de los 2 años. Un objetivo secundario es comprender mejor la fisiopatología inherente a las infecciones respiratorias virales, y obtener resultados que puedan ser utilizados para futuras investigaciones sobre la idoneidad de la terapéutica antihistamínica en el tratamiento concomitante de insuficiencia respiratoria grave.

Material y métodos: El método utilizado para validar la hipótesis es un ensayo clínico controlado aleatorio. Se asigna un grupo que recibe el tratamiento con antihistamínicos anticolinérgicos no sedativos (Grupo A); y un grupo control que va a realizar placebo (Grupo B), aleatoriamente; con enmascaramiento doble ciego. Grupo A y B son com-

parables, excepto en el factor que se estudia. Ambos grupos deberán estar formados por sujetos diagnosticados de COVID-19 que no requieran tratamiento intrahospitalario, y se incluirá información sobre la edad y tipo de contacto (comparten residencia o contacto esporádico) de cada uno de los sujetos expuestos a contagio de ambos grupos. Criterios de inclusión: Grupos A y B, incluirán apenas a sujetos en edades comprendidas entre los 20 y los 59 años; 50% de cada sexo. Con el fin de que ambos grupos sean más homogéneos seguirán las mismas recomendaciones preventivas. Criterios de exclusión: Pacientes con hipersensibilidad conocida a antihistamínicos (AntiH1), glaucoma, embarazo y lactancia. Una vez concluya un periodo de 2 semanas^{7,17}, serán evaluados los contactos de cada sujeto diagnosticado de COVID-19, para confirmar si alguno de ellos presenta resultado positivo de enfermedad. Esta misma información será recogida de ambos grupos; con el fin de obtener resultados que nos permitan evaluar la fuerza de asociación (Intervalo de confianza) entre la administración del antihistamínico al individuo enfermo y la reducción del número de contagios de sujetos expuestos al individuo enfermo. Se evaluará también el riesgo relativo (RR); reducción absoluta del riesgo (RAR) y reducción relativa del riesgo (RRR). En una primera fase, se establecerá un tamaño muestral igual a 100 (50 sujetos grupo A; 50 sujetos grupo B). El muestreo seleccionado será no probabilístico, de tipo consecutivo. Cada uno de los sujetos que compone la muestra deberá firmar un consentimiento informado para poder participar en el ensayo clínico. El consentimiento será diseñado siguiendo las recomendaciones del Real Decreto de ensayos clínicos, y previa aprobación por el "Comité de ética de la Investigación con medicamentos". La investigación se realiza con fármacos aprobados y comercializados (estudio posautorización), con datos científicos publicados que respaldan su seguridad e idoneidad para la investigación; por lo que puede calificarse de ensayo clínico con bajo nivel de intervención por el Real Decreto 1090/2015 (artículo 2.j). No en tanto, la contratación de seguro de responsabilidad por daños y perjuicios queda supeditada a la decisión que manifieste el Comité de Bioética Nacional. El antihistamínico que se propone para esta investigación es la loratadina (10 mg, 1id). Se considera un antihistamínico sin efecto sedativo (< 20% de ocupación de receptores cerebrales H1), y con efecto anticolinérgico⁸. Farmacodinámicamente su administración no interfiere con las comidas, y su presentación en monodosis diaria favorece la adherencia terapéutica. Por otro lado, existe una elevada experiencia en su utilización, y como ventaja de grupo es posible aumentar de 2 a 4 veces la dosis de forma segura si existe ineficacia en la dosis estándar; considerándose, a pesar de ello, una mejor opción que los antihistamínicos de 1ª generación¹⁸.

Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). (CDC 2020 Mar 22).
- Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19. ECDC. 2020 Feb. Disponible en <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-guidance-wearing-and-removing-personal-protective-equipment-healthcare-settings-updated.pdf>
- Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. 2020 Mar. Disponible en https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRLL_COVID-19.pdf
- Wu JT, et al. Nowcasting and Forecasting the Potential Domestic and International Spread of the 2019-nCoV Outbreak Originating in Wuhan, China: A Modelling Study. 2020 Feb. Disponible en [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30260-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30260-9).
- Qifang B, et al. Epidemiology and Transmission of COVID-19 in Shenzhen China: Analysis of 391 cases and 1,286 of their close contacts. MedRxiv. 2020 Feb. Disponible en <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20028423>
- van Doremalen N, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared With SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020. Disponible en <https://doi.org/10.1056/nejmc2004973>
- Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. 2020 Mar. Disponible en <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>
- Kawauchi H, Yanai K, Wang DY, Itahashi K, Okubo K. Antihistamines for Allergic Rhinitis Treatment from the Viewpoint of Nonsedative Properties. International Journal of Molecular Sciences. 2019. Disponible en <https://doi.org/10.3390/ijms20010213>

9. Dipcinigaitis PV, Gayle YE. Effect of the second-generation antihistamine, fexofenadine, on cough reflex sensitivity and pulmonary function. *Br J Clin Pharmacol*. 2003;56:501-4.
10. McGarvey L, et al. Evaluation and outcome of patients with chronic non-productive cough using a comprehensive diagnostic protocol. *British Medical Journal*. 1998. Disponible en <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.53.9.738>.
11. McLeod RL, Mingo G, O'Reilly S, Ruck LA, Bolser DC, Hey JA. Antitussive action of antihistamines is independent of sedative and ventilation activity in the guinea pig. *Pharmacology*. 1998;57(2):57-64.
12. Ciprandi G, Catrullo A, Cerqueti P, Tosca M, Fiorino N, Canonica GW. Loratadine reduces the expression of ICAM-1. *Allergy*. 1998;53(5):545-6.
13. Leurs R, Church MK, Taglialatela M. H1-antihistamines: inverse agonism, anti-inflammatory actions and cardiac effects. *Clin Exp Allergy*. 2002;32(4):489-98.
14. Holgate ST, Canonica GW, Simons FE, Taglialatela M, Tharp M, Timmerman H, et al. Consensus group on new-generation antihistamines (CONGA): present status and recommendations. *Clin Exp Allergy*. 2003;33(9):1305-24.
15. Young Jung S, et al. Changes of histamine receptors and CC chemokines in nasal epithelial cells and fibroblasts after respiratory syncytial virus infection. *American Journal of Rhinology & Allergy*. 2013;27:e17-e21.
16. Patel KK, Webley WC. Respiratory Chlamydia Infection Induce Release of Hepoxilin A3 and Histamine Production by Airway Neutrophils. *Frontiers Immunol*. 2018;9:2357.
17. Zou L, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med*. 2020 Feb.
18. Yanai K, et al. The clinical pharmacology of non-sedating antihistamines. *Elsevier*. 2017, 148-56.

151. COVID, ATENCIÓN TELEFÓNICA Y SÍNDROME DEL TECLADO CAMBIADO

Alfonso Piñana López, M^a Concepción Alonso García, Macarena Segura Samper, María Clemente Abenza, Elsa Moya Villodre, Ángel Martínez Ureña, Susana Martínez González, Rosario Morales López, Inma Aráez Aldeguez y M^a Concepción Carvajal Lucerga

Servicio Murciano de Salud. Área 2, Cartagena, España.

Palabras clave: Teclado. Telemedicina. Teléfono.

Introducción: La pandemia del COVID-19 ha supuesto el aumento de la asistencia sanitaria de los usuarios vía telefónica que ha propiciado una aparición de conductas que se deben investigar. Una de ellas es intentar introducir los datos al ordenador con el teclado del teléfono o viceversa, intentar llamar por teléfono utilizando las teclas numéricas del teclado expandido del ordenador. A esta situación le hemos denominado el síndrome del teclado cambiado (STC).

Material y métodos: Es un estudio cuantitativo observacional. Elaboramos un cuestionario, gracias a la plataforma Google forms, con 5 preguntas sobre la edad, género, ámbito de trabajo y si al estar realizando la asistencia sanitaria vía telefónica le había ocurrido que intentara introducir los datos al ordenador utilizando el teclado del teléfono o viceversa. Intentar llamar por teléfono utilizando el teclado expandido del ordenador. Además de una última pregunta sobre que pensaba el encuestado cuando le sucedía el stc (síndrome del teclado cambiado). Registramos todas las contestaciones desde los meses de diciembre de 2020 a febrero de 2021. Se realizó una difusión por twitter, correos electrónicos y grupos de Whatsapp del Área 2 del Servicio Murciano de Salud.

Resultados: Respondieron 156 formularios, por edades se repartía de menos de 30 años 5,1% (8), de entre 31 a 40 16% (25), de 41 a 50 34% (53), de 51 a 60 30,1% (47) y de más de 60 años 14,7% (23). El 58,3% (91) Eran mujeres y el 41,7% (65). El 77,6% (121) era personal facultativo de atención primaria. El 10,9% (17) personal facultativo de atención hospitalaria. El 5,1% (8) era personal de enfermería de atención primaria y había un 6,4% (10) de otros profesionales sanitarios. En relación a la pregunta de si habían sufrido el síndrome del teclado cambiado (STC) el 53,3% (83) contestaron que nunca les había ocurrido. Un 35,2% (55) contestaron que en alguna ocasión les había ocurrido y un 11,5% (18) admitieron que les ocurrían el stc muchas veces. Ante la última pregunta sobre que piensa el encuestado cuando le ocurre el stc. Un 51,6% (81) contestaron que nunca les había ocurrido. Un 17,2% (27) contestaban que estaban demasiados concentrados y

que debían de parar. Un 14,6% (23) contestaban que empezaban a enfermar y el resto, un 16,6% (53,2) que era un hecho gracioso.

Conclusiones: La realidad es que cuando nos enfrentamos ante una nueva realidad y focalizamos nuestro trabajo en una tarea, asumimos comportamientos que nos distorsionan la realidad. De hecho, el presente trabajo se originó por un comentario sobre la situación de querer introducir los datos del ordenador con el teclado del teléfono, pensando que era un comportamiento único, pero que otros compañeros empezaron a comentar que también les ocurría. Por lo tanto, el síndrome del teclado cambiado (STC) se puede considerar como una consecuencia de los tiempos de pandemias que nos ha tocado vivir.

201. COVID-19 Y DEPRESIÓN: “NO SOY YO”

María Ascensión López Serrano y Olga Ramirez Alonso

SACYL, Burgos, España.

Palabras clave: COVID-19. Depresión. Ansiedad.

Caso clínico: Mujer de 46 años ingresada en el hospital por neumonía basal derecha por coronavirus-19 (COVID-19) tras ocho días en su domicilio con tos, fiebre y disnea de medianos esfuerzos. Durante el ingreso precisa oxigenoterapia y recibe tratamiento siguiendo los protocolos para COVID: ceftriaxona, azitromicina, hidroxyclo-roquina, betaferón, bolos de metilprednisolona y acetilcisteína. Al alta, precisa seguimiento unos días por la unidad de Hospitalización a Domicilio. Tras el alta hospitalaria, empieza a transmitir con temor la enfermedad al entorno familiar, temor intenso y persistente, junto con intensa disnea, irritabilidad... “No soy yo”. Menor vitalidad con cambios en el estado físico: importante caída de pelo (que ha precisado peluca) y empeoramiento de la agudeza visual. Apatía y anhedonia. No entiende ni acepta estos cambios y limitaciones actuales en su “vitalidad”. Está más sensible, llora con facilidad, muy irritable, apática, “Estoy inquieta, ansiosa, agobiada, doy importancia a todo, estoy más exigente conmigo y con los demás, tengo muchos cambios de humor”. Aumento de la ingesta alimentaria con ganancia de 10 kg de peso. Despertar precoz y pensamiento rumiativo sobre estos cambios psicológicos y físicos. No ideación autolítica ni delirante. Regenta un pequeño comercio que ha tenido que cerrar por la pandemia. En Atención Primaria se inicia tratamiento con un ansiolítico y un antidepresivo. La paciente acude asiduamente a la consulta. Refiere que es el único lugar donde puede expresarse con sinceridad y dónde se siente comprendida, pero a la vez lamenta que la evolución sea tan tórpida. Es por ello, que se le deriva a un segundo nivel asistencial para valoración. En el servicio de Psiquiatría se le ha visitado en dos ocasiones, con sendos cambios de tratamiento antidepresivo. La paciente mejora muy lentamente. Continúa en el denominado proceso “COVID persistente”, aun habiendo transcurrido ya diez meses desde el alta hospitalaria.

Discusión: La pandemia de la enfermedad del COVID-19 puede tener un impacto profundo en la salud mental de los pacientes que sobreviven a la enfermedad. En una encuesta realizada en Wuhan a pacientes que habían sido dados de alta tras ingreso hospitalario, se evidenciaron efectos adversos en la salud mental del tipo ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y dificultades para dormir. Se constató que la discriminación percibida era un factor de predicción de la enfermedad mental¹. Igualmente en otro estudio realizado en EEUU durante el estado de emergencia, los altos niveles de soledad y de preocupación específica por el COVID-19 y la baja tolerancia a la angustia se asociaron significativamente con las tres alteraciones mentales anteriormente mencionadas. El apoyo social de la familia se asoció con niveles bajos de depresión y trastorno de estrés postraumático². A nivel económico, también se ha visto que una mayor inseguridad laboral debido al COVID-19 se está asociando con una peor salud mental durante la pandemia y se relaciona con

mayores síntomas de ansiedad debido a una mayor preocupación financiera³. A pesar de la publicación de algunos estudios, se sabe muy poco sobre la tasa de prevalencia de trastornos de salud mental entre los pacientes con COVID-19 dados de alta hospitalaria y sus factores asociados. Prevenir y abordar el estigma social asociado con el COVID-19 puede ser crucial para mejorar la salud mental de los pacientes recuperados.

Bibliografía

1. Liu D, et al. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Res.* 2020;292:113297.
2. Liu CH, et al. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Res.* 2020;290:113172.
3. Wilson JM, et al. Job insecurity and financial concern during the COVID-19 pandemic are associated with worse mental health. *J Occup Environ Med.* 2020;62(9):686-91.

283. ESTE VIRUS ME LLEVA DE MAL EN PEOR

Sara Giner Ruiz¹, María Carmen Celada Suárez²,
María Teresa Abós Cenarro³, Ángela Simón Sánchez³
y Raquel Aguilar Ferrer⁴

¹Centro de Salud Rebolera, Zaragoza, España. ²Centro de Salud Las Fuentes, Zaragoza, España. ³Centro de Salud Torreramona, Zaragoza, España. ⁴Centro de Salud Pirineos, Huesca, España.

Palabras clave: COVID-19. Terapia De Alto Flujo (High Flow Therapy). Tocilizumab.

Caso clínico: Mujer de 72 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas que acude al servicio de urgencias el 28/01/2021 por malestar general. Paciente con PCR + para SARS-CoV-2 el 27/01/2021. Como antecedentes médicos figuran lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren y síndrome antifosfolípido. En tratamiento con prednisona 2,5 mg, prednisona 5 mg, clopidogrel 75 mg, hidroxycloquin 200 mg. A la exploración física se objetiva una frecuencia cardíaca de 80 l.p.m., temperatura 36,5 °C, saturación de oxígeno al 95%. A la auscultación pulmonar normoventilación en todos los campos. En la analítica cabe destacar 700 linfocitos, leucocitos 5,50 y un D-dímero de 850. En la radiografía de tórax no se aprecian alteraciones. Ante los antecedentes médicos de la paciente y su edad se decide ingreso. En las próximas 24 horas la paciente presenta picos de fiebre de 38,5 °C manteniendo buenas saturaciones. Se le realiza analítica de control a las 72h donde se aprecia un rápido empeoramiento analítico con elevación de la ferritina, IL-6 de 69,14, PCR 7,16, pancitopenia y D-dímero 506. Persisten fiebres elevadas que no ceden con antitérmicos y al 5º día de ingreso comienza con saturaciones de 92-93% por lo que se incorpora oxigenoterapia con gafas nasales a 2L y aumento de dexametasona intravenoso a 8 mg que posteriormente se acabó subiendo a 12 mg y que actualmente, 08/02, está con 20 mg. Comienza con saturaciones basales a 87%. Tras no mejorar se inicia plan terapéutico con tocilizumab y nueva analítica de control al 7º día de ingreso en la que se objetiva ferritina 547; D-dímero 613; PCR 7,7; leucocitos 2,8, linfocitos 0,5, con mejoría de trombo y leucopenia previa. Nueva radiografía de tórax donde se aprecian infiltrados bilaterales con leve aumento respecto a previa. Comienzan los días más críticos según nos dicta la experiencia de este virus (días 9, 10, 11) y la paciente empieza a requerir más oxígeno. Se pauta tratamiento de dos concentrados de plasma con infusión de dextran previa. Previa a ello se realiza una interconsulta con el servicio de hematología para consultar compatibilidad de plasma con sus enfermedades autoinmunes y tras negar cualquier tipo de contraindicación se le facilita a la paciente el consentimiento informado y el cual firma. Durante los próximos días se somete a la terapia de alto flujo a 60L con FiO2 del 100%. Tras 3 días de mejora se procede a retirar terapia de alto flujo y se reintroducen gafas nasales mejorando finalmente.

