

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

7. ¿ES LA ALFA-1 ANTITRIPSINA UN MARCADOR DE SDRA EN LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2?

José María Hernández Pérez¹, Juan Marco Figueira Gonçalves¹, Claudia Viviana López Charry¹, Aurelio Luis Wangüemert Pérez² y Yolanda Ramallo Fariña³

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Sección de Neumología, Hospital San Juan de Dios, Santa Cruz de Tenerife, España. ³Fundación del Instituto de Investigaciones Sanitarias de Canarias (FIISC), Santa Cruz de Tenerife, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. SDRA y alfa-1 antitripsina.

Introducción y objetivos: Ante la impredecible evolución de la enfermedad por SARS-CoV-2, múltiples investigaciones han evaluado multitud de biomarcadores que se pudieran correlacionar con un curso más desfavorable. Quisimos saber si la AAT pudiera ser uno de ellos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, prospectivo observacional descriptivo, de pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. A todos ellos se les midió los niveles de AAT, lactato deshidrogenasa (LDH), ferritina, dímero D, cifra de linfocitos totales, proteína C reactiva e interleucina 6 (IL-6) en las primeras 48h del ingreso. Nuestro parámetro de referencia de mala evolución fue el desarrollo de síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) determinado por un cociente de saturación de oxígeno medida por pulsioximetría dividida por la fracción de inspiración de oxígeno (SpO_2/FiO_2) < 300.

Resultados: Nuestra muestra contó con 45 pacientes siendo en su mayoría varones (62,2%) con una mediana de edad de 59 años (DE: 11,49). La media de inicio de síntomas fue de 5,12 días (DE: 3,48), el 37,8% desarrolló SDRA, el 11,11% de los pacientes acabó ingresando en UCI y la mortalidad global fue del 2,22%. Los pacientes que desarrollaron SDRA presentaron de forma significativa mayores valores de AAT, LDH, ferritina y dímero D. Niveles de AAT > 200 mg/dl (mayor del límite superior considerado como de normalidad en el laboratorio de referencia) se correlacionaban con el desarrollo de SDRA, con un OR de 30,9 (IC: (3,17; 301,55)). Utilizando el modelo multivariante de clasificación, la única variable ajustada significativa fue la AAT, consiguiendo una clasificación correcta de los pacientes en el 82,2% de los casos y teniendo un OR de 1,026 (1,004;1,047).

Conclusiones: Unos niveles séricos de AAT > 200 mg/dl en pacientes hospitalizados por COVID-19 se correlacionaron con el desarrollo de SDRA, pudiendo ser la AAT un marcador de riesgo para el desarrollo del mismo.

8. BIOMARCADORES Y SDRA EN HOSPITALIZADOS POR INFECCIÓN GRAVE POR SARS-CoV-2

Juan Marco Figueira Gonçalves¹, José María Hernández Pérez¹, Marco Acosta Sorensen¹, Aurelio Luis Wangüemert Pérez², Claudia Viviana López Charry¹ y Yolanda Ramallo Fariña³

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Sección de Neumología, Hospital San Juan de Dios, Santa Cruz de Tenerife, España. ³Fundación del Instituto de Investigaciones Sanitarias de Canarias (FIISC), Santa Cruz de Tenerife, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. SDRA Y LDH.

Introducción y objetivos: La dramática propagación de las infecciones por SARS-CoV-2 requiere herramientas confiables y económicas para identificar rápidamente pacientes con mal pronóstico.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, retrospectivo observacional descriptivo, donde se evaluó el desarrollo de SDRA, 72 h después de la admisión de cada uno de los 153 pacientes adultos diagnosticados de infección por el SARS-CoV-2 en cualquiera de los dos hospitales de Tenerife, España, utilizando pruebas de laboratorio de rutina, como fueron el recuento de linfocitos, así como ferritina, lactato deshidrogenasa (LDH), y niveles de proteína C reactiva. Los resultados se correlacionaron con la función respiratoria de los pacientes, definida a través de la relación con la saturación periférica de O₂/fracción de oxígeno inspirado (SpO_2/FiO_2).

Resultados: Dentro de las 72 h del ingreso, los criterios de SDRA (SpO_2/FiO_2 < 235) se objetivaron en el 13,1% de los casos. Encontramos una significación, de correlación negativa entre las relaciones de SpO_2/FiO_2 y los niveles de dímero D, ferritina y LDH (-0,31, -0,32 y -0,41; p = 0,004, 0,004 y < 0,0001, respectivamente). En pacientes con SDRA, la LDH media fue 373 U/L (IC95%: 300,6-445,3), pero solo con valores de 298 U/L (IC95%: 274,7-323,1) cuando no desarrollaron SDRA (p = 0,015). Ninguno de los biomarcadores restante evaluados se correlacionaron con la relación SpO_2/FiO_2 .

Conclusiones: Los niveles séricos de LDH en pacientes hospitalizados por COVID-19 se correlacionan con el desarrollo de SDRA, al definirlos por la relación SpO_2/FiO_2 , y podrían ayudar a predecir dicha complicación.

14. NETS Y ACTIVACIÓN PLAQUETARIA PARA PREDECIR TRAYECTORIAS CLÍNICAS EN LA COVID-19

Paula González Jiménez^{1,2}, Raúl Méndez Ocaña^{1,2}, Ana Latorre Campos², Laura Fedec Olmos^{1,2}, Leyre Bouzas Yenes¹, Katheryn Yépez Borges¹, Ana Fernando Cabida¹, Mónica Piqueras Rodríguez¹, Ricardo Alonso Díaz¹ y Rosario Menéndez Villanueva^{1,2}

¹Hospital La Fe, Valencia, España. ²IIS La Fe, Valencia, España.

Palabras clave: COVID-19. NETosis. Plaquetas.

Los neutrophil extracellular traps (NETs) y la activación plaquetaria son mecanismos que forman parte de la inmunidad innata, sin embargo, en exceso pueden provocar daño sistémico. El papel de los NETs y la activación plaquetaria en la COVID-19 son escasamente conocidos. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el papel de los NETs (histona 3 citrulinada [CitH3] y DNA libre [cfDNA]) y de marcadores de activación plaquetaria (CD40 ligando soluble [CD40L] y P-selectina soluble) en la estimación del riesgo evolutivo en pacientes con COVID-19. Para ello, realizamos un estudio prospectivo con 204 pacientes clasificados en 3 grupos: pacientes ambulatorios, hospitalizados en sala convencional e ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) las primeras 24 horas. Los biomarcadores plaquetarios y de NETs se analizaron en la sangre obtenida en el servicio de urgencias (SU). Se realizó un multistate model para estimar las probabilidades de transición clínica entre los diferentes estados (SU, alta, sala convencional, UCI y muerte). Los niveles de cfDNA, CitH3 y P-selectina se asociaron con mayor gravedad inicial y parámetros analíticos pronósticos (proteína C-reactiva, lactato deshidrogenasa, D-dímero y recuento linfocitario). El multistate model mostró que niveles mayores de CitH3 y P-Selectina se correlacionaron con más riesgo de transición desde el grupo de pacientes que ingresan desde el servicio de urgencias a UCI (Hazard Ratio [HR]: 1,35 y 1,31, respectivamente). Además, niveles mayores de P-selectina se correlacionaron con más riesgo de transición desde la sala convencional a muerte (HR: 0,91). Niveles elevados de CitH3 (HR: 0,90), cfDNA (HR: 0,84) y P-selectina (HR: 0,91) redujeron la transición desde sala convencional hacia el alta hospitalaria. Se objetivó una tendencia similar para niveles elevados de P-selectina y la transición desde UCI hacia sala convencional (HR: 0,40). En conclusión, niveles elevados de NETs y P-selectina se asocian con episodios más graves y podrían ayudar a determinar la trayectoria clínica de los pacientes con COVID-19.

33. NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA Y NEUMONÍA POR COVID-19: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES

Leyre Serrano Fernández^{1,2}, Luis Alberto Ruiz Iturriaga^{1,2}, Pedro Pablo España Yandiola³, Raúl Méndez Ocaña⁴, Silvia Pérez Fernández⁵, Ane Uranga Echeverría³, Paula González Jiménez⁴, Patricia García Hontoria³, Rosario Menéndez Villanueva⁴ y Rafael Zalacain Jorge¹

¹Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. ²Departamento de Microbiología, Inmunología y Parasitología. Universidad del País Vasco UPV/EHU, Bizkaia, España. ³Hospital Universitario Galdakao, Galdakao, España. ⁴Hospital Universitario La Fe, Valencia, España. ⁵Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia, Barakaldo, España.

Palabras clave: Neumonía. Neumococo. COVID-19.

Objetivos: Analizar las diferencias en la respuesta inflamatoria del huésped, presentación clínica y evolución intrahospitalaria de los pacientes hospitalizados por neumonía neumocócica bacteriémica adquirida en la comunidad (NB-NAC) y la neumonía que está causando la pandemia actual (neumonía por SARS-CoV-2).

Material y métodos: Estudio multicéntrico observacional de un registro prospectivo de pacientes hospitalizados por NB-NAC durante un período de 20 años y neumonía SARS-CoV-2 hospitalizados en la 1ª ola de la pandemia entre marzo y mayo de 2020 en 3 hospitales. Se realizó regresión de Cox de factores predictores de mortalidad en ambos grupos.

Resultados: Se incluyeron 663 pacientes con NB-NAC y 939 con neumonía por SARS-CoV-2. Los pacientes con NB-NAC tenían más comorbilidades, peor presentación clínica y exploración física y datos de laboratorio más graves. Además, los pacientes con NB-NAC se clasificaron con mayor frecuencia en las clases de alto riesgo según las escalas CURB-65 y PSI ($p < 0,001$). Así mismo, las NB-NAC tuvieron mayor tasa de ingresos en UCI (27,9% vs 15,5%, $p < 0,001$) y más complicaciones intrahospitalarias; sin embargo la tasa de ventilación mecánica invasiva fue similar en ambos grupos (10,1% vs 11,8%, $p = 0,320$). Los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 tuvieron una mayor mortalidad hospitalaria (13,2% vs 6,8%, $p < 0,001$), mayor estancia hospitalaria y más reingresos. En la NB-NAC nuestro modelo predictivo relacionó la mortalidad con complicaciones sistémicas (hiponatremia (OR: 3,26; IC95%: 1,37-7,81; $p = 0,008$), shock séptico (OR: 2,18; IC95%: 1,06-4,48; $p = 0,035$), complicaciones neurológicas (OR: 7,25; IC95%: 3,52-14,93; $p < 0,001$), EPOC (OR: 2,38; IC95%: 1,19-4,78; $p = 0,015$) o frecuencia respiratoria $\geq 30/\text{min}$ (OR: 2,9; IC95%: 1,43-5,89; $p = 0,003$); mientras que el dolor pleurítico (OR: 0,41; IC95%: 0,19-0,88; $p = 0,022$) y el esputo purulento (OR: 0,4; IC95%: 0,2-0,79; $p = 0,009$) fueron factores protectores. En la neumonía por SARS-CoV-2, la mortalidad se relacionó con una respuesta inflamatoria exagerada: proteína C reactiva $\geq 150 \text{ mg/L}$ (OR: 2,192; IC95%: 1,458-3,295; $p < 0,001$), frecuencia respiratoria $\geq 30/\text{min}$ (OR: 2,494; IC95%: 1,466-4,244; $p = 0,001$), compromiso radiológico bilateral (OR: 1,976; IC95%: 1,147-3,403; $p = 0,015$), edad ≥ 65 (OR: 4,457; IC95%: 2,574-7,718; $p < 0,001$), enfermedad renal (OR: 2,617; IC95%: 1,671-4,1; $p < 0,001$), estado mental alterado (OR: 2,662; IC95%: 1,68-4,217; $p < 0,001$) y producción de esputo purulento (OR: 1,711; IC95%: 1,159-2,525; $p = 0,007$). Por el contrario, la trombocitosis se asoció con mayor supervivencia, objetivando como factor protector de mortalidad cada incremento de 10.000 plaquetas/ μL (OR: 0,962; IC95%: 0,937-0,989; $p = 0,006$).

Conclusiones: 1. Aunque la NB-NAC se asoció con una mayor gravedad al ingreso y mayor tasa de UCI, la mortalidad relacionada con la neumonía por SARS-CoV-2 fue mayor. 2. Se necesitan nuevas escalas de pronósticas y tratamientos más efectivos para la neumonía por SARS-CoV-2.

41. VALOR DE LA RELACIÓN PROTEÍNA C-REACTIVA/LINFOCITOS PARA PREDECIR LA GRAVEDAD DE LA NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Catia Cilloniz Campos, Carolina García Vidal, Verónica Robles, Carles Domingo, Rebeca Muñoz, Josep Lluís Bedini, Álex Soriano Viladomiu y Antoni Torres Martí

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Palabras clave: Neumonía. Linfocitos. Gravedad.

Introducción: La gravedad clínica de las infecciones por SARS-CoV-2 varía ampliamente, desde una enfermedad asintomática o leve de las vías respiratorias superiores hasta la neumonía y el síndrome de dificultad respiratoria aguda. Nuestro objetivo es describir las características biológicas y la evolución clínica de 240 pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2, así como identificar los factores predictivos de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (ya sea ingreso directo o traslado a la UCI dentro de las 96 h posteriores al ingreso desde urgencias), necesidad de ventilación mecánica invasiva y mortalidad hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional de pacientes consecutivos con infección por SARS-CoV-2 confirmada por

laboratorio y neumonía ingresados en el Hospital Clínic de Barcelona entre el 28 de febrero y el 21 de abril de 2020. Los pacientes se dividieron en dos grupos: no UCI y admitidos en UCI (ingreso directo o traslado a UCI dentro de las 96 h posteriores al ingreso desde el servicio de urgencias).

Resultados: Entre los 800 pacientes ingresados por SARS-CoV-2, analizamos los datos de 240 pacientes con neumonía COVID-19 (115 no ingresados en la UCI y 125 ingresados en la UCI). La edad media 57,7 (DE: 17,8) años, el 67% eran varones. La mediana de duración de la aparición de los síntomas hasta el ingreso hospitalario fue de 7 (4; 8) días. Los pacientes con mayor índice de masa corporal y niveles elevados de relación proteína C-reactiva/linfocitos y ferritina al ingreso presentaron un mayor riesgo de ingreso en la UCI. Los niveles de ferritina y la relación proteína C-reactiva/linfocitos al ingreso se asociaron de forma independiente con la necesidad de VMI. Los niveles de plaquetas fueron una variable adicional asociada al ingreso en UCI tanto en los pacientes que acudieron directamente a UCI como en los que se trasladaron a UCI dentro de las 96 h del ingreso en urgencias. La edad (HR, 1,05), plaquetas (HR, 0,96), ferritina (HR, 1,05) y los niveles de dímero D (HR, 1,01), se asociaron de forma independiente con el riesgo de mortalidad hospitalaria (AUC = 0,73 [IC95%: 0,62–0,83]).

Conclusiones: El reconocimiento temprano de marcadores fácilmente obtenibles al ingreso hospitalario, como ferritina sérica, dímero D, recuento de plaquetas y la relación proteína C-reactiva/linfocito, podrían ayudar a identificar y priorizar a los pacientes con una mayor probabilidad de ingreso en la UCI (tanto ingreso directo y traslado a UCI) y necesidad de VMI durante el curso de la hospitalización.

45. PARÁMETROS CLÍNICOS PARA PREDECIR EL RIESGO DE INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES MENORES DE 60 AÑOS CON NEUMONÍA COVID-19

Catia Cilloniz, Estela Moreno, Carles Domingo, Verónica Robles, Rebeca Muñoz, Josep Lluís Bedini, Albert Gabarrus, Álex Soriano y Antoni Torres

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Palabras clave: Neumonía. COVID-19. UCI.

Introducción: Aproximadamente del 8% al 10% de las personas con SARS-CoV-2 desarrollarán una enfermedad crítica que requiere terapia de cuidados intensivos. Pocos estudios han caracterizado a pacientes más jóvenes (≤ 60 años) con COVID-19 tratados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Presentamos las características clínicas y los parámetros que ayudan a predecir el riesgo de ingreso en UCI en pacientes más jóvenes (≤ 60 años) con COVID-19 con el fin de minimizar el riesgo de mortalidad y brindar asistencia clínica.

Material y métodos: Se analizaron los datos de todos los pacientes consecutivos con neumonía por SARS-CoV-2 que acudieron al servicio de urgencias y posteriormente ingresaron en el Hospital Clínic entre el 28 de febrero y el 21 de abril de 2020. Los resultados clínicos se controlaron hasta el 3 de mayo de 2020. Los pacientes se dividieron en dos grupos: no UCI y UCI.

Resultados: De los 698 pacientes ingresados con COVID-19 durante el período de observación, 367 (46%) tenían 60 años o menos y tenían neumonía; 34 de 170 fueron excluidos del análisis debido a atención ambulatoria, traslados entre hospitales o datos no disponibles. La población final del estudio fue 136 pacientes de 60 años o menos (61 no UCI y 75 UCI), con un predominio de hombres más jóvenes (edad media 44 [10] años; 96 varones [71%]). La duración media de los síntomas fue de 7 (5; 9) días. En comparación con los pacientes que no estaban en la UCI, los pacientes en UCI tenían más probabilidades de ser mayores, tener más comorbilidades y presentar con mayor frecuencia disnea, expectoración purulenta y una frecuencia

respiratoria más alta al ingreso hospitalario. Los pacientes de UCI tenían niveles más altos de procalcitonina, recuento de glóbulos blancos, proteína C reactiva, proporción de proteína C reactiva a linfocitos, recuento de neutrófilos, proporción de neutrófilos a linfocitos, LDH, dímero D y niveles de ferritina sérica, creatinina, así como menor recuento de linfocitos y saturación de oxígeno al ingreso (durante las primeras 24 h). Un mayor porcentaje de pacientes de UCI presentaba infiltrados multilobares bilaterales, mayor PSI, neumonía grave (criterios ATS/IDSA), SDRA, insuficiencia renal aguda, tromboembolismo pulmonar y necesidad de ventilación mecánica al ingreso en UCI. Tras excluir a los pacientes que aún estaban hospitalizados (N = 24), la mortalidad intrahospitalaria fue del 5%. La tasa fue significativamente mayor entre los pacientes de la UCI en comparación con los pacientes que no estaban en la UCI (12% vs 0%, $p = 0,009$). El índice de masa corporal, la proporción de proteína C reactiva/linfocitos y los niveles de dímero D y ferritina sérica al ingreso hospitalario se asociaron de forma independiente con el ingreso en la UCI.

Conclusiones: Los pacientes con sobrepeso u obesidad con una proporción más alta de proteína C reactiva a linfocitos, y niveles de dímero D y ferritina sérica al ingreso tenían un mayor riesgo de ingreso en la UCI. Nuestro estudio tiene implicaciones importantes y prácticas que podrían ayudar a los médicos a identificar a los pacientes más jóvenes con COVID-19 que necesitan ser admitidos en la UCI y tomar las medidas clínicas adecuadas.

131. SEGURIDAD, DIAGNÓSTICO Y VALOR TERAPÉUTICO DE LA BRONCOSCOPÍA FLEXIBLE EN PACIENTES CRÍTICOS AFECTOS DE COVID-19

Antía Ferreiro Posse, Karina Llor, Antonio Álvarez Fernández, David Clofent Alarcón, Jose Cardoso Landivar, Eva Polverino, Almudena Felipe Montiel, Ricard Ferrer Roca y Mario Culebras Amigo

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Palabras clave: COVID-19. Broncoscopia flexible. Paciente crítico.

El manejo de secreciones y la dificultad para expectorar son factores de vital importancia en la evolución de la infección por SARS-CoV-2. Presentamos un estudio retrospectivo de 222 broncoscopias flexibles (BF) realizadas a 75 pacientes diagnosticados de SARS-CoV-2 mediante realización de PCR al inicio de los síntomas y que precisaron ingreso en UCI para VMI. El objetivo principal del estudio fue determinar las principales indicaciones para la realización de BF, su efecto en el manejo clínico de estos pacientes, la seguridad de la técnica mediante el uso de aparatos desechables, y la morbilidad y mortalidad asociadas a la misma. Cada paciente requirió una media de 2 BF. La mayoría de los pacientes resultaron hombres, y la edad media fue de 60 años. Un 84% de los casos no presentaba patología pulmonar previa, si bien el 86,7% eran obesos, con un IMC medio de 30. Además, 98/222 (44,14%) BF se realizaron en pacientes bajo oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). La BF tuvo impacto en el manejo clínico y/o terapéutico en más de la mitad de los casos (122/222, 55%); habitualmente en la extracción de secreciones, el diagnóstico de infección secundaria y la identificación de patógenos resistentes, permitiendo así el ajuste de la antibioticoterapia empírica iniciada. En cuanto a mortalidad, 23/75 (30,7%) pacientes fallecieron tras requerir una media de 2 BF, a diferencia de la media de 1 BF que requirieron los supervivientes ($p = 0,06$). Ninguna de las muertes fue consecuencia directa de la realización de BF. Nuestro estudio sugiere que la realización de BF en pacientes infectados por SARS-CoV-2 es una técnica invasiva efectiva y relativamente segura que contribuye, en muchos casos, a la toma de decisiones. Asimismo, la realización de la prueba mediante un dispositivo desechable se mostró segura y cómoda en términos de riesgo de exposición del personal sanitario.

195. FACTORES DE RIESGO PARA FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA COVID-19

Áurea Higón Cañigral, Laura López Gómez, Elena Carrasco González, Pilar Tornero Yezpez, Guillermo Martínez Martín, Ana Torrano Ferrández, Daniel Mengual Pujante, Pablo Bayoumy Delís, Ana Ruiz Rodríguez y Andrés Carrillo Alcaraz

Hospital Morales Meseguer, Murcia, España.

Introducción: Aunque inicialmente se recomendaba la intubación precoz para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica grave debido a COVID-19, en muchas ocasiones la ventilación no invasiva (VNI) fue utilizada como alternativa a la ventilación tradicional.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo para fracaso de la VNI en pacientes con COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo de los pacientes ingresados en UCI desde el mes de marzo a diciembre de 2020 con insuficiencia respiratoria secundaria a COVID-19. La indicación para VNI fue la presencia de una $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ mmHg. Los criterios de exclusión fueron los propios de la VNI. Los pacientes recibieron VNI, en modo presión positiva continua (CPAP) o doble nivel de presión como primer dispositivo o tras fracaso de la oxigenoterapia de alto flujo. Se utilizaron ventiladores específicos de VNI y mascarilla facial total. Además, todos recibieron fentanilo en bolos y perfusión intravenosa. Se definió fracaso de la VNI la necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se expresan como media \pm desviación estándar o mediana (rango intercuartil), y como frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante la prueba de χ^2 de Pearson y t de Student. Se determinaron los factores de riesgo independientes mediante regresión logística, calculándose la odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Fueron analizados 147 pacientes con una edad media de 60 ± 12 años, y de los cuales 94 (63,9%) eran hombres. El modo inicial de tratamiento fue CPAP en 118 (80,3%) casos y doble nivel de presión en 29 (19,7%). El éxito de la VNI se consiguió en 113 (76,9%) de los pacientes. La frecuencia respiratoria en el grupo de éxito y fracaso era de 32 ± 11 y 33 ± 5 rpm ($p = 0,683$) y $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 130 ± 25 y 113 ± 25 ($p = 0,002$), respectivamente. Los factores predictivos independientes para fracaso fueron SAPS II (OR 1,087; IC95%: 1,031 a 1,146; $p = 0,002$), $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ a la 1 hora de VNI (OR: 0,978; IC95%: 0,963 a 0,992; $p = 0,003$) y la presencia de complicaciones relacionadas con la VNI (OR: 11,212, IC95%: 4,066 a 20,921; $p < 0,001$). La mortalidad hospitalaria de los pacientes con fracaso de VNI fue del 64,7% y del 1,8% en los éxitos ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los factores que se relacionan con el fracaso de la VNI en la insuficiencia respiratoria debido a COVID-19 son la gravedad inicial del paciente, la mejoría de la oxigenación a la hora de iniciada la VNI y el desarrollo de complicaciones derivadas del soporte no invasivo. El fracaso de la VNI conlleva una elevada mortalidad.

203. UTILIDAD DE LA TELEMEDICINA EN ELA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

María Melgar Herrero¹, Cristina Gómez Rebollo¹, Estefanía Mira Padilla¹, Cristina Muñoz Corroto¹, Pablo García Lovera¹ y Natalia Pascual Martínez²

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ²Instituto de Investigación Biomédica (IMIBIC), Córdoba, España.

Palabras clave: Telemedicina. Pandemia COVID-19. ELA.

Introducción: Debido a la pandemia por COVID-19 se han decretado medidas de confinamiento y distanciamiento social, por lo que

los sistemas de salud han debido adaptarse a esta nueva situación sin que esto suponga un detrimento en la continuidad de la asistencia multidisciplinar a los pacientes de ELA.

Objetivos: Evaluar la utilidad del uso de la telemedicina en la atención multidisciplinar de los pacientes con ELA durante la pandemia COVID-19.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en pacientes con diagnóstico de ELA seguidos por un equipo multidisciplinar desde el 16 de marzo del 2020 al 1 de febrero del 2021. Los pacientes han podido elegir entre consulta presencial o consulta digital realizada por la aplicación web "CIRCUIT", entorno digital seguro que permite la realización de videollamadas simultáneas entre los pacientes, sus cuidadores y el equipo multidisciplinar hospitalario. Se ha realizado un cuestionario estructurado a pacientes y cuidadores para evaluar el grado de satisfacción y preferencias de los pacientes.

Resultados: Se han seguido un total de 51 pacientes por el equipo multidisciplinar durante el estudio, con edad media de $56,50 \pm 13,67$ años, 54,9% hombres, 70,6% ELA espinal, 86,3% ELA esporádica y ALSFRS medio: $24,04 \pm 10,03$. Un 45,1% han optado por la consulta digital con un total de 22 consultas virtuales, la mayoría de forma programada. El motivo para elegir consulta digital ha sido en un 37,7% por reducción de la movilidad y el 7,8% por miedo al contagio. El grado de satisfacción por parte del paciente y del cuidador ha sido buena en el 99% de los casos. En un 2% hubo fallo técnico que obligó a cambio del sistema de videollamada. El 29,4% prefirió consulta presencial, como motivo principal para realización de pruebas (45%). Se han registrado dos casos de COVID (4,65%) y el 7,8% han muerto durante el seguimiento. El 13,7% precisó consultar en urgencias y un 7,8% precisó hospitalización.

Conclusiones: La telemedicina es factible y nos ayuda a garantizar la continuidad de la atención multidisciplinar en pacientes con ELA en circunstancias en las que la distancia social es prioritaria, con resultados favorables y adecuado nivel de satisfacción de los pacientes. Deberíamos facilitar herramientas de teleasistencia en todos aquellos pacientes con movilidad reducida y dificultad de acceso al centro hospitalario.

210. UTILIDAD DEL LAVADO BRONQUIOALVEOLAR (LBA) EN LA DETECCIÓN DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN LOS PACIENTES CON COVID-19 GRAVE

Beatriz González Quero, Leyre Serrano Fernández, Alejandro Rezola Carasusan, Marta García Moyano, Sonia Castro Quintas, Amaia Urrutia Gajate, Luis Alberto Ruiz Iturriaga y Rafael Zalacain Jorge

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

Palabras clave: Neumonía. Lavado broncoalveolar. COVID-19.

Introducción: El lavado broncoalveolar (LBA) es una técnica sencilla, segura, bien tolerada y que aporta mucha información clínica en el estudio de diversas enfermedades pulmonares. Entre las indicaciones más frecuentes está el diagnóstico etiológico de las infecciones broncopulmonares.

Objetivos: Evaluar la utilidad diagnóstica del LBA para la detección de complicaciones infecciosas en enfermos con neumonía por SARS-CoV-2 grave.

Material y métodos: estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2 en Neumología y UCI del Hospital de Cruces desde el 1/3/2020 hasta el 31/12/2020.

Resultados: Se ha realizado LBA a 80 pacientes de un total de 1854 (4,3%). El 76% fueron varones (61), edad media de 59,8 años, el 68,8% tenían comorbilidades. El 95% de ellos precisó ventilación mecánica invasiva (VMI). En el LBA hay hallazgos microbiológicos en 32

de ellos (40%). La mortalidad es del 50% en los pacientes con LBA positivo y de 45% en los negativos, no siendo estadísticamente significativo. Entre los microorganismos aislados, el más frecuente es el *Aspergillus* 14 (43%). Fallecieron 38 pacientes (47,5%) siendo significativamente más frecuentemente varones (38 varones que mujeres (62% vs 21%; $p = 0,008$)) y de mayor edad media, (62,8 vs 57,1; $p = 0,02$).

Conclusiones: Se ha realizado broncoscopia con LBA en el 4,3% de los pacientes ingresados por neumonía por COVID, el 95% realizadas en la UCI con VMI. La microbiología del LBA ha sido positiva en el 40% de los pacientes. Los hallazgos broncoscopios no impactaron en el curso clínico del paciente.

241. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON EPOC INGRESADOS POR COVID-19 DURANTE LA PRIMERA OLA

Irene Milagros Domínguez Zabaleta, Zichen Ji, Walther Ivan Girón Matute, Beatriz Recio Moreno, Katiushka Herminia Liendo Martínez, Sergio Suárez Escudero, Cristhian Alonso Correa Gutiérrez, Cristina Sánchez Fernández, Luis Puente Maestu y Javier de Miguel Díez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Palabras clave: EPOC. COVID-19.

En estudios previos se ha encontrado una prevalencia variable de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en pacientes con COVID-19. Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia y características de los pacientes con EPOC ingresados en nuestro hospital por COVID-19 durante la primera ola. Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, de pacientes ingresados por COVID-19 entre marzo y mayo de 2020. Identificamos pacientes con diagnóstico previo de EPOC. Recogimos parámetros sociodemográficos, así como datos relativos a la EPOC y a la COVID-19. Sobre un total de 2.440 pacientes ingresados por COVID-19 en dicho periodo, 97 tenían antecedente de EPOC (3,9%). Sin embargo, 45 de ellos no disponían de espirometría previa o en dicha prueba no existía obstrucción al flujo aéreo. De esta forma, la prevalencia real de EPOC fue del 2,13% (52 pacientes). Características de estos pacientes: edad media 77 ± 8 años, varones 84,6%, IMC medio $27 \pm 4,8$ kg/m², fumadores activos 5,8% (consumo acumulado 46 ± 22 paquetes-año), FEV1 medio $68 \pm 18\%$, índice de Charlson 4 ± 2 puntos, fenotipo predominante no agudizador (78,8%), disnea basal predominante grado 1 (31,9%). El 42,3% recibía tratamiento previo con corticoides inhalados. Al ingreso, el 26,9% mostraba neumonía unilateral y el 61,5% bilateral, no presentando neumonía el resto de los pacientes. Un 48,1% evolucionó a un SDRA durante la hospitalización. El 51,9% de los sujetos fue tratado con corticoides sistémicos, requiriendo oxígeno en reservorio el 44,2% (un 7,7% recibió además OCNF). Durante la hospitalización, el 42,3% de los pacientes tuvo complicaciones (17,3% renal, 9,6% sobreinfección bacteriana y 9,6% afectación cardiaca, 1,9% evento trombotico, 1,9% hemorrágico, 1,9% afectación gastrointestinal). Un 5,8% de los pacientes ingresó en UCI y el 3,8% requirió VMI. El 30,8% de los sujetos con EPOC falleció durante el ingreso. En conclusión, encontramos que la EPOC estaba presente únicamente en el 2,1% de los pacientes ingresados por COVID-19 durante la primera ola, existiendo una importante tasa de sobrediagnóstico de esta enfermedad. La mayoría eran pacientes varones, con sobrepeso, obstrucción moderada al flujo aéreo, fenotipo no agudizador y elevada comorbilidad. Durante el ingreso, cerca de la mitad de los pacientes tuvo complicaciones y desarrolló SDRA, precisando oxigenoterapia con reservorio \pm OCNF. El porcentaje de ingreso en unidades de cuidados intensivos fue reducido. La mortalidad intrahospitalaria fue elevada.

246. VALORACIÓN CLÍNICA Y SEROLÓGICA DE PROFESIONALES DE LA SALUD CON COVID-19 DE LA CLÍNICA ASUNCIÓN

Itxaso Sayago Reza, Tamara Gondar Barcala, Rafael Bejarano Espejo, Javier Legarda Iturrioz, Juan Carlos Martín Berra, Kontxi Vecino Vecino, Astrid Mon, Laura Samaniego Jiménez, Alfredo García Calvo y Jhonatan Wong Arteta

Clínica Asunción, Tolosa, España.

Palabras clave: Clínica. Serología. Profesionales.

Introducción y objetivos: La pandemia del COVID-19 ha afectado tanto a la población general, como a los profesionales de la salud. Las estadísticas nos señalan que el personal sanitario, representa el 4,3% del total de contagiados en España, manteniéndose la misma cifra en el País Vasco. El Ministerio de Sanidad ha detectado contagios entre profesionales sanitarios de todas las ramas. De los positivos confirmados entre el 11 de mayo 2020 y el 28 de enero 2021, 42,819 profesionales trabajan en centros sanitarios (hospitales y centros de salud, principalmente), lo que representa un 36% del total de contagios. Además, se desconoce el foco de infección de al menos 25.387 profesionales contagiados. Los últimos estudios, según la SEPAR, muestra que los pacientes presentan fiebre en un 85%, tos 75% y el resto de síntomas (vómitos, dolor abdominal, anosmia, ageusia, cefalea, diarrea) entre un 7-25%. Por otro lado, según la literatura no hay diferencias serológicas (Ac.) entre los pacientes asintomáticos y sintomáticos. Nuestro objetivo es realizar una valoración clínica y serológica en los profesionales sanitarios con COVID-19 de nuestro centro.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo entre el 18 de septiembre de 2020 y el 19 de enero de 2021 en el que se incluyen todos los profesionales que han sido diagnosticados con COVID-19 mediante PCR de frotis nasofaríngeo. Se realiza una evaluación clínica en el momento de la primera PCR positiva. Y posteriormente, a los diez días un control de PCR y una serología de anticuerpos totales mediante ECLIA, y en el caso de ser positivos se determina la presencia de isotopos IgG e IgM anti-SARS-CoV-2.