305. EL RIESGO DE BANALIZAR LO IMPORTANTE

Verónica García Ramos¹, Lucía Hinojosa Díaz²,
Ana Sánchez Coalla³, Sara Leticia de la Fuente Ballesteros¹,
Alba Hidalgo Benito⁴, María Hernández Carrasco¹,
Laura Polo Galán¹, Cintia González Santana⁶, Ana Ramos Rodríguez⁶
y Raúl de la Cruz Marcos¹

¹C.S. Arturo Eyries, Área de Salud Valladolid Oeste, Valladolid, España.

²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ³C.S. Casa del Barco, Área de Salud Valladolid Oeste, Valladolid, España. ⁴C.S.

Delicias II, Área de Salud Valladolid Oeste, Valladolid, España. ⁵C.S.

Plaza del Ejército, Área de Salud Valladolid Oeste, Valladolid, España.

⁶C.S. Parquesol, Área de Salud Valladolid Oeste, Valladolid, España.

Palabras clave: Embolia pulmonar. Infecciones por coronavirus. Candidiasis bucal.

Caso clínico: Varón de 72 años sin alergias medicamentosas. Antecedentes personales de hipertensión arterial y adenocarcinoma gástrico tratado con quimioterapia y gastrectomía. Fue dado de alta en atención primaria por enfermedad por coronavirus hace 48 horas sin haber precisado tratamiento (día 12 desde inicio de síntomas). Acude al servicio de urgencias hospitalarias por odinofagia intensa y disgeusia de una semana de evolución. Refiere que persiste escasa tos, mucosidad y deposiciones líquidas. No refiere disnea, dolor torácico, fiebre u otros síntomas. Afebril. Tensión arterial 136/66 mmHg. Frecuencia cardíaca 85 lpm. Saturación O2 88%. Buen estado general. Taquipnea con mínimos esfuerzos. Boca séptica. En orofaringe posterior se observan extensas placas amarillentas que impresionan de candidiasis orofaríngea. En auscultación pulmonar crepitantes en ambos hemitórax. Resto de exploración normal. Dados los hallazgos anteriores se solicita radiografía de tórax observándose neumonía bilateral. Analítica sanguínea con proteína C reactiva 199,81 mg/L y dímero D 22.880 ng/ml, sin otras alteraciones. AngioTAC torácico que concluye la existencia de tromboembolismo pulmonar derecho sin sobrecarga cardíaca y neumonía bilateral por COVID-19. El paciente es ingresado en neumología por neumonía bilateral por SARS-CoV-2, insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria y TEP derecho. Evoluciona desfavorablemente con incremento progresivo de necesidad de oxigenoterapia por lo que requiere traslado a UCI, intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica y colocación en decúbito prono. Doce días después el paciente vuelve a planta, yéndose de alta a domicilio un mes después. Las manifestaciones orales como candidiasis, herpes simples recurrentes, úlceras o lengua geográfica son frecuentes en pacientes con coronavirus. Se desconoce si se producen por la propia infección, son secundarias a la afectación sistémica o grave de la enfermedad o se deben los tratamientos médicos empleados. Según la bibliografía consultada, los pacientes mayores y más graves tienen lesiones orales más extensas, pudiendo deberse a la falta de higiene bucal, infecciones oportunistas, estrés, inmunosupresión o respuesta inflamatoria secundaria a COVID-19.

307. GLOSITIS EN PACIENTE CON COVID-19. ETIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Ana Sánchez Coalla¹, Margarita Alonso Fernández²,
Verónica García Ramos³, Mario Urbano Martín⁴,
Paula Casas Rodríguez², María de la O Gutiérrez García²,
Cintia González Santana⁵, Clara Mora Gómez²,
Elisa Ingelmo Astorga¹ y Ana Ramos Rodríguez⁶

¹Centro de Salud Casa del Barco, Valladolid, España. ²Centro de Salud

Tordesillas, Valladolid, España. ³Centro de Salud Arturo Eyries,

Valladolid, España. ⁴Hospital Río Hortega, Valladolid, España. ⁵Centro

de Salud Plaza del Ejército, Valladolid, España. ⁶Centro de Salud

Parquesol, Valladolid, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Glositis. Mucositis.

Introducción: La enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) ha sido asociada con multitud de síntomas. Los síntomas mucocutáneos se han observado en hasta un 45% de los pacientes con COVID-19. Las lesiones cutáneas más frecuentes incluyen pseudoperniosis, erupciones vesiculosas, urticaria, erupciones maculopapulosas y livedo reticularis o necrosis. Otros de los síntomas típicos y ampliamente descritos son la anosmia y la ageusia, esto puede deberse a la alta expresión del receptor de ECA2 en las células de la mucosa oral y en las epiteliales de la lengua. Esta asociación también se relaciona con las lesiones de la mucosa oral descritas en estos pacientes. Este punto es controvertido ya que en otras publicaciones se apunta a que su etiología es multifactorial y pueda tener relación con la acción del SARS-CoV-2 sobre las células de la mucosa oral. En un estudio español se observaron hallazgos en la cavidad oral en un 25% de los pacientes, si bien es cierto que esta cifra parece estar subestimada, ya que generalmente no se explora la cavidad oral por el riesgo de contagio que implica. De estos pacientes el 11% tenía papilitis lingual transitoria, el 6,6% glositis con indentación lateral, 6,9% estomatitis aftosa y glositis con depapilación parcheada y mucositis en un 3,9%. La cavidad oral es particularmente susceptible a las infecciones virales, sin embargo, la glositis no suele ser una afectación común en otras infecciones víricas.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 65 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de dislipemia, hipotiroidismo, obesidad y DM tipo 2. La paciente es diagnosticada de infección por SARS-CoV-2 mediante test de antígenos que se solicita por síntomas de tipo catarral leve (tos principalmente, sin disnea, ni fiebre ni otros síntomas asociados). Se le pauta azitromicina 500 mg durante 3 días a los 4 días del inicio de la tos por persistencia de la misma. A los 8 días de diagnosticarse la infección, en un control evolutivo de la paciente, refiere molestias en la lengua por lo que se decide valorarla de manera presencial. A la exploración se observa una intensa glositis con depapilación parcheada muy marcada y lesiones en laterales en relación con improntas dentales. Finalmente, la paciente es diagnosticada de glositis en el contexto de COVID-19 y se pauta tratamiento sintomático con analgésicos y antisépticos con mejoría clínica y desaparición de la sintomatología en torno al día 12 del test positivo.

316. REVISIÓN A PARTIR DE UN CASO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA MUJER EMBARAZADA CON COVID-19

Regina de Castro Álvarez

C.S. Ribera del Esla, Leon, España.

Palabras clave: Hipertensión. Embarazo. COVID-19.

Introducción: El embarazo como grupo de riesgo en la pandemia de SARS-CoV-2 ha sido ampliamente estudiado en poco tiempo. La hipertensión arterial (HTA) es una complicación que aparece en un 7% de gestantes, asociándose a síndromes que pueden complicar el resultado del embarazo y poner en peligro la vida de la madre, como la preeclampsia o el síndrome HELLP, similares a la clínica causada por COVID-19.

Caso clínico: Acude a consulta una paciente de 35 años, gestante de 10 semanas. Refiere haber realizado automedida de tensión arterial (TA) en su domicilio, manteniéndose TA sistólica siempre por debajo de 140 y diastólica, de 90. En esta ocasión presenta TA 170/90. Al día siguiente tiene fiebre y tos, se realiza PCR para SARS-CoV-2 siendo positiva. Cursa con síntomas leves y tras resolverse el cuadro infeccioso se normaliza la TA, persiste astenia 4 semanas. Se hace búsqueda bibliográfica en PubMed, desde el 1 de enero de 2020 hasta el 1 de febrero de 2021 sobre la hipertensión en gestante con COVID-19. Las palabras clave fueron: HTA, embarazo, COVID-19.

Discusión: El embarazo por sí mismo presenta un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares. En el periodo postparto es 10 veces más probable que ocurra un evento cardiovascular que en una mujer no gestante. La mujer embarazada tiene un mayor compromiso car-

diorrespiratorio al avanzar la edad gestacional. Hay una inmunodepresión secundaria a la gestación y existe una limitación a los tratamientos que puede recibir por el riesgo de daño fetal. Coronavirus usa los receptores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE2) para entrar en las células. Durante el embarazo se produce una mayor expresión de estos receptores, algunos investigadores defienden que esta es la razón por la que la enfermedad es más grave en gestantes. Las neumonías por COVID-19 pueden producir parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino y muerte fetal intrauterina. No se ha observado transmisión vertical. Pero sí ha supuesto un aumento de la tasa de cesáreas. Los síndromes con los que hay que realizar diagnóstico diferencial son la preeclampsia y el síndrome HELLP. En COVID-19 aparece HTA, proteinuria, plaquetopenia y aumento de transaminasas. Es necesario mejorar la morbimortalidad de las pacientes gestantes con COVID-19. Deberíamos hacer seguimiento de las mujeres después del parto, ya que está demostrado que es una población que sufre más eventos cardiovasculares y una mayor mortalidad posparto.

425. UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ALTO FLUJO EN COVID-1

Sara Giner Ruiz¹, María Teresa Abós Cenarro²,
María Celada Suárez³, Ángela Simón Sánchez²
y Raquel Aguilar Ferrer⁴

¹Centro de Salud Rebolera, Zaragoza, España. ²Centro de salud Torreramona, Zaragoza, España. ³Centro de Salud Las Fuentes, Zaragoza, España. ⁴Centro de salud Pirineos, Huesca, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Neumomediastino. Terapia de alto flujo.

Caso clínico: Mujer de 52 años de edad alérgica a penicilina y derivados que acude al servicio de urgencias el 24/01/2021 por fiebre sin focalidad de 39 °C persistente a pesar de tratamiento antitérmico. No disnea ni opresión torácica, leves mialgias de predominio en miembros inferiores coincidentes con picos febriles. Tos seca leve y autolimitada. La paciente fue PCR+ para SARS-CoV-2 el 18/01 con inicio de síntomas 48h antes. No antecedentes personales ni tratamientos. A la exploración física se objetiva una frecuencia cardiaca de 123 lpm, temperatura de 37,9 °C y saturación de oxígeno al 95%. La paciente permanece consciente y orientada, eupneica en reposo. La auscultación cardiopulmonar resulta anodina. En la analítica sanguínea destacan los valores de ferritina 98,1, PCR 4,8, leucocitos 9.200 L (7.500 neutrófilos, 1.200 linfocitos). D-dímero 887. En la radiografía de tórax se observan opacidades e infiltrados tenues alveolointersticiales bilaterales, de predominio en lóbulos inferiores, atribuible a COVID. Tras recabar todos los datos clínicos, analíticos y radiológicos se diagnostica a la paciente de neumonía por coronavirus y se decide ingreso. En planta se le administra tratamiento de dos concentrados de plasma con previa infusión de dextroclorfeniramina tras obtener su consentimiento informado. Comienza con desaturaciones bruscas por lo que valorado de manera interdisciplinar se decide iniciar terapia con alto flujo a 60L con FiO2 del 100% el 28/02. Junto con rehabilitación respiratoria y fisioterapia la paciente mejora y eso permite ir disminuyendo el alto flujo de 10 en 10 hasta lograr su retirada el 6/02 haciendo un total de 9 días sometida a dicha terapia. Para hacer dicha retirada más gradual, pasamos a gafas nasales y a 3L mantiene saturaciones del 95%. Tras 18 días de ingreso, se observa una paciente muy nerviosa, con saturaciones ajustadas a 93% con gafas a 3L pero que presenta desaturaciones al mínimo esfuerzo. Clínicamente se observa una mujer estable con buen estado general pero en las últimas 72 horas la paciente está taquicárdica que achaca a su nerviosismo, disnea y con saturaciones basales de 89-90%. Ante la sospecha de posible tromboembolismo pulmonar pese a verse clínicamente en buen estado, se le solicita un angio-TC urgente que nos desvela neumotórax a tensión y neumomediastino hasta zona cervical. El servicio de cuidados intensivos pone tubo de drenaje para evitar un desenlace fatal.

483. SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PANDEMIA COVID-19

Cristina Martínez Badillo¹, María Inmaculada Juárez Redondo², Marta Marina García Alonso¹, Ana María García Garaboa¹, Ana Cornejo Mazzuchelli¹ y, Gloria Barrero Morcillo¹

¹Centro de Salud Circunvalación. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid, España. ²Centro de Salud Toro. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora, Zamora, España.

Palabras clave: Satisfacción en el trabajo. Atención primaria de salud. Coronavirus.

Hoy en día se considera que el grado de calidad de los servicios sanitarios que se prestan en un Sistema de Salud está relacionado con el grado de satisfacción de sus profesionales. De ello surge la necesidad de conocer dicho aspecto. La situación sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19 ha supuesto un cambio de modelo de trabajo, pasando la mayoría de consultas a ser no presenciales, con la dificultad que conlleva la atención telefónica a la hora de poder realizar un diagnóstico con certeza. Además, se ha producido un aumento de atención domiciliar que, debido a la situación epidemiológica, ha derivado en un mayor riesgo de contagio de los profesionales. Por otro lado, se ha objetivado mayor presión asistencial, derivada de factores como el gran volumen de contagios o el grado de preocupación y desconocimiento de los pacientes, que les ha llevado a consultar con sus médicos de familia. Todo ello se ha visto agravado en el ámbito de Atención Primaria, por ser la puerta de entrada al Sistema Sanitario y haber tenido que afrontar gran volumen de trabajo.

Objetivos: Principal: conocer el grado de satisfacción profesional y la calidad de vida profesional de los médicos de Atención Primaria del Área de Salud seleccionada durante un año de pandemia COVID-19. Secundario: determinar los principales motivos de insatisfacción y los factores que influyen en la calidad de vida profesional de los médicos de Atención Primaria.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal en un Área de Salud. Periodo de estudio: marzo 2020-febrero 2021. Fuentes de datos y recogida de la información: el instrumento de medida a utilizar será el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35), validado para Atención Primaria, anónimo y autoadministrado, y una ficha con variables sociodemográficas y laborales. Análisis estadístico: a partir de una base de datos diseñada, análisis descriptivo de las variables (media y desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas); pruebas chi-cuadrado, t-test y ANOVA para la significación estadística. Limitaciones: sesgo de respuesta e imposibilidad de establecer relaciones de causalidad. Aplicabilidad: los resultados se analizarán para buscar aspectos de mejora ante futuras situaciones similares. Se divulgarán resultados en congresos, revistas y sesiones clínicas. Ética: se solicitará autorización a la Gerencia de Atención Primaria del Área y se tendrán en cuenta las consideraciones éticas oportunas.

490. DISNEA, DERRAME PLEURAL Y PCR POSITIVA: ¿INFECCIÓN POR CORONAVIRUS?

Soraya López Zacarez, Ana Esteban Flores, Beatriz Rodríguez García, Alejandro Ruiz Nicolas, Enrique de la Hoz Tuells, María Isabel Vargas López, María Ángeles Abellán González, Antonio Carbonell Asensio y Diego Roldán la Fuente

Servicio Murciano de Salud, Cartagena, España.