Resultados: Se incluyen 77 profesionales: 54 mujeres, 23 hombres de edad media de 43 años (23-63 años) de diferentes ramas señaladas a continuación: Dirección-Administración (1), médicos (17), DUE (27), auxiliares de clínica (12), fisioterapeutas (1), celadores (7), limpieza (2), técnicos de rayos (2), auxiliares administrativos (5), farmacia (1), cocina (2). Desde el punto de vista clínico: 34 son asintomáticos (41%) y 43 sintomáticos (59%), de los cuales ingresaron 6 (14%), cuyos síntomas principales son: fiebre + tos + otros síntomas (63%), tos + otros síntomas (21%), otros síntomas (16%). A señalar que no hemos tenido ningún fallecido. La relación del control serológico en personal asintomático y sintomático es muy diferente. Se observó presencia de anticuerpos en el 50% de los asintomáticos frente al 70% de los sintomáticos. La presencia del isotopo IgG se observó en la mayoría de los casos con anticuerpos totales positivos en ambos grupos de sintomáticos y asintomáticos.

Conclusiones: 1. Los contagios de los profesionales afecta a todas las ramas de la Clínica, como en el resto de los centros sanitarios. 2. La sintomatología principal es la fiebre, seguida de la tos, como el resto de las series, con un bajo porcentaje de ingreso y ningún fallecido. 3. La inmunidad medida mediante los anticuerpos es más prevalente en los afectados sintomáticos que asintomáticos.

270. DESCRIPCIÓN DEL USO DEL TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON COVID-19

Antonio Quezada Reynoso, Andrea Ballester Ferriz, Cruz González Villacusa, María Luisa Briones Urtiaga y Jaime Signes Costa

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia; INCLIVA, Valencia, España.

Palabras clave: Tocilizumab. COVID-19. Mortalidad.

Introducción: La neumonía COVID-19 es una patología grave, emergente, declarada pandemia por la OMS desde marzo del 2020 y causante de infinidad de muertes y secuelas a nivel mundial. Actualmente, no existe un tratamiento efectivo válido, sin embargo, se han empleado antivirales y fármacos con intención de frenar los mecanismos inflamatorios (tormenta de citoquinas) en pacientes con afectación severa. El tocilizumab (TCZ) es un agente inmunosupresor que inhibe IL-6. Se describe la experiencia de la utilización de TCZ en los pacientes con neumonía severa COVID-19 en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y analítico de todos los pacientes ingresados en un servicio de neumología de nuestra institución por COVID-19 durante 6 meses (agosto-enero de 2020-21). Se administró TCZ en función del empeoramiento clínico y/o radiográfico y del valor de IL-6 determinado en plasma (> 40 pg/mL). Todos los pacientes recibieron los cuidados habituales y se estratificaron según recibieron TCZ o no. Las variables analizadas fueron sexo, edad, estancia hospitalaria media, soporte respiratorio y mortalidad. Los datos recogidos se presentan como medias (DE) y porcentajes y las comparaciones se han realizado mediante SPSS 21.0.

Resultados: Durante el periodo analizado ingresaron 438 pacientes con neumonía COVID-19. La edad fue de $60,92 \pm 14,48$ años, 66,7% varones, y con una estancia media de $11,58 \pm 9,52$ días. La mortalidad del grupo fue de 7,5% (33 pacientes). De la muestra 10,1% no precisaron de oxigenoterapia, 37,7% necesitaron oxigenoterapia convencional con $FiO_2 < 0,6$, 15,1% necesitaron oxigenoterapia convencional con FiO_2 hasta 0,6, 16,7% oxigenoterapia a altos flujos (ONAF), 8,4% VMNI y 12,6% precisaron de intubación orotraqueal y VM en UCI. Se administró TCZ al 37% de los pacientes (163/438). No se encontraron diferencias en cuanto a la edad ($62,49 \pm 14,05$ vs $60,00 \pm 14,69$; $p = 0,081$), sin embargo, los pacientes tratados con TCZ tuvieron una mayor estancia media ($15,03 \pm 11,81$ vs $9,54 \pm 7,12$; $p < 0,001$), la mayoría eran varones (75,46% vs 38,55%; $p = 0,003$) y presentaron una mayor mortalidad (12,88% vs 4,36%; $p = 0,001$).

Conclusiones: Una estancia media elevada y el incremento en mortalidad de los pacientes tratados con TCZ parece estar relacionado con el sesgo de gravedad.

289. HOSPITALIZACIÓN POR NEUMONÍA COVID-19 EN LA PRIMERA OLA: DIFERENCIAS DE GÉNERO

Victoria Minguillón Hawkes, **Maribel Botana Rial**, Ana Priegue Carrera, Marta Núñez Fernández, Irene Lojo Rodríguez, Cristina Ramos Hernández, Cristina Represas Represas, Virginia Leiro Fernández y Alberto Fernández Villar

Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Palabras clave: Género. COVID. Pronóstico.

Introducción: La relación entre género y COVID-19 ha sido documentado sobre todo en población asiática, encontrando diferencias en la presentación y evolución de la enfermedad. Parece necesario confirmar estos hallazgos en población caucásica.

Objetivos: Describir y comparar desde una perspectiva de género las características de la neumonía COVID-19 en el momento del diagnóstico y si existen diferencias en el pronóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados por neumonía SARS-CoV-2 confirmada, entre el 2/marzo y el 27/abril del 2020, en un hospital del norte de España de tercer nivel. Se registraron las características epidemiológicas, clínicas, analíticas, comorbilidad, forma de presentación y evolución comparando los resultados entre hombres y mujeres.

Resultados: 312 pacientes, 160 (51,3%) hombres y 152 (48,7%) mujeres, $67,3 (\pm 17)$ años. No encontramos diferencias en la edad, aunque en el grupo de mujeres el 34% eran > 80 años frente al 21% de los hombres ($p = 0,05$). El 33% de las mujeres frente al 21% de los hombres presentaban algún grado de dependencia ($p = 0,01$). Entre los hombres, la comorbilidad cardiovascular fue significativamente mayor: HTA (46% vs 36%), arritmias (17,5% vs 10,5%) y cardiopatía isquémica (12,5% vs 4,6%). Parámetros analíticos como LDH alta o linfopenia fue más frecuente en hombres ($p = 0,001$). En el grupo de los hombres fue más frecuente la necesidad de soporte respiratorio no invasivo (SRNI) (22 vs 13%; $p = 0,03$), ingreso en Unidad de cuidados intensivos (UCI) (10% vs 5%; $p = 0,06$) y también más días de ingreso ($8,8 \pm 6,8$ vs $6,5 \pm 5,7$; $p = 0,002$). No encontramos diferencias en mortalidad, aunque esta fue ligeramente mayor en mujeres (21 vs 17%; $p = 0,2$).

Conclusiones: En la primera ola, los hombres representaron el 51% de los pacientes hospitalizados por neumonía COVID-19, siendo la presentación más grave y con mayor necesidad de SRNI o ingreso en UCI. La comorbilidad fue mayor también en los hombres. Sin embargo, aunque no hubo diferencias en la mortalidad hospitalaria, ésta fue ligeramente mayor en las mujeres, probablemente por tratarse de pacientes con mayor grado de dependencia y más de un tercio mayores de 80 años. El género es una importante variable biológica que será considerada en la presentación, evolución y pronóstico de la neumonía COVID-19.

304. INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES

Juan Margallo Iribarnegaray¹, Sandra Tello Mena², Clara Ortega Michel³, Joy Selene Osorio Chavez², Marta Cristeto Porras², Laura González Ramos², Noelia Borja Vargas², Adriana Manrique Mutiozabal², Victor Manuel Mora Cuesta² y David Iturbe Fernández²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ³Hospital Universitario Araba, Vitoria, España.

Palabras clave: Trasplante pulmonar. COVID-19.

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 produce la COVID-19, una enfermedad infecciosa cuya complicación más importante es el síndrome de distrés respiratorio agudo. Los pacientes trasplantados pulmonares, dada su condición de grandes inmunosuprimidos, están especialmente expuestos a esta enfermedad.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo, seleccionando a los pacientes de nuestra unidad con una prueba PCR positiva para SARS-CoV-2 desde marzo de 2020 hasta el 10 de febrero de 2021. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar las características y evolución de los pacientes trasplantados infectados por SARS-CoV-2 en nuestra unidad.

Resultados: Un total de 21 pacientes han presentado una PCR positiva para SARS-CoV-2 durante el periodo estudiado. El 86% fueron varones y la edad mediana fue de 61 años (59;62,5). El 90% eran trasplantes bipulmonares y las patologías que más frecuentemente llevaron al trasplante fueron la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en el 57% y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el 28% de los casos. En cuanto a comorbilidades, el 48% de los pacientes presentaban dislipemia, un 43% diabetes mellitus y un 14% hipertensión arterial. La infección fue diagnosticada en la primera ola (marzo-agosto 2020) en el 14%, en la segunda ola (septiembre-diciembre 2020) en el 47% y en la tercera ola (enero-febrero 2021) en el 38% de los casos. Los síntomas más frecuentes de COVID-19 fueron fiebre (43%) y disnea (38%), permaneciendo asintomáticos un 19%. En 14 pacientes (67%) se encontraron infiltrados en la radiografía de tórax. Fueron ingresados 15 pacientes (71%). El tratamiento más frecuentemente utilizado fueron los cor-

ticoides (62%) aunque se administraron otros tratamientos como tocilizumab (9%), lopinavir/ritonavir (5%) o combinaciones de hidroxiquina y azitromicina (5%), según el tratamiento aconsejado en cada momento. En cuanto a las necesidades de oxigenoterapia, 8 pacientes (38%) precisaron de gafas nasales convencionales, 1 (5%) de gafas nasales de alto flujo, 1 (5%) de ventilación mecánica no invasiva y 4 (19%) de intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. Han fallecido 5 pacientes, lo que implica un 24% de mortalidad en nuestra serie.

Conclusiones: La infección por SARS-CoV-2 en pacientes trasplantados pulmonares implica una morbimortalidad elevada. La incidencia de casos ha sido mayor en la segunda y tercera ola probablemente por unas medidas de confinamiento menos rigurosas.

328. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON REMDESIVIR EN PACIENTES CON COVID-19

Andrea Ballester Ferriz^{1,2}, Antonio Quezada Reynoso^{1,2}, Julia Tarrasó Castillo^{1,2}, Elvira Bondía Real^{1,2}, Lucía Fernández Presa^{1,2}, María Luisa Blasco Cortés^{2,3}, Gerardo Aguilar Aguilar^{2,4} y Jorge Navarro Perez^{2,5}

¹Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. ²INCLIVA, Valencia, España. ³Unidad de Cuidados Intensivos; ⁴Servicio de Anestesiología y Reanimación; ⁵Dirección Médica Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Palabras clave: Remdesivir. COVID-19. Mortalidad.

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha supuesto el mayor desafío sanitario de este siglo. El remdesivir (RDV) se ha postulado como uno de los antivirales con mayor potencial para tratar la infección por SARS-CoV-2 y diversos ensayos clínicos han demostrado evidencia a favor del mismo. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en pacientes con neumonía COVID-19 tratados con RDV.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y analítico de todos los pacientes ingresados en un servicio de neumología de un hospital de tercer nivel durante 6 meses (agosto 2020-enero 2021). Se pautó RDV a pacientes que cumplían los criterios establecidos según la AEMPS: menos de 7 días de evolución desde el inicio de los síntomas, oxigenoterapia a bajos flujos, SpO₂ < 94% (FiO₂ 21%) y ausencia de hepatopatía, fallo renal y necesidad de drogas vasoactivas. Se analizaron variables demográficas, clínicas (estancia hospitalaria, soporte respiratorio y necesidad de UCI/REA) y mortalidad. En el estudio estadístico se realizaron test de comparación de variables paramétricas y no paramétricas, según fuese apropiado (SPSS 21.0).

Resultados: Durante el periodo de análisis ingresaron 438 pacientes con neumonía bilateral por SARS-CoV-2 en el servicio de Neumología (edad 60,92 ± 14,48; 66,7% varones). La estancia hospitalaria media fue de 11,58 ± 9,52 días. Respecto a las terapias respiratorias, 42 pacientes (9,6%) no precisaron oxigenoterapia, 231 (52,8%) recibieron oxigenoterapia convencional, 73 (16,7%) oxigenoterapia a altos flujos (ONAF), 37 (8,4%) VMNI y 55 (12,6%) intubación orotraqueal y VM en UCI/REA. La mortalidad del total de la muestra fue de 7,5% (33 pacientes), falleciendo 12 en el servicio de neumología y 21 en UCI/REA. Siguiendo el protocolo se administró RDV a 145 pacientes (33,1%). No se encontraron diferencias, con relación al resto de pacientes, en edad (59,57 ± 13,52 vs 61,6 ± 14,9; p = 0,16), estancia media (12,03 9,58 vs 11,37 ± 9,49; p = 0,52) o sexo (66,89% vs 66,55% varones, p = 0,94). Respecto a la mortalidad fallecieron 6 pacientes (4,13%) tratados con RDV frente a 27 (9,21%) a los que no se le administró (p = 0,058).

Conclusiones: En nuestra cohorte parece existir cierta tendencia del RDV a reducir la mortalidad en pacientes con neumonía bilateral por SARS-CoV-2.

333. ASOCIACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Carmen Castelló Faus, Esther Pastor Esplá, Violeta Esteban Ronda, Carly Celis Pereira, Ignacio Boira Enrique, Jose Norberto Sancho Just, Cristina Senent Español, Sandra Vañes Baños y Eusebi Chiner Vives

Hospital San Juan de Alicante, Alicante, España.

Palabras clave: Tabaquismo. Gravedad de la enfermedad por SARS-CoV-2.

Introducción: La relación entre tabaquismo y SARS-CoV-2 es controvertida. Las últimas evidencias revelan que sería un factor de riesgo de mayor gravedad. Además, algunos estudios muestran un escaso número de fumadores en los pacientes ingresados, probablemente debido a sesgos en la selección de pacientes o en la recogida de datos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes hospitalizados desde el 15/03/2020 al 01/05/2020, con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. Se recogieron los antecedentes de hábito tabáquico, así como si aparecía o no reflejado en la historia, variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes respiratorios, gravedad de la enfermedad, necesidad de ingreso en UCI y mortalidad. Se empleó el test de proporciones y la t-Student para la comparación entre grupos.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes, (57% varones), con una edad media de 65 ± 15 años. Entre las comorbilidades destaca HTA en 44% y obesidad (IMC > 35 Kg/m²) en 26%. Del total, 28% refería antecedentes respiratorios, con diagnóstico previo de EPOC en 43%, de asma en 27% y de AOS 15%. Respecto al hábito tabáquico, cabe destacar que en 31% no aparecía reflejado en la historia, por lo que se obtuvo mediante contacto telefónico a los pacientes o a sus familiares. Un 54% de los ingresados se declaraban no fumadores, 5% fumadores activos y 38% ex fumadores. La gravedad de la enfermedad fue clasificada en leve/moderada (47%) o grave/muy grave (53%) según el grado de afectación radiológica, la necesidad de soporte ventilatorio, ingreso en UCI y la mortalidad. Al agrupar los fumadores con los exfumadores (44%) y comparar con los no fumadores (56%), en el grupo de fumadores y exfumadores existía mayor proporción de varones (65% vs 51%, p < 0,05), tenían mayor edad (68 vs 63 años, p < 0,05) y mayor porcentaje de antecedentes respiratorios (37% vs 19%, p < 0,05), además de mayor afectación grave/muy grave (68% vs 41%, p < 0,001). No obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en necesidad de ingreso en UCI (20% vs 11%, p: ns) ni en mortalidad (17% vs 16%, p: ns).

Conclusiones: En pacientes ingresados por COVID-19, el ser fumador o ex-fumador se asocia a una afectación más grave. El hábito tabáquico debería quedar reflejado siempre en la historia clínica del paciente, al igual que otros factores de riesgo. La pandemia por coronavirus debe ser una oportunidad para mejorar la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

349. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA TELEMÁTICA A PACIENTES POST-COVID CON OXIGENOTERAPIA

Marta de la Plaza San Frutos, Margarita Rubio Alonso y María Blanco Morales

Universidad Europea de Madrid, Madrid, España.

Palabras clave: Fisioterapia respiratoria. Fisioterapia respiratoria post-COVID.

Introducción: La pandemia de la COVID-19 está suponiendo un desafío económico, social y sanitario. Las medidas de confinamiento y su contagiosidad han impulsado nuevas realidades asistenciales. Durante el confinamiento se creó la plataforma telemática de fisioterapia respiratoria para pacientes post-COVID-19.

Material y métodos: Un total de 10 sesiones de fisioterapia respiratoria basadas en las guías de SEPAR fueron guiadas telemáticamente.

te a pacientes asistidos con oxigenoterapia en fase de recuperación de la COVID-19. Evaluamos las variables al inicio y final de las sesiones de: calidad de vida (Euroqol5), disnea de esfuerzo (Mahler), ansiedad rasgo, ansiedad estado (STAI), frecuencia respiratoria y litros de oxígeno.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes en el estudio (80% varones) de entre 51 y 80 años de edad. Todos ellos habían estado hospitalizados por COVID. Dos de ellos estuvieron ingresados en UCI y precisaron ventilación mecánica. El análisis comparativo de las medidas estudiadas antes y después de la intervención de fisioterapia respiratoria telemática muestran una disminución significativa de la medida de ansiedad estado; un aumento significativo en la puntuación del cuestionario de calidad de vida Euroqol5, una disminución de la medida de disnea que pasó de una mediana de 4,5 puntos antes de la intervención a 1 punto, un descenso de la frecuencia respiratoria y de litros de oxígeno.

	Pre-interv Mediana (RIC)	Post-interv Mediana (RIC)	p
Ansiedad estado STAI	14 (11,2-17)	14 (7-15,7)	0,03
Ansiedad rasgo STAI	11 (7-22)	10 (7,7-15,5)	0,25
Resultado Euroqol5	0,8 (0,56-1)	1 (0,8-1)	0,04
Disnea (escala 0-12)	4,5 (1-7)	1 (0-2,5)	0,01
Frecuencia respiratoria/min	18,5 (15,5-21,5)	12 (11,5-15)	0,005
Litros de oxígeno	1,5 (1-2,2)	0 (0-1,1)	0,02

Conclusiones: Los resultados apuntan a que la implementación del programa telemático de fisioterapia respiratoria es una estrategia beneficiosa para disminuir la sensación de disnea, la ansiedad, la frecuencia respiratoria, los litros de oxígeno y aumentar la calidad de vida en pacientes post-COVID-19.

351. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE COVID-19 HOSPITALIZADO

María Estrella Ruiz Carretero¹, Celia de Dios Calama¹, Ana Nacarino Burgos², Ángela Losa García-Uceda¹, Carlos Cabanillas Díez-Madroño¹, Berman Stalin Barragán Pérez¹, Marta Cebrían Romero¹, Galo Fernández Zapata¹, Jaime Corral Peñañiel¹ y Francisco Javier Gómez de Terreros Caro¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

²Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

Palabras clave: Perfil. Clínica. COVID-19.

Introducción y objetivos: La pandemia por SARS-CoV-2 está marcando un cambio en nuestro entorno asistencial y particularmente en el ámbito hospitalario. Durante el año 2020 hemos sufrido la primera oleada de esta enfermedad. El objetivo de nuestro trabajo es conocer el perfil clínico y epidemiológico del paciente que ha requerido ingreso hospitalario por infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo de los pacientes que ingresan con el diagnóstico principal de infección por SARS-CoV-2 en un hospital terciario durante el año 2020, coincidiendo con la denominada "primera oleada de la pandemia". Para ello hemos utilizado los informes de alta recogiendo variables epidemiológicas (edad, sexo y hábitos tóxicos), clínicas (síntomas, comorbilidades, tiempo previo al ingreso, alteraciones radiológicas) y pronósticas (necesidad de UCRI, UCI y exitus). Los datos recogidos se almacenan en una base creada al efecto y se realiza el estudio estadístico mediante el programa informático SPSS.

Resultados: Se incluyen 505 pacientes con una edad media de 80 ± 16, sin claro predominio de sexo (hombres 262/52% y mujeres 243/48%). Se recogió el antecedente de tabaquismo en el 78% de los casos, siendo fumadores activos el 7% de los mismos. Entre las comorbilidades destaca claramente la presencia de HTA (en el 62% de los casos) y diabetes mellitus (en el 30%). Llama la atención que el 48% de estos pacientes tiene algún tipo de enfermedad cardiovascular asociada. Las manifes-

taciones clínicas más frecuentes fueron fiebre (68%), disnea (64%), tos (51%) y manifestaciones gastrointestinales (26%). El tiempo de síntomas hasta el ingreso fue de 5 ± 4 días y 1 de cada 4 pacientes recibió antibióterapia previa. Casi el 90% presentó algún tipo de infiltrado radiológico, siendo bilateral en el 76% de los casos. Un 4% ingresó en UCRI y un 6% necesitó intubación orotraqueal en UCI. Un 32% del total fue exitus.

Conclusiones: Durante la primera oleada de COVID-19 la necesidad de ingreso hospitalario correspondió a un paciente de edad avanzada, sin claro predominio de sexo, hipertenso, diabético, con alguna comorbilidad cardiovascular, que refiere fiebre, disnea y tos, desde una semana antes de su ingreso, y que presenta infiltrado radiológico bilateral en su mayoría. El 4% necesitó soporte ventilatorio en UCRI y/o UCI. El 32% fue exitus en nuestro hospital.

362. UTILIDAD DE KL-6 SÉRICO COMO BIOMARCADOR DE NEUMONÍA GRAVE EN LA COVID-19

Ivan Castellví Barranco, Diego Castillo Villegas, Hector Corominas Macías, Anaís Mariscal Rodríguez, Sandra E. Orozco Echevarría, David Lobo Prat, Laura Martínez Martínez, David de la Rosa Carrillo, Jordi Casademont Pou y Pere Domingo Pedrol

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

Palabras clave: Biomarcador. KL-6. Pronóstico.

Introducción: Actualmente carecemos de biomarcadores pronósticos específicos que nos permitan definir qué casos de neumonía leve por infección por SARS-CoV-2 presentarán empeoramiento. Los valores séricos de la glicoproteína Krebs Von Den Lungen-6 (sKL-6) es un marcador de daño intersticial pulmonar con potencial pronóstico evolutivo en las neumopatías intersticiales asociadas a enfermedades inmunomediadas.

Objetivos: Determinar el valor pronóstico y asociaciones de los valores de sKL-6 en la neumonía leve-moderada causada por la enfermedad del nuevo coronavirus (COVID-19).

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en una cohorte de 375 pacientes ingresados por COVID-19 en un hospital universitario de alta complejidad. Todos los enfermos presentaban neumonía leve, sin requerimientos de alto flujo de oxígeno ni necesidad de ventilación mecánica al ingreso. De todos los enfermos se obtuvo al menos una determinación basal de sKL-6 y se comparó su valor en los pacientes que presentaron deterioro respiratorio respecto los que no. También se determinó el mejor punto de corte de sKL-6 como biomarcador de progresión de daño pulmonar. Se consideraron valores estadísticamente significativos aquellos valores con $p < 0,05$.

Resultados: 169 (45,9%) pacientes presentaron deterioro respiratorio durante el ingreso. Aquellos pacientes que presentaron deterioro respiratorio tenían una tendencia a valores basales más elevados de sKL-6 (mediana [IQR] 303 [209-449] vs 285,5 [15,8-5.724], $p < 0,07$). El mejor punto de corte de sKL-6 como predictor de deterioro respiratorio fue > 408 U/mL (AUC 0,55; sensibilidad 33%, especificidad 79%). Los factores de riesgo independientes asociados a empeoramiento respiratorio fueron niveles de sKL-6, edad > 51 años, tiempo de hospitalización, y presencia de disnea al ingreso. Los pacientes con valores basales de sKL-6 > 408 U/mL presentaron un riesgo de empeoramiento respiratorio del 39% a los 7 días de ingreso. En pacientes que presentaban muestras seriadas y empeoraron se observó un aumento mayor de niveles de sKL-6 en comparación con los que no empeoraron (mediana [IQR] 330 [219-460] vs 290,5 [193-396]; $p < 0,02$).

Conclusiones: Los niveles basales de sKL-6 presentan una baja sensibilidad para predecir empeoramiento respiratorio en los pacientes con neumonía leve por COVID-19. Sin embargo, niveles basales de sKL-6 > 408 U/mL se asocian con un riesgo mayor de empeoramiento respiratorio al 7 día de ingreso. La determinación seriada de sKL-6 podría ser útil para estratificar a los pacientes.

367. TUBERCULOSIS Y SARS-CoV-2: EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD CON EL PROTOCOLO ISARIC-WHO

Xavier Casas García¹, Israel Molina Pinargote¹, Yoel González Díaz¹, Núria Forcada Peña¹, Dora Romero Quispe¹, Javier Santiago Prado¹, Milagros Moreno Nicasio¹, Neus Altet Gómez¹, Judith Moreno Guevara¹ y Joan-Pau Millet Vilanova^{1,2}

¹Servicios Clínicos, Barcelona, España. ²CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España.

Palabras clave: Tuberculosis. COVID-19. Mortalidad.

Introducción: La evidencia sugiere que la presencia de comorbilidades como enfermedad respiratoria crónica puede incrementar la probabilidad de exacerbar los síntomas e influir negativamente en la salud del paciente que adquiere la infección por SARS-CoV-2 y empeorar indicadores como ingreso o mortalidad por COVID-19.

Objetivos: Analizar la influencia de la infección por SARS-CoV-2 en la evolución de la tuberculosis (TB) en enfermos ingresados para tratamiento directamente observado (TDO) en la clínica de TB "Servicios Clínicos" durante 2020.

Material y métodos: Estudio Prospectivo Observacional. Para evaluar el riesgo de mortalidad del enfermo con TB que se le diagnostica infección por SARS-CoV-2 se ha utilizado el Protocolo "ISARIC WHO Clinical Characterisation". Conocer éste riesgo permitiría una derivación hospitalaria temprana que podría evitar ingresos en UCI y disminuir la mortalidad.

Resultados: Durante el año 2020 se atendieron 113 enfermos de TB, 7 hombres desarrollaron la coinfección con SARS-CoV-2. Según el protocolo ISARIC WHO, el riesgo de mortalidad fue bajo (0-3) en 3 enfermos e intermedio (4-8) en 4. No ingreso en UCI ni falleció ninguno de los coinfectados. Falleció un enfermo de TB por neumonía grave a los 3 meses de tratamiento. Respecto al tipo de TB en los coinfectados: 5/7 (71,4%) enfermos de TB-SARS-CoV-2 tenían una TB extrapulmonar comparado con 30/106 de los enfermos con TB no coinfectados ($p = 0,049$). Con respecto al resultado del tratamiento de la TB, 2 se han curaron y 5 siguen en tratamiento con buena evolución. Un paciente desarrolló una aplasia medular no relacionada con la COVID-19 y ha precisado modificación de su pauta terapéutica.

Conclusiones: La TB se considera como una de las comorbilidades que pueden afectar a la evolución de la coinfección con SARS-CoV-2. Detectar precozmente los casos más vulnerables con mala evolución por TB/COVID-19 es fundamental para evitar ingreso en UCI y disminuir la mortalidad. Aunque el número de casos que se presentan es un nº bajo, la evaluación del riesgo de mortalidad por el protocolo ISARIC ha ayudado a prevenir las complicaciones.

Bibliografía

1. Knight SR, Ho A, Pius R, Buchan I, Carson G, et al. Risk stratification of patients admitted to hospital with COVID-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the SC Mortality Store. *BMJ* 2020;370:m3339.

376. CONSECUENCIAS NEUROPSIQUIÁTRICAS Y CALIDAD DE VIDA EN SUPERVIVIENTES DE COVID-19

Raúl Méndez Ocaña¹, Vicent Balanzá Martínez¹, Sussy Carolina Luperdi Castro¹, Itziar Estrada², Ana Latorre Campos³, Paula González Jiménez¹, Laura Feced Olmos¹, Leyre Bouzas Yenes¹, Kathryn Yépez Borges¹ y Rosario Menéndez Villanueva¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

²Universidad de Valencia, Valencia, España. ³Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España.

Palabras clave: COVID-19. Neuropsiquiátrica. Calidad de vida.

Introducción: Existe información acerca del impacto sobre la salud neurocognitiva, psiquiátrica y la calidad de vida en los supervi-

vientes de COVID-19. El objetivo del estudio fue evaluar la función neurocognitiva, los síntomas psiquiátricos y la calidad de vida en los supervivientes de COVID-19 a corto plazo tras el alta hospitalaria.

Material y métodos: Análisis transversal de un estudio prospectivo de supervivientes de COVID-19 hospitalizados seguidos durante 2 meses después del alta. Se administró por teléfono una batería de instrumentos estandarizados que evalúan la función neurocognitiva (memoria verbal inmediata, memoria verbal retardada, fluidez verbal y memoria de trabajo o función ejecutiva), la morbilidad psiquiátrica (ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático) y la calidad de vida (componentes mental y físico).

Resultados: De los 229 pacientes seleccionados, 179 se incluyeron en el análisis final. Entre los supervivientes, un 38%, un 11,8%, un 34,6% y un 6,1% presentaron deterioro de la memoria verbal inmediata, la memoria verbal retardada, la fluidez verbal y la memoria de trabajo (función ejecutiva), respectivamente. Un 58,7% de los pacientes presentó deterioro neurocognitivo en al menos una función. Un 39,1% de los pacientes presentó morbilidad psiquiátrica. Un 29,6%, 26,8% y 25,1% presentó cribado positivo para ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático, respectivamente. Se detectó una baja calidad de vida para los componentes físico y mental en el 44,1% y el 39,1% de los pacientes, respectivamente. El delirium y la morbilidad psiquiátrica se asociaron con el deterioro neurocognitivo y el sexo femenino se relacionó con la morbilidad psiquiátrica.

Conclusiones: Los supervivientes de COVID-19 presentan una importante prevalencia de deterioro neurocognitivo, morbilidad psiquiátrica y mala calidad de vida a corto plazo. El impacto de estas secuelas a largo plazo está por determinar.

Financiado por Instituto de Salud Carlos III (COV20/00385)

378. ANÁLISIS SEROLÓGICO DE LA COVID-19 EN UNA COHORTE DE FIBROSIS QUÍSTICA

Clara Ortega Michel¹, María Jesús Cabero Pérez², Elena Pérez Belmonte², Rocío Sancho Gutiérrez², Vanesa Novoa Vela², Sandra Tello Mena², Juan Margallo Iribarnegaray², Joy Osorio Chavez², Marta Cristeto Porras² y Noelia Borja Vargas²

¹Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, España. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Palabras clave: Serología. Fibrosis quística.

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró de forma oficial en marzo de 2020 la situación oficial de pandemia por un nuevo tipo de coronavirus, denominado SARS-CoV-2, que causa una enfermedad denominada COVID-19. Numerosos protocolos y guías (nacionales e internacionales) que han ido apareciendo desde entonces, han incluido a los pacientes con fibrosis quística (FQ) en los grupo de riesgo asociados con una peor evolución.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar la incidencia y patogenidad de infección por SARS-CoV-2 en los pacientes con FQ en nuestro medio, así como identificar las diferencias entre trasplantados y no trasplantados.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo descriptivo observacional de todos los pacientes con FQ (trasplantados y no trasplantados) en seguimiento en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, donde se recogieron, además de otras muchas, las variables de tratamiento médico concomitante, resultado de serología para coronavirus y el valor del FEV1.

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes con FQ (33 hombres y 30 mujeres), trasplantados (27) y no trasplantados (36). Se realizó de forma sistemática serología medida mediante CLIA para coronavirus, siendo negativa (tanto IgG como IgM) en 62/63 pacientes.

Solamente 1 paciente tuvo Ac IgG+ (homocigota para df508, no trasplantada, infección por contacto con familiar, sin precisar hospitalización y con PCR realizada negativa). La mediana del FEV1 fue de 2290 mL y un 84%. En cuanto a las mutaciones genéticas un 37% eran homocigotos df508, otro 37% eran homocigotos df508, un 11% correspondía a otras mutaciones y en un 16% no se encontraron datos disponibles. Un total de 43 pacientes (68%) estaban en tratamiento inmunomodulador con azitromicina (23 trasplantados y 20 no trasplantados), 28 (44%) con corticosteroides (de los cuales solamente 1 era no trasplantado), 43 (68%) con antibiótico nebulizado (20 trasplantados, 23 no trasplantados), 19 (30%) con salino nebulizado (todos no trasplantados) y un 29 (46%) con DNasa nebulizada (todos ellos no trasplantados).

Conclusiones: En nuestra serie la incidencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con FQ (tanto en trasplantados como no trasplantados) es muy baja. Habría que analizar si medidas de prevención (autoconfinamiento, telemedicina...) o el tratamiento que reciben estos pacientes, podrían actuar como factores protectores frente a la COVID-19.

383. TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA COVID-19

Lourdes Lázaro Asegurado¹, Teresa Peña Miguel¹, Santiago Velasco Quirce², Ángel González de la Fuente², M^a de los Ángeles Polvorosa Gómez³, Leticia Urbina Soto⁴, Diego Santamaria Matia² y Miriam Saiz Rodríguez⁵

¹Unidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos, España. ²Gerencia de Atención Primaria, Burgos, España. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero (Burgos), España. ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro (Burgos), España. ⁵Unidad de Investigación, Fundación Burgos por la Investigación de la Salud, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos, España.

Palabras clave: Tabaquismo. COVID-19.

Introducción: El tabaquismo es un factor de riesgo conocido en enfermedades crónicas, así como enfermedades infecciosas. En la actual pandemia de COVID-19 algunas publicaciones encuentran una fuerte asociación entre tabaquismo y mayor gravedad de la enfermedad, mientras que otras lo desmienten. El objetivo de nuestro estudio es conocer la influencia del tabaquismo en la COVID-19.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, se revisó las historias clínicas de los pacientes dados de alta en alguno de los 3 hospitales o controlados en atención primaria del área de salud de Burgos, con PCR positiva para SARS-CoV-2, durante el periodo del 23/03 al 15/05 de 2020.

Resultados: Se incluyeron 878 pacientes, 367 hombres (41,8%) y 511 mujeres (58,2%), con una edad media de 56,8 ± 16,7 años y mediana de 56 (20-101) años. Se observó la incidencia de tabaquismo no constaba en la historia clínica del 43,3% (n = 380). Entre los que sí constaba (498), el 56,4% (n = 281) fueron nunca fumadores, el 32,1% (n = 160) exfumadores y el 11,4% (n = 57) fumadores activos. En cuanto a la clínica, ordenado por gravedad, el 6,8% (n = 60) de los pacientes fueron críticos, el 31,5% (n = 276) graves, el 7,2% (n = 63) moderado, el 46,8% (n = 410) leve y el 7,8% (n = 68) asintomáticos. El análisis multivariante refleja que ser exfumador agrava claramente la clínica. A su vez, el sexo juega un papel importante en la evolución de la enfermedad. Encontramos 3 factores asociados al riesgo de hospitalización: la edad (que apenas influye, odds ratio = 1,064, IC95% 1,047-1,081), el sexo (femenino como factor protector, odds ratio = 0,311, IC95% 0,200-0,484) y el tabaquismo, siendo la categoría exfumador un factor de riesgo (odds ratio = 2,303, IC95% 1,437-3,691).

Conclusiones: El tabaquismo se confirma como factor de riesgo para hospitalización y peor evolución de la COVID-19, independientemente de otros factores conocidos como la presencia de las comorbilidades más comúnmente descritas (diabetes mellitus, EPOC, EPID, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y obesidad). El alto porcentaje de pacientes en los que no consta si son fumadores o no, produce un gran sesgo en la interpretación de los datos. Esto nos permite concluir que se debe aumentar considerablemente el grado de implementación del registro del tabaquismo en la historia clínica tanto a nivel de Atención Primaria como en el ámbito hospitalario.

Proyecto financiado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (GRS COVID 27/A/20)

390. VALOR DEL FENO Y LA EOSINOFILIA PERIFÉRICA EN EL SEGUIMIENTO POST COVID-19

Sandra Tello Mena¹, Juan Margallo Iribarnegaray², Clara Ortega Michel³, Joy Selene Osorio Chávez¹, Marta Cristeto Porras¹, Laura González Ramos¹, Noelia Borja Vargas¹, Pilar Alonso Lecue¹, Amaya Martínez Meñaca¹ y Beatriz Abascal Bolado¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

²Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ³Hospital Universitario Araba, Vitoria, España.

Palabras clave: FeNO. COVID-19.

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) secundario a neumonía por SARS-CoV-2 supone una situación inflamatoria a nivel pulmonar que en muchos pacientes se mantiene de forma crónica. El objetivo de este estudio fue valorar la utilidad del FeNO como marcador de inflamación y su relación con la cifra de eosinófilos en sangre periférica y con las alteraciones radiológicas postCOVID.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro centro por neumonía por SARS-CoV-2 desde marzo hasta noviembre de 2020. Se analizaron datos demográficos, analíticos, y clínicos durante el ingreso. Se realizó un seguimiento clínico, analítico y funcional (espirometría, plestismografía, difusión de CO, test de la marcha de 6 minutos y FeNO) en consultas post COVID-19 a los 3 meses.

Resultados: Se estudiaron un total de 175 pacientes (61,1% varones) con una media de edad de 59 años (DE ± 13,3) y una mediana de IMC de 29 kg/m² (18-52). En cuanto a las comorbilidades respiratorias previas: 8 pacientes (4,5%) tenían diagnóstico de EPOC y 11 pacientes (6,3%) tenían diagnóstico de asma. La mediana de estancia hospitalaria fue de 12 días (2-83). 50 pacientes (28,6%) presentaron SDRA y 46 (26,3%) precisaron ingreso en UCI. En el seguimiento en consultas obtuvimos un FeNO mayor de 40 ppb en 16 de 152 pacientes (9,1%). De ellos, 4 pacientes fueron diagnosticados de asma por clínica compatible y valores de FeNO elevado, 1 paciente presentaba bronquitis eosinofílica previa y 1 paciente tenía diagnóstico de infección VIH. La mediana de FeNO en consulta de seguimiento fue de 20 (5-122) ppb. A los 3 meses, el valor medio de eosinófilos en sangre periférica fue de 157/μL (DE ± 117), demostrando una correlación débil entre ambas variables (p = 0,028; r = 0,17). Por otro lado un 47% de los pacientes presentaba secuelas en el TC de control a los 3 meses. Se observó una relación estadísticamente significativa entre los niveles de FeNO y la presencia de secuelas en el TC (p = 0,028), así como entre la eosinofilia periférica y la presencia de secuelas en el TC de control (p = 0,031).

Conclusiones: Cifras elevadas de FeNO a los 3 meses de una infección grave por SARS-CoV-2 se relacionó con alteraciones radiológicas y cifras más elevadas de eosinófilos, lo que sugiere que estos pacientes presentan un grado mayor de inflamación.

395. ESTUDIO DEL EFECTO DEL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) EN LA INFECCIÓN POR COVID-19

Esperanza Salcedo Lobera y Mario Arredondo López

Servicio de Neumología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Palabras clave: Ácido acetilsalicílico. Neumonía. COVID-19.

Introducción: Se ha observado que la infección producida por la COVID-19 produce una activación en la cascada de la coagulación junto con agregación plaquetaria provocando trombosis micro y macrovascular. El ácido acetilsalicílico es bien conocido por sus efectos antiinflamatorios y antitrombóticos motivo por el cual hemos realizado un análisis sobre la AAS en nuestros pacientes hospitalizados por COVID-19.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo con 33 casos que se diagnosticaron de infección respiratoria por COVID-19 con necesidad de ingreso hospitalario. Se recogieron datos generales, clínicos, administración previa de aspirina, datos analíticos, radiológicos, necesidad de ventilación mecánica no invasiva (VNI), evolución a los 7 días y supervivencia.

Resultados: Nuestra muestra era de 33 casos con una edad media de 75 ± 9 años siendo el 72% varones. Dentro de los factores cardiovasculares el 61% presentaban HTA, el 33% eran diabéticos siendo 7 casos dislipémicos. El 67% de los casos no tenían antecedentes de tabaquismo. Un 28% presentaban antecedentes respiratorios y un 31% cardiológicos. Nos encontramos un 39% que tenían AAS como tratamiento previo al ingreso. Al inicio del ingreso hospitalario el 75% presentaban afectación bilateral radiológicamente y tras 7 días de tratamiento el 44% no sufrieron modificaciones en la radiografía frente al 39% que mejoraron. Solo en 3 casos empeoraron. Un 60% de pacientes necesitaron apoyo respiratorio utilizándose en el 41,7% TAF junto con reservorio y en 7 casos VNI tipo BIPAP V60, además 3 casos necesitaron ingreso en UCI. Analíticamente encontramos los siguientes valores medios iniciales: plaquetas 216.000 ± 89.000 μ L, INR 0,92 ± 0,3, dímero-D 2.477 ± 4.003 ng/ml, TP 97 ± 17%, PCR 170 ± 161 mg/L, ferritina 1.389 ± 3.209 mg/L, LDH 382 ± 238 U/L, bilirrubina total 0,59 ± 0,43 mg/dL siendo posteriormente los siguientes valores: plaquetas 299.000 ± 136.000 μ L, INR 1,03 ± 0,24, dímero-D 1.729 ± 1.662 ng/ml, TP 101 ± 23%, PCR 100 ± 125 mg/L, ferritina 686 ± 860 mg/L, LDH 377 ± 200 U/L, bilirrubina 0,78 ± 1,25 mg/dL. La supervivencia media fue del 64% y el 100% de los casos no sufrieron complicaciones hemorrágicas secundarias al tratamiento.

Conclusiones: El uso de AAS produce una mejoría radiológica en un importante porcentaje de pacientes infectados. A nivel analítico existe un descenso tanto de reactantes de fase aguda como de dímero D con el empleo de AAS. No se han observado complicaciones graves a consecuencia de su uso.

398. ANÁLISIS COMPARATIVO POR MORTALIDAD EN PACIENTES CON COVID-19 TRATADOS CON AAS

Esperanza Salcedo Lobera y Mario Arredondo López

Servicio de Neumología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Palabras clave: Mortalidad. Ácido acetilsalicílico. COVID-19.

Introducción: La infección por la COVID-19 produce una activación en la cascada de la coagulación junto con una agregación plaquetaria dando trombosis micro y macrovascular. La AAS es bien conocida por sus efectos antiinflamatorios y antitrombóticos por lo que hemos realizado un análisis sobre ella en nuestros pacientes hospitalizados comparándolo según mortalidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo con 33 casos que se diagnosticaron de infección respiratoria por COVID-19 con

necesidad de ingreso, se recogieron datos generales, clínicos, administración previa de AAS, datos analíticos, radiológicos, necesidad de ventilación mecánica no invasiva (VNI), evolución a los 7 días y supervivencia.

Resultados: De nuestros 33 casos, un 36% fallecieron, siendo el 85% varones con una edad media de 75 ± 9 años. Se analizaron los diferentes antecedentes personales según mortalidad encontrando que, dentro de los FRCV fallecieron 7 casos con HTA, 6 DM y ningún dislipémico ($p < 0,05$), 3 tenían patología respiratoria, 4 cardiológica y 3 renales ($p < 0,05$). De los casos que fallecieron, 5 tomaban AAS previo al ingreso y tenían infiltrados bilaterales el 92%. Necesitaron VNI el 60%, siendo la TAF con reservorio la más utilizada en el 41,7% y VNI tipo BIPAP V60 en 7, falleciendo 5 de ellos. Al inicio del tratamiento encontramos a nivel analítico los siguientes valores según mortalidad. Supervivientes: plaquetas 229.000 ± 91.810 μ L, INR 0,83 ± 0,37, dímero D 1.168 ± 781 ng/ml ($p < 0,05$), TP 101 ± 19%, PCR 169 ± 149 mg/L, ferritina 1.044 ± 3.055 mg/L, LDH 285 ± 107 U/L ($p < 0,05$), bilirrubina total 0,51 ± 0,44 mg/dL. Fallecidos: plaquetas 99.000 ± 97.000 μ L, INR 1,04 ± 0,08, dímero D 4.694 ± 6.183 ng/ml ($p < 0,05$), TP 92 ± 13%, PCR 175 ± 193 mg/L, ferritina 1.962 ± 3.794 mg/L, LDH 515 ± 325 ($p < 0,05$) U/L, bilirrubina total 0,67 ± 0,44 mg/dL. Tras 7 días con AAS los resultados fueron: supervivientes: plaquetas 65.000 ± 126.000 μ L, INR 1 ± 0,28, dímero D 1.191 ± 1.106 ng/ml ($p < 0,05$), TP 109 ± 25% ($p < 0,05$), PCR 73 ± 110 mg/L, ferritina 406 ± 424 mg/L ($p < 0,05$), LDH 295 ± 135 U/L ($p < 0,05$), bilirrubina total 0,48 ± 0,23 mg/dL. Fallecidos: plaquetas 194.000 ± 66.000 μ L, INR 1,07 ± 0,13, dímero D 2.580 ± 2.059 ng/ml ($p < 0,05$), TP 90 ± 14% ($p < 0,05$), PCR 136 ± 140 mg/L, ferritina 1.130 ± 1.172 mg/L ($p < 0,05$), LDH 518 ± 220 U/L ($p < 0,05$), bilirrubina total 1,21 ± 1,89 mg/dL.

Conclusiones: Los pacientes nefrópatas presentaban mayor mortalidad a pesar del tratamiento con AAS. Los pacientes con VNI fallecieron más. Los valores elevados de dímero D, LDH o ferritina han demostrado ser buenos indicadores de mortalidad.

402. ASMA BRONQUIAL GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS E INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Celia Montaña Montaña, Carlos Cabanillas Díez-Madroño, María Estrella Ruiz Carretero, Celia de Dios Calama, Ángela Losa García-Uceda, Amanda Paula Arenas Polo, Marta Cebrián Romero, Berman Barragán Pérez, José Antonio Durán Cueto y M. Agustín Sojo González

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Asma bronquial grave. Tratamiento biológico.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes (p.) con asma bronquial grave en tratamiento con anticuerpos monoclonales que presentaron infección por SARS-CoV-2. Comparar los p. que requirieron ingreso con los tratados ambulatoriamente.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los p. con diagnóstico de asma bronquial grave del área de salud de Cáceres en tratamiento con biológicos durante el año 2020 que fueron infectados por SARS-CoV-2. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, de función pulmonar, tratamiento y seguimiento mediante programa PASW Statistics 18.

Resultados: De un total de 150 p. con asma grave en tratamiento con biológicos, 14 (9,3%) (6 hombres y 8 mujeres, con edad media de 52,7 años) presentaron infección por SARS-CoV-2. Respecto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular: 4 p. (28,6%) eran hipertensos, 3 (21,4%) eran diabéticos y 6 (42,9%) presentaban dislipemia; 6 p. (42,9%) eran exfumadores y 8 (57,1%) nunca habían fumado. El IMC medio fue 27,7. Presentaron valores medios de FEV1 de 82%, FVC de 93%, FEV1/FVC de 74%, y FENO de 36 ppb. Todos estaban, además

del monoclonal (duración media de tratamiento de 76,4 meses) con una combinación ICS-LABA (2 p. (14,3%) a dosis bajas, 5 (35,7%) a dosis media, y 7 (50%) a dosis altas de corticoides inhalados). El 64,3% tenían LAMA asociado y un 14,3% tomaban corticoide oral diario (7,5 mg/d). El control del asma era bueno con un ACT medio de 22, aunque 5 p. (35,7%) tuvieron al menos una exacerbación en el año previo. La mayoría tenían una adecuada percepción de la efectividad del tratamiento biológico (GETE 3: 8 p. (57,1%), GETE 4: 6 p. (42,9%)). La mitad de los p. requirió hospitalización, precisando soporte respiratorio con oxigenoterapia en gafas nasales y solo una p. necesitó oxigenoterapia nasal de alto flujo. De los 7 p. tratados ambulatoriamente hubo un fallecimiento. Los p. que requirieron hospitalización tuvieron un ACT menor (20,1 vs 24,0, p 0,051) y 5 habían tenido exacerbaciones en el año previo frente a ninguna agudización en los tratados ambulatoriamente (p 0,026).

Conclusiones: Un 10% de los p. con asma grave en tratamiento con biológicos en nuestro entorno presentó infección por SARS-CoV-2. El perfil de p. es una mujer de edad media, nunca fumadora, con sobrepeso grado II, función pulmonar normal y buen control del asma. Los p. con infección más grave, hospitalizados, presentaron peor control del asma y mayor número de agudizaciones previas.

431. HISTOLOGÍA DE CRIOBIOPSIAS TRANSBRONQUIALES OBTENIDAS EN PACIENTES TRAS COVID-19

Mario Culebras Amigo, Karina Llor Reyes, Irene Sansano Valero, Óscar Persiva Morenza, David Clófent Alarcón, Eva Polverino Cassano, Almudena Felipe Montiel, Jeisson Osorio Trujillo, Xavier Muñoz Gall y Antonio Álvarez Fernández

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Palabras clave: Criobiopsia transbronquial. Secuelas post-COVID-19. Material desechable.

Introducción: Tras una neumonía bilateral por SARS-CoV-2, algunos pacientes presentan radiología compatible con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Sin embargo, hasta la fecha, no se ha confirmado histológicamente esta alteración. Los objetivos de este estudio fueron estudiar histológicamente la afectación pulmonar de estos pacientes y evaluar la rentabilidad diagnóstica y seguridad de una modificación de la técnica habitual para la obtención de CBT utilizando material desechable.

Material y métodos: Se remitieron 1.996 pacientes a una consulta especializada para la valoración de secuelas pulmonares post-COVID-19, habiéndose visitado hasta la fecha 757 pacientes. Se recomendó la realización de CBT mediante BF cuando la radiología de tórax (TC) fue sugestiva de EPID y además el paciente tenía un criterio clínico, basado en la escala de disnea mMRC, o un criterio funcional (FVC y/o DLCO de 40-70% o desaturación en el test de la marcha en 6 minutos). Todos los pacientes tenían una PCR negativa para SARS-CoV-2 en frotis nasofaríngeo 24h antes de los procedimientos, que fueron realizados con BF y criosonda desechables, obteniéndose una media de 5 muestras (rango 3-5) de los diferentes segmentos pulmonares del lóbulo inferior más afectado. Con los resultados, se decidió en un comité la actitud terapéutica a seguir.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes. Se obtuvieron muestras representativas para realizar un diagnóstico histológico en todos los casos, objetivándose neumonía organizada en 16 (32%), neumonitis intersticial en 9 (18%), hallazgos sugestivos de neumonitis por hipersensibilidad en 4 (8%), y fibrosis intersticial parcheada en 4 (8%). En los 17 (34%) pacientes restantes, los hallazgos histológicos fueron normales o con cambios mínimos inespecíficos. No hubo complicaciones durante los procedimientos. Los cultivos de todas las mues-

tras (BAS, LBA y CBT) fueron negativos, incluyendo PCR para SARS-CoV-2. Tras confirmación histológica de EPID, se decidió iniciar tratamiento corticoideo en 30(60%) pacientes.

Conclusiones: Este es el primer estudio que evalúa histológicamente la afectación pulmonar de pacientes con sospecha de EPID tras COVID-19, confirmándose en el 66% de los casos. La realización de CBT fue decisiva en la actitud terapéutica y evitó un tratamiento corticoideo empírico en el 40% de los pacientes. La modificación de la técnica habitual para la realización de CBT utilizando material desechable es segura y tiene una elevada rentabilidad diagnóstica.

432. FACTORES PREDICTORES DE OXIGENOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS POR COVID-19

Marta Cristeto Porras¹, Lucía Huidobro Bringas¹, Sergio García Martín¹, Noelia Borja Vargas¹, Joy Selene Osorio Chávez¹, Laura González Ramos¹, Clara Ortega Michel², Juan Margallo Iribarnegaray³, Sandra Tello Mena¹ y Teresa Díaz de Terán López¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, España. ³Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

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

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica es una de las principales complicaciones en la infección por SARS-CoV-2. Aproximadamente el 14% desarrollan una enfermedad grave que requiere hospitalización y uso de oxigenoterapia.

Objetivos: Determinar si existen factores predictivos independientes de oxigenoterapia en pacientes con COVID-19.

Material y métodos: Estudio transversal retrospectivo que incluyó a pacientes ingresados por COVID-19 en nuestro centro durante el periodo 01/03/2020 al 30/04/2020. Se recogieron variables demográficas, comorbilidad respiratoria, variables analíticas al ingreso y tipo de oxigenoterapia. Se realizó un análisis de regresión logística considerando la variable dependiente el uso de oxigenoterapia y se emplearon como otras variables independientes la edad, género, tipo de enfermedad respiratoria, PCR, ferritina, linfocitos y el cociente entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno (PaFi) al ingreso. Se usó un procedimiento de selección automática de variables condicional hacia atrás.

Resultados: Se incluyeron un total de 192 pacientes ingresados por COVID-19, de ellos, 99 fueron hombres (51,6%) y 93 mujeres (48,4%). La edad media fue de 59,6 años. De estos 192 pacientes, 113 (58,8%) precisaron oxigenoterapia (52,3% por gafas nasales, 13,5% por mascarilla tipo Venturi y el resto requirieron oxígeno por reservorio o alto flujo). La prevalencia de oxigenoterapia entre los pacientes con EPOC y COVID-19 fue 2,9 veces mayor, si bien no fue estadísticamente significativo ($p = 0,34$). Del resto de variables analizadas en el análisis univariante fueron estadísticamente significativas: la edad (OR: 1,037), la PCR (OR: 1,061), la ferritina (OR: 1,002), los linfocitos (OR: 0,99) y la PaFi (OR: 0,978). Tras realizar el análisis multivariante quedaron como factores predictores independientes: la PaFi (OR: 0,971, $p < 0,001$), los linfocitos (OR = 0,999, $p = 0,032$) y el asma. Este último fue factor protector (OR: 0,053, $p = 0,049$).

Conclusiones: 1. En nuestra serie encontramos que la PaFi y la linfopenia al ingreso, son factores predictivos independientes de uso de oxigenoterapia en pacientes con COVID-19. 2. El asma tiene un papel protector a la hora de la utilización de oxigenoterapia. 3. Estos factores, que se pueden determinar al ingreso, nos pueden ayudar a identificar a pacientes potencialmente candidatos a oxigenoterapia durante su estancia hospitalaria.

435. COVID-19 EN PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS. FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN

Eva Tabernero Huguet¹, Luis Alberto Ruiz Iturriaga¹, Raúl Méndez Ocaña², Leire Serrano Fernández¹, Ane Uranga Echeverría³, Patricia García Hontoria³, Paula González Jiménez², Pedro Pablo España Yandiola³, Rosario Menéndez Villanueva² y Rafael Zalacain Jorge¹

¹Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. ²Hospital Universitario La Fe, Valencia, España. ³Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao, España.

Palabras clave: Jóvenes. COVID-19. Factores de riesgo.

Introducción: Los adultos jóvenes y de mediana edad son el grupo con mayor tasa de infección por SARS-CoV-2 y solo algunos desarrollan enfermedad grave.

Objetivos: Investigar las características de los pacientes menores de 65 años ingresados por neumonía COVID-19 e identificar factores predictores de riesgo de mala evolución. Como objetivo secundario planteamos evaluar las posibles diferencias con la enfermedad en pacientes ancianos y la validez de las escalas pronósticas de neumonía adquirida en la comunidad en esta población.

Material y métodos: registro multicéntrico de pacientes consecutivos hospitalizados por COVID-19 y neumonía entre 18 y 65 años en marzo-mayo de 2020. Se registraron datos demográficos, medicación, comorbilidades, aspectos clínicos, datos analíticos y radiológicos al ingreso. Desarrollamos un índice de "mala evolución" compuesto por ingreso en la unidad de cuidados intensivos y/o uso de ventilación no invasiva, CPAP, oxígeno de alto flujo de oxígeno y/o muerte.

Resultados: Identificamos 513 pacientes \leq 65 años, de una cohorte de 993 pacientes. 102 pacientes tuvieron evolución desfavorable (19,8%) y la mortalidad fue del 3,9%. El 78% de los pacientes con mala evolución se encontraban en los grupos CURB de bajo riesgo (0-1) y el 55% en los grupos de bajo riesgo PSI (1-2). En el modelo de regresión de Cox multivariante, hubo seis factores independientes asociados con un resultado desfavorable: enfermedad cardíaca (OR: 5,41; IC95%: 1,72-16,60; $p = 0,003$), dolor pleurítico (OR: 0,19; IC95%: 0,03-0,74; $p = 0,033$), anosmia (OR: 0,34; IC95%: 0,13-0,76; $p = 0,014$), saturación de oxígeno (OR: 0,72; IC95%: 0,65-0,80; $p < 0,001$) LDH (OR: 1,04; IC95%: 1,01-1,07; $p = 0,006$) y linfocitos > 800 (OR: 0,46; IC95%: 0,24-0,87; $p = 0,017$).

Conclusiones: La COVID-19 tiene una morbilidad significativa en pacientes menores de 65 años y difiere de su presentación en ancianos. La cardiopatía es un factor de riesgo relevante. La anosmia y el dolor pleurítico son más frecuentes y protectores. La hipoxemia, la elevación de LDH y el recuento de linfocitos son predictores de mala evolución. Consideramos que las escalas CURB y PSI no son adecuadas para decidir el tratamiento ambulatorio en esta población.

443. DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA Y GRAVEDAD SEGÚN GÉNERO EN COVID-19

Imanol González Muñoz¹, Jone Solorzano Santobañía¹, Alejandro Rezola Carasusan¹, Beatriz González Quero¹, Nagore Morillas Martínez¹, María Luisa López García¹, Eva María Tabernero Huguet¹, Leyre Serrano Fernández^{1,2}, Luis Alberto Ruiz Iturriaga^{1,2} y Rafael Zalacain Jorge¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. ²Departamento de Inmunología, Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad País Vasco. UPV-EHV, Leioa, España.

Palabras clave: Género. Inflamación. COVID-19.

Objetivos: Analizar las diferencias según género en la respuesta inflamatoria, presentación clínica y evolución de una cohorte de

pacientes con infección por SARS-CoV-2 que requirió hospitalización.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes con infección por SARS-CoV-2 hospitalizados entre marzo y mayo de 2020 en el Servicio de Neumología. El diagnóstico se realizó mediante test positivo de RT-PCR. Los datos recogidos incluyeron características generales y evolución hospitalaria, todos ellos estratificados por sexo.

Resultados: Incluimos 380 pacientes, 207 (54,5%) hombres, 173 (45,5%) mujeres. Edad media 63,07 años (113 varones tuvieron > 65 años, frente a 69 mujeres, $p = 0,005$). Los hombres presentaron con más frecuencia HTA [106 (51,2%) vs 66 (38,2%), $p = 0,013$], diabetes mellitus [45 (31,7%) vs 23 (13,3%), $p = 0,043$], dislipemia [88 (42,7%) vs 52 (30,1%), $p = 0,014$] y cardiopatía isquémica [19 (9,3%) vs 4 (2,3%), $p = 0,005$]. Las mujeres tuvieron mayor prevalencia de patología tiroidea [7 (3,4%) vs 29 (16,8%), $p < 0,001$], no se observaron diferencias significativas en el resto de comorbilidades. Síntomas: no hubo diferencias significativas, salvo que las mujeres presentaron más frecuentemente anosmia [67 (38,7%) vs 54 (26,1%), $p = 0,011$]. Los varones presentaron niveles mayores de ferritina al ingreso (media 858 vs 413, $p < 0,001$) y mayor pico (1.996 vs 619, $p < 0,001$), LDH al ingreso (329 vs 292, $p = 0,006$) y mayor pico (445,4 vs 345,3, $p = 0,008$) y linfocitos < 800 (95 (46%) vs 54 (31,2%), $p = 0,004$). Los varones tuvieron con más frecuencia afectación radiológica bilateral al ingreso [162 (81%) vs 98 (66%), $p = 0,004$] y SatO₂ $< 94\%$ [104 (50,2%) vs 52 (30%), $p = 0,01$], requirieron más corticoide parenteral [122 (59%) vs 59 (34%), $p < 0,001$], heparina sub/terapéutica [79 (40%) vs 34 (21,3%), $p < 0,001$], ingreso en UCI [38 (18,4%) vs 15 (8,7%), $p = 0,007$] y ventilación mecánica invasiva [33 (16%) vs 11 (6,4%), $p = 0,004$]. Murieron más hombres, aunque la diferencia no fue significativa [29 (14,2%) vs 14 (8,1%), $p = 0,007$].

Conclusiones: 1. El sexo se asocia con diferencias en el perfil inflamatorio en pacientes hospitalizados con COVID-19. Las mujeres presentaron menor inflamación sistémica, menor gravedad y menor tasa de ingreso en UCI. La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en los hombres, pero no significativa. 2. Los hombres eran mayores que las mujeres y tenían más factores de riesgo cardiovascular. 3. La anosmia ocurrió con más frecuencia en mujeres.

449. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD AL EJERCICIO MEDIANTE MÓVIL EN ADULTOS MAYORES

Andrés Calvache Mateo, Laura López López, Esther Prados Román, Natalia Muñoz Viguera, Carmen Romero Sánchez y Marie Carmen Valenza

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España.

Palabras clave: COVID-19. Adultos mayores. Móvil.

Introducción: Los adultos mayores de 60 años son un grupo de población vulnerable, que debido a la situación actual han reducido drásticamente sus niveles habituales de actividad, disminuyendo de esta forma la capacidad al ejercicio. Por lo tanto, se plantea la necesidad de generar nuevas intervenciones terapéuticas, siendo el tratamiento online a través de móvil una alternativa segura. Para la valoración presencial de la capacidad al ejercicio el test de velocidad de la marcha, así como el test de sentarse y levantarse han demostrado tener una buena validez interobservador.

Objetivos: Determinar la validez interobservador del test de velocidad de la marcha y el test de sentarse y levantarse en adultos mayores en una valoración online mediante móvil.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo. Dos evaluadores examinaron al mismo paciente al mismo tiempo, mediante una videollamada de móvil. La variable analizada fue la capacidad al ejercicio medida con el test de velocidad de

la marcha y el test de sentarse y levantarse. Se evaluó la fiabilidad interobservador con el coeficiente de correlación intraclase (CCI), con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 19 adultos mayores de 60 años. El CCI para el test de velocidad de la marcha fue de 0,90 (IC95%: 0,73-0,96). Para el test de sentarse y levantarse el CCI fue de 0,98 (IC95%: 0,97-0,99).

Conclusiones: La validez interobservador del test de velocidad de la marcha y el test de sentarse y levantarse realizados a través de una videollamada de móvil es muy buena, siendo una herramienta útil para la valoración online de la capacidad al ejercicio en adultos mayores.

451. INGRESO POR COVID-19 EN UN HOSPITAL: ¿EXISTEN DIFERENCIAS SEGÚN SEXO?

Celia de Dios Calama¹, María Ruiz Carretero¹, Ana Nacarino Burgos², Celia Montañó Montañó¹, José Antonio Durán Cueto¹, Marta Cebrián Romero¹, Amanda Paula Arenas Polo¹, Berman Stalin Barragán Pérez¹, Carlos Cabanillas Díez- Madroñero¹ y Ángela Losa García-Uceda¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

²Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

Palabras clave: COVID-19. Hospitalización. Sexo.

Introducción y objetivos: La pandemia COVID-19 ha supuesto un cambio de nuestra realidad y práctica asistencial. En los últimos años se observan diferencias importantes en las manifestaciones clínicas y pronósticas de diferentes enfermedades según sexo. El objetivo de nuestro trabajo es comparar y valorar posibles diferencias según sexo en pacientes hospitalizados por COVID durante la primera ola de pandemia.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo y descriptivo a partir de los informes de alta de los pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 durante la primera oleada de COVID-19. Se recogen datos de variables epidemiológicas (edad, sexo y tabaquismo), variables clínicas (comorbilidades, manifestaciones con signos y síntomas, tiempo hasta el ingreso, tratamientos recibidos), diagnósticas (datos analíticos y radiológicos) y pronósticas (necesidad de UCRI, UCI y exitus). Los resultados se almacenan en una base de datos diseñada al efecto y se realiza estudio estadístico mediante programa informático XLSTAT.

Resultados: Se incluyen 505 pacientes con una edad media de 80 ± 16 años y con presencia de 243 mujeres (48%) frente a 262 varones (52%). El estudio comparativo según sexo permite observar que la edad es mayor en la mujer (78 ± 15) que en el varón (72 ± 16) ($p = 0,000$). Con respecto al tabaquismo destaca la presencia de un mayor número de nunca fumadores entre las mujeres ($p < 0,001$). Existen comorbilidades más frecuentemente asociadas a la mujer (HTA ($p 0,006$), diabetes ($p 0,004$)), no encontrando diferencias en otras comorbilidades (enfermedades cardiovasculares, enfermedades con inmunosupresión). En cuanto a la infección COVID destaca un menor porcentaje de mujeres con fiebre ($p 0,001$). En el resto de manifestaciones clínicas, analíticas y alteraciones radiológicas no se encuentran diferencias. No observamos diferencias en el pronóstico (necesidad de UCRI, UCI o en el porcentaje de exitus).

Conclusiones: 1. La infección por SARS-CoV-2 en pacientes que necesitan hospitalización en nuestro medio muestra un ligero predominio en los varones. 2. El estudio comparativo permite detectar diferencias en algunos aspectos según sexo. La mujer tiene mayor edad, nunca ha fumado y asocia con mayor frecuencia HTA y DM. En la clínica del COVID no se detecta fiebre en un mayor porcentaje de mujeres. 3. No encontramos resultados que nos hagan considerar que

el sexo tenga influencia pronóstica en la primera ola de la pandemia COVID-19.

452. EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE MIEMBROS SUPERIORES MEDIANTE MÓVIL EN MAYORES

Andrés Calvache Mateo, Janet Remedios Rodríguez Torres, Paula Obeso Benítez, Javier Martín Núñez, Laura Pérez Gisbert y Marie Carmen Valenza

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España.

Palabras clave: Videollamada. Validez interobservador. COVID-19.

Introducción: La situación actual ha reducido de forma significativa los niveles de actividad de los adultos mayores. Esta disminución ha generado un empeoramiento de su capacidad física y por lo tanto de la funcionalidad. En concreto, en las actividades de la vida diaria, juega un papel fundamental la funcionalidad de los miembros superiores. Es necesario generar nuevos métodos de valoración y tratamiento para aquellos adultos cuya funcionalidad se haya visto reducida, siendo la videollamada, una alternativa segura en el contexto actual.

Objetivos: Analizar la validez interobservador del test de rendimiento de los miembros superiores en adultos mayores, a través de videollamada.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo. La valoración se realizó mediante videollamada, contando con dos examinadores para evaluar el test. La variable analizada fue la funcionalidad de miembros superiores, medida mediante el test de rendimiento de los miembros superiores, realizado de manera bilateral y para la flexión y la abducción. Se evaluó la fiabilidad interobservador con el coeficiente de correlación intraclase (CCI), con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 21 adultos mayores de 60 años. El CCI para el test de rendimiento de los miembros superiores fue de 0,99 (IC95%: 0,98-1,00) para ambos miembros y tanto para la flexión como para la abducción.

Conclusiones: La funcionalidad de los miembros superiores puede ser evaluada mediante el test de rendimiento de los miembros superiores a través de videollamada, mostrando dicho test una validez interobservador muy buena.

475. INFLUENCIA DE LA HIPOXEMIA EN SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS EN NEUMONÍA SARS-CoV-2

Noelia Carrión Collado, Francisco Sanz Herrero, Francesc Puchades Gimeno, Esther Verdejo Mengual, Amparo Lluch Bisbal, Carmen Ricart Olmos, José Chorda Ribelles, Magdalena García Rodríguez, Miguel García del Toro y Estrella Fernández Fabrellas

Consorcio Hospital General de Valencia, Valencia, España.

Palabras clave: Hipoxemia. Linfocitos. Neumonía SARS-CoV-2.

Introducción: El papel de los linfocitos en la respuesta a la infección por SARS-CoV-2 es crucial y la linfopenia es un factor de mal pronóstico bien conocido en COVID-19. Sin embargo, se desconoce la influencia de un ambiente hipoxémico sobre los linfocitos y sus poblaciones. Nuestro objetivo es evaluar la influencia de la hipoxemia en las poblaciones de linfocitos en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 que presentan linfopenia.