Palabras clave: Mesotelioma. Radiografía. Coronavirus.

Caso clínico: Mujer de 79 años, fumadora de menos de 20 cigarillos/día, antecedentes personales de rinitis y asma bronquial con

reagudizaciones frecuentes. Consulta en atención primaria por aumento de su disnea habitual, autoescucha de sibilantes, la clínica habitual de sus crisis asmáticas. A la auscultación, murmullo vesicular conservado, roncus y sibilantes diseminados, saturación de oxígeno 92%. Solicitamos PCR de coronavirus y radiografía de tórax para completar estudio. En la radiografía se evidencia únicamente un derrame pleural que ocupa seno costofrénico derecho; se deriva a urgencias que indican ingreso hospitalario para estudio. La paciente lo rechaza y es alta voluntaria. Al día siguiente vemos PCR para COVID-19 positiva, diagnosticándose de infección por COVID-19 con seguimiento diario diez días; evolución clínica, según la paciente: favorable. Tras estos diez días citamos a la paciente para reevaluar y acude más disnea, taquipnea y saturando al 89%, con crepitantes e hipoventilación de pulmón derecho, sobre todo en la base. Derivamos a urgencias para nueva prueba de imagen, viendo un empeoramiento franco del derrame pleural que ocupa ahora 2/3 del pulmón derecho. Se ingresa a cargo de neumología. Durante el ingreso se cursan varias PCR, todas negativas, con serología para Coronavirus, también negativa. Por lo que asumimos que se trataba de un falso positivo inicial. Se pide TAC de tórax donde se sospecha mesotelioma pleural maligno por engrosamientos nodulares difusos en pleura parietal, paramediastínica y diafragmática, PET-TAC con incremento metabólico patológico en los engrosamientos pleurales y adenopatías mediastínicas. El diagnóstico se confirma con biopsia pleural. La evolución clínica de la paciente fue muy mala, con progresión muy rápida de la enfermedad, falleciendo dos meses después de nuestra primera consulta. Con este caso clínico queremos resaltar la importancia de conocer los hallazgos radiológicos típicos de la infección por Coronavirus: patrón reticular, opacidades en vidrio deslustrado, consolidaciones múltiples, periféricas, bilaterales, predominio en campos inferiores, etc.- No olvidarnos de la posibilidad de falso positivo o negativo en una prueba diagnóstica, correlacionando siempre los hallazgos clínicos con los resultados de las pruebas, para así llegar a un diagnóstico certero y a un tratamiento que pueda mejorar la salud de nuestros enfermos, sin retrasos diagnósticos ni terapéuticos.

503. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR SARS-CoV-2 EN UN CENTRO GERIÁTRICO

Daniela Butanciu __, Clara Gascón Mora, Elisenda Magrané Francesch, Antoni Santigosa Ayala, Gemma Fusté Agulló, Arantzazu Llano Sánchez, Veronica Carolina Cusati Velazco, Mireia García Bouso, Lourdes Clotas Sancho y Jordi Ferré Gras

Institut Català de la Salut, Tarragona, España.

Palabras clave: Geriátrico. Mortalidad. SARS-CoV-2.

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

Material y métodos: Se realiza un análisis de todos los pacientes ingresados en el centro durante el primer brote de coronavirus entre marzo y mayo de 2020, centrándonos en datos de morbilidad y mortalidad.

Resultados: Se analiza un total de 157 pacientes, con un 71,3% de mujeres y una edad media de $87,7 \pm 7,4$ años. Se clasificó el grado de dependencia según la escala de Barthel con un 56,4% de pacientes con una dependencia severa o total y el deterioro cognitivo medido por el test de Pfeiffer con un deterioro moderado o grave que afectaba al 57% de los pacientes. Definimos la incidencia de infección por coronavirus solo en aquellos pacientes en los que se disponía de test de laboratorio que confirmaron la infección. Se detectaron un total de 118 positivos (75,2% del total) con un 71,2% de mujeres afectadas.

La mortalidad por COVID fue del 41,4% con un total de 65 defunciones. El deterioro cognitivo estaba presente en un 70,8% de las defunciones y un 66,7% presentaban sobrepeso (IMC entre 20-25). Los otros antecedentes patológicos no mostraron diferencias estadísticamente significativas o clínicamente relevantes. El 69,2% de las defunciones presentaban dependencia grave o total según la escala de Barthel y el 72,2% padecían deterioro cognitivo moderado o grave según Pfeiffer. En relación a los fármacos prescritos en los pacientes fallecidos, destaca que un 66% no tomaban antiagregantes ($p = 0,028$), hecho que apoya la idea del papel trombogénico de la infección. En el análisis multivariante, se mostraron como predictores de mortalidad el sexo femenino (RR: 0,234; IC95%: 0,083-0,656), el incremento de edad año a año (RR: 1,091; IC95%: 1,016-1,171) y la HTA (RR: 0,316; IC95% 0,107-0,935).

Conclusiones: La primera ola de contagios golpeó de manera especialmente dura a los centros geriátricos. Las características propias de los pacientes que allí residen hicieron que la letalidad en la población institucionalizada resultara muy alta. Los datos obtenidos, aún y proviniendo de una muestra pequeña, son concordantes con los datos publicados en la bibliografía hasta el momento actual.

512. Y DESPUÉS DEL ALTA... “CONTROL POR SU MAP”

Naiara Cubelos Fernández¹, Isabel Calvo Aguiriano¹, Estefanía Robles Martín¹, Susana Fernández Cordero², Rebeca Cuadra San Miguel³, Manuel Elías Valdelvira Díaz⁴, Begoña Carmona Ayuela¹, María Osawa Rodríguez¹, Albert Carbó Jordà¹, Alberto Kramer Ramos⁵

¹C.S. José Aguado I, León, España. ²C.S. Santa María del Páramo, León, España. ³Hospital del Bierzo, Ponferrada, España. ⁴UME León, León, España. ⁵Hospital Reina Sofía, Murcia, España.

Palabras clave: Anticoagulación. COVID-19. Tromboembolismo Pulmonar.

Caso clínico: Varón 84 años, acude a Urgencias por tos y expectoración leve de 15 días de evolución, y fiebre (37,8 °C). Diagnóstico de infección respiratoria de vías altas, se pauta tratamiento con azitromicina 500 mg + paracetamol. Pasados 10 días, el paciente vuelve a acudir a Urgencias por febrícula que no cede con paracetamol 1 g/8 horas. Ingresa en la Unidad de Medicina Interna donde se trata con hidroxycloquina, lopinavir/ritonavir, ceftriaxona y azitromicina. Buena evolución, alta con PCR negativizada. En A/S de control en C.S., se aprecia elevación del dímero D (2.000) a pesar de tratamiento con acenocumarol. Paciente asintomático. Se deriva nuevamente a Urgencias para TC protocolo TEP: tromboembolismo pulmonar en evolución, pero tras comentar el caso con Neumología, y dada la estabilidad clínica del paciente, se decide alta y control por MAP. Tres meses después, el paciente es diagnosticado de colestitis aguda alitiásica, pero dados los antecedentes del paciente y la situación clínica actual, no es candidato a tratamiento quirúrgico, por lo que queda a cargo de Medicina Interna en centro concertado. Durante el ingreso en centro concertado, el paciente presenta rectorragia (AP de hemorroides en 2018), por lo que se retira acenocumarol, y es dado de alta con nuevo Seguimiento por MAP para valoración de reintroducción o no de anticoagulación oral. Ante la duda sobre la reintroducción o no del antagonista de la vitamina K, se decide solicitar una interconsulta a Hematología para valorar el riesgo beneficio que tiene el paciente para reintroducir acenocumarol (no sangrado actual). Definitivamente, hematología recomienda Heparina en dosis profiláctica durante 7-10 días y posteriormente, nuevo control por MAP para valorar reintroducir anticoagulación oral. En el momento actual, el paciente presenta un buen estado general, acude semanalmente a control de INR y es explorado en cada visita médica.

Discusión: La importancia del caso radica en que los pacientes COVID positivos presentan una disociación clínico-analítico-radio-lógica, por lo que se debe hacer un seguimiento estrecho de los pacientes no solo los 10 días posteriores al ingreso, sino durante los siguientes meses, y de este seguimiento, se encarga fundamentalmente el médico de atención primaria. Pero en muchas ocasiones, el médico de atención primaria presenta recursos limitados para el estudio y seguimiento de los pacientes, por lo que es importante el trabajo en equipo con el resto de especialistas.

524. INFRAESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA ACUMULADA EN 14 DÍAS DE CASOS COVID-19 EN ESPAÑA

Antonio Ruiz García¹, Ezequiel Arranz Martínez², Juan Carlos García Álvarez³, Marina María Mendoza Jiménez¹, Qingyan Zeng¹, Tania Sánchez González¹, Gloria Egido Reyes¹, Laura Navarro Bueno⁴, Rodrigo Domínguez León³ y Vicente Martín Sánchez⁵

¹Centro de Salud Universitario Pinto, Pinto, Madrid, España. ²Centro de Salud San Blas, Parla, Madrid, España. ³Centro de Salud Mendiguchía Carriche, Leganés, Madrid, España. ⁴Centro de Salud Universitario Las Américas, Parla, Madrid, España. ⁵Universidad de León, León, España.

Palabras clave: COVID-19. SARS-CoV-2. Incidencia acumulada.

Objetivos: Comparar la incidencia acumulada en los últimos 14 días (IA14d) de los casos COVID-19 notificada por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad versus la IA14d calculada durante los dos semestres de pandemia en España.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de los casos COVID-19 en España notificados en los informes de actualización emitidos por el CCAES del nº 28 (21.02.2020) al nº 311 (12.02.2021) durante los dos semestres de pandemia (1º: del 21.02.2020 al 20.08.2020; 2º: del 21.08.2020 al 12.02.2021). Variables analizadas de casos COVID-19: Incremento de casos nuevos en los últimos 14 días; IA14d notificada por CCAES en los informes de actualización. IA14d calculada: casos nuevos en los últimos 14 días \times 100,000 habitantes/47,450.795 (población española INE 01.01.2020). Análisis estadístico (IA14d calculada versus IA14d notificada). Rango: valores mínimo y máximo. Mediana. Media \pm desviación estándar (DE). Diferencia de medias con intervalo de confianza 95% (IC95%). Comparaciones entre grupos: t-Student.

Resultados: IA14d del 1º semestre. Rango (calculada): 0,0; 215,4. Rango (notificada): 0,4; 217,3. Mediana (calculada): 26,3; Mediana (notificada): 25,1. Diferencia de medianas: 1,2; Media \pm DE (calculada): 55,4 \pm 60,6; Media \pm DE (notificada): 55,0 \pm 61,1; Diferencia de medias: 0,4 (IC95%: -12,2 a 12,9) ($p = 0,952$). Rango de la diferencia de medias: -34,9; 42,0. IA14d del 2º semestre. Rango (calculada): 151,1; 1041,1. Rango (notificada): 149,8; 899,9. Mediana (calculada): 319,3; Mediana (notificada): 283,6. Diferencia de medianas: 35,9; Media \pm DE (calculada): 434,0 \pm 239,7; Media \pm DE (notificada): 380,0 \pm 199,3; Diferencia de medias: 53,9 (IC95%: 7,7 a 100,1) ($p = 0,022$). Rango de la diferencia de medias: 1,3; 181,6.

Conclusiones: La IA14d notificada por el CCAES durante el primer semestre de la pandemia COVID-19 en España no difiere de la IA14d calculada. La IA14d notificada durante el segundo semestre es significativamente inferior a la IA14d calculada, con una diferencia máxima de 182 casos/100.000 habitantes. En el presente estudio, no se encuentran razones para justificar la infraestimación de la IA14d. Sería importante considerar el impacto negativo que tienen estas diferencias en la gestión de datos de monitorización de la pandemia y en las medidas que se adoptan al superar los umbrales de decisión de IA14d para el control de la pandemia causada por SARS-CoV-2 en España.

526. SECUELAS DE UN INGRESO HOSPITALARIO

Naiara Cubelos Fernández¹, Manuel Elías Valdelvira Díaz², Albert Carbó Jordà¹, Moira Carballo Cereijo³, María Ajenjo González⁴, Estefanía Robles Martín¹, Begoña Carmona Ayuela¹, Isabel Calvo Aguiriano¹, María Osawa Rodríguez¹ y Ainhoa Cubelos Fernández⁵

¹C.S. José Aguado I, León, España. ²UME León, León, España. ³Complejo Asistencial Universitario de León, León, España. ⁴Médico de área, León, España. ⁵Alcantarilla, Murcia, España.

Palabras clave: Neumonía. COVID-19. Secuelas.

Caso clínico: Varón 83 años que consulta al médico de atención primaria por tos de varios días de evolución, fiebre (38 °C) desde hace una semana que ha cedido tras la toma de paracetamol. Además, disnea, aunque no claramente de reposo. En los últimos días, dolor abdominal en hemiabdomen superior, sin vómitos ni diarrea. Se deriva a Urgencias del hospital. El paciente ingresa en el servicio de MI. AP: NAMC. HTA; IQ próstata (adenocarcinoma). Litotricia. Prótesis de cadera. Exploración: buen estado general. Eupneico en reposo con O2 en gafas nasales. Obesidad. AC: rítmico. AP: hipofonía global, algo más acusada en base derecha. TA 125/99, FC 116, T° 36,6 °C, Sat O2 90%. Analítica: Glu 80, urea 49, Cr 0,83, FG 82, Na+ 140, K+ 4,6, GOT 38, GPT 57, LDH 260, PCR 142,6. Leucocitos 5.600 (linfocitos 710), Hb 14,3, plaquetas 347.000. Coagulación: TP 81%, INR 1,13, dímero 5.895. Gasometría arterial: pH 7,5, pO2 64,5, pCO2 30,8, HCO3 26,4. Sat O2 94,2%. Microbiología: SARS-CoV-2+. TC protocolo TEP: no defectos de repleción de arterias pulmonares. Rx tórax: compatible con patología infecciosa activa vírica. Diagnóstico: neumonía bilateral SARS-CoV-2 positivo. Evolución: buena evolución durante el ingreso, con tratamiento antibiótico, antivírico y cloroquina. Al alta, cumple criterios y PCR SARS-CoV-2 negativa, precisando únicamente aislamiento domiciliario y medidas de seguridad. Tres días más tarde, el paciente vuelve a Urgencias por cuadro de disnea brusca tras comida y SatO2 80%, acompañado de tiritona. Diagnósticos secundarios: 1. Insuficiencia respiratoria aguda. 2. Lesiones residuales pulmonares extensas. 3. Insuficiencia renal aguda, prerrenal, resuelta al alta. Se sometió al paciente a tratamiento de soporte durante 24 días, con mejoría progresiva de su situación respiratoria, por lo que fue dado de alta.

Discusión: Las estancias hospitalarias por la enfermedad por COVID-19 han sido muy variadas, desde pocos días hasta meses de ingreso y, aunque todavía no hay investigaciones fehacientes al respecto, las secuelas derivadas de esta enfermedad podrían ser importantes. En sus estados más graves, estas infecciones pueden derivar en problemas respiratorios importantes, como el edema de pulmón, problemas cardíacos, enfermedades renales e incluso cerebrales. No obstante, los pocos estudios que se encuentran, muestran como la mayoría de los pacientes recuperados no desarrollan este tipo de secuelas.

534. EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN PACIENTE COVID POSITIVO CON COMORBILIDADES

Clara Mora Gómez¹, María de la O Gutiérrez García¹, Margarita Alonso Fernández¹, Mercedes García Vidal¹, Ana González Celestino², Rosa María González López², María Ysabel Río Álvarez³, Samsara López Hernández³, David Gómez Villarejo³ y María Fernanda Guzmán Ledesma³

¹Centro de Salud Tordesillas, Valladolid, España. ²Centro de Salud Casa del Barco, Valladolid, España. ³Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID. Condensación. Febrícula.