Material y métodos: Analizamos los datos clínicos y analíticos de una cohorte prospectiva de 338 pacientes con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. El diagnóstico microbiológico se realizó mediante RT-PCR. Se definió hipoxemia como un valor de $PaO_2/FiO_2 < 300$ y

linfopenia para el recuento total de linfocitos menor de $1000 \times 10^9/L$. El análisis estadístico se realizó mediante χ^2 y pruebas t de Student.

Resultados: De una cohorte inicial de 338 pacientes analizados, aquellos con GSA resultan en 118 pacientes. El 48,3% (57 casos) presentó $PaO_2/FiO_2 < 300$ al ingreso. La linfopenia estuvo presente en 75 casos (63,6%) y se asoció significativamente con la presencia de hipoxemia [PaO_2/FiO_2 280,5 (104,5) vs 328,3 (82,7); $p = 0,011$] y niveles elevados de ferritina [1.108,4 (1.530,5) frente a 539 (488,9); $p = 0,020$]. Los pacientes con linfopenia que presentaron hipoxemia presentaron niveles bajos de linfocitos T CD4 + en comparación con los pacientes no hipoxémicos [339,7 (260,7) vs 468,8 (319,5); $p = 0,019$], sin embargo, los valores de linfocitos T CD8 + no se vieron afectados por la presencia de hipoxemia [247,4 (339,8) frente a 239,7 (172,1); $p = 0,875$]. La presencia de linfopenia se asoció con el ingreso en UCI (44% vs 16,7%; $p = 0,003$) y la necesidad de ventilación mecánica (40% vs 14,3%; $p = 0,004$). La supervivencia fue similar entre los grupos (29,3% vs 16,3%; $p = 0,113$).

Conclusiones: En nuestra serie, las diferentes subpoblaciones de linfocitos presentan un comportamiento diferente en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica: los linfocitos T CD4 + parecen ser especialmente susceptibles a hipoxemia en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2.

481. SEROPREVALENCIA A LOS 3 MESES EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Noelia Borja Vargas¹, Beatriz Abascal Bolado¹, Sandra Tello Mena¹, Juan José Ruiz Cubillán¹, Laura González Ramos¹, Joy Selene Osorio Chavez¹, Marta Cristeto Porras¹, Clara Ortega Michel², Juan Margallo Iribarnegaray³ y Juan Agüero Calvo¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

²Hospital Universitario Araba, Vitoria, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Palabras clave: Seroprevalencia. SARS-CoV-2. Neumonía bilateral.

Introducción: Los estudios de seroprevalencia son de utilidad para conocer la magnitud de una infección, como es el caso de la infección por el coronavirus SARS-CoV-2.

Objetivos: Determinar el estado inmunitario de los pacientes ingresados por neumonía bilateral por coronavirus SARS-CoV-2 a los 3 meses del alta hospitalaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en pacientes ingresados por neumonía secundaria a coronavirus SARS-CoV-2 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, desde marzo hasta noviembre de 2020. Se recogieron datos demográficos, analíticos y clínicos durante el ingreso y se realizó un seguimiento clínico y analítico con determinación de anticuerpos frente a SARS-CoV-2 (mediante el test basado en quimioluminiscencia) en consultas a los 3 meses del alta.

Resultados: Se estudiaron un total de 175 pacientes (61,1% varones) con una media de edad de 59 años ($DE \pm 13,3$). El 88% de los pacientes presentó frotis nasofaríngeo positivo al ingreso. El 84,6% neumonía bilateral y el 23,3% de los ingresados precisó traslado a UCI por insuficiencia respiratoria o SDRA. La mediana de estancia hospitalaria fue de 11,6 (3-78 días). A los 3 meses (media de 95 días, $DE \pm 30,21$) del alta, el 97,1% de los pacientes presentaban IgG positiva frente a SARS-CoV-2 y en el 37,7% persistía la positividad para IgM, y un 2,9% presentaba un resultado indeterminado para IgM.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes se observa una elevada seroprevalencia a los 3 meses de la infección aguda. En cuanto a la elevada cifra de pacientes con IgM frente a SARS-CoV-2 a los 3 meses, podría estar relacionado con la gravedad de la presentación, elevación de reactantes de fase aguda o estado inmunitario del paciente.

494. EVOLUCIÓN DE LA DIFUSIÓN DE CO DURANTE EL SEGUIMIENTO TRAS NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Laura Feced Olmos, Paula González Jiménez, Leyre Bouzas Yenes, Ana María Latorre Campos, Raúl Méndez Ocaña y Rosario Menéndez Villanueva

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

Palabras clave: DLCO. Función pulmonar. Seguimiento.

Objetivos: Las neumonías por SARS-CoV-2 han generado necesidades de seguimiento en consulta externa para valorar las posibles secuelas respiratorias una vez superada la fase aguda de la enfermedad. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la función pulmonar-difusión de CO (DLCO)- y los factores relacionados con su alteración tras el alta hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye pacientes de entre 18 a 84 años con infección por SARS-CoV-2 confirmada, ingresados en Neumología del HUP La Fe (Valencia), del 23 de marzo al 20 de agosto. Los pacientes fueron remitidos a las consultas de seguimiento con pruebas de función respiratoria (PFR), que incluía espirometría forzada y DLCO. Clasificamos a los pacientes como DLCO normal ($\geq 80\%$ del teórico) o DLCO alterado ($< 80\%$).

Resultados: Se incluyeron 215 pacientes de 239 programados para PFR (24 no acudieron al seguimiento o realización incorrecta). La mediana de tiempo desde el alta hasta las PFR fue de 87 (62, 109) días. En 153 (71,2%) el estudio de DLCO fue normal y 62 (28,8%) presentaron una reducción de DLCO: 47 (75,8%) leve y 15 (24,2%) moderada. Con las variables demográficas, hábitos tóxicos y analíticos se realizó un análisis de regresión lineal. Los factores asociados con DLCO disminuida fueron: el sexo femenino, el tabaquismo, los niveles elevados de dímero D durante el ingreso y la neumonía grave. Se realizó un seguimiento de DLCO a 12 de los 62 que tenían resultados alterados con una mediana de 129 (88, 172) días. De este subgrupo de 12 pacientes, un 58,3% (7) presentaban una alteración leve en el primer control y un 41,6% (5) una alteración moderada. 11 pacientes (91,6%) presentaban disnea en la primera visita: 3 (27,3%) disnea II/IV mMRC y 8 (72,7%) disnea I/IV mMRC y en 10 persistían alteraciones en la Rx tórax. En el segundo control, un 58,3% (7) normalizó la DLCO, un 25% (3) presentó una alteración leve, un 8,3% (1) mantuvo una alteración moderada y un 8,3% (1) empeoró hasta alteración grave. La resolución de la disnea (0/IV mMRC) se constató en 6 de los 7 pacientes con resolución radiológica y normalización de la DLCO; mientras que en 4 pacientes con afectación radiológica y DLCO alterada, había persistencia de síntomas.

Conclusiones: Se han relacionado valores menores de DLCO con el sexo femenino, los antecedentes de tabaquismo, los niveles elevados de dímero D durante el ingreso y la neumonía grave. La resolución de la disnea se asocia a la normalización de la DLCO.

530. HIPOXIA FELIZ: LA CAUSA

Gurgen Harutyunyan Harutyunyan¹, Varsenik Harutyunyan Jaghatspanyan² y Garnik Harutyunyan Jaghatspanyan²

¹Hospital 9 de Octubre, VITHAS, Valencia, España. ²Facultad de Farmacia, Universitat de València, Valencia, España.

Palabras clave: Hipoxia feliz. Hemoglobina. COVID-19.

Introducción: Mínimos aumentos de la concentración de oxígeno (FiO_2) revierten la desaturación en el paciente con "hipoxia feliz" por COVID-19, que no se puede explicar por desajuste ventilación/perfusión.

Objetivos: Definir la "hipoxia feliz" como causa de la disminución pulmonar de la afinidad de la hemoglobina (Hb) por el O_2 .

Material y métodos: Según las leyes de la bioquímica, el método deductivo y un ejemplo didáctico. Varón de 56 años sin antecedentes clínicos (autor principal) ingresado por COVID-19 en el Hospital 9 de Octubre. Datos: GCS-15, saturación basal de O₂ (SO₂) = 92%, PaCO₂ = 35 mmHg, Hb = 15,1 g/dl, SO₂ con O₂ por cánula nasal (2 L/min o FiO₂ 28%) = 99%.

Resultados: La presión de O₂ alveolar (PAO₂) será: $PAO_2 = (PB - PH_2O) \times FiO_2 - PaCO_2/0,8$ donde PB = presión barométrica (760 mmHg), PH₂O = presión de vapor de agua (47 mmHg). Calculando la PAO₂ basal (102 mmHg) y con O₂ (156 mmHg), se puede calcular el aumento de porcentaje de O₂ en las zonas sanas: $0,003 \times \Delta PAO_2/1,34 \times Hb = 0,7\%$. El aumento real de SO₂ (99-92 = 7%) supera diez veces el SO₂ calculado.

Conclusiones: La teoría de shunt pulmonar (Gattinoni et al.) como la causa de desaturación en COVID-19 ya está desestimada por los mismos autores. Ellos ahora proponen la hipótesis de la afectación de la perfusión por microtrombosis de los alveolos ventilados. En ambos casos no hay contacto entre la sangre y el gas alveolar. El desajuste de ventilación/perfusión hace imposible la recuperación de SaO₂ por bajo flujo de O₂. La subida de FiO₂ aumenta el O₂ disuelto en los campos pulmonares sanos, sin efecto evidente en la sangre que hace cortocircuito. Además, la desaturación por la afectación del intercambio de gas provocaría retención de CO₂ y trabajo respiratorio notorio. La sobrecarga de Hb por efectores alostéricos negativos (2,3-DPG, CO₂, H⁺, Cl⁻) cambia su estado cuaternario de forma relajada (R) a tensa (T), que tiene la afinidad por el O₂ muy disminuida, con curva de disociación de oxiHb (CDO) de tipo hipérbola baja y capacidad de tampón elevada. La "hipoxia feliz" puede existir si la Hb se encuentra en estado T en la microcirculación pulmonar debido a las alteraciones provocadas por coronavirus. Un aumento de FiO₂ de bajo flujo provoca subida de PO₂ intracapilar y transforma el estado de Hb T a R: la CDO se convierte de hipérbola a tipo "S", facilitando la oxigenación completa de Hb. La causa de "hipoxia feliz" es la existencia de Hb en estado cuaternario T en la microcirculación alveolar.

549. HALLAZGOS RADIOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN EL TC TORÁCICO DE LA CONSULTA POST-COVID

Joy Selene Osorio Chávez¹, Marta Cristeto Porras¹, Laura González Ramos¹, Noelia Borja Vargas¹, Clara Ortega Michel², Juan Margallo Iribarnegaray³, Sandra Tello Mena¹, Diego José Ferrer Pargada¹, Juan José Ruiz Cubillán¹ y Pilar Alonso Lecue¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

²Hospital Universitario Araba, Vitoria, España. ³Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El SARS-CoV-2 causante de la pandemia que nos asola, tiene como principal diana el pulmón. Al igual que otros coronavirus estudiados previamente, se ha observado que pacientes ingresados por una afectación grave, tienen mayor probabilidad de desarrollar secuelas parenquimatosas siendo la fibrosis pulmonar la más importante. El objetivo de nuestro estudio fue, describir las diferentes secuelas parenquimatosas observadas en el TAC de control, realizado a los 3 meses, en aquellos pacientes que habían ingresado por una neumonía bilateral por SARS-CoV-2 en nuestra unidad y valorar su relación con criterios de gravedad durante el ingreso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes en seguimiento en consultas de Neumología tras un ingreso por neumonía por SARS-CoV-2, entre el 01-03-2020 y 31-12-2020. Se analizaron datos demográficos, analíticos, y clínicos durante el ingreso. A todos se les realizó un tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) a los 3 meses del ingreso.

Resultados: Se incluyeron en nuestro estudio 175 pacientes, en los cuales la mediana de edad fue de 61 años y el 61,1% eran varones.

Dentro de las comorbilidades descritas, el 4,6% tenían antecedente de EPOC, el 6,3% de asma y el 1,7% de EPID. El 28,3% cumplieron criterios de síndrome de distrés respiratorios del adulto (SDRA) a lo largo de su ingreso. El 48,8% tenían secuelas en el TACAR y dentro de las mismas los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron: el vidrio deslustrado que aparecía en el 34,3%; imágenes compatibles con fibrosis que se observaban en el 7,2; la combinación de imágenes de fibrosis con vidrio deslustrado que presentaban el 6,6%. Comprobamos que aquellos pacientes que había cumplido criterios de SDRA durante el ingreso tenían una mayor probabilidad de presentar secuelas parenquimatosas en el TAC de control a los 3 meses del ingreso (p 0,0001).

Conclusiones: La presencia de vidrio deslustrado es el hallazgo radiológico más frecuente en aquellos pacientes que presentan secuelas en el TACAR. La presencia de SDRA se asocia a una mayor probabilidad de tener secuelas en el TC, siendo este resultado estadísticamente significativo. (p 0,0001).

554. FIABILIDAD INTEROBSERVADOR PARA EVALUAR A DISTANCIA A SUPERVIVIENTES DE COVID-19

Laura López López, Fátima Beas Cobo, María Granados Santiago, Janet Rodríguez Torres, Esther Prados Román y Marie Carmen Valenza

Universidad de Granada, Granada, España.

Palabras clave: COVID-19. Telemedicina.

Introducción: Los supervivientes de COVID-19 sufren afectaciones funcionales que afectan a su vuelta a la vida diaria. Para exponerlos lo menos posible y asegurar su seguridad y la de los demás, es necesario el desarrollo de estrategias innovadoras.

Objetivos: El objetivo de este estudio es comprobar la fiabilidad interobservador para la evaluación a distancia de la capacidad de ejercicio en supervivientes de COVID-19 mediante videollamada.

Material y métodos: Se trata de un estudio interobservador en el que supervivientes de COVID-19 mayores de 18 años y con acceso a internet fueron incluidos y evaluados mediante videollamada por dos fisioterapeutas. La capacidad de ejercicio fue evaluada mediante el test de levantarse y sentarse en 30 segundos. Además, la fatiga pre y post ejercicio fue evaluada mediante una escala numérica de 0 (nada de fatiga) a 10 (la máxima fatiga).

Resultados: Finalmente, 46 pacientes fueron incluidos en el estudio. La fiabilidad inter-observador (el coeficiente de correlación intraclase) fue de 0,998 (p < 0,001) para el test de levantarse y sentarse en 30 segundos, y para la fatiga pre y post fue de 0,987 (p < 0,001) y 1, respectivamente.

Conclusiones: Este estudio ha evidenciado una fiabilidad interobservador excelente en la evaluación a distancia de la capacidad de ejercicio en supervivientes de COVID-19.

555. FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ICTUS CRÓNICO DURANTE EL PERÍODO COVID-19

Esther Prados Román¹, Irene Cabrera Martos¹, Mónica Zapata Soria¹, María Granados Santiago², Irene Torres Sánchez¹ y Marie Carmen Valenza¹

¹Departamento de Fisioterapia; ²Departamento de Enfermería, Universidad de Granada, Granada, España.

Palabras clave: Ictus. Función respiratoria. COVID-19.

Introducción: El ictus se define como una patología que de forma permanente o temporal afecta a una determinada zona del cerebro, secundario a un trastorno vascular y con una duración superior a las 24 horas. Durante el último y período crónico de la patología, el tras-

torno de la función respiratoria se encuentra entre los síntomas más frecuentes que producen un deterioro funcional. Estudios previos han visto una falta de conocimiento en la etiología y desarrollo de los trastornos ventilatorios; sin embargo, los síntomas relacionados se reconocen como clínicamente relevantes en pacientes con ictus crónico.

Objetivos: Analizar la función respiratoria en pacientes con ictus crónico.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con casos y controles durante el período COVID-19. Los pacientes diagnosticados de ictus crónico se compararon con un grupo de control emparejado por sexo y edad. Las variables de función respiratoria (Pred. FVC, Pred. FEV1, Pred. FET, Pred. MVV y FEM) se midieron mediante la espirometría y el medidor de flujo máximo. Calculamos los valores predichos respecto a los valores normales de las variables respiratorias, ya que los valores espirométricos tienen variabilidad entre cada participante, debido a las características de cada uno (edad, sexo, peso, talla y raza).

Resultados: Se incluyeron en este estudio 10 pacientes con ictus crónico y 10 controles sanos de la misma edad y sexo. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos, siendo los valores respiratorios peores en el grupo de ictus crónico ($p < 0,001$). Sin embargo, observamos que no hubo diferencias significativas en la variable FEV1% Pred. entre ambos grupos ($p = 0,566$).

Conclusiones: Nuestros resultados mostraron que los pacientes con ictus crónico mostraban un deterioro significativo en la función pulmonar, la eficacia de la tos y la fuerza de la musculatura respiratoria en comparación con el grupo de control. El grupo de ictus crónico presentó una diferencia significativa en la capacidad respiratoria y, como consecuencia, una pérdida de funcionalidad a este nivel.

560. SECUELAS EN LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Laura González Ramos¹, Noelia Borja Vargas¹, Joy Selene Osorio Chávez¹, Marta Cristeto Porras¹, Clara Ortega Michel², Juan Margallo Iribarnegaray³, Sandra Tello Mena¹, Diego Ferrer Pargada¹, Beatriz Abascal Bolado¹ y Pilar Alonso Lecue¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

²Hospital Universitario Araba, Vitoria, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Palabras clave: Post-COVID. Función pulmonar. Secuelas.

Introducción: El SARS-CoV-2, causante de la pandemia que nos asola, afecta fundamentalmente al pulmón. Al igual que otros coronavirus, se ha descrito que pacientes ingresados con afectación grave, tienen mayor probabilidad de desarrollar alteraciones parenquimatosas, que van a condicionar alteraciones en la capacidad funcional pulmonar. El objetivo de nuestro estudio fue valorar las pruebas funcionales a los 3 meses, tras un ingreso por neumonía por SARS-CoV-2 en nuestra unidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes en seguimiento en consultas de Neumología tras un ingreso por neumonía por SARS-CoV-2, entre el 01-03-2020 y 31-12-2020. A todos los pacientes, a los 3 meses del ingreso, se les realizó pruebas de función respiratoria completas (espirometría forzada, difusión de CO (DLCO), pletismografía y test de 6 minutos marcha (T6MM)).

Resultados: Se incluyeron 175 pacientes, de los cuales el 61,1% fueron hombres, con una edad media de $59 \pm 13,3$ años. El 4,6% tenía antecedente de EPOC, el 6,3% de asma y el 1,7% de EPID. Durante el ingreso el 26,4% precisó UCI y el 28,7% desarrolló SDRA. Un 48,8% presentaba secuelas en el TC de control. En el seguimiento: el 91,4%

realizó espirometría forzada. El 6,3% tenía patrón obstructivo, de los cuales el 54% ya eran EPOC conocidos. Consiguieron llevar a cabo la pletismografía un 82,9%; de estos un 10,3% cumplía criterios de patrón restrictivo. El 88,6% realizó difusión, estando esta afectada en el 32,9%. El 85,7% hizo test de la marcha sin oxígeno complementario; de ellos el 20% presentó desaturación por debajo del 90%. No se encontró relación entre el desarrollo de SDRA durante el ingreso, con la alteración de la DLCO ($p = 0,21$) ni la desaturación en el T6MM ($p = 0,8$); tampoco entre la presencia de alteraciones parenquimatosas en el TC de control con esta última ($p = 0,94$). Existe una menor DLCO en pacientes con secuelas parenquimatosas en el TC con una mediana de 82%, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,1$).

Conclusiones: La alteración de la difusión es la afectación más frecuente en el seguimiento de nuestros pacientes. Una quinta parte presenta desaturación por debajo de 90% en el T6MM. No hemos encontrado correlación entre la alteración en la DLCO y la desaturación en el test de marcha con la mayor gravedad de los pacientes durante el ingreso, aunque sí parece existir una tendencia a una menor DLCO en pacientes con secuelas en el TC.

577. SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO (SRNI) PARA PACIENTES COVID: ANÁLISIS DE RESULTADOS

Leire Albarrán de la Cruz, Deborah Jorge García, Carmen Mosquera Gorostidi, Francisco Javier Campano Lancharro, Cristina Ciorba Ciorba, Jose Alberto Espinoza Pérez, Jose Javier Lorza Blasco, Pablo Sánchez Salcedo, Javier Villuela Bayón y Tamara Gutiérrez Urrea

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: Soporte respiratorio no invasivo. Oxigenoterapia de alto flujo.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la unidad de SRNI del CHN en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2020. La unidad cuenta con 4 habitaciones monitorizadas: saturación de oxígeno (SAT), frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardíaca (FC) y electrocardiograma y con 15 camas monitorizadas con SAT y FC. Equipamiento: 23 OAF y de 7 equipos de VMNI (2 Philips V60 y 2 Trilogy EVO, 3 VIVO50) y 5 CPAP.

Resultados: Se atendieron 124 pacientes, en su mayoría hombres (63,7%) y una edad media de 68,71 años. El 80% requirieron OAF, un 17% combinación de OAF/CPAP, dos pacientes OAF/VMNI y solo uno VMNI; la mediana de la duración de la terapia fue de 2 días (RI 1-6 días). Solo en 2 pacientes se suspendió la terapia por mala tolerancia. 36% evolucionaron satisfactoriamente, 54 pacientes requirieron ingreso en UCI, precisando 30 de ellos IOT. Del total de los pacientes, 74 eran subsidiarios de medidas intensivas, edad 64 años (35-77), siendo el uso de OAF exclusivo hasta en el 90% de los casos. La mediana de tiempo de terapia fue 1 (RI 1-3) y se evitó el ingreso en UCI en 21 pacientes; de los trasladados a UCI, un 39% no precisaron IOT, continuando con terapia de alto flujo. La mortalidad de éstos fue del 18%. En los pacientes no subsidiarios de cuidados intensivos (50), edad 78,5 (35-91); hasta en un 36% de los casos se precisó combinación de OAF con CPAP o VMNI. Mediana de terapia 7 días (RI 3-9). El perfil del paciente era de mayor edad y presencia de comorbilidades, a pesar de lo cual la evolución fue satisfactoria en el 48,9%, siendo la mortalidad del 51%. La presión asistencial fue creciente en octubre con pico en los primeros días de noviembre y con descenso progresivo hasta finales de diciembre (65, 35 y 25 atendidos respectivamente). El comportamiento de la misma influyó en el perfil del paciente atendido, aumentando la proporción de ingresos en UCI a medida que esta se descongestionaba y con un aumento paralelo en edad y complejidad de los pacientes atendidos no candidatos a medidas in-

tensivas, hechos que inciden en la mortalidad: 22, 15 y 0% en intubables y 40, 56 y 71% en los no intubables.

Conclusiones: Nuestra unidad de SRNI ha permitido atender a pacientes no candidatos a IOT, con una evolución satisfactoria global en casi la mitad de los casos. El trabajo ha tenido un ajuste dinámico, condicionado por la presión asistencial, que ha permitido una mejor gestión de los pacientes críticos.

591. ALTERACIONES PULMONARES INTERSTICIALES DESPUÉS DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Cinta Cumplí Gargallo¹, Diana Badenes Bonet^{1,2,3}, Oswaldo Caguana Vélez¹, Jose Gregorio González García¹, Flavio Zuccarino⁴, Juana Martínez Llorens^{1,3,5}, Judit Villar García⁶, Joaquín Gea Guirau^{1,3,5,7}, Diego Rodríguez Chiaradia^{1,3,5,7} y Eva Balcells Vilarnau^{1,3,5,7}

¹Servicio de Neumología, Hospital del Mar, Barcelona, España.

²Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España. ³IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques), Barcelona, España.

⁴Servicio de Radiología, Hospital del Mar, Barcelona, España.

⁵Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. ⁶Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital del Mar, Barcelona, España.

⁷CIBER Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Gravedad. Intersticiales.

Introducción: Un número importante de pacientes tiene síntomas respiratorios persistentes después de la infección por SARS-CoV-2. En algunos casos, se identifican alteraciones pulmonares intersticiales durante el seguimiento con tomografía computarizada torácica de alta resolución (TCAR). La gravedad de la infección aguda podría estar asociada a la persistencia de estas alteraciones.

Material y métodos: Se recogieron prospectivamente datos clínicos, radiológicos, funcionales y de capacidad de ejercicio de pacientes con infección confirmada por SARS-CoV-2 visitados en la Unidad Post-COVID de junio a diciembre de 2020. Esta población incluyó pacientes que requirieron ingreso en UCI, aquellos con tromboembolismo pulmonar y/o focos de neumonía organizativa y pacientes con síntomas respiratorios persistentes > 2 meses después de la infección aguda. Los pacientes se dividieron en subgrupos según la gravedad de la presentación clínica inicial. Se compararon los datos funcionales, radiológicos y de capacidad de ejercicio.

Resultados: Se incluyeron 319 sujetos. La edad media fue de 60 (14) años y 173 (54%) eran varones. Las comorbilidades más frecuentes fueron la dislipemia (30%) y la hipertensión arterial (41%). El 77% de los casos requirieron hospitalización. La mayoría de los pacientes tenían disnea de esfuerzo (78%) en la visita de seguimiento y se encontraron alteraciones en la TCAR en 134 sujetos (72%). Los sujetos que no precisaron ingreso hospitalario eran más jóvenes (50 vs 64 años; $p < 0,001$) y con menos comorbilidades comparados con los que requirieron hospitalización. Asimismo, presentaron también significativamente menor afectación funcional y radiológica durante el seguimiento. Los pacientes con ingreso en UCI necesitaron con mayor frecuencia oxígeno domiciliario y esteroides orales al alta que aquellos con hospitalización en sala convencional (19 vs 6%, $p = 0,002$; y 36 vs 23%, $p = 0,029$, respectivamente). Además, los primeros presentaron mayor deterioro de la FVC y de la DLCO (79 vs 86% ref.; $p = 0,039$ y 68 vs 74% ref.; $p = 0,038$, respectivamente) así como mayor presencia de bronquiectasias de tracción y reticulación (52 vs 25%, $p = 0,001$ y 55 vs 34%; $p = 0,026$, respectivamente).

Conclusiones: Un número elevado de pacientes persisten con alteraciones radiológicas después de la infección aguda por SARS-CoV-2. La presencia de alteraciones pulmonares intersticiales está relacionada con la gravedad de la enfermedad.

597. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD TRAS INFECCIÓN POR COVID-19

Sergio Calvache Castillo, Loubna Dahmazi, Marta Acosta Dávila, Irene López Moreno, Ángela Martínez Soriano, Cristina de Juana Izquierdo, Andre Esteve Villar del Saz, Susana Herrera Lara, Silvia Ponce Pérez y Eva Martínez-Moragón.

Hospital Doctor Peset, Valencia, España.

Palabras clave: Calidad de vida. COVID-19. UCRI.

Introducción: En diciembre de 2019 fue identificada una causa de enfermedad respiratoria denominado coronavirus 2019. Solo unos pocos estudios han evaluado la persistencia de síntomas y la calidad de vida después de la hospitalización. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se asocia de manera independiente a la hospitalización, consumo de y resulta una variable importante asociada al gasto sanitario. No disponemos índices predictivos que permitan predecir la CVRS para destinar recursos en atención a estos enfermos.

Objetivos: Conocer el impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes que han superado neumonía COVID-19.

Material y métodos: Estudio de casos y controles anidado en una consulta creada para atender a los pacientes que han presentado neumonía por COVID-19. Para ello se han aplicado las encuestas multidimensional EQ-5D, escala EVA e IS. Se ha empleado el software IBM® SPSS® Statistic versión 25. Los resultados son expresados en \pm DE y porcentajes redondeados.

Resultados: Un total de 61 pacientes fueron atendidos en dicha consulta con edades comprendidas entre 36 y 85 años, media 65 ± 13 , 61% fueron hombres. Como comorbilidades, HTA 50%, DL 41%, DM 21%, cardiopatía 18%, obesidad 13%, antecedentes neurológicos 8% y patología respiratoria 28% (SAHS, asma y EPOC). 37 pacientes (60%) fueron ingresados en UCRI, 16 (26%) en UCI. La media de estancia total ingresados fue de 18 ± 17 , en UCRI 17 ± 15 y en UCI 14 ± 14 días. En cuanto a sintomatología, la disnea al ingreso de media fue de $0,62 \pm 0,88$ mMRC, puntuaron en la escala EQ-5D una puntuación media de $1,32 \pm 0,47$ en la dimensión de movilidad, $1,10 \pm 0,3$ en cuidado personal, $1,28 \pm 0,52$ en actividades cotidianas, $1,33 \pm 0,57$ en dolor/malestar y $1,52 \pm 0,7$ en ansiedad/depresión. En el índice de Severidad puntuaron una media de $7,75 \pm 8,7$, en la escala estado de salud $0,77 \pm 0,21$, en EVA $82,5 \pm 18,05$. La media de días desde el ingreso hasta la aplicación de EVA fue de 101 ± 27 días. Los pacientes más graves ingresados en UCRI puntúan peor con diferencias significativas en ansiedad/depresión y en EVA ($p = 0,015$ y $p = 0,006$ respectivamente).

Conclusiones: La neumonía por COVID afecta a la calidad de vida en los pacientes ingresados. Se observa de forma significativa mayor ansiedad y depresión en aquellos que han cursado con mayor gravedad, por lo que debería prestar atención especial a este grupo de pacientes.

604. SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO FUERA DE UCI EN COVID-19 (ESTUDIO CATCOVID-AIR)

Sergi Martí Beltran y Grupo de estudio CATCOVID-AIR

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Palabras clave: Fallo respiratorio agudo. Ventilación no invasiva. Cánula nasal de alto flujo.

Introducción: No se conoce la utilidad del soporte respiratorio no invasivo (SRNI), incluyendo cánulas nasales de alto flujo (CNAF), presión positiva continua (CPAP) y ventilación no invasiva (VNI), en la insuficiencia respiratoria debida a COVID-19. El objetivo del estudio fue comparar la efectividad de las diferentes modalidades de SRNI para prevenir la muerte o intubación.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, longitudinal, retrospectivo, en 10 hospitales universitarios. Se incluyeron enfermos > 18 años con neumonía por COVID-19, con fallo respiratorio agudo hipoxémico, y tratados consecutivamente con SRNI iniciado fuera de UCI, desde el 1 de marzo al 30 de abril de 2020. El outcome principal fue la intubación o muerte a los 28 días del inicio del SRNI. Se calcularon los hazard ratios (HR) para comparar los 3 grupos de SRNI mediante modelos de Cox.

Resultados: Se incluyeron 367 pacientes, 155 tratados con CNAF (42%), 133 con CPAP (36%) y 79 con VNI (22%). La edad media fue de 67 ± 11 años, 72% fueron hombres y 71% tenían ≥ 2 comorbilidades. La mediana de PaO₂/FiO₂ fue 125 (IQR 81-174) mm Hg. El SRNI se instauró como techo terapéutico en 140 casos (38%). La tasa no ajustada de intubación o muerte a 28 días fue 46% en CNAF, 37% en CPAP y 62% en VNI ($p = 0,007$). La tasa de mortalidad global no ajustada a 28 días fue 32%; 26% en CNAF, 30% en CPAP y 47% en VNI ($p = 0,008$). Ajustando por edad, sexo y por las variables con diferencias basales entre grupos de tratamiento (SAHS, hospital y frecuencia respiratoria), y tomando como referencia los enfermos tratados con CNAF, los tratados con VNI mostraron más riesgo de intubación o muerte (HR 1,87, IC95% 1,18-2,97), mientras que los tratados con CPAP no mostraron diferencias (HR 1,02, IC95% 0,64-1,63).

Conclusiones: En enfermos con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por COVID-19 tratados con SRNI iniciado fuera de UCI, la VNI muestra una mayor tasa de intubación o muerte a los 28 días respecto a los tratados con CNAF o CPAP.

Grupo de estudio CATCOVID-AIR: Sergi Martí, Eduardo Vélez-Segovia, Mercedes Pallero, Júlia Sampol, Toni Marín, Irene Aldas, Gladis Sabater, Marc Bonnin, Manel Lujan, Cristina Lalmolda, Patricia Peñacoba, Juana Martínez-Llorens, Julia Tarrega, Óscar Bernadich, Ana Córdoba, Lourdes Lozano, Anne-Elie Carsin, Susana Méndez, Judith García-Aymeric.

614. ÍNDICE ROX COMO PREDICTOR DEL ÉXITO DE LA TAFCN EN NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Irene Bocigas Huéscar, Santos Ferrer Espinosa, Jesús Sancho Chínesta, Enric Burés Sales y Jaime Signes-Costa Miñana

Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Alto flujo con cánulas nasales. Índice de Rox.

Introducción: La terapia de alto flujo con cánulas nasales (TAFCN) es una terapia útil en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA). El objetivo de nuestro estudio es determinar si el índice ROX es capaz de predecir el éxito de la TAFCN en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 e IRA.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados en el Servicio de Neumología con neumonía secundaria a SARS-CoV-2 e IRA que cumplen criterios para inicio de TAFCN. Se recogieron datos demográficos, radiológicos, clínicos y evolutivos. Se calculó el índice de Rox a la hora, a las 6 horas, a las 12 horas y a las 24 horas de inicio de la TAFCN. Se estableció como significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes de manera consecutiva, con una media de edad de $64,51 \pm 11,78$ años, 59 (69,4%) eran hombres con un índice de Charlson de $1,22 \pm 1,77$. La TAFCN fracasó en 47 (55,3%) pacientes de los cuales 45 (97,8%) se manejaron inicialmente con ventilación mecánica no invasiva (VMNI). 5 pacientes en los que fracasó la TAFCN frente a ninguno de los que no fracasó, fallecieron a los 7 días de inicio de la terapia ($p = 0,036$). En el análisis univariante, el IROX a la hora [OR 0,442 (IC95% 0,295-0,663); $p < 0,000$], a las 6 horas [OR 0,407 (IC95% 0,241-0,687); $p < 0,001$], a las 12 horas [OR 0,293 (IC95% 0,144-0,595); $p < 0,001$] y a las 24 horas [OR 0,398 (IC95%

0,230-0,689); $p < 0,001$] se asociaron con el éxito de la TAFCN. En el análisis multivariante el IROX a las 24 horas [OR 0,470 (IC95% 0,232-0,952); $p < 0,036$] se asociaba al éxito de la TAFCN. En el análisis de la curva COR, el IROX con el mayor área bajo la curva fue a las 24 horas (ABC 0,986; IC95% 0,961-1,000; $p < 0,000$). El punto de corte 4,53 en el IROX a las 24 horas fue el mejor predictor para identificar el éxito de la TAFCN (S 97,5%; E 91%).

Conclusiones: El índice de ROX es capaz de predecir el fracaso de la TAFCN en los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2; a las 24 horas, un valor superior a 4,53 predice el éxito de la TAFCN en pacientes con neumonía e IRA secundaria a SARS-CoV-2.

617. COMPARACIÓN CLÍNICA ENTRE BROTES EPIDÉMICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

María Zuñil Moreno¹, Ramón Cabo Gambín¹, Carlos Manzano Senra¹, Anna Moncusi-Moix^{1,2}, Clara Gort-Paniello^{1,2}, Ivan D. Benítez Iglesias^{1,2}, Laia Utrillo Montagut¹, Gerard Torres Cortada¹, Jose Javier Vengoechea Aragoncillo¹ y Jessica González Gutiérrez

¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova y Santa María. Group of Translational Research in Respiratory Medicine, IRB Lleida, Universitat de Lleida, Lleida, España. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España.

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

Introducción: SARS-CoV-2 es el virus responsable de la enfermedad sistémica conocida como COVID-19, causante de varios brotes epidémicos en nuestro territorio en los que la evolución clínica y pronóstica puede ser diferente en función de variables clínico-epidemiológicas, sociales, ambientales y el acceso a recursos sanitarios.

Objetivos: En función de los distintos brotes epidémicos describir la evolución, el tratamiento y el pronóstico de los pacientes ingresados en los dos hospitales universitarios de Lleida.

Material y métodos: Se distinguen y describen dos brotes epidémicos, el primero de marzo a mayo y el segundo de julio a diciembre de 2020. Se seleccionaron 188 pacientes consecutivos durante el primer brote y 233 en el siguiente. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas, pronósticas y terapéuticas. Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante el test paramétrico (t-Student) analizando los datos con R Studio versión 3.6.2. El proyecto fue financiado en parte por CIBERESUCICOVID (COV20/0011).

Resultados: Los pacientes del primer brote eran mayores (71 ± 14 vs 67 ± 15 años, $p = 0,012$), con más hipertensión (64,5% vs 54,1%, $p = 0,040$) y enfermedad renal crónica (20,0% vs 12,0%, $p = 0,036$) y con peor PaO₂/FiO₂ al ingreso (261 ± 101 vs $289 \pm 78,5$, $p < 0,001$). Los tratamientos recibidos fueron diferentes: azitromicina (44,9% vs 10,5%, $p < 0,001$) e hidroxiquina (89,4% vs 0,4%, $p < 0,001$) frente a tocilizumab (17,3% vs 52,2%, $p < 0,001$), remdesivir (0% vs 26,5%, $p < 0,001$) y dexametasona (0% vs 75,6%, $p < 0,001$). Los ingresos en UCI se vieron disminuidos (31,9% vs 13,3%, $p < 0,001$), así como el requerimiento de intubación orotraqueal (23,6% vs 4,3%, $p < 0,001$) y el uso de ventilación no invasiva (27,4% vs 18,0%, $p = 0,032$), sin diferencias en el uso de oxigenoterapia de alto flujo (34,6% vs 36,9%, $p = 0,693$). La estancia hospitalaria fue menor en el segundo brote (21 ± 20 vs 12 ± 12 días, $p < 0,001$), sin observarse cambios en la mortalidad intrahospitalaria (16,5% vs 13,3%, $p = 0,436$), o a los 30 días del alta (19,8% vs 16,5%, $p = 0,466$), ni en el número de reingresos en los primeros 30 días (10,6% vs 8,2%, $p = 0,587$).

Conclusiones: Los pacientes del primer brote fueron de mayor edad, con más comorbilidades y peor oxigenación. Durante el segundo brote el régimen terapéutico cambió, asociando un menor número de ingreso en UCI, menor estancia hospitalaria y menor intubación orotraqueal. Los reingresos hospitalarios y la mortalidad entre los diferentes periodos fue la misma.

622. IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE NEUMONÍA DE BAJO RIESGO POR SARS-CoV-2

Leyre Bouzas Yenes¹, Paula González Jiménez^{1,2}, Raúl Méndez Ocaña^{1,2}, Leyre Serrano Fernández³, Rafael Zalacain Jorge³, Pedro Pablo España Yandiola⁴, Ane Uranga Echeverría⁴, Catia Cilloniz Campos⁵, Antonio Torres Martí⁵ y Rosario Menéndez Villanueva^{1,2}

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. ²ISCIII, Valencia, España. ³Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España. ⁴Hospital Universitario de Galdakao, Galdakao, España. ⁵Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Palabras clave: Neumonía. COVID-19. Pronóstico.

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 se ha expandido rápidamente por todo el mundo, provocando un colapso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y escasez de camas en sala convencional. El objetivo de nuestro estudio fue identificar a los pacientes con neumonía COVID-19 de bajo riesgo que no requieren ingreso en UCI y/o no fallecen durante la hospitalización, a partir de datos analíticos y clínicos obtenidos en la evaluación inicial. Para ello, se diseñó una cohorte multicéntrica en 4 hospitales con 1274 pacientes hospitalizados. Se estratificó la cohorte en dos grupos: (1) pacientes de bajo riesgo (neumonía ingresada en sala convencional que no precisa ingreso en UCI ni muere durante la hospitalización) y (2) neumonía grave (ingreso directo o posterior en UCI y/o fallecimiento). Se recogieron variables demográficas, analíticas y criterios menores de ATS/IDSA para ingreso en UCI. Se realizó un estudio univariado y, con las variables encontradas como significativas, se introdujeron en un análisis multivariado de regresión logística para predecir neumonía de bajo riesgo. Se identificaron cinco factores de riesgo independientes como predictores de no ingreso en UCI ni fallecimiento: < 3 criterios menores IDSA/ATS (OR 0,23, IC95% 0,15-0,37), SpO₂/FiO₂ > 450 (OR 0,23, 0,15-0,36), proteína C reactiva < 60 mg/L (OR 0,45, 0,29-0,72), linfocitos > 723 células/ml (OR 0,54, 0,36-0,81) y urea < 40 mg/dL (OR 0,65, 0,43-0,99), con un área bajo la curva de 0,80 (0,77-0,84). En conclusión, la identificación precoz de la neumonía por SARS-CoV-2 de bajo riesgo es factible a partir de los hallazgos bioquímicos iniciales y utilizando los criterios menores de ATS/IDSA. Estos hallazgos facilitan la decisión de ingreso hospitalario en ubicaciones alternativas de hospitalización o en hospitales de menor complejidad necesarios durante la pandemia.

Financiado por ISCIII COV20/00385.

628. IMPACTO DE LA PRIMERA OLA DE COVID-19 EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN

José Antonio Durán Cueto¹, Berman Stalin Barragán Pérez¹, Carlos Cabanillas Díez-Madroño¹, Celia Montañó Montañó¹, María Estrella Ruíz Carretero¹, Celia de Dios Calama¹, Amanda Paula Arenas Polo¹, Marta Cebrián Romero¹ y Francisco Javier Gómez de Terreros Caro^{1,2}

¹Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España. ²CIBERES, Madrid, España.

Palabras clave: Cáncer de pulmón. Infradiagnóstico. COVID-19.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) es el 3^{er} tumor maligno más diagnosticado (dx), tanto en hombres como en mujeres y la 1ª causa de muerte por cáncer en nuestro medio. Presenta un dx habitualmente tardío, sin programas de cribado de detección precoz. La pandemia por COVID-19 ha marcado una etapa en la que se ha limitado el acceso de los pacientes (P) al sistema sanitario por distintos motivos: miedo a infectarse, anulación de consultas de atención (At) especializada y la At telefónica por parte de primaria, entre otros. El objetivo de nuestro estudio es valorar el posible infradx del CP como consecuencia de la 1ª ola de la pandemia.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una base de datos creada a partir de una selección de nuevos dx de CP de las muestras recibidas en el laboratorio de anatomía patológica del H. San Pedro de Alcántara, durante los meses de marzo-agosto tanto de 2019 como de 2020. Recogida de variables epidemiológicas, motivo de consulta y seguimiento de dichos P. Análisis estadístico mediante el programa PASW Statistics 18.

Resultados: Se registraron un total de 92 nuevos dx de CP en 2019, y 66 en 2020. En ambos registros los varones eran mayoritarios (81%), con una similar edad de dx (67 años). Con respecto al motivo inicial de consulta destaca el hallazgo radiológico casual (30%); encontrando una diferencia con respecto al resto de motivos en ambos años (hemoptisis (13%), tos (12%) y síndrome constitucional (10,9%), en 2019; y tos (16,7%), disnea (12,1%) y hallazgo en el seguimiento de otro Ca previo (10,6%), en 2020). La histología más frecuente fue epidermoide (38%), seguida por adenocarcinoma (30%), microcítico (20%) y no microcítico (9%), en ambos registros. El 54% de estos CP fueron dx en estadio IV, con diferencias en los siguientes estadios más prevalentes (IIIA (15,2%) y IIB (7,6%), en 2019; y IA y IIIA, ambos con 15,2%, en 2020). El 60,9% de los P de 2019 habían fallecido cuando se realizó la recogida de datos (tras 1,5 años), con respecto al 30,3% de 2020 (tras 6 meses).

Conclusiones: Durante la 1ª ola de pandemia se observó una disminución del 28,3% en los casos de CP diagnosticados frente al mismo periodo del año anterior. Los P diagnosticados presentaban con más frecuencia tos y disnea, y es posible que la sospecha de padecer la infección por SARS-CoV-2 fuese el motivo de su consulta. El miedo a acudir a los hospitales, así como la interrupción de la prestación habitual de servicios, son posibles explicaciones a este hecho.

633. DIFERENCIAS EN BIOMARCADORES DE INFLAMACIÓN ENTRE NEUMONÍAS COVID-19 Y NO COVID-19

Alejandro Rezola Carasusan¹, Luis Alberto Ruiz Iturriaga^{1,2}, Leyre Serrano Fernández^{1,2}, Elena Garay Llorente¹, Joseba Andia Iturrate¹, Edurne Echevarri Guerrero¹ y Rafael Zalacain Jorge¹

¹Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. ²Departamento de Inmunología, Microbiología and Parasitología. UPV-EHU, Leioa, España.

Palabras clave: COVID-19. Biomarcadores. Neumonía.

Objetivos: Analizar diferencias en parámetros inflamatorios al ingreso y su impacto en el curso clínico en neumonías COVID-19 y neumonías adquirida en la comunidad (NAC) NO COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo incluyendo pacientes inmunocompetentes hospitalizados por neumonías COVID-19 entre marzo y mayo 2020 y NAC no COVID-19 entre marzo y diciembre 2020. Se han medido marcadores de inflamación (dímero D, ferritina, LDH, PCR, cociente neutrófilos/linfocitos, cociente linfocitos/PCR) al ingreso y el curso clínico hospitalario. Se ha considerado mala evolución: mortalidad intrahospitalaria y/o ventilación mecánica invasiva y/o necesidad de oxigenoterapia de alto flujo (OAF).

Resultados: Hemos analizado 387 pacientes (308 COVID-19, 79 No COVID-19). Se identificó diagnóstico etiológico en 27/79 (34,1%) de los pacientes No COVID-19. Las características demográficas y comorbilidades de las dos cohortes fueron similares. Los pacientes con neumonía NAC No COVID-19 tuvieron mayor elevación de PCR (> 150 mg/L) (60,8% vs 16,1% p = 0,000), fibrinógeno (p = 0,019), dímero D (> 2.500 ng/dl) (19,4% vs 9,3% p = 0,022) y cociente N/L (p = 0,000). Los pacientes con neumonías COVID-19 tuvieron mayor elevación de LDH (> 400 U/L) (3% vs 20,2% p = 0,000), linfopenia (< 800/μL) (21,6% vs 39,3% p = 0,004) cociente L/PCR (p = 0,001). No hubo diferencias

estadísticamente significativas en los valores de ferritina ($> 1.000 \mu\text{g/L}$) (16,9% vs 23% $p = 0,366$). Los pacientes con COVID-19 tuvieron peor evolución clínica con mayor mortalidad intrahospitalaria (11% vs 2,5% $p = 0,002$) y necesidad de ventilación mecánica invasiva (11,7% vs 2,5% $p = 0,011$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de OAF (6,3% vs 9,4% $p = 0,506$).

Conclusiones: 1. Las características demográficas y comorbilidades de ambos grupos fueron similares, sin embargo, las neumonías por COVID-19 tuvieron peor evolución con mayor mortalidad intrahospitalaria y necesidad de ventilación mecánica invasiva. 2. Los pacientes con neumonía no COVID tuvieron PCR, fibrinógeno, dímero D y cociente L/N más elevados. En las neumonías por COVID-19 se observó más frecuentemente elevación de LDH, linfopenia y cociente L/PCR.

659. TC-TÓRAX TRAS UN INGRESO-NAC-COVID-19. FACT ASOCIADOS CON LA PERSISTENCIA DE LESIONES

Marta Núñez Fernández¹, Cristina Ramos Hernández¹, Andrés Manuel Nodar Germañas¹, Amara Tilve Gómez¹, Paula Rodríguez Fernández¹, Blanca Alfonso Otero¹, Ruth Gómez Reguera¹, Diana Valverde Pérez² y Alberto Fernández Villar¹

¹Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ²Universidad de Vigo, Vigo, España.

Palabras clave: NAC-COVID-19. TC-tórax. DLCO-DLNO.

Introducción y objetivos: La evidencia existente sobre la persistencia de lesiones radiológicas tras varios meses de una neumonía por COVID-19 es limitada, sin que se conozca si estas alteraciones se relacionan con síntomas residuales o su repercusión sobre las pruebas de función respiratoria. Con este objetivo llevamos a cabo el presente estudio.

Material y métodos: Estudio prospectivo en que el que se incluyeron pacientes posthospitalizados por una neumonía COVID-19 a los que a las 16 ± 2 semanas del alta hospitalaria se les realizó una TC torácica. Los estudios de TC fueron evaluados por 2 radiólogas experimentadas que definieron las características y extensión de las lesiones según las recomendaciones de la Sociedad Fleischner. Las principales medidas de resultado fueron $> 5\%$ de vidrio deslustrado (GGO) en al menos una zona pulmonar. Se registraron variables clínicas, analíticas y funcionales (espirometría, PM6M, DLCO y DLNO) siguiendo las recomendaciones de la ERS/ATS ± 4 semanas antes. Se recogieron variables sociodemográficas, comorbilidades y los datos de la gravedad del proceso neumónico.

Resultados: Se incluyeron 93 pacientes, de los que 67 (72%) presentaban alteraciones residuales en la TC de tórax. El sexo masculino y una mayor edad se relacionan con estas lesiones, pero no hemos encontrado ninguna asociación con la gravedad del proceso neumónico (ingreso en UCI, escala de FINE, elevación parámetros inflamatorios); Tampoco con el grado de disnea residual ni con ningún parámetro del test de marcha de 6 min. En cuanto a la espirometría y la DLCO-DLNO en una sola maniobra, el parámetro que mejor se relacionó con la presencia GGO en la TC fue una DMCO/Vc más alta.

Conclusiones: Se observa una alta prevalencia de lesiones en GGO a los 3 meses en la TC de tórax aunque estas son leves y sin una clara correlación con variables clínicas, analíticas ni del test de la marcha. El parámetro funcional que mejor se correlaciona con el hallazgo de GGO en la TC es el DMCO/Vc, que está más elevado en los pacientes con esta alteración radiológica, lo que podría sugerir que la afectación residual pudiera ser más tipo vascular que intersticial.

Programa doctorado "Metodología e Aplicaciones en Ciencias da Vida" UVigo y Ayuda Programa Traslaciona (Xunta de Galicia) CT850A-3.

660. ESTUDIO DEL PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON TEP EN ÉPOCA COVID

Itziar María Montero Díaz, Alejandra Céspedes Diego, Carlos Cabanillas Díez-Madroño, Álvaro Santaella Gómez, Marta Cebrián Romero, Amanda Paula Arenas Polo, Jonhy de León, Celia Montaña Montaña, Jose Antonio Durán Cueto y Berman Barragán Pérez

Hospital Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. COVID-19.

La actual situación de pandemia por SARS-CoV-2 ha modificado nuestra realidad asistencial en el ámbito hospitalario. La afectación vascular se considera un factor de empeoramiento pronóstico del paciente hospitalizado por infección por SARS-CoV-2. El objetivo de nuestro estudio es describir el perfil clínico epidemiológico del paciente con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar en época de pandemia. Se realiza estudio retrospectivo a partir de los informes de alta hospitalaria que presentan diagnóstico de TEP obtenido desde la unidad de codificación de nuestro centro. Se recogen variables epidemiológicas (edad, sexo, tabaquismo), clínicas (comorbilidades), diagnósticas y pronósticas (tales como tratamiento específico recibido, dímero D entre otras). Los datos obtenidos se almacenan en una base de datos creada al efecto y se realiza estudio estadístico descriptivo mediante programa informático SPSS. Se incluyen 141 pacientes con una edad media de 72 ± 17 años, con claro predominio de mujeres (63%). El tabaquismo activo está presente en el 11% de los casos, siendo exfumadores el 23% de los mismos. Entre las comorbilidades destaca la presencia de hipertensión arterial en el 52% de los casos, dislipemia y obesidad en el 24% de los mismos. El 30% presenta como antecedente haber padecido enfermedad crónica pulmonar y uno de cada cuatro pacientes estudiados tiene antecedente de problema neurológico. El 14% tenía la neoplasia como posible factor procoagulante. El 15% fue diagnosticado de infección por SARS-CoV-2. Durante su ingreso se necesitó soporte ventilatorio en raras ocasiones. En el 25% de los casos, se detectó trombosis en miembros inferiores, dilatación del ventrículo derecho en el 28% y signos de hipertensión pulmonar en el 20%. Fue exitus el 23% del total de los pacientes. 1. Durante la primera oleada de pandemia COVID-19, no se detectó un incremento del número de diagnósticos de TEP con respecto a años anteriores, correspondiendo al servicio de Neumología el mayor porcentaje de pacientes. 2. La infección por SARS-CoV-2 no está asociada a un mayor porcentaje de tromboembolismo pulmonar. 3. El perfil clínico de tromboembolismo pulmonar ingresado corresponde a una mujer de edad avanzada, nunca fumadora, hipertensa, dislipémica y obesa que presenta trombosis venosa en miembros inferiores y dilatación de cavidades derechas cardíacas con signos de hipertensión pulmonar en 1/3 de los casos. 4. No se observa un incremento del número de exitus.

670. ALTERACIONES FUNCIONALES TRAS 12 SEM SE UN INGRESO POR NAC-COVID-19. VALOR DE LA DLNO

Marta Núñez Fernández¹, Cristina Hernández Ramos Hernández¹, Andrés Manuel Nodar Germañas¹, María Luz Cerdeira Domínguez¹, Marta Muñiz Fernández¹, Luz Aballe Santos¹, María Consuelo Salgueiro Solla¹, Diana Valverde Pérez² y Alberto Fernández Villar¹

¹Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ²Universidad de Vigo, Vigo, España.

Palabras clave: DLNO. NAC-COVID-19.

Introducción y objetivos: Entre un 15 y un 50% de los pacientes presentan alteraciones de las pruebas de función respiratoria (PFR) tras una NAC por COVID-19, especialmente de la DLCO. La DLNO se ha descrito como una prueba más sensible para evaluar la transferencia

gaseosa. Sin embargo, no se ha evaluado su papel en esta patología ni su valor adicional con respecto a otras PFR utilizadas de forma habitual. Desconocemos también si existen factores relacionados con el proceso o con el paciente capaces de predecir estas alteraciones.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que a las 12 ± 1 semanas del alta se realizó una evaluación de la situación clínica, analítica, radiológica y de su función pulmonar, incluyendo para ello la espirometría forzada con PBD, la medición de la DLNO-DLCO y una prueba de marcha de 6 minutos.

Resultados: Se incluyeron 225 pacientes, (se excluyeron 18 por mala de colaboración en las PFR). La edad fue de 63 (52-72) años, 129 (57,3%) varones. 32 (14,2%) precisaron ingreso en UCI. Alteraciones funcionales detectadas: FEV1/FVC < LIN: 9 (4,2%), FVC < LIN: 9 (4,2%), FEV1 < LIN: 9 (4,2%), DLCO < LIN: 34 (16,4%), VA < LIN: 41 (19,8%), VC < LIN: 20 (9,7%), DLNO < LIN: 58 (28%), 24 pacientes (11,6%) presentaban una DLNO < LIN, pero DLCO > LIN y 34 tenían ambas alteradas. Los factores que se relacionaron con presentar una DLNO < LIN fueron el género masculino, tabaquismo y comorbilidades como cardiopatía isquémica DM EPOC arteriopatía periférica además de parámetros de gravedad del cuadro neumónico. Se asocia con más disnea basal a los 3 meses, menor distancia recorrida y mayor repercusión oximétrica ante el esfuerzo, así como valores más altos de dímero D y lesiones residuales en la Rx de tórax. Realizando ajustes multivariantes, el sexo masculino es un factor predictor independiente de alteraciones residuales en la DLNO.

Conclusiones: La PFR que con más frecuencia se encuentra alterada a los 3 meses de una neumonía COVID-19 es la DLNO. Su valor por debajo del LIN se asocia a un mayor grado de disnea residual y a una menor capacidad para el esfuerzo, así como alteraciones persistentes en la Rx de tórax. El género masculino, la presencia de algunas comorbilidades y variables relacionadas con la gravedad del cuadro pueden ayudar a predecir esta alteración funcional.

Programa doctorado "Metodología e Aplicaciones en Ciencias da Vida" UVigo y Ayuda Programa Traslaciona (Xunta de Galicia) CT850A-3.

683. COVID-19 ¿CÓMO TRATAR Y TRANSMITIR SEGURIDAD DURANTE EL AISLAMIENTO DOMICILIARIO?

Ivet Salas Mainegra¹, Lourdes Viedma Vicente², Nuria Milagros Manzano Tejedor¹, Lidia María Pérez Casado¹, Beatriz López Somalo¹ y Francisco Miralles Linares²

¹Air Liquide Healthcare España, Madrid, España. ²ASISA, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Aislamiento. Telemático.

Introducción: La infección por COVID-19 coloca a muchos pacientes en situación de aislamiento domiciliario, lo que dificulta la gestión de su enfermedad y causa en el paciente una sensación de soledad ante una situación nueva y desconocida. En este contexto, ASISA y Care4Chronics, filial de Air Liquide Healthcare España, han diseñado un programa para el seguimiento telemático de pacientes diagnosticados de infección por COVID-19.

Objetivos: Monitorizar el estado de salud y acompañar a los pacientes en aislamiento domiciliario mediante llamadas telefónicas realizadas por DUE y médicos. Proporcionar educación sanitaria para identificar síntomas y signos de posibles complicaciones relacionadas con la COVID-19. Verificar la correcta adecuación del domicilio y cumplimiento de medidas higiénico sanitarias.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo desde febrero de 2020 a febrero de 2021. La información necesaria para conocer las características de la muestra, se obtiene de la base de datos del programa conjunto ASISA/Care4Chronics.

Resultados: Se diseñó un protocolo de seguimiento específico para pacientes en aislamiento domiciliario con diagnóstico de infección por COVID-19. Seleccionada una cohorte de 1251 individuos en aislamiento domiciliario diagnosticados con infección por COVID-19

de distintas provincias (54,6% hombres y 45,4% mujeres). De los 1.251 pacientes, 147 (11,75%) procedían de ingreso previo. Durante el seguimiento, 40 pacientes (3,20%) requirieron ingreso hospitalario, de éstos, 36 (2,90%) no habían sido hospitalizados previamente y 4 pacientes (0,32%) reingresaron. Se aplicó una encuesta de satisfacción obteniendo una puntuación de 4,6 sobre 5.

Conclusiones: Verificamos la importancia del seguimiento sanitario, transmite tranquilidad ante una situación desconocida, ayuda a expresar miedos, inquietudes y enseña procedimientos sencillos que permiten a los pacientes permanecer en período de aislamiento, controlando y verbalizando la sintomatología sobrevenida. Resulta en un doble beneficio disminuyendo la tasa de infectividad dentro y fuera del entorno familiar del paciente y contribuyendo al uso responsable de recursos sanitarios, dejando la institucionalización para casos que así la requieran. Esta herramienta genera valor al paciente. Algunas declaraciones de pacientes manifestadas en la encuesta de satisfacción son: "Psicológicamente ha sido fundamental para mí", "Que estén pendientes de ti, siempre motiva y ayuda".

684. UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS (UCRI) COVID-19. EXPERIENCIA INICIAL

María José Muñoz Martínez, María Luisa Torres Duran, Mar Mosteiro Añón, María Antonia Rodríguez Macías, Luis Alberto Pazos Area, Martín Rubianes González, Manuel Crespo Casal, María del Carmen Filloy Mato, María Elena González Bello y Alberto Fernández Villar

SERGAS, Vigo, España.

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

Introducción: Las UCRI se están convirtiendo en unidades claves en el manejo del paciente con neumonía por SARS-CoV-2 con insuficiencia respiratoria aguda. (IRA). El objetivo del siguiente estudio es describir la experiencia en la puesta en marcha de una UCRI COVID en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional donde se incluyeron los 106 pacientes ingresados durante los primeros 90 días de funcionamiento de la UCRI COVID del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo. Se analizaron parámetros clínicos y respiratorios, la mortalidad y los ingresos en Unidad de críticos.

Resultados: 106 pacientes con una edad media de 69,3 (rango: 34-92) años, 53% eran varones, la SAFI media fue de 177,1 (85-307) y la PAFI media 165,2 (80-340). El 88% tenían ≥ 1 comorbilidades. En el 62,3% de los pacientes el techo terapéutico era la IOT en UCI y en el 37,7% la terapia respiratoria no invasiva (TRNI) en UCRI. El 20% requirieron ingreso en UCI, de los que precisaron intubación orotraqueal el 57,1% y fallecieron el 5%. El 14,2% fueron dados de alta a domicilio, el 42,5% a planta de hospitalización (23,6% a planta COVID y 8,5% a planta de Neumología) y el 18,9% fallecieron. La edad media de los fallecidos fue de 80,5 años y 67 años la de los supervivientes. La estancia media en la UCRI fue de 5,7 (rango 1-26) días; 4,39 (rango 1-26) en los de techo terapéutico UCI y 7,13 (rango 1-21) en los de techo terapéutico UCRI. La estancia media en el hospital fue de 13,1 (rango: 2-45) días. 16 pacientes siguen ingresados en la UCRI a día de hoy. De los pacientes cuyo techo era la UCI el 31,8% requirieron ingreso en esa unidad, mientras que entre aquellos que tenían como techo terapéutico la UCRI fallecieron el 50%. El 56,7% GNAF, 1,9% requirieron BIPAP, 0,9% CPAP, 16% CPAP+ GNAF, 14,1% BIPAP+GNAF y el 10,4% sistemas de oxigenoterapia de bajo flujo (monitoreización cardiológica, neurológica o nefrológica).

Conclusiones: 1. En la patología COVID grave, las UCRI pueden contribuir a disminuir la presión asistencial en las unidades de críticos ya que evita el ingreso en este tipo de unidades en 2 de cada 3 pacientes subsidiarios de hacerlo. 2. Este tipo de unidad también reduce la mortalidad de pacientes graves no subsidiarios de UCI. 3. Las GNAF son la TRNI más usada en nuestra UCRI. 4. Son precisos más análisis para

valorar si la administración de TRNI de modo precoz reduce los fracasos en el tratamiento de la IRA en la neumonía por SARS-CoV-2.

701. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: ¿ES DIFERENTE CON COVID-19?

Carlos Cabanillas diez-Madroño¹, Alejandra Céspedes Diego¹, Ana Nacarino Burgos², Itziar María Montero Díaz¹, Celia Montañó Montañó¹, Celia de Dios Calama¹, María Estrella Ruiz Carretero¹, Marta Cebrián Romero¹, Amanda Paula Arenas Polo¹ y Ángela Losa García-Uceda¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

²Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

Palabras clave: COVID-19. Tromboembolismo pulmonar.

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 se acompaña de afectación vascular y una probable mayor asociación de tromboembolismo pulmonar (TEP) como complicación clínica. El objetivo de nuestro estudio es valorar posibles diferencias entre pacientes con TEP según la presencia de infección por COVID-19.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo a partir de los informes de alta hospitalaria que presentan diagnóstico de TEP obtenido desde la unidad de codificación de nuestro centro. Se recogen variables epidemiológicas (edad, sexo, tabaquismo), clínicas (comorbilidades, enfermedades procoagulantes), diagnósticas y pronósticas (tales como tratamiento específico recibido, dímero D, supervivencia y complicaciones cardiovasculares). Los datos obtenidos se almacenan en una base de datos creada al efecto y se realiza estudio estadístico mediante programa informático XLSTAT.

Resultados: Se incluyen 139 pacientes con TEP de una edad media de 72 ± 17 años. El 15% son COVID-19 + con una edad de 78 ± 14 frente a los TEP No COVID-19 + (edad de 71 ± 18) (N.S.). No encontramos diferencias en cuanto al sexo (57% mujeres/43% varones en TEP COVID-19 + frente al 64% de mujeres/36% varones en TEP COVID-). La hospitalización de estos enfermos fue mayor en Medicina Interna que en Neumología y Geriátrica (con un p significativa de 0,04). Desde el punto de vista de afectación radiológica se observa un mayor porcentaje de afectación bilateral (24%) entre los TEP COVID-19 + frente a los TEP COVID-19- (13%) (p 0,023). En cuanto al tratamiento recibido se observa una diferencia estadísticamente significativa con $p < 0,001$ en la necesidad de oxigenoterapia de alto flujo en el grupo de TEP con COVID-19+. No se observan diferencias en cuanto a necesidad de UCRI/UCI o exitus.

Conclusiones: 1. Durante la primera oleada de pandemia por SARS-CoV-2 no se observa un incremento del número de ingresos por TEP, correspondiendo un 15% de los mismos a la asociación con infección COVID-19+. 2. El ingreso por TEP con COVID-19+ fue más frecuente en la planta de Medicina Interna. 3. La afectación bilateral y la necesidad de oxígeno a alto flujo es mayor en el paciente con diagnóstico de TEP e infección por COVID-19+. 4. El pronóstico del TEP no se modifica por la presencia de la infección por SARS-CoV-2.

704. CO-INFECCIÓN COVID-19 Y TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sandra Tello Mena¹, Clara Ortega Michel², Juan Margallo Iribarnegaray², Joy Selene Osorio Chávez¹, Marta Cristeto Porras¹, Laura González Ramos¹, Noelia Borja Vargas¹, Lucía Huidobro Bringas¹, Sergio García Martín¹ y Juan José Ruiz Cubillán¹

¹Neumología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ²Neumología, Hospital Universitario Araba, Vitoria, España.

³Neumología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar. COVID-19.

Introducción: La tuberculosis (TB) y la enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) son actualmente dos de las principales causas de muerte dentro de las enfermedades infecciosas, a nivel mundial. Existe un número creciente de estudios de coinfección SARS-CoV-2 y *Mycobacterium tuberculosis*, en los que se intenta abordar la posibilidad, como se ha visto en otros virus (influenza, SARS, MERS...), de que la infección viral aumente el riesgo de desarrollo de TB o viceversa. Debido a las similitudes entre los síntomas de ambas infecciones, la identificación precoz puede demorarse y, por tanto, influir negativamente en la toma de decisiones terapéuticas. Nuestro objetivo fue estudiar las coinfecciones TB y COVID-19 diagnosticadas en los pacientes ingresados en nuestra unidad.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes ingresados en nuestra unidad de Neumología/Enfermedades Infecciosas entre marzo y diciembre de 2020 en busca de la presencia de coinfección de SARS-CoV-2 y TB. Se describieron datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos y analíticos de los pacientes coinfectados.

Resultados: Se estudiaron 728 pacientes de los cuales 2 presentaron coinfección TB/COVID-19. Ambos varones y jóvenes (38 y 47 años). Los 2 pacientes eran fumadores activos. Uno de ellos era migrante de zona endémica para TB. Ningún paciente presentó comorbilidades asociadas como diabetes mellitus, obesidad, patología respiratoria, enfermedad renal o hepática, o infección por VIH, al contrario de lo publicado en la literatura. La clínica predominante en ambos pacientes fue fiebre vespertina, tos productiva y astenia. Ambos pacientes ingresaron con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2, recibiendo tratamiento para la misma. Ante la mala evolución clínica fueron diagnosticados de TB pulmonar por aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* sensible a rifampicina en cultivo de esputo. Radiológicamente un paciente desarrolló neumonía en lóbulo superior del pulmón derecho, y el otro, lesión cavitada en lóbulo superior izquierdo. Analíticamente destacó únicamente PCR elevada y linfopenia de $700/\mu\text{l}$ en un paciente. Ambos pacientes fueron tratados tras el diagnóstico con la pauta estándar según la normativa de SEPAR, con buena evolución clínica y radiológica, y sin presentar complicaciones.

Conclusiones: En nuestro estudio, al contrario que lo publicado en la literatura, la evolución de ambos pacientes fue buena con tratamiento convencional, probablemente.

714. COVID-19, IMPACTO SOCIAL E IDENTIDAD PROFESIONAL: UN ANÁLISIS CUALITATIVO

Jerónimo Luengo Polo¹, Borja Rivero Jiménez², David Conde Caballero², Jara Bonilla Bermejo² y Lorenzo Mariano Juárez²

¹Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España. ²Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

Palabras clave: Enfermería. Identidad profesional. Impacto social.

Introducción: El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan alertaba sobre la existencia de un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, siete de ellos en estado grave. Ese día se publicó en Internet un “aviso urgente” pidiendo a todas las instalaciones médicas pusieran en marcha sus planes de emergencia. Las consecuencias de aquello han sido devastadoras para los sistemas sociales, económicos y políticos, pero especialmente para los sistemas de salud. En términos absolutos se acumulan más de 105,4 millones de casos confirmados y 2,3 millones de muertes. El impacto en la vida de los profesionales sanitarios ha afectado a los ámbitos somáticos, psicológicos, pero también sociales.

Objetivos: Conocer el impacto de la pandemia entre los profesionales de enfermería que estuvieron en primera línea, prestando

atención al impacto en la esfera social. Conocer el impacto de la pandemia en la valoración y conceptualización de estos profesionales de la profesión enfermera, y las relaciones que se establecen entre la identidad profesional y las prácticas de cuidado.