Caso clínico: Varón de 60 años de edad, SAMC, con AP de HTA, DM 2 de 10 años de evolución y obesidad grado III. Exfumador hace

20 años y consumidor de 4 UBES diarias. En tratamiento con enalapril y metformina. En seguimiento por PCR positiva para COVID hace 7 días. Desde su diagnóstico permaneció asintomático pero el 8º día comentó un dolor intenso, desde hace dos días, a nivel costal izquierdo sin traumatismo previo. Era constante, punzante, sin relación con los esfuerzos, no mejoraba con el paracetamol y se acompañaba de febrícula vespertina sin disnea ni tos. Le citamos de forma presencial. Presentaba regular estado general, sudoración y palidez. Las constantes estaban en rango salvo febrícula. Escuchamos crepitantes secos en base izquierda en la auscultación. Solicitamos electrocardiograma que fue normal y radiografía de tórax urgente que mostraba condensación en base pulmonar izquierda que borraba, en parte, la silueta cardíaca sin signos de derrame pleural. Sospechamos el inicio de neumonía basal izquierda. Pautamos tratamiento sintomático e ingesta hídrica de forma ambulatoria. Dos días después, comenzó con fiebre de 38,7 °C que cedía parcialmente con paracetamol por lo que le volvimos a reevaluar. Seguía estable persistiendo los crepitantes. Debido a la evolución del cuadro, los AP y el sedentarismo que realizaba durante esos días, iniciamos tratamiento antibiótico para evitar la sobreinfección bacteriana con amoxicilina + azitromicina, y tromboproláctico con heparina de bajo peso molecular. Insistimos en el control de datos de alarma. Finalizó el tratamiento y la cuarentena encontrándose asintomático. Tres semanas después repetimos radiografía la condensación había desaparecido y no visualizamos otros hallazgos. Cerramos el proceso insistiendo, de nuevo, en la clínica alarmante.

Discusión: Con este caso, queremos reflejar que una correcta valoración por AP es fundamental ya que se trata de un varón de mediana edad, con FRCV, que en un principio la evolución del cuadro parece leve pero trascurrida una semana de la infección comienza con clínica respiratoria que debemos de prestar atención. Debemos atenderlos de forma presencial con los equipos de protección adecuada para evitar derivaciones hospitalarias innecesarias y saturación de los hospitales si consideramos que podemos realizar un seguimiento y tratamiento correcto desde nuestro nivel asistencial. En este caso, la estabilidad hemodinámica nos lo ha permitido consiguiendo la curación.

550. MORBIMORTALIDAD DE LA INFECCIÓN COVID-19 EN ANCIANOS DE LA RESIDENCIA “EL ENCINAR”

Juan Carlos García Álvarez¹, Rodrigo Domínguez León¹, Antonio Ruiz García², Elena Cardona Corrochano¹, Marina M^a Mendoza Jiménez², Rocío López Sánchez¹, Alba Sardina Menedez¹ y Olga Villar Ruiz³

¹Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche, Leganés, España. ²Centro de Salud Pinto, Pinto, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Residencia de ancianos. Mortalidad.

Objetivos: Determinar las tasas de mortalidad y letalidad, exceso de mortalidad y situación inmunológica frente a la infección por SARS-CoV-2 en la población de la Residencia “El Encinar” durante el periodo del 31 de enero al 31 de mayo del año 2020.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. La Residencia de ancianos “El Encinar” es un centro socio-sanitario concertado ubicado en Leganés, dentro de la Zona Básica de Salud del Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. La ocupación a fecha 31 de enero de 2020 era de 131 personas y no se admitieron nuevos ingresos durante el periodo de observación. Variables analizadas: Fallecimiento: Sí/No. Fallecimiento por COVID-19 confirmado con RT-PCR o radiografía de tórax compatible: Sí/No. Fallecimiento por sospecha de COVID-19: Sí/No. Fallecimiento por COVID-19*: incluye fallecimiento por COVID-19 confirmado o por sospecha de COVID-19: Sí/No. Fallecimiento por COVID-19 en Hospital: Sí/No. Test rápido serológico de Anticuerpos totales frente a SARS-CoV-2. Posi-

tivo/Negativo. Test serológico de Anticuerpos IgG e IgM frente a SARS-CoV-2. RT-PCR SARS-CoV-2: Positivo/Negativo.

Resultados: El número de fallecidos durante el periodo de estudio, fue de 32, lo que supone una tasa de mortalidad bruta de 24,43%. Se obtuvieron los fallecimientos en el mismo periodo de 2018 y 2019, con una tasa de mortalidad de 10,69% y 7,63% respectivamente. La media de Mortalidad de estos dos años fue del 9,16%, estimándose un exceso de Mortalidad de 160%. La tasa de mortalidad por COVID-19 confirmado fue del 6,11%. La tasa de mortalidad por COVID-19 sospechado fue de 8,4%. La tasa de mortalidad COVID-19* fue de 14,5%. La tasa de mortalidad no COVID-19 fue del 9,92%, dato similar a la mortalidad registrada en años previos. Fallecieron a nivel hospitalario el 40,63%(13) de los cuales el 38,5% por causa No COVID-19 y por COVID-19* el 61,5%. En la residencia fallecieron el 59,37% (19) de los cuales el 42,1% por causa No COVID-19 y por COVID-19* el 57,9%. El 67,94% (89) de los residentes tuvieron la infección por el virus SARS-CoV-2 confirmada por los diferentes test realizados, durante el periodo de estudio. Si añadimos los casos sospechosos, el 74,05% tuvieron COVID-19*. La tasa de letalidad COVID-19 fue del 8,99%. La tasa de letalidad COVI-19* fue de 19,59%.

Conclusiones: En los residentes del "El Encinar" la tasa de mortalidad fue de 24,43%, siendo por COVID* de 14,5% y una tasa de letalidad COVID* 19,59%.

557. DIABETES ESTEROIDEA POST-COVID

Manuel Elías Valdelvira Díaz¹, Naiara Cubelos Fernández², Moira Carballo Cereijo³, Ana Isabel Giraldo Polo⁴, Begoña María Escribano Luque⁵, Manuel Latorre Luque⁵, María de Montserrat Feijóo López⁶, Rebeca Cuadra San Miguel⁷ y Ainhoa Cubelos Fernández⁸

¹Gerencia Emergencias Sanitarias Sacyl, León, España. ²C.S. José Aguado I, León, España. ³CAULE, León, España. ⁴Facultad de Medicina, Córdoba, España. ⁵Universidad de Córdoba, Córdoba, España. ⁶IMIBIC, Córdoba, España. ⁷Hospital El Bierzo, Ponferrada (León), España. ⁸Farmacia Alcantarilla, Murcia, España.

Palabras clave: IDPP-4. COVID-19. Corticoides.

Caso clínico: Mujer, 86 años que ingresa en la Unidad de Medicina Interna por COVID. Es tratada con corticoides, hidroxycloquina, lopinavir/ritonavir, ceftriaxona y azitromicina. Debido a las dosis de corticoides, la paciente inicia una diabetes esteroidea, sin previo antecedente de DM. AP: HTA, espondilolistesis, osteoporosis, insuficiencia venosa crónica, dislipemia, obesidad. Tratamiento: candesartán 80 mg, paracetamol 1 g, simvastatina 20 mg. Exploración: TA 132/79, FC 70 lpm, Peso 87 Kg, talla 163 cm. Seguimiento: debido a la buena evolución durante el ingreso, se decide alta y control por médico de atención primaria, donde se le explica a la paciente cómo realizar perfil glucémico y educación para la salud, a fin de iniciar tratamiento con insulina mixta (AD 142 mg/dl, después de desayuno, comida y cena > 300 mg/dl). Se decide inicio con insulina mixta 30 mg (14-0-4) y continuar con controles. Glucemias: AD 132 mg/dl, DD 240 mg/dl, AC 325 mg/dl, DC 367 mg/dl, AC 325 mg/dl, DC 359 mg/dl. Insistimos en dieta diabetogénica, se aumenta insulina mixta 30 mg (18-0-4): AD 84 mg/dl, DD 109 mg/dl, AC 173 mg/dl, DC 266 mg/dl, AC 191mg/dl, DC1 70 mg/dl. Se decide disminuir la dosis de insulina mixta nocturna de forma gradual por hipoglucemias matutinas. Una vez ajustadas las glucemias, la paciente comenzó un tratamiento con alogliptina 25 mg/24h + metformina/12h de forma continuada, con buenos controles glucémicos. Pruebas complementarias: en A/S previa al inicio del tratamiento: HbA1c 9,6%. A/S posterior al ajuste diabético: glucemia 90 mg/dl, HbA1c 6,5%. Juicio clínico: diabetes esteroidea.

Discusión: La diabetes esteroidea es un problema frecuente en la práctica clínica habitual, más en los momentos actuales, en los que el tratamiento de pacientes con COVID es, en muchos casos, a base

de corticoides. Aparece cuando un paciente sin diagnóstico previo de diabetes, comienza con cifras de glucemia elevadas tras la toma de corticoides. Estas cifras suelen bajar a primera hora del día y aumentan de forma posprandial. El manejo habitual de estos pacientes se realiza con insulina mixta para controlar la glucemia postprandial. Se ha visto que, en pacientes frágiles, podría utilizarse un IDPP-4 para mejorar las cifras de glucemia. Además, alogliptina es un fármaco fácil de prescribir y barato.

Bibliografía

1. Corticosteroides para el tratamiento de la COVID-19. Orientaciones evolutivas. 2 de septiembre de 2020. Organización Mundial de la Salud.

580. MÁCULAS EN AMBOS TALONES EN INFECCIÓN COVID-19 PASADA

Clara Mora Gómez¹, María de la O Gutiérrez García¹, Margarita Alonso Fernández¹, María Concepción Gómez Melero², María Ysabel Río Álvarez³, Samsara López Hernández³, David Gómez Villarejo³, María Fernanda Guzmán Ledesma³, Ana González Celestino⁴ y Rosa María González López⁴

¹Centro de Salud Tordesillas, Valladolid, España. ²Centro de Salud Rural II, Valladolid, España. ³Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España. ⁴Centro de Salud Casa del Barco, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID. Máculas. ELISA.

Caso clínico: Paciente de 33 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consultó por lesiones violáceas en ambos talones de dos semanas de evolución. No eran dolorosas ni pruriginosas. No refería traumatismo previo, relación con el clima ni episodios anteriores similares. No presentaba lesiones en otras partes del cuerpo de características parecidas. No había padecido la enfermedad por COVID-19 y negaba tos, disnea, contactos estrechos con personas infectadas y síndrome constitucional. Tampoco era consumidor de sustancias tóxicas, negó la toma de fármacos y la práctica de conductas sexuales de riesgo en los últimos días. Citamos al paciente de forma presencial. La exploración por aparatos fue rigurosamente normal salvo las lesiones que nos había contado telefónicamente. Efectivamente se localizaban en los dos talones de forma simétrica, de color eritematovioláceo, similares a un hematoma, aspecto maculado, y ovalado de unos 3 cm de diámetro y 2 cm de ancho. Desaparecían ligeramente a la vitropresión y no mostraban signos de infección, aunque la piel circundante también estaba eritematosa. Realizamos un examen exhaustivo de ambos pies y nos llamó la atención el enrojecimiento marcado de ambas plantas de forma simétrica. La piel no mostraba cambios de temperatura. El estado normal negaba que fuera así. Ante esto, y la situación epidemiológica que estamos viviendo, nuestra sospecha de COVID era alta por lo que solicitamos PCR. Esta fue negativa. Le reinterrogamos por si algún familiar había tenido la infección y lo negó. Decidimos solicitar una analítica de sangre con coagulación y serologías para sífilis, hepatitis B, C y VIH. Los resultados fueron rigurosamente normales salvo una hipovitaminosis B12 que tratamos mediante medidas dietéticas. Realizamos ecografía de partes blandas donde no obtuvimos hallazgos patológicos. Las lesiones se mantenían similares trascurridos los días. Volvimos a valorar la posibilidad de que el paciente hubiera pasado la infección y que éste tipo de manifestaciones fueran consecuencias del virus, por lo que solicitamos un ELISA y mostró IgG positivos > 3,09. Tras esto, confirmamos que probablemente haya sido un caso asintomático que generó anticuerpos y ahora lo estuviera manifestando así.

Discusión: Con este caso, queremos enfatizar la importancia de sospechar, en estos tiempos de pandemia, que muchas lesiones dermatológicas pueden ser consecuencia de la infección por COVID-19 tanto activa como pasada.

648. FALSOS NEGATIVOS EN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA PARA SARS-CoV-2

Olga Encinas Rodríguez, Pablo Minguito Carazo, Víctor Vicente Martín, Rodrigo Lope Romero, Javier Varona Castrillo, Belén Lluna Peralta, Blanca Delia de Román Martínez, María Victoria Calvo Domínguez, Esperanza Rad Moradillo y Sara Gómez Burgos

Centro de Salud Los Cubos, Burgos, España.

Palabras clave: COVID-19. SARS-CoV-2. PCR.

Caso clínico: Varón de 41 años natural de España, sin antecedentes de interés. Enfermedad actual: acude a Urgencias derivado por su médico de Atención Primaria por fiebre de 6 días de evolución, malestar general, anosmia e hiperemia faríngea. 1ª PCR SARS-CoV-2 negativa. Exploración física: febrícula, BEG, eupneico. Astenia. ACP, abdomen y EEII normales. Pruebas complementarias: 2ª PCR SARS-CoV-2: negativa. Gasometría arterial basal: pO₂ 76 mmHg. Analítica: D-dímero 0,4 ug/mL; IL-6 14,8 pg/mL; LDH 229,0 UI/L. Rx tórax: sin alteraciones. Evolución: se pauta azitromicina. Ante falta de respuesta y negatividad de 2ª PCR SARS-CoV-2 tras 12 días, se realiza analítica con serología desde Atención Primaria incluyendo diagnósticos diferenciales. Se obtiene positividad para IgM SARS-CoV-2 e IgM/IgG sarampión. 5 días después, se deriva a urgencias por fiebre, disnea, tos y dolor centrotorácico; donde se realiza 3ª PCR siendo negativa. ACP: hipoventilación generalizada de ambos campos pulmonares. Se realiza analítica y Rx tórax. Ante hallazgos analíticos compatibles con COVID-19 e infiltrados en ambos campos pulmonares, se decide ingreso en Neumología y tratamiento como Infección respiratoria compatible con SARS-CoV-2. Al día siguiente, mejoría analítica, e IgG positivos SARS-CoV-2. Se rechaza 4ª PCR SARS-CoV-2, recomendándose seguimiento serológico. A los 22 días, alta a domicilio por buena evolución clínica con diagnóstico de neumonía en LII por SARS-CoV-2 con tratamiento. Diagnóstico: falso negativo en PCR SARS-CoV-2 en muestra orofaríngea. Diagnóstico diferencial: infección por Legionella, Chlamydia, C. burnetii, B. burgdorferi, Brucella, sarampión y VIH.

Conclusiones: Un falso negativo en PCR SARS-CoV-2 puede deberse a una carga viral baja, a la fase de la enfermedad en la que se recoja, a escasa calidad de la muestra o a una incorrecta manipulación posterior. La reactividad cruzada entre Sarampión y SARS-CoV-2 puede deberse a la similitud existente entre el dominio de unión de la glucoproteína S del SARS-CoV-2 y la cadena B de la glucoproteína de fusión del sarampión.

Bibliografía

1. Song C-Y, Yang D-G, Lu Y-Q. A COVID-19 patient with seven consecutive false-negative rRT-PCR results from sputum specimens. *Intern Emerg Med.* 2020;15(5): 871-4.
2. Marakasova E, Baranova A. MMR Vaccine and COVID-19: Measles Protein Homology May Contribute to Cross-Reactivity or to Complement Activation Protection. *mBio.* 2021;12(1).

695. ENCEFALITIS POR VHH-6 EN PACIENTE COVID-19 POSITIVO

Olga Encinas Rodríguez¹, Pablo Minguito Carazo¹, Rodrigo Lope Romero¹, Víctor Vicente Martín¹, Javier Varona Castrillo¹, Belén Lluna Peralta¹, Blanca Delia de Román Martínez¹, María Victoria Calvo Domínguez¹, Esperanza Rad Moradillo¹ y María Pilar López Díez²

¹Centro de Salud Los Cubos, Burgos, España. ²Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

Palabras clave: VHH-6. Encefalitis. SARS-CoV-2.