Material y métodos: Esta comunicación recoge los resultados de un proyecto de investigación cualitativo, realizado a través de entrevistas semiestructuradas a enfermeras que trabajaron en la provincia de Cáceres durante la primera ola pandémica. Un total de 19 personas participaron en el estudio. Las entrevistas se realizaron a partir de una guía de entrevista de naturaleza abierta a nuevas ventanas epistemológicas que pudieran surgir. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas, hasta un total de 37 horas de grabación. Se realizó un análisis de contenido temático, con una perspectiva fenomenológica.

Resultados: Del análisis emergen dos grandes categorías: el impacto social que la pandemia ha tenido en la vida de los profesionales y los cambios percibidos sobre la identidad profesional. Cada una de ellas se construye a partir de diversas subcategorías. El impacto en el aspecto emocional conlleva importantes repercusiones para la esfera social. Se describen procesos de aislamiento y autoconfinamiento, pero también deterioro de las relaciones personales con la familia conviviente. Las enfermeras describen aquel tiempo con metáforas carcelarias ("la misma ropa, trabajo y a casa, encerrados, para no contagiar"). En ese contexto, los relatos sobre la identidad profesional emergen destacando ideas como "orgullo", "estima", "sentido del deber" o "valoración social".

716. PAPEL DE KL-6 COMO MARCADOR DE SECUELAS PARENQUIMATOSAS TRAS NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Juan Margallo Iribarnegaray¹, Diego José Ferrer Pargada², Javier Gonzalo Ocejo Viñals², Juan Irure Ventura², David Iturbe Fernández², Beatriz Abascal Bolado², Juan José Ruiz Cubillán², Belén Atienza Mateo², Juan Agüero Calvo² y Pilar Alonso Lecue²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Palabras clave: KL-6. Secuelas COVID-19.

Introducción: La Krebs von Lungen-6 (KL-6) es una glicoproteína producida por los neumocitos tipo II que se encuentra elevada en suero en situaciones de disrupción de la membrana alveolocapilar. Ha demostrado correlacionarse con la gravedad y el pronóstico de enfermedades intersticiales y el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Estudios previos han demostrado la utilidad de KL-6 como biomarcador de gravedad en pacientes con COVID-19. El objetivo de nuestro estudio es establecer el papel de KL-6 como marcador de secuelas parenquimatosas de perfil intersticial tras una neumonía por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles incluyendo pacientes ingresados por neumonía bilateral por SARS-CoV-2 que posteriormente han estado en seguimiento en consulta post-COVID-19. En todos los casos realizamos una tomografía computarizada (TC) torácica y una determinación sérica de KL-6 a los 3 meses tras el alta. Se consideró neumonía grave aquella con una escala CURB-65 al ingreso ≥ 2 o que precisó soporte respiratorio intensivo (SRI) ($\text{FiO}_2 > 0,5$, oxigenoterapia de alto flujo o intubación orotraqueal). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados: Se estudiaron 18 pacientes: un grupo de casos ($n = 10$) con alteraciones intersticiales en forma de vidrio deslustrado en la TC de control y un grupo control ($n = 8$) con TC de control normal. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en edad, sexo o presencia de comorbilidades. No hubo dife-

rencias en el uso de plasma hiperinmune, corticoides, tocilizumab o remdesivir. No hubo tampoco diferencias en la gravedad según la escala CURB-65. El grupo de casos presentó una PAFI mínima significativamente menor ($p = 0,03$), mayores necesidades de SRI ($p = 0,004$) y desarrolló un SDRA con más frecuencia ($p = 0,013$). Los pacientes con secuelas en la TC de control presentaron unos niveles medianos de KL-6 de 459 U/ml (RIQ 241-579) y el grupo control una mediana de 232 U/ml (RIQ 169-320). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,043$).

Conclusiones: Los pacientes que mantienen alteraciones intersticiales a los 3 meses del alta presentaron niveles más altos de KL-6. Los pacientes con alteraciones intersticiales a los 3 meses del alta presentaron una PAFI menor, más necesidad de oxigenoterapia y desarrollaron con más frecuencia un SDRA.

740. ESTADO CLÍNICO Y FUNCIONAL A CORTO PLAZO EN COVID-19 INGRESADOS EN CRÍTICOS

Inmaculada Castillo Sánchez^{1,2}, Julia Tárrega Camarasa^{1,3} y Enric Barbeta Sánchez^{1,3}

¹Hospital General de Granollers, Barcelona, España. ²Universidad Central de Cataluña, Barcelona, España. ³Universidad Internacional de Cataluña, Barcelona, España.

Palabras clave: COVID-19. Ecotorácica. Diafragma.

Objetivos: Describir las características clínicas y la capacidad funcional a medio - corto plazo (2-3 meses) de los pacientes que ingresaron por neumonía bilateral SARS-CoV-2, en el área de críticos de nuestro hospital, durante la 1ª ola de la pandemia.

Material y métodos: se ha incluido los pacientes ingresados en área de críticos durante marzo, abril y mayo de 2020. Se describen las diferentes terapias respiratorias aplicadas (Ventilación mecánica invasiva (VM) y no invasiva (VNI) y oxigenoterapia de alto flujo (OAF), el estado clínico y funcional a los 3 meses del alta hospitalaria en términos de: síntomas y signos respiratorios, imagen (RX, ecografía torácica), nivel de actividad física (IPAQ), la calidad de vida a través del cuestionario KBILD y función diafragmática por ecografía.

Resultados: Se han incluido 77 pacientes (51 hombres, edad media 60 ± 11 años) 37 pacientes precisaron VM, 21 VNI 6 y 19 OAF. A los 2-3 meses del alta hospitalaria 26 pacientes (34%) referían dificultad respiratoria y 17 (22%) tos. En la exploración 8 pacientes (10%) presentaban estertores crepitantes a la auscultación. Por ecografía torácica 32 pacientes (41%) presentaban alteraciones en el parénquima pulmonar (34% condensación, 7% líneas B). La Radiografía simple de tórax mostraba infiltrados pulmonares en 41 pacientes (53%) y pérdida de volumen en 6 pacientes. A nivel funcional, 25 pacientes (32%) presentaban $\text{FVC} < 80\%$ val.ref y 26 pacientes $\text{DLCO} < 80\%$ de val. ref. Mantenían dímero D > 500 UI 28 pacientes (36%). En actividad física IPAQ, 23 pacientes (30%) referían un nivel bajo de actividad física y 30 pacientes (39%) moderado. En cuanto a calidad de vida 42 pacientes tenían una puntuación > 80 , en el cuestionario KBILD mientras solo 6 pacientes la tenían < 50 . En la valoración ecográfica, se observó mayor debilidad diafragmática en el grupo de VM invasiva respecto al grupo VNI: excursión a $V_t < 1,5$ cm 32% vs 12% y en la maniobra sniffing $< 2,5$ cm 68% vs 35% respectivamente $p = 0,026$

Conclusiones: 1. Una parte significativa de los pacientes con SARS-CoV-2 que precisaron ingreso en críticos, siguen presentando clínica respiratoria y funcional a los 2-3 meses del alta hospitalaria. 2. La ecografía torácica puede ser útil en el seguimiento de los pacientes con enfermedad COVID-19. 3. Los pacientes que precisaron VM invasiva tienen tendencia a presentar mayor debilidad diafragmática respecto a los que solo precisaron soporte ventilatorio no invasivo.

767. NEUMONÍA POST-COVID-19: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Gemma Argemí Galera, María Somoza González, Jordi Sans Torres, Beti Abejón Insúa, César Valdés Castiello y Antonia Llunell Casanoves

Consorcio Sanitario de Terrassa, Terrassa, España.

Palabras clave: Neumonía. Post-COVID.

Introducción: La neumopatía intersticial pulmonar es una de las posibles secuelas respiratorias, a medio-largo plazo, en los pacientes que han presentado neumonía por COVID-19. El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas, radiológicas y el efecto del tratamiento con corticoides en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en nuestra consulta post COVID. Se incluyeron pacientes con neumonía COVID-19 entre marzo a julio del 2020, con persistencia de imagen radiológica en la TC torácica a las 12 semanas. Variables analizadas 1ª visita: pruebas funcionales respiratorias; saturación de oxígeno; gasometría si SaO₂ < 94%; prueba de la marcha de 6 minutos (6WT). Los pacientes con presencia de vidrio deslustrado en el TC fueron tratados con corticoides a dosis iniciales de 0,5 mg/kg/día y pauta descendente, practicando TAC de control a 90 días.

Resultados: N = 23/84 pacientes (70% hombres; 30% mujeres). Edad media: 62 ± 10 años. Comorbilidades: obesidad 43%, hipertensión arterial 17%, enfermedades respiratorias 13%, cardiopatía 9%, diabetes mellitus tipo2 4%. Al ingreso: Rx tórax: afectación bilateral: 74%, unilateral: 26%; soporte ventilatorio: ventilación mecánica 26%, oxigenoterapia > 10 lpm 26%; analítica: PCR 105 ± 89 mg/L, ferritina 802 ± 1.227 ng/mL, dímero D 1.104 ± 5.607 mg/mL, tropoina 11 ± 7 ng/L y gasometría arterial basal 69 ± 12 mmHg. Se trataron con tocilizumab + bolus de corticoides durante 10 días 8 (35%); tocilizumab 1 (4%) e interferón 1 (4%). En la 1ª visita: disnea CF I-II 14 (61%), asintomáticos 7 (30%) y tos 2 (9%); analítica: PCR 2 ± 9 mg/L, ferritina 128 ± 195 ng/mL, y dímero D 454 ± 261 ng/mL; PFR: CVF (%) 90 ± 21, FEV1/CVF (%) 77 ± 11, FEV1 (%) 91 ± 26, DLCO (mmol/min/kPa (%)) 64 ± 22. 6WT: 464 ± 88 metros; Desaturación < 90% en 4 (17%). En el primer TC (N: 21): tenían vidrio deslustrado 13 casos (62%), asociado: engrosamiento septal 4, bronquiolectasias 3 y engrosamiento pleural 2 casos. También se detectó vidrio deslustrado con patrón reticular en 7 pacientes (33%) de los cuales 3 se asociaron a bronquiolectasias; patrón "crazy paving" en 1 paciente (4,7%). TAC torácico post-corticoides (N: 13): resolución 3, mejoría 4; estabilidad 6.

Conclusiones: En nuestra cohorte las alteraciones radiológicas post-COVID fueron más frecuentes en varones mediana edad con comorbilidades, que al ingreso desarrollaron neumonía grave ± distrés respiratorio. El vidrio deslustrado fue secuela radiológica más frecuente y el tratamiento corticoideo lo podría mejorar en casi la mitad de los casos.

770. DESÓRDENES MUSCULOESQUELÉTICOS DE MIEMBRO SUPERIOR AL AÑO DE UNA RESECCIÓN PULMONAR

Alejandro Heredia Ciuró¹, Antonio Lazo Prados², Florencio Quero Valenzuela³, Carmen Romero Sánchez¹, Irene Torres Sánchez¹ y Marie Carmen Valenza¹

¹Universidad de Granada, Granada, España. ²Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. ³Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, Granada, España.

Palabras clave: Cáncer de pulmón. Resección pulmonar. Miembro superior.

Introducción: Los supervivientes de cáncer de pulmón presentan limitaciones severas en el miembro superior tras la cirugía de

resección. Y aunque diferentes estudios han descrito el estado pos-resección de estos pacientes, no hay estudios que hayan evaluado el estado de los miembros superiores de estos pacientes a largo plazo.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de desórdenes musculoesquelético de miembros superiores en los supervivientes de cáncer de pulmón al año de una cirugía de resección.

Material y métodos: En este estudio observacional, fueron incluidos supervivientes de cáncer de pulmón de diferentes estadios operados mediante resección pulmonar. Estos pacientes fueron evaluados al año de la cirugía y fueron comparados con controles sanos agrupados por la misma edad y sexo. Se evaluó el rango de movimiento activo de hombro mediante goniometría, y la existencia de mecanosensibilidad del tejido neural del miembro superior mediante los test de neurodinamia de los principales nervios del miembro superior (nervios mediano, radial y cubital).

Resultados: Un total de 76 supervivientes de cáncer y 74 controles fueron incluidos en este estudio. La flexión (p < 0,05), aducción (p < 0,001), y la rotación interna (p < 0,05) del miembro superior ipsilateral a la resección, y la abducción (p < 0,001), aducción (p < 0,05), y rotaciones internas y externas (p < 0,001) del miembro superior contralateral mostraron diferencias significativas comparados con el grupo control. Los test de neurodinamia de los nervios medianos y radiales de ambos miembros superiores (p < 0,001), y el cubital del miembro superior contralateral (p < 0,05) mostraron diferencias significativas comparados con el grupo control.

Conclusiones: El estudio concluyó que los supervivientes de cáncer de pulmón han mostrado alteraciones significativas en ambos miembros superiores al año de ser operados mediante cirugía de resección pulmonar, con una disminución del rango de movimiento activo de los hombros, y mecanosensibilidad del tejido neural de los miembros superiores. Una intervención temprana de los desórdenes musculoesqueléticos hallados podría mejorar y prevenir deterioros importantes.

771. EVALUACIÓN DE LAS SECUELAS RESPIRATORIAS EN NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 GRAVE

David Espejo Castellanos¹, Xavier Muñoz Gall^{1,2}, María Antonia Ramón Belmonte^{1,3}, Berta Sáez Giménez¹, Manuel López Meseguer¹ y María Jesús Cruz Carmona^{1,3}

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²CIBER Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Barcelona, España. ³Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España.

Palabras clave: Secuelas. Respiratorias. COVID-19.

Introducción: Se desconocen las secuelas respiratorias tras una infección respiratoria grave por SARS-CoV-2 y, por tanto, cuál es el seguimiento que precisan estos pacientes. En el Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) se documentó evolución a fibrosis hasta en un 21% de los casos.

Objetivos: Identificar las secuelas respiratorias de los pacientes que han ingresado por una neumonía por SARS-CoV-2 y que han requerido soporte ventilatorio.

Material y métodos: Se incluyen los 160 primeros pacientes visitados que habían ingresado por una neumonía por SARS-CoV-2 y que habían requerido soporte ventilatorio durante la primera fase de la pandemia. Se realizó un estudio de la función pulmonar con espirometría, test de difusión y Walking Test (WT6) y una TC de tórax.

Resultados: El tiempo medio de seguimiento fue de 64 (DE ± 22,7) días. En 146 (91%) pacientes se observaron alteraciones radiológicas en la TC de tórax, con un patrón de fibrosis en el 18% de los casos. En

51 (32%) la espirometría estaba alterada. En 129 (81%) se observó una disminución de la difusión. La distancia media recorrida en el WT6 fue de 409m con una SaO₂ media del 94%. Ochenta y tres (52%) pacientes presentaban disnea de esfuerzo con un MRC ≥ 1 .

Conclusiones: La repercusión clínica, radiológica y de función pulmonar de los pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 que han requerido soporte ventilatorio es muy relevante. Parece esencial realizar estudios evolutivos para ver la significación de estas alteraciones.

773. BIOMARCADORES SISTÉMICOS COMO PREDICTORES DE FIBROSIS PULMONAR POST NEUMONÍA COVID-19

Carla Suárez Castillejo¹, Jaume Saulea Roig^{1,2}, Sara Hermoso de Mendoza Aristegui¹, Lluïsa Ramon Clar¹, Amanda Iglesias Coma³, Belén Núñez Sánchez^{1,2}, Alberto Alonso Fernández^{1,2}, Nuria Toledo Pons^{1,2}, Jose Luis Valera Felices¹ y Ernest Sala Llinas^{1,2}

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

²IdISBa, Palma de Mallorca, España. ³CIBERES, Palma de Mallorca, España.

Palabras clave: COVID. Biomarcadores. Fibrosis.

Introducción: La fibrosis pulmonar (FP) es una complicación de la neumonía por SARS-CoV-2 y, aunque los mecanismos implicados en la misma son poco conocidos, la inflamación sistémica podría tener un papel clave en su desarrollo. Hipótesis: biomarcadores de inflamación y fibrosis predicen el desarrollo de FP post neumonía por SARS-CoV-2.

Objetivos: Analizar biomarcadores sistémicos de inflamación y fibrosis, al ingreso y a los 6 meses del alta hospitalaria, en una cohorte de pacientes diagnosticados de neumonía por SARS-CoV-2 y valorar su asociación con marcadores radiológicos de fibrosis y con variables de función pulmonar.

Material y métodos: Al ingreso y a los 6 meses del alta hospitalaria se realizaron las siguientes exploraciones: TAC torácica con contraste (TAC) y determinación en suero (ELISA) de IL-1, 6, 8, 10, IFN γ , CCL18, fibrinógeno, proteína C reactiva (PCR), ferritina, LDH, MMP7, TNF α y sus receptores, KL-6, TGF β y proteínas del surfactante (SPA, SPD). A los 3 y 6 meses del seguimiento se realizaron pruebas de función pulmonar (PFR). La fibrosis en la TAC se definió como presencia de, al menos, una de las siguientes características: bandas fibróticas, reticulación, bronquiectasias y/o vidrio deslustrado.

Resultados: Se evaluaron 39 pacientes (64% Hombres, 61 \pm 2 años [X \pm ESM]), con IMC 28,8 \pm 0,6 Kg/m², hábito tabáquico acumulado 27 \pm 5 paquetes-año y PaO₂/FIO₂ 251 \pm 19 mmHg al ingreso. Los marcadores de inflamación (más relevantes en los resultados finales) mostraron al ingreso: PCR 18 \pm 2 mg/dl, IL-6 26 \pm 8 pg/ml y KL-6 60 \pm 15 U/mL. La TAC al ingreso mostró infiltrados pulmonares en todos los pacientes, mientras que a los 6 meses mostró signos de FP en 21 pacientes. Las PFR a los 3 meses mostraron: FEV1/FVC 78 \pm 12%, FVC 91 \pm 4% y DLCO 75 \pm 4%. Los niveles de IL-6 y PCR al ingreso mostraron niveles más elevados en los pacientes con presencia de FP en la TAC de los 6 meses (p < 0,05). Los niveles de KL-6 durante el ingreso se relacionaron (p < 0,01) a los 3 y 6 meses con la FVC (r = -0,54 y -0,48) y la DLCO (r = -0,48 y -0,52), respectivamente.

Conclusiones: En pacientes con neumonía por SARS-CoV-2: 1) Niveles elevados de IL-6 y PCR obtenidos al ingreso se asociaron con FP en la TAC realizada a los 6 meses; y 2) Los valores de KL-6 obtenidos durante el ingreso, se correlacionaron con peor PFR durante el seguimiento. Estos biomarcadores podrían identificar precozmente a aquellos pacientes con más riesgo de FP post COVID-19.

Subvencionado por IdISBa, Boehringer y Roche.

792. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES COVID-19 INGRESADOS DE MARZO 2020 A ENERO 2021

María Elena Mansilla Rodríguez, Gabriel Mariscal Vázquez, José Carlos Alarcón García, Ana Fulgencio Delgado y José María Fajardo Picó

Hospital Infanta Elena, Huelva, España.

Palabras clave: COVID-19. Características epidemiológicas.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de los pacientes ingresados por COVID-19 de marzo del 2020 a enero del 2021 en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de todos los pacientes con COVID-19 ingresados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas en el Hospital Infanta Elena desde marzo del 2020 a enero del 2021. Se analizaron aquellos pacientes con infección por SARS-CoV-2 documentada por PCR de exudado nasofaríngeo y neumonía intersticial con factores de riesgo. Como factores de riesgo se encuentran: edad mayor de 60 años, obesidad, enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), enfermedad renal crónica, cirrosis hepática y enfermedades oncohematológicas.

Resultados: Se ha analizado una cohorte de 66 pacientes, con una edad media de 65 años, de los cuales el 62,1% fueron hombres, y el 37,9% mujeres. El 4,5% eran personal sanitario. Del total, el 22,7% había tenido contacto con alguna persona con infección por SARS-CoV-2 conocida. Con respecto a los factores de riesgo vascular (FRV), el 12,1% eran fumadores, 57,6% hipertensos (HTA) conocidos y el 21,2% DM Tipo 2. El 9,1% presentaban antecedentes de enfermedad coronaria, 7,6% EPOC; 9,1% enfermedad renal crónica; 16,7% insuficiencia cardíaca y tan solo el 6,1% asmáticos. El 6,1% del total presentaban neoplasia activa; El 6,1% presentaba enfermedad autoinmune; ninguno de los pacientes ingresados era VIH positivo. Con respecto al tratamiento previo al ingreso: El 12,1% tomaban IECA, el 25,2% ARAII. Antiinflamatorios el 3%; Corticoides el 10,6%; Hidroxicloroquina el 16,7%; Inmunosupresores el 1,5%; Estatinas el 23,1%; Ninguno tomaba corticoides inhalados y ninguno adicto a drogas por vía parenteral; Fallecieron el 16,1% del total, de los cuales el 88,9% eran hipertensos, el 44,4% diabéticos tipo 2; El 22,2% presentaba enfermedad renal crónica y 11,1% eran fumadores.

Conclusiones: Observamos que en nuestro ámbito asistencial hubo más varones afectados que mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron la HTA y DM 2, con menos incidencia de insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, obesidad y neoplasias. Los pacientes con HTA y DM2 tienden a tener peor pronóstico y mayor morbimortalidad, por lo que podrían considerarse indicadores de mal pronóstico en la infección respiratoria por SARS-CoV-2.

794. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES COVID-19

María Elena Mansilla Rodríguez, Ana Fulgencio Delgado, Gabriel Mariscal Vázquez, José María Fajardo Picón y José Carlos Alarcón García

Hospital Infanta Elena, Huelva, España.

Palabras clave: Fiebre. Tos. Anosmia.

Objetivos: Describir la clínica de los pacientes ingresados por COVID-19 de marzo a mayo del 2020 en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de todos los pacientes con COVID-19 ingresados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas en el Hospital Infanta Elena durante el 2020. Ámbito: Hospital Infanta Elena (Huelva). Hospital Comarcal de 2º nivel que abarca los distritos Huelva-Costa y el Condado-Campiña. Se analizaron aquellos pacientes con infección

por SARS-CoV-2 documentada por PCR de exudado nasofaríngeo y neumonía intersticial con factores de riesgo. Como factores de riesgo se encuentran: edad mayor de 60 años, obesidad y enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, diabetes mellitus tipo 2 (DM Tipo 2), enfermedad renal crónica, cirrosis hepática y enfermedades oncohematológicas. Se ha recogido sintomatología respiratoria, digestiva, fiebre, mialgias, dolor torácico, cefalea, anosmia y ageusia.

Resultados: Se ha analizado una cohorte de 66 pacientes, con una edad media de 65 años, 41 varones (62,1%) y 25 mujeres (37,9%) de los cuales 27 presentaron fiebre el ingreso (80,3%); tos seca el 78,8%; 42,4% mialgias; 12,5% cefalea; 10,6% náuseas y vómitos; 7,6% presentó diarrea; 10,6% anosmia; 7,6% ageusia; 6,1% dolor torácico de características no isquémicas; 3,1% rinorrea;

Conclusiones: Observamos que en nuestro ámbito asistencial la mayor parte de los pacientes presentaron fiebre al ingreso acompañada de tos seca, mialgias y cefalea, con menos incidencia de clínica digestiva y afectación del gusto y olfato. En la infección respiratoria aguda grave por SARS-CoV-2 los pacientes tienden a presentar más clínica respiratoria, con predominio de tos seca, acompañada de fiebre y mialgias.

821. SECUELAS PULMONARES A CORTO PLAZO SEGÚN EL BROTE EPIDÉMICO EN ENFERMOS CRÍTICOS

Paola Carmona Arias^{1,2,3,4,5}, Sally Santistevé Lostes^{1,2,3,4,5}, Aida Monge Esqué^{1,2,3,4,5}, Rafaela Vaca Molina^{1,2,3,4,5}, Anna Moncusí Moix^{3,4,5}, Clara Gort Paniello^{3,4,5}, Ivan David Benítez^{3,4,5}, David de Gonzalo Calvo^{3,4,5}, Ferran Barbé Illa^{1,2,3,4,5} y Jessica Gónzalez Gutiérrez^{1,2,3,4,5}

¹Hospital Universitario Santa María, Lleida, España. ²Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España. ³Grupo de investigación Translacional en Medicina Respiratoria (TRRM), Lleida, España. ⁴Instituto de investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida), Lleida, España. ⁵CIBER de enfermedades respiratorias (CIBERES), Instituto de salud Carlos III, Madrid, España.

Palabras clave: Función pulmonar. Secuelas. COVID-19.

Introducción: El SARS-CoV-2 es el virus responsable de la enfermedad conocida como COVID-19, precisando ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) en más del 20% de los pacientes. El manejo clínico ha sido diferente a lo largo del tiempo y se desconoce su impacto en las secuelas a corto plazo de los pacientes críticos.

Objetivos: Valorar si existen diferencias en las secuelas biopsicosociales y en la función respiratoria a los tres meses del alta hospitalaria de pacientes críticos por COVID-19 en función del brote epidémico.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en las UCIs de los dos hospitales Universitarios de Lleida durante los meses de marzo a junio (primer brote) y de julio a septiembre (segundo brote) de 2020. A los tres meses del alta se realizaron pruebas de función respiratoria completas (PFR), test de 6 minutos marcha (T6MM) y cuestionarios clínicos para valorar síntomas, calidad de vida (SF-12) y ansiedad y depresión (escala HADS). Las diferencias entre los dos grupos se evaluaron mediante el test paramétrico (t-Student).

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes consecutivos del primer brote (58 ± 10 años, 72,6% hombres) y 35 del segundo (61 ± 10 años, 51,4% hombres), sin diferencias significativas en cuanto a comorbilidades. La estancia en UCI fue de 15,0 [7,25; 27,0] vs 7,0 [1,25; 10,8] días $p < 0,01$. El porcentaje de intubación orotraqueal fue 62,9% vs 26,5% ($p < 0,001$). El tratamiento farmacológico fue diferente, siendo la hidroxiquina y los antirretrovirales predominantes en el primer brote y la metilprednisolona, tocilizumab y remdesivir en el segundo. A los tres meses no se observaron diferencias en cuanto a

los síntomas, en los dominios físico (44,2 ± 10,3 vs 41,0 ± 10,4) ni mental (48,52 ± 13,2 vs 50,3 ± 12,9) del SF-12, así como en los apartados de ansiedad (4,22 ± 4,29 vs 4,69 ± 4,73) y depresión (3,12 ± 3,65 vs 3,5 ± 3,98) de la escala HADS. Tampoco se observó diferencias en ningún parámetro de las PFRs (FVC: 81,5 ± 16,7 vs 78,1 ± 12,7; FEV1: 88,9 ± 19,1 vs 87,7 ± 14,9; DLCO: 67,8 ± 12,5 vs 71,9 ± 16,2) ni en la distancia recorrida en el T6MM (401 ± 93,1 vs 411 ± 74,1 metros).

Conclusiones: Existen diferencias en el manejo clínico de los pacientes críticos por COVID-19 entre los distintos brotes epidémicos que implican una reducción de la estancia hospitalaria y de la tasa de IOT pero que no se asocian a diferencias en las secuelas pulmonares o en la calidad de vida a corto plazo.

Financiado por CIBERESUCICOVID (COV20/00110).

830. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HOSPITALIZACIONES POR SOSPECHA DE COVID-19

Esther Palones Femenia, Elena Curto Sánchez, Inés Podzamczar Valls, Laia Cendón Panades, Albert Rafecas Codern, Fernando Gutiérrez Pereyra y Vicente Plaza Moral

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

Palabras clave: Sospecha. Confirmación. Diagnóstico alternativo.

Introducción: Los síntomas de COVID-19 son inespecíficos, y las pruebas diagnósticas pueden tener falsos negativos. Debido a su alta contagiosidad, muchos pacientes ingresan como posibles COVID-19 a la espera de realizarse otras pruebas para confirmar el diagnóstico. Hipótesis: un porcentaje de los pacientes con PCR negativa pero sospecha clínica de COVID-19 se debe a un falso negativo de las pruebas y otros a diagnósticos alternativos de presentación clínica similar.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en el que se incluyeron pacientes de cualquier edad que requirieron ingreso en nuestro centro como sospecha de COVID-19 no confirmada en el segundo semestre de 2020. Se define sospecha de COVID-19 como el paciente que teniendo una PCR de COVID-19 negativa ingresa en una sala de hospitalización COVID-19, a la espera de realizar más pruebas para descartar el diagnóstico. Se han recogido datos sociodemográficos, comorbilidades, presentación clínica, analítica y radiológica, tratamiento recibido, las exploraciones realizadas, y la evolución clínica.

Resultados: Se analizaron 67 casos. De media tenían 64,71 años, IMC de 27,55 kg/m² y el 44,1% eran mujeres. La comorbilidad más prevalente fue la hipertensión arterial (54,4%) y un 38,2% tenían algún antecedente respiratorio. Las causas de sospecha clínica elevada fueron la combinación de síntomas y alteraciones analíticas (19 pacientes, 27,9%), únicamente los síntomas (14, 20,6%), y en 12 los síntomas y la radiología o los tres criterios (17,6%). A un 22% (15) de los pacientes se les realizaron tres PCR. En 39 pacientes (57%) se realizó serología, y 5 (7,4%) llegaron a realizarse broncoscopia para realización de PCR de coronavirus sobre lavado broncoalveolar. COVID-19 confirmado: 10 (14,7%); 5 mediante la 2ª PCR, 1 en la 3ª, 1 serología, y 3 broncoscopia. COVID-19 descartado: 58 (85%). Las alternativas más frecuentes fueron neumonía (22, 32,4%) e ICC (7, 10,3%). 16 pacientes (27%) fueron dados de alta sin seleccionar un diagnóstico alternativo ni confirmar COVID-19. Entre ambos grupos solo se encontraron diferencias significativas en la incidencia de anosmia/ageusia (30% vs 8,62%, $p < 0,05$), las poblaciones leucocitarias, y el número de exploraciones de microbiología realizadas (2,67 en el grupo confirmado, vs 1,68, $p < 0,02$).

Conclusiones: En nuestra serie hubo un 14,7% de falsos negativos. Las patologías que simulan COVID-19 con mayor frecuencia son la neumonía y la ICC.

833. MICRORNAS ASOCIADOS CON SEVERIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Iván David Benítez Iglesias^{1,2}, Amara Carratalá^{1,2}, Anna moncusí Moix^{1,2}, Clara Gort Paniello^{1,2}, Lucía Pinilla Latorre^{1,2}, Marta Molinero García^{1,2}, Gerard Torres^{1,2}, Jesús F. Bermejo Martín³, Ferran Barbé Illa¹ y David de Gonzalo Calvo^{1,2}

¹Translational Research in Respiratory Medicine, University Hospital Arnau de Vilanova and Santa María, IRBLleida, Lleida, España. ²CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Institute of Health Carlos III, Madrid, España. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Palabras clave: MicroRNA. Biomarcadores. Unidad de cuidados intensivos.

Introducción: Aproximadamente el 20-30% de los pacientes de COVID-19 desarrollan un fenotipo grave de enfermedad respiratoria asociada a una elevada tasa de mortalidad. En este contexto, es necesario el desarrollo de nuevos biomarcadores que asistan al clínico en el manejo del paciente. Los biomarcadores basados en microRNA (miRNA) circulantes han mostrado ser herramienta útil en la toma de decisiones médicas. Nuestro objetivo fue caracterizar el perfil de miRNA circulante de pacientes hospitalizados por COVID-19 y explorar su papel como biomarcadores de gravedad y pronóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional y multicéntrico que incluyó a 84 pacientes con prueba de PCR con hisopo nasofaríngeo positivo para SARS-CoV-2 reclutados durante la primera ola pandémica en España (marzo-junio de 2020). Los pacientes fueron clasificados según la gravedad in situ a la extracción de muestra biológica: ingresados en planta sin necesidad de cuidados críticos e ingresados en unidad de cuidados intensivos (UCI). Adicionalmente, los pacientes de UCI fueron clasificados en base a la supervivencia intra-UCI. El perfil de miRNA en plasma se cuantificó utilizando RT-qPCR. Se evaluó la expresión diferencial de los miRNAs entre grupos de estudio mediante modelos lineales. Finalmente, se exploraron modelos predictivos utilizando regresión LASSO.

Resultados: Los pacientes ingresados en UCI mostraron diez miRNA circulantes desregulados respecto a los ingresados en planta. El modelo LASSO identificó una firma de tres miRNA (miR-148a-3p, miR-451a y miR-486-5p) con una óptima capacidad de discriminación entre grupos (AUC = 0,89). Entre los pacientes ingresados en UCI, se observaron seis miRNAs desregularon negativamente en aquellos pacientes que no sobrevivieron el ingreso en UCI. Una firma basada en dos miRNA (miR-192-5p y miR-323a-3p) diferenció con precisión entre supervivientes y no supervivientes (AUC = 0,80). La discriminación de la firma fue superior a la observada en parámetros como el recuento de leucocitos, PCR o dímero D (AUC máxima = 0,73). Los niveles de miRNA correlacionaron con la duración de la estancia en la UCI.

Conclusiones: Los perfiles de miRNA circulantes están asociados con la gravedad de COVID-19. Los resultados sugieren el potencial de las firmas de miRNA en el pronóstico de la mortalidad en pacientes de UCI.

837. REPERCUSIONES DE LA PANDEMIA EN EL ÁMBITO ORGANIZATIVO DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS

Ángela Montoro Martínez, Antonia Prieto Martos, Eva María Montero Mohedano y Sara Requejo Arranz

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Palabras clave: Cuidados indirectos. Actividad educativa. Anticipación.

Introducción: El cuidado de los pacientes se concibe tanto de forma directa como indirecta. El incremento de ingresos de pacientes

diagnosticados de SARS-CoV-2 motivó que pacientes con patologías y procesos específicos tuvieran que ser ingresados en unidades que atienden a otras especialidades médicas o quirúrgicas. Este hecho provocó la demanda continua de información sobre cuidados específicos por parte de los profesionales de enfermería de destino a la Unidad de Cirugía Torácica, lo que llevó a planificar de forma urgente un programa educativo que permitiera garantizar la seguridad de estos pacientes y la calidad de sus cuidados.

Objetivos: Realizar una educación sanitaria para profesionales de enfermería que deben atender de forma inesperada, debido a la pandemia, a pacientes de cirugía especializada en un hospital de tercer nivel, garantizando la calidad y la seguridad en la prestación de sus cuidados.

Material y métodos: Se planificó la actividad educativa atendiendo todas las etapas del proceso; se identificó las necesidades de los profesionales (conocimientos, destrezas y habilidades), el personal docente y discente y se realizó una programación de la misma. Los contenidos se centraron en los cuidados pre y posquirúrgicos de pacientes sometidos a cirugía torácica. Las sesiones educativas fueron de carácter presencial, utilizando material didáctico de elaboración propia (pósteres y vídeos) y realizando un posterior seguimiento telefónico a demanda de los profesionales. Actualmente se está llevando a cabo la etapa evaluativa de la actividad, abordando aspectos como la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades y el grado de satisfacción de los profesionales.

Resultados: Se consiguió la adecuada instrucción de los profesionales enfermeros de manera eficaz ante una situación inesperada con repercusiones en la salud de los pacientes. El resultado de la evaluación permitirá obtener datos más específicos en cuanto a dimensiones como tiempos de respuesta, calidad de la enseñanza o adecuación de los profesionales.

Conclusiones: Experimentar esta imprevista situación, ha permitido detectar necesidades en la práctica diaria de los profesionales de enfermería como la capacitación para prestar cuidados directos e indirectos ante una crisis de urgencia. Asimismo, se ha puesto de manifiesto que la anticipación es clave para poder abordar escenarios laborales que situaciones como la pandemia puede transformar en un breve espacio de tiempo.

845. IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN PULMONAR EN LAS SECUELAS PRODUCIDAS POR LA COVID-19

Aida Monge Esqué^{1,2}, Paola Carmona Arias^{1,2}, Sally Santistevé Lostes^{1,2}, Anna Moncusí Moix², Clara Gort Paniello², David de Gonzalo Calvo², Esther Gracia Lavedan^{2,3}, Gerard Torres Cortada^{1,2,4}, Ferran Barbé Illa^{2,4,5} y Jessica González Gutiérrez^{5,2}

¹Hospital Universitari Santa María, Lleida, España. ²Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Lleida, España. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España. ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Lleida, España. ⁵Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España.

Palabras clave: Rehabilitación respiratoria. COVID-19. Secuelas respiratorias.

Introducción: Los pacientes con infección por COVID-19 que desarrollan un cuadro de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) pueden presentar como secuelas una alteración en la condición física, fatiga y/o atrofia muscular, disnea de esfuerzo, y trastorno de estrés postraumático.

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de rehabilitación pulmonar (PRP) sobre las alteraciones clínicas y funcionales respiratorias en pacientes que ingresaron con SDRA causado por el SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio prospectivo de intervención. Se incluyeron de manera consecutiva los sujetos que ingresaron en UCI o en planta de hospitalización convencional que presentaron SDRA y que persistían con alteraciones clínicas y/o funcionales tres meses después del alta hospitalaria. Se inició un PRP de 9 semanas, con una frecuencia de dos días por semana. Se recogieron antes y después del PRP: pruebas de función respiratoria, test de 6 minutos marcha (T6MM) y síntomas clínicos como la escala de disnea mMRC, cuestionario de fatiga FACIT-F, y actividad física IPAQ y cuestionario de ansiedad y depresión (escala HADS). Se evaluó el cambio en la saturación de O₂, la frecuencia cardíaca durante el test de fuerza de miembros inferiores sit to stand así como el número de repeticiones. Las diferencias entre los dos puntos se evaluaron mediante el test paramétrico para muestras pareadas (t de Student) analizando los datos con versión 3,6.

Resultados: Un total de 21 pacientes finalizaron el PRP hasta la fecha, mayoritariamente hombres (66,7%) y con una media (\pm desviación estándar) de edad de $56,5 \pm 12$ años. Un 76,2% procedían de UCI y un 42,9% precisaron intubación orotraqueal. Tras el PRP se evidenció un incremento significativo del porcentaje de la DLCO ($61,8 \pm 12,1$ vs $72,3 \pm 10,8$, $p = 0,04$) y de la distancia media recorrida en el T6MM ($421 \pm 75,8$ vs $465 \pm 92,9$ m, $p = 0,03$). Asimismo, se observó una mejoría de la disnea ($p = 0,01$) y un incremento en el IPAQ ($1,574 \pm 1,168$ vs $3,045 \pm 1,816$ METS, $p < 0,001$), en la puntuación del FACIT-F ($29,6 \pm 10,6$ vs $36,5 \pm 11,5$, $p < 0,001$) y en las repeticiones del sit to stand test ($21,8 \pm 6,28$ vs $30,7 \pm 6,88$, $p < 0,001$). La caída de la saturación ($p = 0,001$), la saturación mínima ($p = 0,008$) y la FC ($p = 0,007$) mejoraron durante este test.

Conclusiones: En pacientes con SDRA causado por el SARS-CoV-2 tras el alta hospitalaria, la participación en un PRP mejora la funcionalidad respiratoria y aumenta la capacidad y actividad física, además de mejorar síntomas como la disnea y la fatiga.

856. SALUD MENTAL, COVID-19 Y CUIDADOS EN LA PRIMERA LÍNEA. UN ANÁLISIS CUALITATIVO

Jara Bonilla Bermejo¹, Borja Rivero Jiménez¹, David Conde Caballero¹, Jerónimo Luengo Polo² y Lorenzo Mariano Juárez¹

¹Universidad de Extremadura, Cáceres, España. ²Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España.

Palabras clave: Cualitativo. Salud Mental. Experiencia.

Introducción: El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) alertaba sobre la existencia de un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, siete de ellos en estado grave. En ese instante desconocíamos la gravedad de la situación y las consecuencias de aquellos hechos. El 18 de abril el virus se había extendido hasta 198 países, infectando, según las cifras oficiales, siempre a la baja, a más de 2,4 millones de personas y 150.000 bajas. Las cifras no han dejado de crecer desde entonces, tensionando los sistemas de salud de todo el mundo y afectando a la salud de sus profesionales. La evidencia disponible hasta la fecha señala que, al menos uno de cada cinco de estos trabajadores ha reportado síntomas de depresión o ansiedad-cifras mayores entre las enfermeras y las profesionales mujeres-, uno de cada cuatro ha experimentado problemas o alteraciones del sueño. Los primeros trabajos han señalado que las enfermeras son la población con mayores riesgos de padecer problemas de salud mental.

Material y métodos: Esta comunicación describe los resultados de un proyecto de investigación cualitativo, realizado a través de entrevistas semiestructuradas a enfermeras que trabajaron en la provincia de Cáceres durante la primera hora. Un total de 19 personas- 15 mujeres y 4 hombres, con edades entre 25 y 54 años- participaron

en el estudio. A partir de un enfoque enraizado en los postulados de la Narrative Based Medicine, se realiza un análisis de la experiencia de esos meses, prestando atención al impacto en la salud mental.

Resultados: La situación de aislamiento propio y de los pacientes, la incapacidad para prestar cuidados de la forma más adecuada, los problemas generados por el especial vínculo creado en las residencias geriátricas, el estrés a lo desconocido y los temores por contagiar, aparecen en las narrativas configurando un escenario vivido como estresante. Se describen las manifestaciones de procesos vinculados a trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, además de las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales.

Conclusiones: Los relatos de experiencia describen con una intensidad la situación de deterioro de la salud mental como no es capaz de mostrar la retórica de los números. Se describe la sensación de orfandad vivida por los profesionales respecto a los gestores. Se recomienda el desarrollo de una estrategia de formación y atención en el área de la salud mental.

861. MANEJO AMBULATORIO DE LA NEUMONÍA LEVE POR SARS-CoV-2 (COVID-19)

Francisco Antonio Mendez Salazar¹, Iria Vidal García¹, Ana Souto Alonso¹, Santiago de Jorge Domínguez Pazos¹, Angélica Consuegra Vanegas¹, Adela Antelo del Río¹, Isabel Otero González¹, Tara Pereiro Brea¹, María de la Cámara Gómez² y Carmen Montero Martínez¹

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España.

Palabras clave: Neumonía-COVID. Teleconsulta. Ambulatorio.

Introducción: La neumonía por COVID-19 tiene un espectro muy amplio de gravedad y no disponemos de herramientas validadas para valorar que pacientes se pueden tratar en el domicilio.

Objetivos: Analizar la mortalidad y el ingreso hospitalario de pacientes dados de alta de urgencias por neumonía COVID-19 tras un protocolo consensuado por el servicio de Urgencias y Neumología.

Material y métodos: Se elaboraron unos criterios de alta de urgencias para pacientes con neumonía COVID: edad < 65 años, ampliado a 70 años, infiltrado pulmonar unilateral o bilateral, ausencia de factores de mal pronóstico, estabilidad clínica: TA sistólica > 90, FR < 20, FC < 100, saturación basal de oxígeno > 93%, sin complicaciones analíticas y apoyo social. Al alta el paciente se incluye en un circuito de monitorización domiciliar por enfermería y teleconsulta con el neumólogo. Las variables analizadas fueron: demográficas (edad, sexo), días desde el inicio de síntomas y teleconsulta, saturación (SpO₂) o gasometría al alta, analítica, CURB65, mortalidad, ingreso hospitalario o en UCI durante los siguientes 30 días al alta de urgencias.

Resultados: Desde el 2/4/2020 al 22/12/2020 se incluyeron 61 pacientes con infiltrados pulmonares y PCR positiva para COVID o pendiente de confirmación de la PCR. Se excluyeron 14 pacientes por no adaptarse al protocolo establecido. Los 47 pacientes incluidos presentaban PCR positiva y neumonía COVID. La edad media fue 49 años (18-70), 61% mujeres, 57% sin comorbilidades y 42% con comorbilidades leves: hipertensión arterial 21%, obesidad 10%, dislipemia 23%, asma leve 8%. La media desde el inicio de síntomas hasta la primera teleconsulta fue de 9 días, la media desde alta en urgencias hasta 1ª teleconsulta fue de 1,98 días, la SpO₂ media fue 97%, presentaban infiltrados unilaterales 80% y bilaterales 19%, la escala de CURB-65 fue 0 en el 89%, 1 en el 10%. Tres pacientes (6%) ingresaron. La mortalidad fue del 0% sin evidenciar ingresos en UCI durante los 30 días del alta de urgencias.

Conclusiones: La neumonía leve por COVID-19 puede tratarse ambulatoriamente si disponemos de un protocolo definido, monitorización domiciliar y un circuito de seguimiento que permita el

ingreso si fuese necesario. La realización de protocolos consensuados entre urgencias y otras especialidades disminuirá los ingresos sin aumentar el riesgo para el paciente. Son necesarios estudios de validez sobre la aplicabilidad de las escalas de gravedad vigentes sobre la neumonía COVID.

862. PULMONARY FUNCTION IN SURVIVORS OF CRITICAL COVID-19 AT 3-MONTHS FOLLOW-UP

Iván David Benítez Iglesias^{1,2}, Paola Carmona Arias^{3,4}, Sally Santisteve Lostes^{2,5}, Aida Monge Esqué^{1,4}, María Zuñil Moreno^{2,3}, Gerard Torres Cortada^{4,5}, David de Gonzalo Calvo^{1,2}, Antoni Torres Martí^{4,6}, Ferran Barbé Illa^{2,5} and Jessica González Gutiérrez⁴

¹Translational Research in Respiratory Medicine, Lleida, Spain. ²CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Madrid, Spain. ³University Hospital Arnau de Vilanova and Santa María, Lleida, Spain. ⁴Institute of Health Carlos III, Madrid, Spain. ⁵IRBLleida, Lleida, Spain.

⁶University Hospital Arnau de Vilanova and Santa María, Barcelona, Spain.

Keywords: COVID-19. CT Abnormalities. ICU.

Introduction: More than 20% of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) develop acute respiratory distress syndrome (ARDS) requiring intensive care unit (ICU) admission. The long-term respiratory sequelae in ICU survivors remain unclear.

Objectives: To perform a detailed characterization of the long-term pulmonary sequelae in critical COVID-19 survivors.

Material and methods: Consecutive patients with COVID-19 requiring ICU admission were recruited and evaluated 3 months after hospitalization discharge. The follow-up comprised symptom and quality of life, anxiety and depression questionnaires, pulmonary function tests, exercise test (6-minute walking test (6MWT)) and chest computed tomography (CT).

Results: 125 ICU patients with ARDS secondary to COVID-19 were recruited between March and June 2020. At the 3-month follow-up, 62 patients were available for pulmonary evaluation. The most frequent symptoms were dyspnea (46.7%), and cough (34.4%). Eighty-two percent of patients showed a lung diffusing capacity of less than 80%. The median (IQR) distance in the 6MWT was 400 (362;440) meters. CT scans were abnormal in 70.2% of patients, showing reticular lesions in 49.1% and fibrotic patterns in 21.1%. Patients with more severe alterations on chest CT had worse pulmonary function and presented more degrees of desaturation in the 6MWT. Factors associated with the severity of lung damage on chest CT were age and length of invasive mechanical ventilation during the ICU stay.

Conclusions: Pulmonary structural abnormalities and functional impairment are highly prevalent in surviving ICU patients with ARDS secondary to COVID-19 3 months after hospital discharge. Pulmonary evaluation should be considered for all critical COVID-19 survivors 3 months post discharge.

875. VALOR PRONÓSTICO DE LA LDH EN PACIENTES COVID EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Francisco Javier Ribas Solís¹, Julia Amaranta García Fuertes¹, J.J. Oribe Plágaro², Paula Bordallo Vázquez¹, Javier Poyo Molina¹, Clara Ortega Michel¹, Irantzu Elorza Sagasta¹, Miguel Ángel Sánchez de Toro¹, Olatz Llaguno Ochandiano¹ y Jose Luis Lobo Beristain¹

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz. España.

Palabras clave: LDH. COVID-19. Pronóstico.

Objetivos: Analizar el punto de corte del nivel plasmático de LDH como marcador de riesgo de complicaciones evolutivas en pacientes COVID en el momento del diagnóstico, y en la decisión de ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes COVID-19 atendidos en nuestro Servicio en marzo-abril de 2020. Se analizó la asociación de los niveles de LDH en el área de Urgencias con el desenlace final del proceso, en la totalidad de los pacientes y en el subgrupo de los que no cumplían ninguno de los criterios clínicos preespecificados de ingreso. Se consideró evolución desfavorable (Grupo-3) cuando el paciente fallecía durante su estancia, o precisaba OAFN, o V mecánica invasiva o No invasiva. Test de Student y Mann-Whitney para variables continuas y test exacto de Fisher para categóricas (versión 15, SPSS Inc., Chicago, Illinois) para manejo estadístico de los datos. Se consideró estadísticamente significativa two-sided $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 599 pacientes COVID-19 (edad 60,83 [DE: 24,04], Varones 60,27% [IC95 56,3-64,1]), 170 (28,38% [IC95: 24,92-32,12]) presentaron evolución desfavorable (Grupo-3), 244 (40,73% [IC95: 36,87-44,72]) precisaron oxigenoterapia convencional (Grupo-2), y 185 (30,88% [IC95: 27,32-34,70]) no precisaron ningún tipo de oxigenoterapia (Grupo-1) durante su estancia. La determinación de LDH no se hizo rutinaria en Urgencias hasta la tercera semana de marzo, y solo 306 pacientes del total (51,09% [IC95 47,09-55,07]) la tenían. Los niveles de LDH eran progresivamente elevados según la gravedad que presentaban los pacientes en su evolución (Grupo-1: 240 [DE 67,73], Grupo-2: 316 [DE 111,01], Grupo-3: 405 [DE 193,67]) Cuando se aplicaba a la totalidad de los pacientes, la Sensibilidad (0,835) y VPN (0,837) del punto de corte habitualmente recomendado (250 U/L) resultaban decepcionantes y había que bajarlo hasta 160 U/L (solo el 3,92% de los casos), para alcanzar un VPN superior al 95%. Entre los 101/599 (16,86%) pacientes que quedaban susceptibles de análisis tras la retirada de los que cumplían criterios clínicos de ingreso, la sensibilidad resultaba similar (0,875), pero el efecto de la reducción de la prevalencia elevaba el VPN por encima del 98% (0,981).

Conclusiones: La determinación de LDH con un punto de corte en 250 U/L, proporciona un VPN elevado entre los pacientes COVID-19 sin criterios clínicos de ingreso, y puede resultar de ayuda para la toma de decisiones en el Área de Urgencias.

882. USO DE MONTELUKAST EN EL TRATAMIENTO PRECOZ DE LA NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Felipe Blasco Patiño, Ana Guillamón Sánchez, Mariela Martín Berra, Yésica Sánchez Martínez, Luis Alberto Tascón Marín, Piort Edward Chochowsky, Javier Ricardo Ruíz Simancas, María Palacios Millán y María José García García

Hospital General Universitario de Torrevieja, Torrevieja, España.

Palabras clave: Montelukast. SARS-CoV-2. Interleucina 6.

Introducción: La IL6 es el principal mediador de respuesta inmune en la fase aguda en una infección viral. Un incremento en la producción de IL-6 puede bloquear la respuesta inmune. Algunas cepas virales, como sucede con el SARS-CoV-2, estimulan la secreción de IL6 como estrategia de evasión lo que conlleva un incremento de las cargas virales. De forma colateral, la IL6 estimula la producción hepática de la proteína C reactiva, ferritina, y de diversas proteínas de la cascada de coagulación favoreciendo procesos trombóticos.

Material y métodos: El montelukast bloquea la quimioprofilaxis de los neutrófilos al foco pulmonar, inhibe el NF-Kb disminuyendo la síntesis de TNF alfa, de IL6 y 12, sin interferir en los niveles de Interferón Beta. Mansour, mediante la aplicación de un modelo computacional, ha demostrado que al unirse al sitio catalítico Mpro del

SARS-CoV-2 podría inhibir su replicación. La administración precoz de montelukast debería bloquear la elevación de IL6, y con ello disminuir el riesgo de evolución a distrés respiratorio, e inhibir la replicación viral. Estudio piloto realizado del 12 de marzo al 8 de abril de 2020, en el servicio de Medicina Interna del HGU de Torre Vieja. En 88 pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 con menos de 7 días de evolución se administró montelukast a 22 (M) y se comparó con otros 66 que no lo recibieron (NM), siendo el médico responsable el que tomó la decisión. No hubo diferencias significativas entre grupos en cuanto a edad, sexo, enfermedades de base, o en las variables de gravedad (ferritina, linfopenia, insuficiencia respiratoria).

Resultados: El análisis mostró una mortalidad global a los 28 días del 14,9%, 4,8% (M) vs 18,8% (NM) (p 0,09). El 18,7% de los pacientes evolucionaron a SDR, 9,5% (M) vs 21,9% (NM) (p 0,20). TEP se diagnosticó en el 9,6% de los pacientes 0% (M) vs 12,6% (NM) (p 0,08)). Ningún paciente del grupo montelukast requirió intubación frente a 4 pacientes del grupo no montelukast (p 0,27).

Conclusiones: La administración de montelukast dentro de los 7 días siguientes al inicio de los síntomas podría disminuir la cascada inflamatoria y prevenir el desarrollo del SDR y con ello disminuir la mortalidad. En estudios posteriores al nuestro, como el de Khan et al, en el que los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 que recibieron montelukast presentaron menos eventos de deterioro clínico en comparación con los que no lo recibieron (10% vs 32%, p = 0,022), parecen refrendar estos datos.

883. USO DE OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES COVID HOSPITALIZADOS

Lorena Folgado Temprano, Yolanda Martín Vaquero, Ana Belén Lozano Lozano, Ana María Benito Juan, María Dolores Carrión Pérez, Laura Pérez Rodríguez, Consuelo Ortiz Martín, Antonio Manzano García y Vanesa Martín Rico

Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España.

Palabras clave: Terapia por inhalación de oxígeno. Terapia nasal de alto flujo.

Introducción: La oxigenoterapia nasal de alto flujo (ONAF) es una terapia alternativa para tratar la insuficiencia respiratoria de los pacientes COVID. En el hospital ya estaba disponible con anterioridad a la pandemia. Su uso preferente era en urgencias, UCI, cardiología y unidades hospitalización neumología y medicina interna. Con el crecimiento de los pacientes con COVID empieza la demanda de dicha terapia. Ante esta situación se hace visible la necesidad de aumentar los recursos materiales.

Objetivos: Analizar la implantación de la ONAF. Evaluar su uso durante la pandemia COVID en el Hospital Virgen de la Concha.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Desde enero 2020 a febrero 2021 de los recursos y el consumo de material fungible mediante análisis del histórico de la aplicación Saturno del Almacén general. Desde 6 noviembre 2020 al 8 febrero 2021 se revisan los pacientes con ONAF. Se realiza análisis descriptivo de las variables: edad, sexo, fecha ingreso, fecha inicio y final terapia con ONAF. No se recoge ningún dato de identificación de los pacientes. El origen de los datos es el registro de control material (de las unidades de hospitalización del Hospital Virgen de la Concha excepto la unidad de neumología).

Resultados: Previa pandemia se dispone de 6 equipos. Entre marzo-abril 2020 se adquieren 5 y en octubre 10. El consumo de cánulas nasales de ONAF en 2020 es de 705, el 58% en octubre, noviembre y diciembre. En 2021: 50. Consumo de circuitos en 2020: 464, el 54% en octubre, noviembre y diciembre y 2021: 90. Se revisan 56 pacientes con terapia, 89% son COVID positivo. El 60,7% son hombres. La media edad es 70,5 años \pm 9,4 (53-90). Los pacientes que pasan a UCI tienen

media edad 65 (53-77). Media días terapia 7,5 \pm 10 (1-48). El 39,9% en el intervalo 1-7 días. Motivos de retirada de la ONAF: 23,3% pasan a mascarilla HEPA, 21,4% pasan a UCI, precisan intubación, 17,9% fallecimiento, 10,7% a Ventimax, 10,7% a mascarilla reservorio. Para el 61% (34) ha sido opción terapéutica de los cuales 8,9% continúan con ella el último día.

Conclusiones: Ante la situación límite es fundamental la centralización de los materiales para optimizar su uso. La ONAF es una oportunidad a los pacientes con limitaciones terapéuticas en unidades de hospitalización. Ha sido una terapia que progresivamente ha aumentado. Es necesario sistematizar el cambio de fungibles siguiendo las recomendaciones del fabricante.

887. DECANULACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES COVID-19 TRAS VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA

Fernando Gutiérrez Pereyra, Patricia Peñacoba Toribio, Indalecio Moran Chorro, Xavier León Vintro, Juan Carlos Suárez Montero, María Casasayas Plass, Carme Puy Rion y Antonio Antón Albisu

Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Palabras clave: Ventilación mecánica prolongada. Traqueostomía. Decanulación.

Introducción: Muchos pacientes COVID-19 requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI) con ventilación mecánica prolongada (VMP). Se tienen pocos datos sobre el papel de la traqueostomía (TM) en estos casos, su curso clínico, complicaciones y el proceso de la decanulación.

Objetivos: Analizar las características y evolución de los pacientes con COVID-19 que precisaron TM por VMP. Describir complicaciones y posibles factores asociados a un retraso en el proceso de decanulación.

Material y métodos: Estudio de una cohorte de pacientes COVID-19 traqueostomizados, ingresados desde marzo a diciembre de 2020 en nuestro centro. Se recogieron sus datos antropométricos, antecedentes y evolución clínica. Se analizó la relación entre variables clínicas y las diferentes etapas en el proceso de destete y decanulación.

Resultados: Se recogieron 26 pacientes (19 hombres), con edad mediana de 67,5 años (IQR: 64,5 a 74,5); IMC mediano de 27,1 Kg/m² (IQR: 25,3 a 30,6); con dislipemia, hipertensión arterial y obesidad como comorbilidad más frecuente (57,7%, 61,5% y 34,6%). Todas las TM realizadas fueron quirúrgicas. El tiempo mediano desde la intubación orotraqueal (IOT) hasta la TM fue de 27 días (IQR: 21,8 a 30). 2 pacientes fallecieron en UCI. Los 24 restantes fueron destetados antes de su traslado a planta, tras una VMP de 34 días de mediana (IQR: 27,3 a 41,5). La estancia mediana en UCI fue de 40 días (IQR: 31,5 a 47,5). Las complicaciones más frecuentes fueron: neumonía bacteriana (84,6%), encefalopatía toxico/metabólica (57,7%) y sepsis por catéter (50%). En 21 (87,5%), la decanulación se realizó en planta bajo control broncoscópico. No se observaron estenosis traqueales y únicamente en un caso se evidenció un pequeño granuloma traqueal. El tiempo mediano desde la IOT hasta la decanulación fue de 52 días (IQR: 41,3 a 61,5). Solo el sexo se relacionó con esta última variable: las mujeres requirieron 14 días más de mediana hasta la decanulación que los hombres (p = 0,03). Por otro lado, los pacientes que aún requerían oxigenoterapia en el momento de decanulación, fueron decanulados de mediana 11 días más tarde que los que no la necesitaban, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p = 0,18).

Conclusiones: La decanulación en nuestra cohorte de pacientes con COVID-19 que requirieron TM por VMP fue rápida, exitosa y sin complicaciones graves. No identificamos un claro perfil de paciente que presentara mayores dificultades para este proceso.

977. LA NEUMOLOGÍA EN TIEMPOS DE COVID-19: CUANDO LO QUE PARECE NO ES

Javier Poyo Molina, Koral Fernández de Roitegui Pérez, Clara Ortega Michel, Irantzu Elorza Sagasta, Miguel Ángel Sánchez de Toro, David Bravo Blanco, Francisco Javier Ribas Solís, Blanca Virgala Ocio, Leire Álvarez Peña y Laura Tomás López

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Araba, Vitoria, España.

Palabras clave: Broncoscopia. Lavado broncoalveolar. COVID-19.

Introducción: El diagnóstico de COVID-19 se establece en base a la presencia de clínica sugestiva, una radiografía compatible y la determinación mediante PCR de material genético de SARS-CoV-2 o sus antígenos en una muestra respiratoria. Las muestras que mejores resultados ofrecen son las procedentes del lavado broncoalveolar (LBA). El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la utilidad diagnóstica del LBA en pacientes con cuadros clínicos y radiográficos compatibles con COVID-19, que mostraron negatividad en la PCR de frotis nasofaríngeo para SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de aquellos pacientes con cuadro clínico y radiográfico compatible con COVID-19, a los que se les realizó una broncoscopia para análisis de PCR de SARS-CoV-2 en LBA por resultar negativa la PCR en frotis nasofaríngeo en dos muestras distintas tomadas con 48 horas de diferencia.

Resultados: Entre el 06/03/2020 y el 19/01/2021 se realizaron en nuestro centro un total de 36 bronoscopias en 36 pacientes diferentes. 23 eran varones (63,89%). La edad media fue de 59,25 años (22-89). Un total de 27 se realizaron en sala de endoscopia y 9 en UCI. Todas ellas se realizaron con broncoscopio desechable, siguiendo el protocolo de seguridad establecido para la técnica durante la pandemia. En 8 pacientes la PCR de SARS-CoV-2 en LBA resultó positiva, estableciéndose así el diagnóstico de COVID-19. En los 28 procedimientos restantes el resultado fue negativo. En 3 de ellos, el diagnóstico final fue COVID-19 (2 generaron anticuerpos para SARS-CoV-2 a los pocos días y en 1 caso se mantuvo la sospecha diagnóstica inicial). El LBA resultó diagnóstico en 12 pacientes: 10 aislamientos microbiológicos de otros gérmenes y 2 con eosinofilia. Los diagnósticos finales fueron: 16 infecciones respiratorias de otro origen (10 con aislamiento de gérmenes), 2 neumonías organizadas idiopáticas, 2 neumonías eosinófilas, 2 insuficiencia cardíaca, 2 de etiología autoinmune (1 antisintetasa, 1 anti MDA-5) y 1 neumonitis por amiodarona. No se registraron complicaciones graves asociadas al procedimiento. Un total de 6 pacientes fallecieron durante el ingreso (16,7%).

Conclusiones: La realización de un LBA en pacientes con sospecha de COVID-19 que presentan negatividad en PCR de frotis nasofaríngeo es un procedimiento seguro, resultando una herramienta útil para confirmar la enfermedad o para avanzar en el diagnóstico en el resto de los casos.

979. COMPARACIÓN DE SECUELAS POST-COVID ENTRE PACIENTES EN UCI Y PLANTA CONVENCIONAL

Rosa Gutiérrez-Larraya Sánchez-Andrade, Guillermo Padín Pico, Silvia Aguado Ibáñez, Andrea Trisán Alonso, Marta Erro Iribarren, Rosa Malo de Molina Ruíz, Manuel Valle Falcones, Patricia Mínguez Clemente, Myriam Aguilar Pérez y María Piedad Ussetti Gil

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

Palabras clave: UCI. COVID. Secuelas.

Introducción: Un año después de los primeros casos del SARS-CoV-2 se continúa sin conocer las secuelas a medio-largo plazo en estos pacientes.

Objetivos: Describir las secuelas en los pacientes con infección respiratoria por COVID-19 y comparar los resultados entre los pa-

cientes que necesitaron ingreso en UCI con los que ingresaron en planta convencional o no precisaron ingreso.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico en el que se analizaron las historias clínicas de 216 pacientes atendidos en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 durante los meses de marzo y abril de 2020, y seguimiento posterior en consultas externas de Neumología a los 3-4 meses del alta. Las variables que se incluyeron fueron: edad, sexo, comorbilidad (medida con índice Charlson), gravedad (medida con escala WHO), días de ingreso en planta y/o UCI, presencia de SDRA y necesidad de oxigenoterapia al alta. En consulta se evaluó la persistencia de síntomas (tos y disnea), persistencia de alteraciones radiológicas, test de la marcha, espirometría y difusión.

Resultados: De los 216 pacientes, 126 eran varones, con edad media de 61 años. Se observó diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes que precisaron ingreso en UCI y el grupo de pacientes que solo precisaron ingreso en planta o habían sido dados de alta desde el servicio de Urgencias en la presencia de tos (30,76% vs 14,51% $p = 0,036$) y disnea (69,23% vs 39,03% $p = 0,003$). El 76,06% de los pacientes no presentaban alteraciones radiológicas en la revisión en consultas, sin observar diferencias significativas entre ambos grupos. En las pruebas de función respiratoria, se encontraron diferencias tanto en la FVC (87,34% en los que ingresaron en UCI vs 101,72% en los que no; $p = 0,002$) como en la DLCO (76,85% vs 84,01%; $p = 0,115$), sin ser esta última significativa. Con respecto al test de la marcha, se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en la frecuencia cardíaca máxima alcanzada (122 lpm en los que ingresaron en UCI vs 112 lpm en los que no; $p = 0,002$), como en la saturación de oxígeno final (91,6% vs 93,81%; $p = 0,001$).

Conclusiones: la mayoría de los pacientes post-COVID presentan resolución clínica y radiológica con normalidad en las pruebas de función respiratoria a los 3-4 meses. Los pacientes que precisaron ingreso en UCI presentaban más síntomas residuales (disnea y tos) y menor capacidad funcional.

987. SECUELAS PULMONARES POST-COVID-19; SEGUIMIENTO A 6 MESES

Ana Belén Llanos González¹, Juan Alfonso Bonilla Arjona², Héctor Manuel González Expósito¹, Verónica S. Hernández García¹, Paula Pérez de Armas¹, Nelson Mesa León¹, Daniel Luis Redondo Zaera¹, María Mercedes Cruz Díaz², Agustín Medina González¹ y Orlando Acosta Fernández¹

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Radiodiagnóstico-Sección Tórax, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España.

Palabras clave: Secuelas pulmonares. Seguimiento a largo plazo. COVID-19.

Introducción: Las lesiones pulmonares debido a SARS-CoV-2 pueden ocasionar secuelas clínico-funcionales y radiológicas a medio-largo plazo. Otros coronavirus (SARS, MERS) aumentaron la morbilidad por la inducción de fibrosis pulmonar tras una intensa respuesta inflamatoria asociada a lesiones parenquimatosas persistentes.

Objetivos: Identificar secuelas intersticiales y alteraciones funcionales tras COVID-19.

Material y métodos: Seguimiento de una cohorte de pacientes con alteraciones radiológicas al alta tras su ingreso en el HUC por COVID-19, durante marzo-junio 2020. A las 4-6 semanas se valoraron aspectos clínicos, comportamiento oximétrico en test de marcha de 6 min (TM6M) y TAC Tórax alta resolución (TACAR). Se reevaluaron a los 3 meses aquellos con alteraciones radiológicas de extensión leve < 25% (EL) y a los 6 meses los de extensión moderada-grave 25-75% (EMS); realizando a todos espirometría, difusión CO (DLCO) y ecografía torácica (ET).

Resultados: De los 235 ingresados por COVID-19 en dicho periodo, se observaron alteraciones parenquimatosas persistentes al alta en 103. La edad media fue 63 ± 13 años (54% varones). El 19% ingresaron en UVI y el 30% necesitaron soporte ventilatorio (oxigenoterapia de alto flujo, ventilación invasiva/no invasiva). La estancia hospitalaria media fue 15 ± 9 días. Recibieron hidroxycloquin (95%), lopinavir/ritonavir (90%), azitromicina (54%), interferón β -1b (50%) y corticoides (29%). El 56% tenía al alta condensaciones alveolares bilaterales en la Rx tórax. En la evaluación a las 4-6 semanas del alta destacó: disnea (44%), tos seca (18%), crepitantes secos (30%). Las alteraciones en TACAR de EL se objetivaron en 49 casos y de EMS en 34. Todos presentaban SatO₂ en reposo > 94%. La desaturación oximétrica > 4% en TM6M ocurrió en un 12%. Se objetivaron alteraciones en 26% de ET, 18% de espirometrías y 27% DLCO. El 67% de los casos con alteraciones de EL fueron dados de alta en los 6 primeros meses por ausencia de clínica con normalización de la imagen y de la función pulmonar; mientras que en los casos con EMS solo se pudo en el 15%. El resto de casos se encuentra pendiente de reevaluación funcional y de imagen al año de evolución.

Conclusiones: El 83% de los pacientes con alta tras infección respiratoria por COVID-19 presentaron alteraciones parenquimatosas a las 4-6 semanas, teniendo extensión moderada-severa un tercio de ellos. Es necesario un seguimiento a medio-largo plazo para identificar aquellos con secuelas permanentes.