Caso clínico: Mujer de 51 años con HTA y dislipemia. Enfermedad actual: se deriva por médico de AP a urgencias por cuadro de disnea y disminución de conciencia en contexto de PCR SARS-CoV-2 positiva. Exploración física: desorientada. Afebril y eupneica. ACP: crepitantes difusos bilaterales. Exploración abdomen, EEII y NRL normales. SatO₂ basal 85%, 96% con VMK al 50%. Pruebas complementarias: ECG: normal. GAB: pO₂ 70 mmHg. Analítica: neutrófilos 76%, LDH 585 UI/L, PCR 38 mg/dL, D-dímeros 0,27 µg/mL, ferritina 379 ng/mL. Rx TÓRAX: condensaciones bibasales. Evolución: diagnóstico de neumonía bilateral por SARS-CoV-2, ingresa en MI. Durante ingreso, nivel de conciencia fluctuante, desorientación nocturna, labilidad emocional y agitación ocasional. Tras valoración por Psiquiatría, se hace TAC cerebral, siendo normal. GAB, analítica y Rx de tórax similares a previas. Aparece cuadro confusional agudo y nistagmo horizontal espontáneo, por lo que se repite TAC cerebral. Ante la normalidad de la prueba y la continuidad de los síntomas, se indica punción lumbar, diagnosticándose encefalitis por VHH-6. Ingresos en NRL con pauta de aciclovir. Al ingreso, somnolencia, apertura ocular con estímulos verbales y desorientada en tiempo y espacio. Nistagmo en miradas laterales. A los 8 días, RMN craneal con mínima alteración de la señal en región insular y parietales bilaterales, con sutil realce leptomeníngeo parietal bilateral. EEG: mínima disfunción temporal medial izquierda. Se cambia tratamiento a ganciclovir con buena respuesta. La neumonía por SARS-CoV-2 se trata con azitromicina y corticoides con mejoría. Diagnóstico: encefalitis por VHH-6. Neumonía bilateral por SARS-CoV-2. Diagnóstico diferencial: neuroinfección por COVID-19 vs coinfección VHH-6 y SARS-CoV-2.

Conclusiones: Es un caso interesante para identificar cuadro inicial de encefalitis y su correcto tratamiento: ganciclovir vs aciclovir. Las encefalitis por VHH-6 son resistentes a aciclovir, siendo de elección ganciclovir. La neuroinfección por COVID-19 es una situación excepcional. Debido a la dificultad para detectar infección por SARS-CoV-2 en LCR supone un reto diferenciar entre una neuroinfección por COVID-19 y una neuroinfección vírica en paralelo al SARS-CoV-2.

Bibliografía

1. Miró Ò, Llorens P, Jiménez S, Piñera P, Burillo-Putze G, Martín A, et al. Frequency of five unusual presentations in patients with COVID-19: results of the UMC-19-S1. *Epidemiol Infect.* 2020;148:e189.

696. LENGUA GEOGRÁFICA Y HERPES ZÓSTER TRAS INFECCIÓN POR COVID-19

Clara Mora Gómez¹, María de la O Gutiérrez García¹, Beatriz Cartón Manrique¹, Guillermo Oihan Aragón Elio¹, Margarita Alonso Fernández¹, María Concepción Gómez Melero², Rosa María González López³, Ana González Celestino³, María Ysabel Río Álvarez⁴ y Juan Miguel Pacheco Bolaños⁵

¹Centro de Salud Tordesillas, Valladolid, España. ²Centro de Salud Rural II, Valladolid, España. ³Centro de Salud Casa del Barco, Valladolid, España. ⁴Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España. ⁵Centro de Salud Covaresa, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID. Depapilada. Herpes.

Caso clínico: Paciente de 78 años de edad, con AP de HTA y dislipemia, en tratamiento con enalapril 20-HCT 12,5 y simvastatina 20 mgr- ezetimiba 10 mgr. La paciente sufrió la enfermedad por COVID-19 en noviembre del 2020 al tener contacto con un caso positivo. Durante el aislamiento presentó clínica respiratoria y fiebre que remitieron con tratamiento sintomático. En enero del 2021 nos consulta de nuevo por odinofagia y sensación de quemazón en la zona de la lengua desde hace una semana. No lo relacionaba con los alimentos, fármacos ni con la ingesta de bebidas calientes. A la exploración evidenciamos múltiples lesiones blanquecinas a lo largo de la lengua,

paladar duro y en pilares anteriores faríngeos. Eran de aspecto algo-donoso y ligeramente sobrelevadas. Nos impresionaron de micosis bucal por lo que pautamos nistatina oral 5 ml cada 6 horas durante 1 semana. Reevaluamos a la paciente a la semana, no refirió ninguna mejoría con el tratamiento pautado. Persistían las lesiones y evidenciamos una lengua geográfica con múltiples grietas en la región anterior de la lengua además de una zona depapilada en la región anterior de la misma con una lesión blanquecina de aspecto redondeado y características diferentes a las previas. No era dolorosa ni desaparecía al raspado. Plantemos la opción de seguir con el tratamiento previo una semana más para intentar erradicar la infección. Tres días después, nos consultó de urgencia por la aparición de lesiones dolorosas y que le producían quemazón de 24 horas de evolución. A la exploración eran eritematosas, vesiculosas y se encontraban agrupadas en racimos a lo largo de la cara anterior y medial de la pierna izquierda. A la palpación le desencadenaban dolor. Preguntamos por la varicela, ante la alta sospecha de un herpes zóster. Nos comentó que la había pasado de pequeña. Decidimos pautar tratamiento antivírico con brivudina 7 días y analgésico. Mejoró significativamente desapareciendo las lesiones y no precisó fármacos para el posible dolor neuropático residual. Actualmente, no presenta las lesiones de aspecto micótico pero persiste la lesión de aspecto perlado en región anterior junto con un aspecto agrietado de la misma, por ello derivamos a dermatología para completar estudio pero creemos que son consecuencias de la infección por COVID que padeció 2 meses antes.

717. CONCLUSIONES DE LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS EN UN CENTRO DE SALUD

Blanca Delia de Román Martínez¹, Ángel González de la Fuente², Javier Varona Castrillo¹, Víctor Vicente Martín¹, Rodrigo Lope Romero¹, Belén Lluna Peralta¹, M^a Esperanza Rad Moradillo¹, Mónica Karina Ramos Quintana¹, Victoria Calvo Domínguez¹ y Sara Gómez Burgos¹

¹Centro de Salud Los Cubos, Burgos, España. ²Gerencia de Atención Primaria, Burgos, España.

Palabras clave: Prevalencia. Enfermedad por coronavirus. Centro de salud.

Desde su inicio en Wuhan, la enfermedad por COVID-19 se ha expandido con gran velocidad. La OMS declara este brote como pandemia el 11 de marzo de 2020, decretándose en España el estado de alarma tres días después. Dado el gran impacto que ha tenido en nuestra sociedad, nos parece pertinente realizar un estudio que analice la prevalencia de la enfermedad en una Zona Básica de Salud de 14.816 usuarios, teniendo en cuenta, entre otros aspectos la sintomatología (tos, disnea, fiebre, congestión nasal, diarrea, astenia/mialgias, anosmia/disgeusia) y los diferentes factores de riesgo presentados entre la población afectada (hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC/asma, patología isquémica). Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con una valoración retrospectiva de una muestra de 172 pacientes que consultaron con sintomatología compatible con enfermedad por coronavirus durante la primera ola de la pandemia por SARS-CoV-2 en España. Se accedió a la historia clínica a través del epígrafe fines de investigación. Los datos del estudio fueron utilizados de forma anónima y exclusivamente para obtener conclusiones científicas con la autorización del Comité Ético de Investigación y de la Gerencia de Atención Primaria. Análisis estadístico realizado con paquete estadístico SPSS 15.0.1, aplicando distribuciones de frecuencias y porcentajes, cálculo de medias, desviaciones estándar y cálculo de la asociación entre variables con un nivel de significación estadística del 5%. La principal limitación del estudio fue la imposibilidad de poder definir claramente la enfermedad a través de técnicas diagnósticas dada la dificultad

de acceso a estas pruebas en el periodo comprendido entre los meses de marzo y junio de 2020 cuando se realizó el estudio. Se observó que 83 pacientes precisaron iniciar tratamiento antibiótico, fundamentalmente azitromicina. Los síntomas más frecuentes registrados en el momento de 1ª consulta en el centro fueron: tos (68,80%), fiebre (51,16%) y astenia (34,30%). Se evaluó la presencia de factores de riesgo (comorbilidades) como posibles indicadores de mal pronóstico, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. De los 16 pacientes que precisaron ingreso hospitalario, 7 eran hipertensos, y al menos 12 de ellos sí presentaban comorbilidades. Continuar la investigación, es fundamental en la lucha contra la pandemia para seguir conociendo más sobre la enfermedad.

718. RETRASO DIAGNÓSTICO DE GANGRENA DE FOURNIER POR LA SOBRECARGA DURANTE LA PANDEMIA

Albert Carbó Jordà¹, Naiara Cubelos Fernández¹, Estefanía Robles Martín¹, María Osawa Rodríguez¹, Eduardo Álvarez Baza¹, Marina Martínez de Luis², Susana Fernández Cordero³, Sarai Palacios González⁴, Natalia Franco Gil⁵ y Lucía Fernández de Dios⁶

¹C.S. José Aguado I, León, España. ²C.S. José Aguado II, León, España.

³C.S. Santa María del Páramo, León, España. ⁴C.S. Crucero, León, España. ⁵C.S. San Andrés del Rabanedo, San Andrés del Rabanedo, España. ⁶C.S. La Palomera, León, España.

Palabras clave: Fournier. Pandemia. Retraso.

Caso clínico: Varón de 66 años que, tras solicitar cita con su médico de Atención Primaria por inflamación y dolor a nivel testicular, se le cita de forma telefónica para 8 días después. Durante la espera, el cuadro clínico del paciente va evolucionando, extendiéndose la inflamación a la zona glútea derecha y a la extremidad inferior derecha (EID). No refiere fiebre. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina/empagliflozina 1.000/12,5 mg, hipertrigliceridemia en tratamiento con fenofibrato 145 mg, e hiperuricemia en tratamiento con alopurinol 100 mg. Presenta mal control glucémico, con HbA1c de 8%. Exploración física: El día de la cita, tras realizar anamnesis por vía telefónica, se decide citarle de forma presencial en la misma mañana. Al acudir a la consulta, presenta mal estado general. A la exploración se observa taquipnea (28 rpm), taquicardia (110 lpm) y temperatura de 35,1 °C. Se evidencia asimismo importante tumefacción a nivel testicular, que se extiende a periné, zona glútea derecha y EID, con crepitación y aumento de la temperatura local. Ante sospecha de gangrena de Fournier (GF), se remite al Servicio de Urgencias Hospitalarias. Pruebas complementarias: Analítica: glucemia 622 mg/dL, PCR 391 mg/L, procalcitonina 16 ng/mL, leucocitos 8.500 (24% cayados). Se solicita TC abdominopélvico urgente: enfisema subcutáneo desde séptima costilla derecha hasta raíz de muslo, así como en regiones inguinal, perineal y glútea, con presencia adenopatías retroperitoneales, ilíacas e inguinales. Tratamiento y evolución: se realiza interconsulta con Urología, quien decide desbridamiento quirúrgico urgente. Tras 13 días de hospitalización, y bajo tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam y daptomicina, el paciente presenta asistolia y exitus a pesar de realizarse reanimación cardiopulmonar. Juicio clínico: gangrena de Fournier. Diagnóstico diferencial: orquitis, epididimitis, celulitis escrotal, erisipela, absceso perineal, absceso periuretral.

Discusión: El contexto actual de pandemia ha cambiado radicalmente la relación con nuestros pacientes. La sobrecarga en las agendas y el consiguiente retraso a la hora de citar a los pacientes, pueden conducir a situaciones como la descrita, donde un paciente con una patología potencialmente grave debe esperar varios días antes de ser atendido. En una situación asistencial normal, el paciente habría podido ser evaluado precozmente y tratado adecuadamente.

748. TROMBOEMBOLISMO Y NEUMONÍA DE REPETICIÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD POR COVID-19

Blanca Delia de Román Martínez¹, Aitza Mindre Pérez González², M^a del Carmen García-Rámila San José³, Mónica Varona Ramos Quintana¹, Aitor Cuadrado Hernández⁴, Javier Varona Castrillo¹, Víctor Vicente Martín¹, Olga Encinas Rodríguez¹, Pablo Minguito Carazo¹ y M^a de la Paloma Halabi Lucero²

¹Centro de Salud Los Cubos, Burgos, España. ²Centro de Salud Cristóbal Acosta, Burgos, España. ³Centro de Salud Burgos Rural Norte, Burgos, España. ⁴Centro de Salud Burgos Rural Sur, Burgos, España.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Neumonía bilateral. Enfermedad por COVID-19.

Caso clínico: Varón de 73 años de evolución con antecedentes personales de síndrome de apnea hipopnea de sueño grave que precisa CPAP, exfumador, insuficiencia venosa crónica con úlceras de repetición, artrosis generalizada con prótesis cadera bilateral y de rodilla derecha, sobrepeso, último ingreso en Neumología hace 1 mes por Neumonía en lóbulo inferior derecho (LID) y tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentario en LID, desde entonces tratamiento con acenocumarol además de su medicación habitual: omeprazol, pregabalina, beclometasona + formoterol en cámara, tramadol y paracetamol. No alergias medicamentosas conocidas, vacuna gripe anual, neumococo 23valente (2019) y 13 valente (2020). Situación basal: Escala modificada de disnea (mMRC) de 0. Vida activa. El paciente desde el alta hospitalaria presenta tos y desde hace unos días disnea de moderados esfuerzos hasta hacerse de mínimos, con expectoración que describe en inicio marronácea, posterior verdosa, con autoescuela de ruidos respiratorio, afebril, no diarrea, no dolor torácico ni sensación distérmica, ni vómitos, no ortopnea, ni disnea paroxística nocturna. En consulta de Atención Primaria destaca saturación de oxígeno del 82%. Auscultación cardiopulmonar: taquipnea, taquicardia sin soplos, crepitantes bibasales hasta campos medios. Se realiza test antigénico rápido: negativo y se deriva a urgencias para realizar analítica donde destaca proBNP: 979, PCR 90, PCR COVID negativo y radiografía de tórax donde se aprecia neumonía bilateral motivo por el que ingresa en Neumología, se le realiza D-dímeros: mayor de 20 y TAC pulmonar que muestra nuevo episodio de TEP agudo periférico bilateral a pesar de anticoagulación con acenocumarol. Se repite PCR COVID por alta sospecha siendo positivo. Se solicita Interconsulta a Cirugía Vascular para descartar trombosis venosa profunda (TVP) y posible isquemia distal extremidad inferior izquierda. Ecodoppler de extremidades inferiores: obstrucción venosa gemelar residual de miembro inferior derecho (nov 2020), TVP gemelar de miembro inferior izquierdo. Durante el ingreso se detectan cortas rachas de fibrilación auricular. Dada esta situación y el re-TEP bajo tratamiento con acenocumarol se decide anticoagulación con edoxabán de forma indefinida. Evoluciona favorablemente después de 20 días de ingreso. Alta hospitalaria con aislamiento domiciliario durante 10 días tras el alta hospitalaria.

749. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN SARS-CoV-2 EN PAC ATENCIÓN PRIMARIA

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

SACYL, Valladolid, España.

Palabras clave: Urgencias. SARS-CoV-2. Síntomas.

Introducción: Ante la situación de pandemia actual, es necesario tener un alto índice de sospecha ante la aparición de síntomas compatibles con infección por SARS-CoV-2.

Objetivos: Caracterización del cuadro clínico compatible con infección por SARS-CoV-2 de los pacientes que consultan en los PAC.

Material y métodos: Estudio transversal prospectivo en pacientes de ≥ 14 años que consultan en los PAC que presenten síntomas compatibles con la infección por SARS-CoV-2 durante el periodo de noviembre 2020 a febrero 2021. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética. Se recogen los síntomas que presenta el paciente por orden cronológico de aparición, así como temperatura y SatO2 en el momento de la consulta. A todos los que presentaron sintomatología compatible con SARS-CoV-2 se les realizó el test rápido de detección de antígenos SARS-CoV-2. La muestra es de 530 pacientes (edad media 42,2 años, desviación estándar 19,2). El 47,1% fueron hombres y el 52,9% mujeres. Por orden de prevalencia, los síntomas más frecuentes fueron cefalea (50,2%), tos seca (44,3%), astenia (41,1%), odinofagia (39,1%), mialgias (36,4%), febrícula (33,2%) y congestión nasal (23,2%). Otros síntomas menos frecuentes fueron anosmia o ageusia (18,3%), diarrea (17,5%), disnea (16,6%), vómitos (15,1%), abdominalgia (14,3%) y dolor torácico (12,3%).

Resultados: La temperatura $\geq 37^\circ\text{C}$ fue el primer síntoma en el 26,5% de los pacientes, de los cuales, el 10,8% presentaban temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$. La tos seca fue el primer síntoma de aparición en el 16,6%, la odinofagia fue el primer síntoma en el 15,7%, la cefalea fue el primer síntoma en el 17,0%, la astenia fue el primer síntoma en el 13,2% y las mialgias fueron el primer síntoma en el 8,3% de los pacientes. El 36,6% de los pacientes que consultaron por síntomas compatibles con infección por SARS-CoV-2, presentaron un test de antígenos positivo en el momento de la consulta del PAC. Los síntomas más frecuentes, compatibles con infección por SARS-CoV-2, por los que consultaron en los PAC fueron cefalea, tos seca, astenia, odinofagia y mialgias.

Conclusiones: El empleo de los test de antígenos frente a SARS-CoV-2 permitió detectar precozmente la infección en el 36,6% de los pacientes con síntomas de sospecha que consultaron en los PAC, demostrando la utilidad de los mismos en Atención Primaria.

793. CARACTERÍSTICAS PACIENTES DE LA RESIDENCIA “EL ENCINAR” EN PRE-PANDEMIA COVID-19 (I)

Rodrigo Domínguez León¹, Juan Carlos García Álvarez¹, Antonio Ruiz García², Elena Cardona Corrochano¹, Marina M^a Mendoza Jiménez², Rocío López Sánchez¹, Alba Sardina Menéndez¹ y Olga Villar Ruiz³

¹Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche, Leganés, España. ²Centro de Salud Pinto, Pinto, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Residencia de ancianos. SARS-CoV-2.

Objetivos: Describir las características clínicas de la población domiciliada en la Residencia “El Encinar” antes del inicio de la epidemia por COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. La Residencia de ancianos “El Encinar” es un centro socio-sanitario concertado ubicado en Leganés, dentro de la Zona Básica de Salud del Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. La ocupación a fecha 31 de enero de 2020 era de 131 personas y no se admitieron nuevos ingresos durante el periodo de observación. Variables descriptivas analizadas: Edad. Sexo. Hipertensión arterial (HTA): Sí/No. Diabetes mellitus: Sí/No. ECVA: cardiopatía isquémica (CI), ictus, enfermedad arterial periférica (EAP). Enfermedad cardiovascular (ECV): ECVA, insuficiencia cardíaca (IC), fibrilación auricular (FA): Sí/No. Presencia de dos o más ECV o FRCV: Sí/No. Enfermedad renal crónica (ERC): Sí/No. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Sí/No. Deterioro cognitivo (DC): Sí/No. Deterioro cognitivo moderado-severo: Sí/No. Polimedicado (≥ 6 fármacos): Sí/No.

Resultados: La población de estudio fue de 131 adultos entre 64 y 104 años, cuya media (\pm DE) de edad era 86,6 (\pm 8,25) años, y su mediana era 88 años. En los hombres la media era de 79,6 (\pm 7,16) años y en las mujeres de 86,87 (\pm 8,19) años. El 96,18% de los residentes eran mujeres. El 94% de los pacientes tenía movilidad reducida. El 70,23% de los residentes tenían HTA, de los cuales el 96,18% presentaban presión arterial sistólica y diastólica inferior a 140/90 mmHg respectivamente. Un 35,88% eran diabéticos, de los cuales el 70,21% presentaban HbA1c inferior a 7%. El 47,33% presentaban ECV. Mostraron dos o más ECV o FRCV en 61,83%. Presentaron ERC el 9,92% y EPOC el 9,16%. Los residentes tenían algún grado de deterioro cognitivo, según la escala de deterioro global (GDS) en el 89,31%. Y deterioro cognitivo moderado-grave (GDS mayor igual a 4) en el 52,67%. Eran polimedicados el 71%.

Conclusiones: Los residentes del “El Encinar”, previo a inicio de la pandemia por COVID-19 se caracterizaban por ser predominantemente mujeres con una media (\pm DE) de edad de 86,6 (\pm 8,25) años. Eran polimedicados (71%) y pluripatológicos, el 86,26% presentaba más de una ECV o FRCV y con deterioro cognitivo (89,31%).

801. TROMBOSIS EXTENSA DE LA UNIÓN YUGULO-SUBCLAVIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Esteban Flores¹, Enrique de la Hoz Tuells², Beatriz Rodríguez García¹, Soraya López Zacarez¹, María Isabel Vargas López¹, M^a Ángeles Abellán González¹, Antonio Carbonell Asensio¹ y Marta de la Fuente López³

¹C.S Cartagena Casco, Cartagena, España. ²Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España. ³Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: Trombosis. TVP. Doppler.

Caso clínico: Paciente varón de 59 años con AP de dislipemia y diabetes con tratamiento dietético. No HTA. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Sin alergias conocidas. Sin tratamiento crónico. Precisa de ingreso hospitalario por neumonía COVID+ del 23/12/2020 al 29/12/2020, con ingreso en unidad de cuidados intensivos por neumonía grave e insuficiencia respiratoria hipoxémica, con posterior traslado a planta de neumología. Al alta de la misma presenta en la analítica una PCR de 1,16, GPT de 64, y dímero D de 2.565. Resto normal. Es dado de alta con el siguiente plan: Se realizará seguimiento de forma telefónica por parte de su médico de Atención Primaria. Se realizará revisión en consultas de Neumología post-COVID con radiografía de tórax y analítica. El día 10/01/2021 acude a urgencias por edema, aumento de temperatura y eritema desde la raíz de miembro superior izquierdo hasta dedos, con pulsos periféricos conservados. No impotencia funcional, fuerza y sensibilidad conservadas. Presenta hemograma y bioquímica sin alteraciones. Fibrinógeno 728, Dímero D 1.645. Se realiza ecografía doppler de miembro superior externo que concluye ocupación parcial por material ecogénico en la unión yugulo-subclavia, compatible con trombosis parcial, así como ocupación completa y ausencia de compresibilidad de la vena subclavia en su segmento distal, axilar, humerales y radial, siendo dudosa la cubital. Vena yugular izquierda permeable. Venas cefálica y basílica del brazo compresibles. Desde urgencias se procede a ingreso por trombosis venosa profunda de miembro superior izquierdo, pautándose tratamiento hospitalario.

Discusión: Con el presente caso queremos ilustrar una de las complicaciones más frecuentes de la infección por coronavirus (hasta en el 30-50% de los paciente que hayan precisado ingreso) como es la trombofilia generalizada, que puede dar lugar a cuadros como el presente. En lo previsto a ello queremos dar importancia al seguimiento de las complicaciones de la infección y la necesidad de establecer protocolos de tratamiento al alta que pudieran incluir antiagregantes/anticoagulantes.

804. CARACTERÍSTICAS PACIENTES DE LA RESIDENCIA “EL ENCINAR” EN PRE-PANDEMIA COVID-19 (II)

Rodrigo Domínguez León¹, Juan Carlos García Álvarez¹, Antonio Ruiz García², Elena Cardona Corrochano¹, Marina M^a Mendoza Jiménez², Rocío López Sánchez¹, Alba Sardina Menedez¹ y Olga Villar Ruiz³

¹Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche, Leganés, España. ²Centro de Salud Pinto, Pinto, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Residencia de ancianos. SARS-CoV-2.

Objetivos: Describir las características clínicas de la población domiciliada en la Residencia “El Encinar” antes del inicio de la epidemia por COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. La Residencia de ancianos “El Encinar” es un centro socio-sanitario concertado ubicado en Leganés, dentro de la Zona Básica de Salud del Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. La ocupación a fecha 31 de enero de 2020 era de 131 personas y no se admitieron nuevos ingresos durante el periodo de observación. Variables clínicas analizadas: Puntuación índice de comorbilidad de Charlson (1 al 9). Glucemia plasmática en ayunas (mg/dL). HbA1c (%) en pacientes con diabetes mellitus (DM). Colesterol total (mg/dL). Colesterol HDL (mg/dL). Colesterol LDL (mg/dL). PAS (mmHg). PAD (mmHg).

Resultados: Se aplicó a la población de estudio el Índice de comorbilidad de Charlson (CCI), este índice pretende estimar la esperanza de vida de la población a los 10 años. Las puntuaciones de CCI, oscilaron entre 2 y 9, con una mediana y una moda de 6. El 89,31% de los residentes tenían una puntuación mayor o igual a 5 lo que correspondía a una esperanza de vida estimada a 10 años menor o igual 22,14%. El 67,18% de los residentes tenían una puntuación mayor o igual a 6 lo que correspondía a una esperanza de vida estimada a 10 años menor o igual 2,25%. En cuanto a la glucemia plasmática en ayunas la media (\pm DE) fue de 98,2 (\pm 31) mg/dL. En los diabéticos la media (\pm DE) fue 119,85 (\pm 43) mg/dL. Los diabéticos tenían una media (\pm DE) de HbA1c de 6,40 (\pm 0,96)%. En cuanto al perfil lipídico, presentaban una media (\pm DE) de colesterol total, colesterol LDL y colesterol HDL de 150,46 (\pm 32,4) mg/dL, 84,87 (\pm 27,25) mg/dL y 46,12 (\pm 11,08) mg/dL respectivamente. El 90,84% de los pacientes tenían colesterol total menor de 200 mg/dL. El 70,54% presentaban un colesterol LDL menor de 100 mg/dL. El 29,46% un colesterol HDL menor de 40 mg/dL. Los pacientes presentaban una media (\pm DE) de PAS de 122,62 (\pm 8,67) mmHg y una media (\pm DE) de PAD de 63 (\pm 6,82) mmHg. Los hipertensos tenían una media (\pm DE) de PAS de 123 (\pm 7,85) mmHg y una media (\pm DE) de PAD de 62,71 (\pm 6,72) mmHg.

Conclusiones: Los residentes del “El Encinar”, previo a inicio de la pandemia por COVID-19 eran una población “frágil” y vulnerable, con una puntuación en el índice de comorbilidad de Charlson mayor o igual a 5 en el 89%. Presentaban en la mayoría de los casos un adecuado control de las variables cuantificadas.

836. MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES RESIDENCIA “EL ENCINAR” EN PRE-PANDEMIA COVID-19

Rodrigo Domínguez León¹, Juan Carlos García Álvarez¹, Antonio Ruiz García², Elena Cardona Corrochano¹, Marina M^a Mendoza Jiménez², Rocío López Sánchez¹, Alba Sardina Menendez¹ y Olga Villar Ruiz³

¹Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche, Leganés, España. ²Centro de Salud Pinto, Pinto, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Residencia de ancianos. Polimedicación.

Objetivos: Describir las características clínicas, en concreto sobre los tratamientos farmacológicos, de la población domiciliada en la Residencia “El Encinar” antes del inicio de la epidemia por COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. La Residencia de ancianos “El Encinar” es un centro socio-sanitario concertado ubicado en Leganés, dentro de la Zona Básica de Salud del Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche. La ocupación a fecha 31 de enero de 2020 era de 131 personas y no se admitieron nuevos ingresos durante el periodo de observación. Variables clínicas analizadas: Polimedicado (≥ 6 fármacos): Sí/No. Tratamiento farmacológico: IECA: Sí/No; ARA2: Sí/No; betabloqueantes: Sí/No; diuréticos: Sí/No; calcioantagonistas: Sí/No; estatinas: Sí/No; benzodiazepinas: Sí/No; antidepresivos atípicos (mirtazapina/trazodona): Sí/No; neurolepticos: Sí/No; tratamiento farmacológico para la demencia (donezepilo, galantamina, rivastigmina, memantina): Sí/No; ISRS: Sí/No; calcifediol: Sí/No; anticoagulación (heparinas de bajo peso molecular [HBPM], acenocumarol, warfarina, anticoagulantes directos [NACO]): Sí/No; antiagregación: Sí/No.

Resultados: Definiendo polimedicación como el consumo de 6 o más fármacos, el 71% de los residentes eran polimedicados. En cuanto al tratamiento farmacológico de los residentes; El 29,77% no recibía ningún fármaco antihipertensivo. La distribución de los antihipertensivos era: un 30,53% tomaban IECA; un 10,69% ARA2; un 22,9% betabloqueantes; un 46,46% diuréticos; un 12,21% calcioantagonistas. En tratamiento con estatinas estaban presente en el 21,37% de los residentes. Con calcifediol un 33,59%. El 14,5% de los residentes no tomaban ningún psicofármaco. De los que los tomaban: benzodiazepinas un 26,72%. Antidepresivos atípicos un 36,64%. Neurolepticos un 29,77%. Tratamiento demencia un 30,53%. ISRS un 23,66%. Estaban con anticoagulación un 22,14% y antiagregación un 24,43%. El 44,27% de los residentes estaban anticoagulados o antiagregados.

Conclusiones: Los residentes del “El Encinar”, previo al inicio de la pandemia por COVID-19 eran polimedicados en el 71%. El 85,5% tenían pautado un psicofármaco y 70% un antihipertensivo. Un 44,27% estaban anticoagulados o antiagregados.

946. LA INCERTIDUMBRE DE LAS REINFECCIONES

Cristina Martínez Badillo¹, María Inmaculada Juárez Redondo², Silvia Hernansanz de la Calle³, Ana María García Garaboa¹, Marta Marina García Alonso¹, Ana Cornejo Mazzuchelli¹ y Gloria Barrero Morcillo¹

¹Centro de Salud Circunvalación. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid, España. ²Centro de Salud Toro. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora, Zamora, España. ³Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: Coronavirus. Infecciones. Neumonía.

Introducción: A lo largo de estos meses de pandemia han surgido numerosos interrogantes aún sin resolver. Quizás, la posibilidad de reinfección es una de las cuestiones que, tanto a la población general como a los profesionales sanitarios, genera mayor inquietud.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 90 años que en marzo de 2020 presenta episodio de empeoramiento de su estado basal, con confusión y torpeza y un pico febril. Días antes había acudido a un acontecimiento multitudinario en su pueblo. La radiografía de tórax muestra opacidades alveolares parcheadas en ambos hemitórax y derrame pleural derecho. Se realiza una PCR para SARS-CoV-2 que resulta positiva, por lo que se diagnostica de neumonía bilateral por COVID-19. Se instaura tratamiento con corticoides orales, oxigenoterapia, enoxaparina, azitromicina e hidroxiclo-

roquina, presentando mejoría. Tres meses después, su hija sanitaria le solicita serología ELISA, con resultado IgM e IgG negativos. En enero de 2021, diez meses después de dicho episodio, la hija y el yerno de nuestro paciente presentan PCR para SARS-CoV-2 positiva, por lo tras ser considerado contacto estrecho, se le realiza nueva PCR para SARS-CoV-2 que es negativa. Una semana después, comienza con febrícula y malestar general, por lo que se realiza otra PCR para SARS-CoV-2 resultando ahora positiva. Permanece en aislamiento domiciliario, presentando solo síntomas leves durante dicho periodo. La posibilidad de reinfección supone un desafío para controlar la pandemia. Actualmente se han descrito varios casos de pacientes que han presentado reinfecciones, como el que presentamos. Algunos artículos indican que para confirmar reinfección es necesario secuenciar el genotipo viral, ya que para poder afirmar que existe una reinfección como tal debe producirse a partir de una cepa diferente del SARS-CoV-2. Sin embargo, esto es complicado de realizar en la práctica clínica diaria.

Discusión: La mayoría de reinfecciones descritas en la literatura han presentado sintomatología más leve que durante la primoinfección, como ocurrió en nuestro paciente. Además, teniendo en cuenta la ausencia de anticuerpos IgG y el tiempo entre ambos episodios, nos decantamos porque nuestro caso sea una reinfección. De todas formas, planteamos la necesidad de realizar más estudios para aumentar el conocimiento en este campo y poder dar respuesta a los interrogantes que están surgiendo los últimos meses.

952. DISNEA SÚBITA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Pablo Minguito Carazo, Olga Encinas Rodríguez, Esperanza Rad Moradillo, María Victoria Calvo Domínguez, Blanca Delia de Román Martínez, Monica Karina Ramos Quintana, Javier Varona Castrillo, Rodrigo Lope Romero, Victor Vicente Martín y Belén Lluna Peralta

Centro de Salud Los Cubos, Burgos, España.

Palabras clave: Disnea. TEP. SARS-CoV-2.

Caso clínico: Varón de 44 años con SAHS, obesidad y espondilitis anquilosante, que acude a consulta de AP por cuadro de fiebre (37,8 °C), tos, y malestar general de 24h de evolución. No presenta disnea, ni dolor torácico. Auscultación normal. Test de antígenos positivo para SARS-CoV-2. Debido a la ausencia de signos de alarma se decide aislamiento con seguimiento por su médico de AP y tratamiento con paracetamol y azitromicina. Al 4º día, presenta persistencia de fiebre de hasta 38,5 °C, tos, malestar general, y disnea brusca de 24h de evolución sin dolor torácico, por lo que se decide valoración presencial en centro de salud, con los siguientes hallazgos: TA 111/70, FC 110, Tª 38 °C, satO2 85%. Auscultación con taquipnea y crepitantes en ambas bases, con hipoventilación leve generalizada bilateral. Tras la valoración se decide traslado a urgencias en UME, donde se le administró tratamiento con actocortina, O2 con Ventimask al 40%, paracetamol y heparina. En el servicio de urgencias se realizó analítica: leucocitos 11,3, fibrinógeno 649, D dímeros > 20, ferritina 465, interleucina 6 75,1, PCR 213, procalcitonina 0,1, PCR SARS-CoV-2 positiva. Radiografía de tórax: infiltrados de predominio en bases pulmonares con gradiente craneocaudal positivo. ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm. Resto normal. Gasometría arterial (FIO2 40%): pH 7,47, pO2 72, pCO2 32, satO2 96%, glucemia 111. PAFI 310. Angio-TC de arterias pulmonares: defectos de repleción en arteria lobar y segmentaria del LII en relación con TEP agudo sin datos de hipertensión pulmonar. Múltiples infiltrados en ambos campos pulmonares sugestivos de neumonía bilateral por SARS-CoV-2. Ante estos hallazgos ingresa en Neumología con diagnóstico de neumonía bilateral por SARS-CoV-2, TEP en LII e insuficiencia respiratoria. Durante el ingreso se le trata con dexametaso-

na, ceftriaxona y enoxaparina a dosis terapéutica. Durante los siguientes días se descarta su ingreso en UCI dada la buena evolución clínica y analítica. A los 7 días hay mejoría clínica, con mejora del patrón respiratorio, de la SO₂ y de los parámetros analíticos, siendo dado de alta a los 12 días tras completa normalización. Se puede concluir la importancia de descartar la presencia de TEP en paciente con SARS-CoV-2 dada la mayor prevalencia de TEP en este tipo de pacientes.

Bibliografía

1. Franco Moreno A, Muñoz-Rivas N, et al. Tromboembolismo pulmonar en COVID-19: un cambio de paradigma. Revista clínica española. 2020;220:393-462.

956. COVID-19: LA GRAN SIMULADORA

Cristina Martínez Badillo¹, Ana María García Garaboa¹, María Inmaculada Juárez Redondo², Marta Marina García Alonso¹, Ana Cornejo Mazzuchelli¹ y Gloria Barrero Morcillo¹

¹Centro de Salud Circunvalación. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid, España. ²Centro de Salud Toro. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora, Zamora, España.

Palabras clave: Coronavirus. Neumonía. Derrame pleural.

Introducción: La situación de pandemia por COVID-19 ha conllevado un cambio en la forma de trabajar de los profesionales sanitarios. Cambios sutiles en los síntomas de pacientes con patologías crónicas han pasado a poder significar el desarrollo intercurrente de la enfermedad por COVID-19.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y neoplasia de ovario estadio IV, en seguimiento conjunto con Cuidados Paliativos. En los últimos meses ha presentado derrame pleural derecho recurrente, precisando toracocentesis evacuadoras varias ocasiones. Acude a la consulta, tras indicación de su médico de Familia por referir disnea que le recuerda a otros episodios de aumento del derrame pleural. En la exploración física destaca saturación de oxígeno basal de 88%, afebril, auscultación pulmonar con roncus dispersos en hemitórax izquierdo y ausencia de murmullo vesicular en hemitórax derecho. Reinterrogando a la paciente, refiere además tos con expectoración amarillento-verdosa y malestar general desde hace varios días que ha ido en aumento. Debido a la exploración física, la anamnesis completa y la situación epidemiológica actual, se decide derivar a urgencias del hospital de referencia, donde realizan radiografía de tórax que objetiva derrame pleural derecho con atelectasia compresiva del lóbulo inferior, sin que se pueda descartar consolidación. En la analítica sanguínea se observa: dímero D 1.978 ng/ml, lactato deshidrogenasa 567 U/l y proteína C reactiva 63,7 mg/l, sin otras alteraciones significativas. Se realiza prueba PCR para SARS-CoV-2 que resulta positiva y el angio-TC pulmonar confirma áreas extensas de vidrio deslustrado en ambos pulmones. Se realiza evacuación de derrame pleural, cuyo análisis confirma líquido neoplásico, pese a lo cual la paciente no presenta mejoría sintomática. Posteriormente, debido a la evolución tórpida, se decide adecuación del esfuerzo terapéutico, produciéndose el fallecimiento.

Discusión: Con este caso queremos poner de manifiesto la importancia como médicos de familia de estar alerta ante los síntomas sugerentes de enfermedad por COVID-19 de nuestros pacientes crónicos, especialmente los oncológicos, ya que es muy habitual la coexistencia con otras patologías. Nuestra paciente relacionaba el aumento de disnea con el derrame recurrente, pero datos como la tos, la expectoración y finalmente la exploración física nos pusieron bajo la sospecha clínica de posible neumonía por COVID-19.

1016. DOLOR POR COVID. INICIO LUMBAR SE EXTIENDE A CADERA Y SE IRRADIA HACIA REGIÓN FEMORAL

Aitza Mindré Pérez González¹, Blanca Delia de Román Martínez², María Luisa Arce Mediavilla¹, María de la Paloma Halabi Lucero¹, Miguel Ángel Ramón Gariglio¹, María Alejandra Roche Rodríguez¹, Guillermo Gallego Prieto¹, Mónica Karina Ramos Quintana² y María Victoria Alonso Quintana¹

¹Centro de Salud Cristóbal Acosta, Burgos, España. ²Centro de Salud Los Cubos, Burgos, España.

Palabras clave: Dolor femoral. Artralgia. Hiporreflexia.

Caso clínico: Paciente mujer 52 años, Antecedentes personales: fumadora hasta hace 4 años, Fenómeno de Raynaud, TEP bilateral resuelto sin causa conocida con estudio de hipercoagulabilidad normal Tratamiento habitual actual omeprazol 20 mg cada 24 horas Enantyum cada 12 horas. Ocasional. Alergias: no alergias farmacológicas Situación basal: Trabaja de dependienta La paciente ha sido contacto estrecho en octubre 2020 estuvo en confinamiento, asintomática, se le realizó segunda PCR para incorporarse nuevamente a su vida laboral, fue positiva por lo que continuo en aislamiento, durante esa semana presenta hiposmia y cefalea que recupera de manera progresiva. Se solicita SARS-CoV-2 IgM negativo IgG positiva. Tras cumplir el confinamiento y tener anticuerpos se da el alta. Después de 1 semana el paciente presenta dolor lumbar tipo presión y quemazón que se extiende hacia la cadera izquierda, se irradia hacia cuádriceps región femoral y pantorrilla anterior, escala Eva 8-9/10 del dolor, hiporreflexia patelar izquierda con disminución de fuerza y masa muscular, no se evidencia fasciculaciones. Analítica: hemograma dentro de rango, Coagulación dentro de rango normal, Bioquímica: CK: 202. PCR: 0 VSG: 2, autoinmunidad normal. Se instaura tratamiento con AINES fisioterapia, se infiltra zona de trocánter con leve mejoría de síntomas por lo que se realiza IC con Rehabilitación quien realiza estudio ecográfico: Zonas de engrosamiento focal hipoeoico de varias zonas de la fascia lata distal a la inserción en cresta iliaca, sobre músculo glúteo medio, de 11 × 1,5 mm, 8 × 1,2 mm y 4 × 1,2 mm, zona dolorosa selectivamente a la presión, en relación a tendinopatía focales. No se ven alteraciones en el tendón del glúteo menor ni fascículo anterior y posterior del tendón del glúteo medio, ni son dolorosos a la presión. Resto sin hallazgo. Se solicita resonancia magnética y se descartó lesión estructural. Tratamientos: enantyum + tramadol 1 cada 12 horas y gabapentina 300 mg en la noche el dolor se controla mejor le permite descansar, pero aún así no cede por completo en la escala 4/10 de Eva. Se realiza IC con el servicio de Neurología, quien comenta que tras la exploración: el dolor podría explicarse en el contexto de mialgia/artralgia por COVID pero se debe descartar dolor neuropático por afectación del nervio femoral. Realiza estudio de EMG: Hallazgo dolor neuropático de nervio femoral. Se cambia tratamiento analgésico versatis parches y naproxeno 1 cada 12 más fisioterapia.

1047. AGOTADA TRAS LA COVID

Marta Casado Marcos y Aleida Yanet Tamayo Pérez

SACYL, Burgos, España.

Palabras clave: Fatiga. Infección SARS-CoV-2. Síntomas persistentes.

Introducción: La mayor parte de los pacientes que tiene la enfermedad por COVID-19, se recupera completamente en unas semanas. Pero algunos, aun aquellos que han tenido una enfermedad leve, continúan presentando síntomas después de su recuperación inicial.

Caso clínico: Mujer de 48 años, diagnosticada desde hace más de 20 años, de Esclerosis múltiple remitente, en tratamiento con aubagio 14, sertralina 50 y vitamina D. En septiembre de 2020 es diagnós-

ticada de infección por SARS-CoV-2 por cuadro catarral leve. No precisa tratamiento y la infección evoluciona favorablemente en unos días. Al cabo de unas semanas refiere un cansancio extremo, incluso fatiga con los mínimos esfuerzos, incluso al caminar. Se realiza exploración física completa.; ACP rítmico, sin soplos, buena ventilación global, S02: 97% EEII, no edemas ni signos de TVP. ECG: sinusal, sin alteraciones. Rx tórax sin alteraciones significativas. Analítica completa hemáties 4,68 4. Hemoglobina 13,7, hematocrito 43,8, VSG 20, TSH basal 4,14, creatinina 0,64 GOT 44, electrolitos, perfil nutricional, proteinograma normales. Durante estos meses persiste clínica de fatiga, cefaleas, y sueño no reparador, no presente previamente pese a su esclerosis múltiple. Niega encontrarse más nerviosa, o presentar clínica depresiva. Realiza revisiones bimensuales con neurología, que no realiza cambios en el tratamiento. Se realiza seguimiento activo en el Centro de salud, tanto de forma presencial, como telefónico y refiere muy leve mejora en las últimas semanas. La historia natural de la COVID-19 se desconoce en la actualidad.

Discusión: La fatiga es uno de los síntomas extrarrespiratorios más frecuentes. Se aconseja descartar causas de fatiga preexistentes, secuelas y otras causas mediante anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias de forma razonable. En la actualidad no existen recomendaciones ni guías de práctica clínica para el manejo de sintomatología persistente. Un porcentaje significativo de pacientes COVID-19 se recuperarán sin necesidad de atención hospitalaria, mediante el seguimiento en Atención Primaria.

Bibliografía

1. Carfi A. Persistent symptoms in patient after acute COVID-19. JAMA 2020.

1051. DISNEA Y DISFAGIA... ¿ES COVID-19?

María del Campo Sánchez, Idoia Barca Fernández, Concepción Cuenca González, Almudena González Murillo, Alejandro Esteban Martínez, Lucía Fernández-Mellado Gómez, Luis Monleón Llorente, Lucía Garvín Ocampos y Marta Ciller Martínez

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España.

Palabras clave: Disnea. SARS-CoV-2. Disfagia.

Introducción: Las mil caras de la COVID-19 no deben hacernos olvidar que no todo es COVID en pandemia.

Caso clínico: Varón de 76 años que ingresa en Urgencias en octubre de 2020 por bajo nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria. En la anamnesis dirigida a los familiares, refieren cambios en la voz desde hace un año, disnea desde febrero de 2020 y episodios de atragantamientos ocasionales con líquido fino. Manejo inicial de la disnea de manera ambulatoria, se asume secundaria a posible infección por SARS-CoV-2 (no se realiza PCR). Refieren empeoramiento progresivo de la disnea, hasta hacerse de mínimos esfuerzos, debilidad muscular y pérdida de peso no cuantificada en los últimos meses. Exploración física en Urgencias: afectación de pares craneales bajos, hiperreflexia y fasciculaciones generalizadas. Tras valoración por unidad de enfermedades neuromusculares y realización de electromiograma, se confirma la sospecha diagnóstica de posible enfermedad de 1ª y 2ª motoneurona.

Discusión: Aunque SARS-CoV-2 afecta principalmente al sistema respiratorio, se ha documentado una incidencia de hasta un 36% de manifestaciones neurológicas en algunas series, siendo las mismas muy diversas y recogiendo en la literatura un único caso de disfagia asociado a disfunción de los pares IX, X y XII como secuela post-COVID hasta el momento actual. Otras afectaciones troncoencefálicas, como la parálisis facial o la disartria, han sido descritas en más ocasiones. El mecanismo de neuroinvasión no está claramente establecido y se presupone multifactorial. Basándose en la analogía con su predecesor, SARS-CoV, se asumen dos principales vías de neuroin-

vasión: diseminación hematogénica y retrógrada desde las terminaciones nerviosas. La afectación primaria troncoencefálica también se ha sugerido, y ello podría explicar sintomatología de pares craneales bajos como la insuficiencia respiratoria que acontece en muchos casos por muerte de grupos neuronales en el centro respiratorio. Se trata de un diagnóstico diferido de enfermedad neuromuscular en un paciente que debuta con disnea y disfagia durante la pandemia. Puesto que la COVID-19 puede simular distintos cuadros neurológicos, se pretende, a partir de una observación clínica, incidir en la importancia de realizar un adecuado despistaje de la afectación de los pares craneales bajos, ya que en época de pandemia, no toda disfagia ni toda disnea es COVID-19.

1136. LESIONES CUTÁNEAS TRAS SARS-CoV-2 POSITIVO

Carolina Pérez Almendro y Laura Herguedas Herguedas

Valladolid, España.

Palabras clave: Urticaria. Prurito. Cutáneo.

Caso clínico: Varón de 30 años de edad, sin antecedentes personales de interés y bebedor ocasional; es diagnosticado de enfermedad por SARS-CoV-2 hace tres días. Hoy acude a urgencias por lesiones en tronco y miembros inferiores pruriginosas desde hace 15 minutos. Refiere fiebre hasta 38,5 °C, anosmia y ageusia, no disnea ni otra sintomatología acompañante. En la exploración física, tensión arterial 100/65 mmHg, saturación de oxígeno 98%, temperatura 38,2 °C y frecuencia cardíaca de 87 lpm. La auscultación cardiopulmonar es rítmica, sin soplos, murmullo conservado, sin roncus. Abdomen, blando y depresión, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni metálicas. Blumberg y Murphy negativos sin signos de ascitis. A nivel cutáneo se visualizan lesiones edematosas, de contorno bien delimitado y eritematosas de características habonosas, confluentes en tronco y miembros inferiores, muy pruriginosas. No edema de úvula. Tras tratamiento intramuscular con 60 mg de urbano y polaramine, las lesiones desaparecieron en menos de 24 horas, con resolución completa del cuadro.

Discusión: La piel es un lugar donde se manifiestan muchas patologías sistémicas, por lo que las enfermedades exantemáticas son claros ejemplos de manifestaciones cutáneas de la infección por COVID-19. Las manifestaciones cutáneas de la COVID-19 son muy variables e inespecíficas, además no suelen tener relación con la gravedad del cuadro y se resuelven de manera espontánea. Una de las formas de presentación cutánea que se ha descrito con más frecuencia es la erupción urticariforme, mediante la aparición de eritema y habones, siendo más frecuente en los niños o en edades tempranas. El tratamiento de estas manifestaciones cutáneas es sintomático. En el caso de exantema, erupción urticariforme o erupción vesiculosa se pueden pautar antihistamínicos, emolientes antisépticos o corticoides tópicos.

Bibliografía

1. Alcántara Muñoz PA Ortiz Díaz F, Maestro Saavedra FJ. Coronavirus y manifestaciones cutáneas. SemFYC. 2020.
2. Hoenig LJ, Pereira FA. Rash as a Clinical Manifestation of COVID-19 Photographs of a Patient. Clinics in Dermatology. 2020.

1186. LA TERCERA OLA NOS LLEGO CON LA CEPA BRITÁNICA

María Cristina Gutiérrez Lora, Miriam Rodríguez Viñuela, Paula Méndez Santamaría, Sergio Sánchez López, Ismael Calcerrada Alises, María Isabel Puca Briones, María San Millán González, Sara Varela Manrique, Sara M. Vicente Gabriel e Ilaria Testoni

Centro de Salud Medina del Campo Urbano, Medina del Campo, España.

Palabras clave: Coronavirus. Mutación. Infecciones por coronavirus.

Caso clínico: Varón de 61 años. No antecedentes personales de interés. Reside con esposa e hija enfermera que trabajaba en Oxford, llevando 8 días en España al inicio del caso. El 22/12/20 comienza con cefalea, fiebre de 38,7 °C y tos leve improductiva. Se realiza test de Ag SARS-CoV-2 positivo el 25/12/20. De forma sincrónica su hija (con 2 PCR negativas previas a su llegada a España) inicia con síntomas leves resultando positiva para test de Ag SARS-CoV-2. Tras consulta telefónica con el paciente se objetiva leve disnea en el habla por lo que se le indica acudir para exploración objetivando saturación de 91% y crepitantes en base derecha con hipoventilación. Se le deriva a urgencias hospitalarias, donde se hallan infiltrados pulmonares y datos analíticos de infección por COVID, ingresando con diagnóstico de neumonía por COVID-19. Durante el ingreso presenta deterioro de la función pulmonar e incremento de infiltrados precisando ingreso en UCI con diagnóstico de distrés respiratorio. El 19 de enero tras mejoría clínica se procede al alta. Desde atención primaria nos informan desde microbiología de la positividad del paciente para la cepa británica B.1.1.7. Al carecer de protocolo de aislamiento de los contactos estrechos para esta variante y ante el incremento exponencial en nuestra área de salud de la tasa de incidencia, decidimos mantener en aislamiento domiciliario a los familiares 14 días y repetir la PCR, siendo ambas negativas al alta.

Discusión: Según los estudios revisados la variante B.1.1.7 de SARS-CoV-2 está asociada a una mayor capacidad de transmisión del virus, además de que puede estar relacionada con mayor gravedad y letalidad. En nuestra área de salud posteriormente a la aparición de este caso y de manera sincrónica con el final del periodo navideño se produjo un aumento exponencial de la tasa de incidencia por 100.000 habitantes en los últimos 7 días, siendo inferior a 100 el día 20/02/20, llegando a 1.186 en 26/01/21. Desde Atención primaria no existe un protocolo de despistaje, salvo claros datos epidemiológicos, como el que nos acontece, para la variante B.1.1.7. Tras este caso en nuestra área, hemos sufrido la mayor ola hasta el momento, con gran rapidez de contagio y virulencia. Por todo ello, planteamos con este caso, lo interesante que sería, para la actividad clínica, el poder realizar despistaje de esta variante con el fin de crear nuevos protocolos y medidas prevención desde atención primaria al detectar casos de la cepa británica.

1241. INFECCIÓN COVID-19 PERSISTENTE O REINFECCIÓN?

Irene Cavallaro Cavallaro¹, Ana María Martín Valencia², María Dolores Cerezo Salmerón³ y Silvia Jiménez Martín¹

¹Centro de salud de Gibralfaró, Huelva, España. ²Centro de Salud de Moguer, Huelva, España. ³Centro de salud de Valverde del Camino, Huelva, España.

Palabras clave: Infección persistente. COVID-19. Falso positivo.

Caso clínico: Mujer de 30 años, sin alergias farmacológicas conocidas. AM: insuficiencia mitral grave y tricuspídea leve, gastritis atrófica. Sin AQ ni tratamiento habitual. Anamnesis: paciente diagnosticada de COVID-19 en noviembre 2020 que acude 3 semanas después del alta (por curación del proceso) por tos y faringodinia. Niega fiebre, síntomas respiratorios o contactos con pacientes COVID-19. Exploración: afebril, constantes normales, Faringe: hiperémica sin exudados, AC: rítmico, soplo sistólico, AP: MVC, sin ruidos añadidos. Pruebas complementarias: 07/11/20 ARN SARS Coronavirus 2 en exudado nasofaríngeo: positivo. 17/11/20 ARN SARS Coronavirus 2 en exudado nasofaríngeo: negativo. 02/12/20 Ac totales SARS coronavirus 2: negativo. 10/12/20 Test antigénico rápido SARS Coronavirus 2 en exudado nasofaríngeo: positivo. 10/12/20 Detección ARN SARS Coronavirus 2 en exudado nasofaríngeo: positivo. 30/12/20 Ac (IgG) SARS coronavirus 2: 7,1 U/mL, (IgM) SARS coronavirus 2: positivo. Evolución: la paciente al tercer día del segundo

diagnóstico COVID-19 presenta empeoramiento de la tos, arritmias, anosmia, ageusia, diarrea y astenia. Permaneciendo sintomática durante 2 semanas y persistiendo ARN SARS Coronavirus 2 en exudado nasofaríngeo positivos durante 4 semanas.

Discusión: En el momento actual la evidencia científica sobre el tema COVID-19 está en continua evolución. Al presentar anticuerpos negativos tras la primera infección hay varias hipótesis a plantear en este caso: la primera, que el primer test hubiese sido un falso positivo; la segunda que la carga viral fuera tan baja que pudo dar negativo en 10 días y no generar anticuerpos frente a la misma, la tercera que la paciente siguiera padeciendo de un COVID-19 persistente reactivado tras una disminución inmunitaria. Según las últimas indicaciones ministeriales de sanidad en casos de sospecha de reinfección por COVID-19 es fundamental calcular el umbral del ciclo (CT) que hace referencia al número de ciclos necesarios para amplificar el ARN viral para alcanzar un nivel detectable. A través de este método una detección por debajo de 30 indicaría una carga viral alta que debería ser tratada como una nueva infección. En nuestro caso por falta de recursos no se pudo realizar dicha CT permaneciendo un misterio dicho caso clínico, con lo cual suponemos que hubiese sido un falso positivo el primer test realizado en las 4 semanas previas.

1253. REINFECCIÓN POR COVID-19. A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Herguedas Herguedas¹, Carolina Pérez Almendro¹, Antonio Álvarez González¹, Zsófia Fanni Lóska¹, Elena María Herguedas Herguedas² y Soraya Gutiérrez Velicia¹

¹Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este, Valladolid, España.

²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. SARS-CoV-2. COVID-19.

Caso clínico: Mujer de 67 años, con antecedentes personales de HTA, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica (estadio 3), síndrome posttrombótico en extremidades inferiores y enfermedad por SARS-CoV-2 en noviembre de 2020. Llama a su Médico de Atención Primaria (MAP) en enero de 2021 refiriendo contacto estrecho en ambiente familiar. Se le comunica que, según el protocolo para diagnóstico, vigilancia y control de casos y contactos COVID-19 vigente en dicha fecha a nivel de su comunidad autónoma, no es necesario realizarle pruebas diagnósticas (PDIA), ni seguimiento por haber superado la enfermedad hace menos de 3 meses. Se le recomienda vigilancia activa de síntomas y contactar con el centro de salud si aparecen. A los 6 días consulta por odinofagia, congestión nasal, picor faríngeo, astenia y malestar general. Se le informa de que debe realizar aislamiento domiciliario y se le realiza test de antígenos SARS-CoV-2 por clínica sugerente de COVID-19, resultando positivo, es diagnosticada por tanto de Reinfección por SARS-CoV-2. Se le pone en contacto con el responsable de seguimiento epidemiológico (RESE) que realiza estudio de contactos a nivel familiar y social, no es necesario a nivel laboral debido a que está jubilada. Posteriormente se programa seguimiento clínico estrecho por parte de su MAP, debido al riesgo de posibles complicaciones derivadas de su patología previa. A los 9 días de seguimiento, la paciente refiere finalizar sus síntomas, por lo que en el día 12 post-PDIA termina su aislamiento domiciliario finalizando el proceso clínico. Diagnóstico: reinfección por SARS-CoV-2. Diagnóstico diferencial: gripe, faringitis, infección de vías respiratorias altas.

Discusión: Las reinfecciones por SARS-CoV-2 constituyen un problema no definido en los protocolos actuales y son un reto a resolver para la práctica clínica diaria. Tras este caso clínico nos surge la duda de si es necesario realizar pruebas diagnósticas para conocer el estado inmunológico de los pacientes después de superar la infección por SARS-CoV-2. Sería conveniente contemplar introducir en los proto-

colos vigentes dicha práctica, es decir, la realización de una serología ELISA al finalizar las infecciones SARS-CoV-2 para así poder optimizar el manejo de los pacientes de cara a una posible reinfección.

1254. EVOLUCIÓN CON TRATAMIENTO CONSERVADOR DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE CON COVID-19

Irene Cavallaro Cavallaro y Luz María Bohórquez Hermoso

Centro de salud de Gibraleón, Huelva, España.

Palabras clave: Apendicitis. COVID-19.

Caso clínico: Mujer de 72 años. Sin RAMc. AM: dislipemia, AQ: anexeomía izquierda, TTO: simvastatina. Acude a urgencias hospitalarias por dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha de 24 horas de evolución, no irradiado, cólico y continuo. Se acompaña de náuseas y fiebre de hasta 38,6 °C. BEG, BHyP, eupneica, hemodinámicamente estable, afebril. ACP sin hallazgos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada, sin signos de irritación peritoneal. Blumberg positivo y Murphy negativo. Hemograma: leucocitosis 13.280 u/L, neutrofilia 11.580 u/L, resto normal. Bioquímica: PCR 303 mg/L, resto normal. Gasometría venosa, urianálisis y coagulación normales. Ecografía abdominal: estructura tubular que comienza en ciego y termina en fondo de saco, no compresible, de aproximadamente 12 mm en su tercio medio de diámetro transversal, con alteración ecogénica de la grasa adyacente y pequeña cantidad de líquido libre alrededor, compatible con apendicitis aguda. DD: salpingitis, neoplasia ovárica, torsión ovárica, pielonefritis, cólico renal, diverticulitis, pancreatitis, neoplasia intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal. Durante su ingreso en planta de cirugía se llevó a cabo una doble evaluación de la paciente; desde el punto de vista respiratorio por la SARS-CoV-2 mediante monitorización de la satO2, realización de radiografía de tórax y seriación analítica y por otro lado, el seguimiento de la apendicitis aguda, mediante seguimiento analítico seriado y exploraciones diarias de la paciente. Se realizó terapia protocolizada con analgésicos, antiinflamatorios, heparina de bajo peso molecular y antibioterapia intravenosa (paracetamol 1g cada 8 horas, dextetoprofeno 50 mg cada 8 horas, ceftriaxona 2 g cada 12 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas) y la paciente pasó a estar asintomática a las 16 horas del ingreso.

Discusión: Debido a las circunstancias excepcionales que estamos viviendo en la pandemia por COVID-19 ha vuelto en auge el manejo conservador de las apendicitis agudas, ya que se ha visto que la COVID-19 aumenta significativamente el riesgo de complicaciones posoperatorias por su alta mortalidad y morbilidad. Este caso demuestra cómo, a pesar de tener una infección apendicular aguda, con un buen seguimiento analítico y un óptimo tratamiento antibiótico es posible obtener una evolución clínica favorable sin la necesidad de intervenir quirúrgicamente.

1297. DOCTORA, ¿POR QUÉ ME PONE HEPARINA SI ESTOY EMBARAZADA?

Miriam Rodríguez Viñuela¹, Sergio Sánchez López¹, María Cristina Gutiérrez Lora¹, Ismael Calcerrada Alises¹, Paula Méndez Santamaría², Marina Paniagua Martínez³, Marta Ruiz Gutiérrez⁴, Sara Varela Manrique¹, María San Millán González¹ y María Isabel Puca Briones¹

¹Centro de Salud Medina del Campo Urbano, Medina del Campo, España. ²Centro de Salud Portillo, Valladolid, España. ³Centro de Salud Barrio España, Valladolid, España. ⁴Centro de Salud Canterac, Valladolid, España.

Palabras clave: Coronavirus. Embarazo. Trombosis.

Caso clínico: Mujer de 23 años, sin patología, embarazada de 12 semanas acude a urgencias por sensación disneica de 2 horas de evolución. Comenta que desde hace 4 días presenta astenia progresiva, tos improductiva, disgeusia y anosmia. Afebril. Se realiza en triaje test de antígeno COVID-19 con resultado positivo. Exploración y pruebas complementarias: TA 120/76 mmHg, FC 96 lpm, Sat O2: 95% basal. Auscultación cardiopulmonar normal. Analítica: hemograma normal. Coagulación: dímero D 976 ng/mL. Bioquímica: PCR 22 mg/L. Ferritina 613. Se realiza radiografía de tórax donde se observa infiltrados en base pulmonar izquierda leve e incipiente. Se decide ingreso en la planta de aislamiento, donde se comprobó desaturación asintomática (saturación 92% basal) coincidente con empeoramiento auscultatorio (hipoventilación 2/3 inferiores de ambos hemitórax), pero debido que la gestante presentaba estabilidad hemodinámica se decidió continuar con el tratamiento sin realizar radiografía de control. El tratamiento que recibió consistió en broncodilatadores y trombopprofilaxis con enoxaparina subcutánea. Tras 5 días se objetivó mejoría de la capacidad inspiratoria y de la auscultación acompañada de mejoría progresiva de las pulsioximetrías basales por lo que se dio de alta hospitalaria.

Discusión: Podríamos destacar la limitación de diagnóstico y seguimiento en cuanto a la realización de pruebas radiográficas en pacientes gestantes como es la paciente de nuestro caso a la cual se la diagnóstico de neumonía bilateral sin llegar a confirmarse. En cuanto al tratamiento trombopprofiláctico de este tipo de pacientes en la última guía de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia recomiendan la utilización de HBPM a dosis profilácticas ajustadas al peso en todas las gestantes con diagnóstico de COVID-19 confirmado, siendo la duración de la pauta de HBPM distinta según sea la clínica. En asintomáticas o clínica leve se aconseja que el tratamiento se mantenga 2 semanas. Si el diagnóstico confirmado fuese neumonía o ingreso hospitalario se recomienda continuar con el tratamiento 1 mes tras ingreso y se puede valorar en tercer trimestre prolongar hasta las 6 semanas posparto.