1004. UTILIDAD DEL GDF-15 COMO BIOMARCADOR DE SEVERIDAD EN NEUMONÍA POR COVID-19

Anaís Mariscal Rodríguez, Leticia Alserawan de Lamo, Esther Ortiz Losada, Patricia Peñacoba Toribio, Laura Martínez Martínez, Héctor Corominas Macías, Pere Domingo Pedrol, Cándido Juárez Rubio, Diego Castillo Villegas e Iván Castellví Barranco

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

Palabras clave: GDF-15. Neumonía. COVID-19.

Introducción: La proteína GDF-15 (Grown Differentiation Factor-15) o MIC-1 (Macrophage Inhibitory cytokine-1) es un miembro de la superfamilia del TGF- β que se asocia a inflamación y daño celular y que se secreta en respuesta a estrés oxidativo y a mediadores proinflamatorios.

Objetivos: Determinar los niveles de GDF-15 en pacientes con infección por el virus SARS-CoV-2 y estudiar su asociación con marcadores clínicos y analíticos de severidad de neumonía por COVID-19.

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluyó 81 pacientes ingresados por COVID-19 en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). Los niveles de GDF-15 en suero se determinaron en los primeros días de ingreso mediante ELISA (R&D Systems) y se compararon con los valores de 20 controles negativos para SARS-CoV-2.

Resultados: Los niveles de GDF-15 fueron significativamente mayores en los pacientes con ingresados por COVID-19 que en controles: 2042 (1.396-3.054) vs 582 (370,8-807,6) pg/ml; $p < 0,001$. Además, mostró correlación positiva con los niveles de PCR ($p < 0,001$), ferritina ($p = 0,011$), dímero-D (DD) ($p = 0,003$) e IL-6 ($p < 0,001$). Por otro lado, los niveles de GDF-15 fueron significativamente mayores en aquellos pacientes con mayor daño pulmonar según el índice SaO₂/FiO₂ (SaFi): 2696(1902-4163) pg/ml SaFi < 300 vs 1.676 (1.195-2.560) pg/ml SaFi > 300; $p = 0,002$; y según la saturación de O₂: 2.436 (1.636-3.584) con satO₂ \leq 95% vs 1686(1176-2494) satO₂ > 95%; $p = 0,004$. Ambos parámetros de función respiratoria correlacionaron negativamente con los valores de GDF-15: SaFi ($p < 0,001$) y SatO₂ ($p < 0,001$).

Conclusiones: GDF-15 se encuentra elevado en infección por SARS-CoV-2 en comparación a individuos no infectados. Esta elevación se asocia a la de otros marcadores de inflamación (PCR, ferritina, dímero-D e IL-6). Además, los niveles aumentados de GDF-15 se asocian a mayor daño pulmonar y peor función respiratoria, por lo que

podría ser un marcador de severidad de neumonía por COVID-19 en la práctica clínica.

1013. IMPACTO EN LAS ALTAS DE TERAPIAS RESP. DOMICILIARIAS EN MADRID, DURANTE LA COVID-19

Johanny Vargas Rodríguez¹, Salvador Díaz Lobato¹, Gonzalo Orellana Barrasa² e Isabel Portela Ferreño³

¹Dirección Médica, Oximesa Nippon Gases, Madrid, España.

²Departamento Operaciones, Oximesa Nippon Gases, Madrid, España.

³Oximesa Nippon Gases, Madrid, España.

Palabras clave: Altas. Terapias respiratorias domiciliarias (TRD). COVID-19.

Introducción: La asistencia en TRD en pacientes con procesos respiratorios agudos o crónicos, ha evolucionando a lo largo de los años. Acostumbrados a las epidemias estacionales de gripe o virus respiratorio sincitial, han ido apareciendo patógenos emergentes: SARS en 2003, H1N1 en 2009, MERS en 2012 y la pandemia por COVID-19 en el 2020. Tras la declaración de la OMS como pandemia global, las prescripciones en TRD, especialmente en Oxígeno Continuo Domiciliario (OCD), han presentado un importante aumento en su prescripción en comparación con el año anterior.

Objetivos: Definir el impacto de la COVID-19 en las altas de las TRD.

Material y métodos: A través de la base de datos de Oximesa Nippon Gases, la cual presta servicios a más de 4,5 millones en la Comunidad de Madrid, con cuyos datos realizamos un estudio longitudinal, comparativo, con una N = 24.189 que incluye pacientes con o sin patología de base, con diagnóstico de COVID-19, prescripción de TRD, y que hayan recibido dicho tratamiento a partir del mes de marzo del 2020. Analizamos las diferencias con las altas previas y su comportamiento a través de un cuestionario tipo Likert realizado por nuestro equipo para valorar el impacto. Los datos estadísticos se han analizado mediante el SPSS.

Resultados: De las 24.189 altas, 4.849 corresponden a terapia de sueño CPAP, con un 5% COVID-19 (+) y 116 para VMNI. Por otro lado, 10.667 corresponden a OCD, 4.130 (38,72%) COVID-19 (+); se han distribuido 9.984 concentradores estacionarios, 232 nodrizas de O₂ líquido, 176 portátil y 275 en botella.

Conclusiones: Las empresas proveedoras TRD, se han visto impactadas por la COVID-19, con un número de altas que en condiciones habituales eran impensables. Esto supone una sobrecarga con un número importante de nuevas altas, más allá del trabajo habitual de este tipo de empresas, que desde hace varios años han pasado de ser un modelo asistencial que ofrecía un producto, a un modelo centrado, dirigido al paciente y sus familiares, más cercanos, con un alto nivel de cualificación profesional para la educación, control y seguimiento de los pacientes, así como una labor asistencial basada en protocolos clínicos de actuación en coordinación con los prescriptores, resultando en una excelente atención a los pacientes. Se hace necesaria la mejora continua de sus sistemas, innovación e inversión en desarrollo.

1049. UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS EN LA PANDEMIA COVID-19 EN ESPAÑA

Candela Caballero Eraso^{1,2,3}, Natalia Pascual Martínez^{4,5}, Olga Mediano San Andrés^{6,7} y Carlos Egea Santaolalla⁸

¹Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Sevilla, España. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Sevilla, España.

⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ⁵Instituto de Investigación Biomédica (IMIBIC), Córdoba, España. ⁶Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España. ⁷Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España. ⁸Hospital Universitario Araba. OSI Araba, Vitoria-Gasteiz, España.

Palabras clave: UCIRS. COVID-19.

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2, ha sido un reto para los neumólogos tanto en el terreno asistencial como en el logístico, obligando a crear áreas de extensión de la neumología, para reducir su impacto en UCI, y asegurar la atención de los pacientes con techo terapéutico.

Objetivos: Realizar una auditoría externa de las UCIRS españolas y evaluar su dotación, carga asistencial y resultados clínicos obtenidos.

Material y métodos: Estudio prospectivo nacional basado en la realización de una encuesta exploratoria dirigida a todas las unidades de Neumología de España con una UCIR, antes o durante la COVID-19, realizado el 23 de junio al 16 de octubre de 2020, lo que abarca el manejo de unos 40,000 pacientes con SARS-CoV-2. Se ha diseñado un cuestionario de 34 preguntas referentes al estado de las UCIRS antes y durante la pandemia por COVID-19. La auditoría se ha llevado a cabo por una agencia externa (Ipsos) mediante un cuestionario telefónico/online.

Resultados: Se ha contactado con 65 hospitales, de los cuales, 28 (42%) ya tenían UCIR pre-pandemia y 11 (16%) la han creado nueva, 28 (42%) nunca han tenido UCIR. *UCIR pre-pandemia: La media de camas era de 4,07, un 90% contaba con monitorización, un 60% con ecógrafo y un 50% con broncoscopio flexible. El ratio enfermero/paciente era de 1/5, un 86% tenía un neumólogo presencial (12-24h), un 53% un fisioterapeuta y un 36% rehabilitador. La terapia más empleada fue la terapia de alto flujo con cánulas nasales (ONAF, 89%), y la CPAP con alto flujo (93%). *UCIR durante la pandemia: Se han creado 11 UCIRS nuevas y se han ampliado 7 de cada 10 previas. Un 90% contaba con monitorización, un 77% con ecógrafo y un 64% con broncoscopio flexible. Mejora ratio enfermero/paciente (1/4,61 vs 1/5,61, $p < 0,05$). Comparando las UCIRS con una IA alta frente a baja moderada, observamos que el neumólogo presencial está en 100% vs 76%, $p < 0,05$ y que tienen mayor apoyo de otras especialidades (38,9% vs 9%, $p < 0,05$). Además, en zona de IA alta se han creado más UCIR (94,4 vs 67, $p < 0,05$). El uso del SRNI es similar antes y durante la pandemia. La media de ingresos valorados por Neumología respecto al total fue del 28,5%, un 71% en UCRI (58% no tenían techo terapéutico con estancia media: 14 ± 7 días, exitus del 17% y 20% se han trasladado a UCI).

Conclusiones: La auditoría realizada refleja que esta pandemia ha obligado a la potenciación y creación de nuevas UCIRS, asumiendo la evaluación de más del 71% de los pacientes ingresados sin UCI.

1064. MANEJO DOMICILIARIO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, EN PACIENTES COVID-19 EN MADRID

Johanny Vargas Rodríguez¹, Salvador Díaz Lobato¹, Isabel Portela Ferreño² y Gonzalo Orellana Barrasa³

¹Dirección Médica, Oximesa Nippon Gases, Madrid, España. ²Oximesa Nippon Gases, Madrid, España. ³Departamento Operaciones, Oximesa Nippon Gases, Madrid, España.

Palabras clave: Manejo domicilio. Apnea obstructiva del sueño. COVID-19.

Introducción: En España se estima un millón de pacientes a tratamiento con TRD, el 66% pertenece a la apnea obstructiva del sueño (AOS). La asistencia domiciliar en el manejo de la AOS ha evolucionado con el desarrollo científico. Debido a la pandemia por COVID-19, ha sido necesario el desarrollo de protocolos estrictos para el manejo de los pacientes, en este caso diagnosticados de infección por SARS-CoV-2 y AOS. Como una medida, para evitar los contagios la SEPAR recomienda utilizar la CPAP solo si el paciente vive solo, pero es necesario aislarse y suspender el tratamiento al menos 14 días, si convive con otras personas. Según la OMS, el riesgo en el uso de la

CPAP durante la COVID-19, radica en una mayor posibilidad de contagio para los convivientes.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar los cambios propuestos por las diferentes sociedades científicas ante el uso de la CPAP, tras el inicio de la pandemia en el manejo domiciliario de los pacientes con COVID-19 y AOS.

Material y métodos: Oximesa presta servicios a más de 71.000 pacientes en la Comunidad de Madrid tratados con CPAP. Realizamos un estudio longitudinal y comparativo, con una N = 71.000, de los cuales 4.849 corresponden a las altas durante el periodo de pandemia de marzo-noviembre 2020, en los que se haya registrado variaciones en el uso del dispositivo tras el diagnóstico de COVID-19. Analizamos estos cambios a través de un cuestionario tipo Likert creado por nuestro equipo de investigación, donde se analizaran variables como cambio de mascarilla a nasobucal, aislamiento, suspensión de la terapia etc. El análisis de los datos estadísticos se ha realizado mediante el SPSS.

Resultados: De los 71.000 tratamientos con CPAP, 5.644 (4,7%) fueron reportados SARS-CoV-2 (+). Se estima que un alto porcentaje de los pacientes realizaron variaciones en el uso del dispositivo tras el diagnóstico de COVID-19, en función de las recomendaciones científicas y empresas de TRD. Al final del estudio se completaron todos los datos.

Conclusiones: La presencia de la COVID-19, ha generado especiales circunstancias, no solo en el diagnóstico sino también en el manejo de la AOS. También, ha provocado gran desconfianza entre los profesionales de salud, pacientes y sus familiares y en las empresas de TRD; ofreciendo suficientes evidencias ante la necesidad de medidas estrictas de actuación para evitar la propagación de la enfermedad ante procedimientos y tratamientos definidos por su alto riesgo de contagio.

1067. EVOLUCIÓN DE LAS SECUELAS EN PACIENTES CRÍTICOS POR COVID-19 TRAS EL ALTA

Sally Santistevé Lostes^{1,2,3,4,5}, Paola Carmona Arias^{1,2,3,4,5}, Aida Monge Esque^{1,2,3,4,5}, Anna Moncusi Moix^{3,4,5}, Clara Gort Paniello^{3,4,5}, Rafaela Vacas Molina^{1,2,3,4,5}, David de Gonzalo Calvo^{3,4,5}, Ferran Barbe Illa^{1,2,3,4,5} y Jessica González Gutiérrez^{1,2,3,4,5}

¹Hospital universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España. ²Hospital universitario Santa María, Lleida, España. ³Grupo de investigación Translacional en medicina respiratoria, Lleida, España. ⁴Instituto de investigación Biomédica de Lleida, Lleida, España. ⁵CIBER de enfermedades respiratorias, Madrid, España.

Palabras clave: Secuelas por COVID-19. Función pulmonar. SF-12.

Introducción: El SARS-CoV-2 es el virus responsable de la enfermedad sistémica conocida como COVID-19, precisando ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) en más del 20% de los pacientes. La evolución de las secuelas respiratorias y biopsicosociales a corto/medio plazo ha sido poco estudiada.

Objetivos: Evaluar la evolución de las secuelas respiratorias y biopsicosociales de los pacientes ingresados en UCI por COVID-19 a los 3 y 6 meses del alta hospitalaria.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye a los pacientes ingresados en las UCIs de los dos hospitales Universitarios de Lleida entre marzo y junio del 2020. Se realizaron pruebas de función respiratoria completas (PFR), test de 6 minutos marcha (T6MM) y cuestionarios clínicos de calidad de vida (SF-12) y de ansiedad y depresión (escala HADS) al tercer y sexto mes del alta hospitalaria. Las diferencias entre los dos puntos se evaluaron mediante el test paramétrico (t-Student) analizando los datos con R Studio versión 3.6.2.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes consecutivos con una media de edad de 58,0 años (DE 9,96), de los cuales un 72,6% eran hombres e hipertensos (37,1%) o diabéticos (14,5%). La estancia media en

UCI fue de $16,5 \pm 11,5$ días, y la hospitalización total fue de $28,7 \pm 14,8$ días. Completaron el seguimiento a los 6 meses un total de 47 pacientes. No hubo diferencias significativas en la evolución de ningún parámetro de las PFRs incluyendo TLC ($83,8 \pm 16,4$ vs $86 \pm 18,6$ p < 0,556) y DLCO ($67,8 \pm 12,5$ vs $66,4 \pm 13,2$ p < 0,579). Se observó un incremento de la distancia recorrida en el T6MM ($401 \pm 93,1$ vs $453 \pm 73,6$ p < 0,002). No se observaron cambios significativos en el dominio físico y mental del SF-12, tampoco en los apartados de depresión y ansiedad de la escala HADS.

Conclusiones: Las secuelas respiratorias y biopsicosociales no mejoraron a los 6 meses de seguimiento, exceptuando la distancia recorrida en el T6MM. Se desconocen las secuelas a largo plazo de los enfermos críticos por COVID-19.

Financiado en parte por CIBERESUCICOVID, (COV20/0011).

1071. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2 EN UCRI

Loubna Dahmazi, Sergio Calvache Castillo, Silvia Ponce Pérez, Marta Acosta Dávila, Cristina de Juana Izquierdo, Andrea Esteve Villar del Saz, Irene López Moreno, Susana Herrera Lara, Ignacio Inchaurreaga Álvarez y Eva Martínez Moragón

Hospital Doctor Peset, Valencia, España.

Palabras clave: UCRI. Soporte ventilatorio. COVID-19.

Introducción: La UCRI (Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios) se define como un área de monitorización y tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) ocasionada por una enfermedad respiratoria. La VMNI y los sistemas de administración de O₂ alto flujo se han demostrado eficaces tanto en la IRA hipoxémica como hipoxémica-hipercápnica. Con el inicio de la pandemia COVID-19, la demanda de camas de UCI ha provocado la saturación de las mismas, lo que ha obligado a limitar su acceso a determinados perfiles de pacientes e incluso a demorar su acceso. Las UCRI han servido de respiro a las unidades de cuidados intensivos (UCIs) para ganar tiempo, servir de apoyo y soporte ventilatorio a los pacientes con techo terapéutico y para destino de éstos en fase de destete y recuperación.

Objetivos: Estudio descriptivo y analítico de las características de los pacientes tratados UCRI creada tras la transformación de una sala de Neumología para atender a pacientes respiratorios críticos por Neumonía por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio descriptivo durante la pandemia entre los meses de marzo y mayo de 2020. Se han analizado comorbilidades, soporte respiratorio asistido, días de estancia media, tasa de exitus y contagios del personal sanitario. Para todo ello se ha empleado el software IBM® SPSS® Statistic versión 25. Los resultados son expresados en \pm DE y porcentajes redondeados cuando se expresan entre paréntesis. El nivel de significación estadística p < 0,05.

Resultados: Un total de 64 pacientes ingresaron en UCRI (procedentes de urgencias, salas hospitalización y destetes de UCI). La media de edad fue de 67 años (rango 26-88 años) 38 hombres (55%) con una estancia media de 12 días \pm DE 13. Ingresaron en UCRI en el día 10 ± 4 de inicio de síntomas. Las prevalencias de hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus fueron de 55%, 35% y 21% respectivamente. 18% presentaba cardiopatía de base y 11% enfermedad renal crónica. El 11% asociaban EPOC, 11% SAHS y 6% asma. Todos los pacientes requirieron GNAF (20%) y VMNI (CPAP, bilevel) como soporte respiratorio. La tasa mortalidad fue de 26% (17 pacientes con techo terapéutico). Solo 3 profesionales sanitarios de UCRI se contagiaron durante ese periodo (1 médico, 1 enfermera, 1 auxiliar).

Conclusiones: La creación de las UCRI ha tenido un papel fundamental en la pandemia. Han servido para dar apoyo, soporte ventilatorio y evitar ingresos en UCI a aquellos pacientes con SDRA por COVID-19.

1101. ESTUDIO DE LA DISNEA PERSISTENTE EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Francisco Javier Campano Lancharro, M^a Carmen Bermejo Navas, María Alfonso Imízcoz, Sonia Herrero Martín, Izaskun Jiménez Setuain, Isabel Bengoechea Calvo y Pilar Cebollero Rivas

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: Disnea. Neumonía COVID-19. Función respiratoria.

Introducción: Entre los síntomas persistentes en pacientes que han sufrido neumonía COVID-19, uno de los más prevalentes es la disnea. El origen de la misma puede ser multifactorial por lo que un estudio protocolizado puede ayudar a su diagnóstico etiológico.

Material y métodos: Se analiza los resultados de las pruebas de función respiratoria realizadas en la consulta específica post-COVID del servicio de neumología del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) entre los meses de mayo de 2020 y enero de 2021. Los pacientes que acuden a consulta realizan espirometría y si persiste disnea o la radiología no se ha resuelto, test de difusión. En aquellos pacientes con disnea desproporcionada al resultado de las pruebas en reposo, se les realiza CPET. Presentamos los resultados de los pacientes que han requerido estudio completo.

Resultados: Entre los atendidos en la consulta (con una demora media de 111,4 días, rango: 36-289), 48 pacientes han requerido la realización de espirometría, test de difusión y CPET. La FVC media fue de $96,8\% \pm 16,8$ (57-126), la DLCOc $84,7\% \pm 15$ (36-112). En la CPET el Gradiente A-a de O₂ basal fue de $18,3 \pm 7,9$ mmHg. La puntuación en la escala de Borg (disnea/EEII) basal $0,1 \pm 0,5/0,3 \pm 0,8$ y post-test $5,5 \pm 2,4/6,8 \pm 2,2$. El VO₂ pico medio fue $83,6\% \pm 14,2$ (55-122). Se objetivó desaturación significativa en 7 pacientes (14,5%). El diagnóstico integrado fue de normalidad en 22 (45,8%), decondicionamiento en 14 (29,17%), prueba submáxima en 4 (8,3%), limitación respiratoria en 3 (6,25%), por obesidad en 2 (4,17%), cardíaca 2(4,1%) y vascular en 1 caso. No observamos diferencia estadísticamente significativa entre la hospitalización, el ingreso en UCI o el tener una función pulmonar alterada con el VO₂pico o con el diagnóstico final.

Conclusiones: El resultado más frecuentemente encontrado fue la normalidad, no obstante, hasta en un 54% de los casos tenían algún tipo de limitación. Las causas de la limitación han sido variadas, siendo el decondicionamiento la más prevalente. Quizá este hecho justifique la ausencia de diferencias encontradas en función de severidad o capacidad en reposo. El estudio completo nos permite en consulta ofrecer al paciente una visión más objetiva de su situación, la derivación al servicio de rehabilitación si precisa o la reorientación hacia otra especialidad según los hallazgos.

1103. ACTIVIDAD FÍSICA, CAPACIDAD DE EJERCICIO Y FATIGA EN SUPERVIVIENTES DE COVID-19

Fátima Beas Cobo, Laura López López, Andrés Calvache Mateo, Laura Pérez Gisbert, Carmen Romero Sánchez Hospital Marie Carmen Valenza

Universidad de Granada, Granada, España.

Palabras clave: COVID-19. Actividad física. Capacidad de ejercicio y fatiga.

Introducción: Las afectaciones que sufren los supervivientes de COVID-19 a medio- largo plazo son desconocidas. Es necesario el desarrollo de estudios que evalúen el alcance de las secuelas en esta población.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar los niveles de actividad, la capacidad de ejercicio y la fatiga en supervivientes de COVID-19 a los 3 meses.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional de corte transversal. Personas que habían superado el virus hacía 3 meses, mayores de 18 años y con acceso a internet fueron incluidas y evaluadas mediante videollamada por un fisioterapeuta; así como controles sanos emparejados por edad. El nivel de actividad física fue evaluado con el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ). La capacidad de ejercicio fue evaluada mediante el test de levantarse y sentarse 5 veces (5STS); la fatiga pre y post ejercicio fue evaluada a través de una escala numérica de 0 (nada de fatiga) a 10 (la máxima fatiga).

Resultados: Finalmente, 15 pacientes que fueron incluidos en el estudio. No existen diferencias significativas en ambos grupos para la edad y el IMC ($p > 0,05$). Se encontraron diferencias significativas en cuanto al IPAQ ($p = 0,020$); fatiga pre 5STS ($p = < 0,001$); 5STS ($p = 0,005$); fatiga post 5STS ($p = < 0,001$) en favor del grupo control sano.

Conclusiones: Este estudio ha evidenciado una disminución en los niveles de actividad, la capacidad de ejercicio y un aumento en la fatiga relacionada con el ejercicio en supervivientes de COVID-19 transcurridos 3 meses de la enfermedad.

1108. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON SAHS INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19

Amaia Urrutia Gajate, Sonia Castro Quintas, Ana Gómez Larrauri, Beatriz González Quero, Larraitza García Echeberria y Valentín Cabriada Nuño

Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España.

Palabras clave: SAHS. Neumonía. COVID-19.

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia de SAHS en los pacientes ingresados por neumonía COVID-19 en nuestro servicio, estudiar las características de esta población y valorar el posible impacto del SAHS en la evolución de la neumonía por SARS-CoV-2.

Material y métodos: hemos recogido todos los pacientes ingresados en Neumología el Hospital U. Cruces por neumonía por SARS-CoV-2 de marzo a mayo de 2020, analizando datos epidemiológicos, clínicos y analíticos durante el ingreso y datos del SAHS (poligrafía respiratoria, tratamiento y cumplimiento a terapia de presión positiva).

Resultados: 380 pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2, de los cuales 38 tenía diagnóstico previo de SAHS (10%). Características del SAHS de estos pacientes: 6,8 años desde el diagnóstico, IAH medio 38,5, IMC al diagnóstico 31,6, diagnosticado mediante PR el 94,6%, en tratamiento con CPAP el 71,1% con uso medio de 5,7h/día y presión CPAP media de 7,4. Eran SAHS grave el 62,9% de los casos, 14,3% moderado, 22,9% leves. Los pacientes con diagnóstico previo de SAHS eran más frecuentemente hombres (76,3% vs 52% $p = 0,005$), tenían alguna comorbilidad con mayor frecuencia (87,4% vs 72,5% $p = 0,000$), diagnóstico de DLP (57,9% vs 34,5% $p = 0,007$) y eran más obesos (57,9% vs 34,3% $p = 0,007$) frente a los no SAHS. Con tendencia a ser mayores en edad (76,3 vs 52 años ns), con mayor IMC medio (31,4 vs 28,7 ns) y más HTA (57,9% vs 34,3% ns) y cardiopatía (34,2% vs 21,9% ns), sin llegar a la significación estadística. Comparamos la evolución de la neumonía en estos dos grupos no encontrando diferencias estadísticamente significativas, aunque con leve tendencia en las cifras hacia una peor evolución en los SAHS, medido mediante mortalidad (13,2% vs 11,2%, ns), frecuencia de IOT (15,8% vs 11,1%, ns) y necesidad de UCI (13,2% vs 13,7%, ns).

Conclusiones: El 10% de los pacientes ingresados por neumonía COVID-19 tenían diagnóstico previo de SAHS; esta cifra es superior a la prevalencia diagnóstica en la población general. Estos pacientes son más frecuentemente hombres, más obesos y con mayor frecuencia de comorbilidades. Sin embargo, esto no se traduce en un peor pronóstico, presumiblemente debido a la pequeña muestra.

1149. PAPEL DE LAS UCRI EN SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID-19. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Clara Ortega Michel, Javier Poyo Molina, Irantzu Elorza Sagasta, Miguel Ángel Saez Toro, Aitziber Mendaza Zurbano, Marta Mendaza Zurbano, Francisco Javier Ribas Solis, Jose Luis Lobo Beristain, Laura Tomás López y Olatz Llaguno Ochandiano

Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, España.

Palabras clave: Unidades de cuidados respiratorios intermedios. COVID-19.

Introducción: La elevada incidencia de pacientes ingresados con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) grave con necesidad de terapia respiratoria no invasiva (TRNI), ha obligado a los hospitales a crear Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRIs) para atender a estos pacientes.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo observacional de los resultados de una UCRI para el tratamiento de la IRA en pacientes con COVID-19 en el Hospital Universitario Araba entre marzo y abril de 2020.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (60 varones y 17 mujeres), la edad media fue de 64 años con un IMC promedio fue de 31,3. En cuanto a la comorbilidad de la cohorte, a destacar que el 40% de los pacientes eran hipertensos, un 19% diabéticos, 18% tenían cardiopatía estructural, 9% EPOC, 3,7% EPID, 7,5% enfermedad reumatológica y 3,7% neoplasia activa. El 13% de los pacientes eran fumadores y un 39% exfumadores. El 5% de los pacientes estaba recibiendo tratamiento inmunosupresor previo. El tipo de TRA más frecuentemente utilizada fue el oxígeno alto flujo (OAF) en un 91%, seguido de alternancia de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y OAF 5%, VMNI sola 2% y otros 1%. La media de PaFi y la FR al ingreso en la unidad fue de 100 y de 27 respectivamente. En el control a las 2 horas de inicio del tratamiento la PaFi fue de 105, FR 22,3, IROX 5,22; y de 99, 22,1 e IROX 5,6 a las 24 horas. El 19% falleció, el 32% requirió ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y el 49% superó el proceso con el tratamiento recibido en la UCRI. Ninguno de los fallecidos era candidato a ventilación mecánica invasiva (VMI). La estancia media en UCRI de los pacientes que posteriormente requirieron ingreso en UCI (26 pacientes) fue de 2,71 días: 20 requirieron VMI y 6 OAF. El 38% de estos pacientes falleció en UCI. La complicaciones más frecuentes fueron la sobreinfección en un 49% (un 25% ligado a VMI) y la insuficiencia renal en un 20%.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en nuestra UCRI se encontraban en situación de insuficiencia respiratoria aguda grave. La UCRI ha permitido el tratamiento no invasivo de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave, sin que ello conlleve detrimento alguno en la calidad del cuidado del enfermo respiratorio. La UCRI ha servido de apoyo para liberar camas de UCI ante el aumento de presión asistencial.

1204. PECP PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISNEA DE ESFUERZO EN PACIENTES POST-COVID-19

María Sáez López¹, María Florencia Pilia Pilia¹, Christian Eduardo Romero Mesones¹, Galo David Granados Rosales², Iñigo Ojanguren Arranz¹, María Jesús Cruz Carmona² y Xavier Muñoz Gall¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Vall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona, España.

Palabras clave: PECP. Disnea de esfuerzo persistente. Post-COVID-19.

Introducción: Existen numerosas secuelas multisistémicas derivadas de la enfermedad por COVID-19, causada por el virus

SARS-CoV-2, siendo la disnea de esfuerzo persistente uno de los síntomas más relevantes en el seguimiento ambulatorio de las consultas de neumología post-COVID. La prueba de esfuerzo cardiorrespiratoria por cicloergómetro (PECP) es una herramienta a considerar para evaluar las causas de fatiga y disnea de esfuerzo, especialmente en casos complejos en los que la etiología puede ser multifactorial.

Objetivos: Analizar los resultados de las PECP por cicloergometría realizadas en los pacientes con disnea persistente post-COVID-19 sin causas que la justifiquen.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Se analizan todas las PECP realizadas de junio a enero del 2021 en nuestro gabinete de función pulmonar y que fueron solicitadas para estudio de disnea de esfuerzo en paciente post-COVID. Se recogió información demográfica, de la historia médica y de pruebas complementarias. Se analizó las medias, medianas, desviación estándar (DE) y frecuencias, según el tipo de variable.

Resultados: La PECP se realizó en 23 pacientes, siendo un 69,6% mujeres, edad media de 44,9 años (DE 11,2), y un 78,3% nunca fumador. La mayoría no presentaban comorbilidades relevantes. El 34,8% no presentó neumonía por SARS-CoV-2, y el 60,9% presentó neumonía no grave. Requirieron hospitalización 14 pacientes con una estancia media de ingreso de 7,2 días (DE 3,2). El estudio de la función pulmonar fue normal. El 91,3% de los pacientes contaban con una tomografía de alta resolución (TACAR), de los cuales 16 pacientes no presentaban alteraciones parenquimatosas significativas. De los que tuvieron afectación radiológica, la predominante fue la presencia de vidrio deslustrado. Las PECP fueron realizadas a la semana 27,9 (DE 10,6) tras el alta médica. La mayoría de los parámetros analizados se encontraron en rango de normalidad. Se logró objetivar patología orgánica en 6 (26%). De éstas, 3 fueron por decondicionamiento físico, 2 por hiperinsuflación dinámica y 1 por limitación respiratoria.

Conclusiones: La PECP es una herramienta útil en la evaluación de la disnea de esfuerzo persistente en pacientes post-COVID, logrando establecer el origen de los síntomas en el 26% de pacientes. Este hallazgo nos permitiría sugerir que las PECP formen parte del protocolo de seguimiento en las consultas post-COVID.

1234. SITUACIÓN CLÍNICO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CTA NEUMOLOGÍA POR COVID

Jose Antonio Cascante Rodrigo, Belén Marín Martínez, Carmen Mosquera Gorostidi, Begoña Fernández Infante, Joan Boldú Mitjans, Idoia Pascal Martínez, Manuel Pérez de Las Casas, María Urquiola Torres, Itziar Campo Esnaola y Sergio Curi Chércoles

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: COVID-19. Función pulmonar. Síntomas post-COVID.

Introducción: Con la finalidad de seguir a los pacientes y vigilar la aparición de posibles secuelas respiratorias, se diseñó una consulta neumológica específica. Esta consulta forma parte de una estrategia de atención multidisciplinar diseñada en el CHN.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que analiza los pacientes atendidos en la consulta de neumología del CHN "post-COVID" entre mayo y noviembre de 2020.

Resultados: Se han evaluado 224 pacientes; 170 tras alta de hospitalización (H), 15 tras hospitalización domiciliaria (HAD) y 39 atendidos en Atención Primaria (AP). Se analiza la situación clínico-radiológica y funcional en la primera visita realizada en la consulta. La edad media es 61 años y el 55,8% son hombres. El 75% de los pacientes tenían comorbilidades previas, siendo la HTA la más frecuente. El síntoma predominante fue el empeoramiento de su disnea respecto a su situación pre COVID (50,4%), seguido de la astenia (25%). La media de síntomas persistentes en el momento de la consulta fue 1,5 ±

1,5. La radiografía de tórax fue normal en el 53% y había mejorado en un 41% y la función pulmonar (espirometría y test de difusión) estaba alterada en el 36%. Los pacientes más severos (H, respecto a AP) tenían significativamente peor función pulmonar ($p < 0,0001$) y peor situación radiológica ($p < 0,0001$). Dado que el momento de atención tras la enfermedad difería en el tiempo, se analizó la situación clínica, radiológica y funcional entre los atendidos en los meses primero, segundo, tercero y en los que habían superado los tres. La evolución radiológica y funcional mejora progresivamente (Rx normal 21,4% y alteración funcional 42% en los atendidos en el primer mes y 60,2% y 30,8% respectivamente en los atendidos más allá de los 90 días), mientras que la percepción de la disnea o el número de síntomas permanece estable en el tiempo.

Conclusiones: Los pacientes más GRAVES tienen significativamente más alteración funcional, especialmente la capacidad de difusión. La evolución radiológica parece favorable pero es pronto para determinar qué porcentaje quedará con lesiones crónicas. La evolución en el tiempo de la rx y la función es satisfactoria y no es paralela a la de los síntomas persistentes en estos meses a pesar de la buena evolución de las pruebas. Los pacientes remitidos desde AP tienen el mismo número de síntomas, incluida la disnea, a pesar de tener menor gravedad de partida y tener mejor situación funcional y radiológica.

1255. PREDICTORES DE RESPUESTA A CORTICOIDES SISTÉMICOS EN INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19

Iria Veiga Teijeiro, Indhira Guzmán Peralta, Diego Pérez Ortiz, Luis Alejandro Pérez de Llano y Rafael Golpe Gómez

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Palabras clave: Corticoides. Hospitalización. Neumonía COVID-19.

Introducción: La neumonía por COVID-19 es probablemente la causa de muerte más frecuente en esta infección, con una mortalidad variable entre estudios. Nuestro objetivo fue identificar factores relacionados con una respuesta favorable al tratamiento con corticoides sistémicos.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo, con análisis post-hoc de pacientes con neumonía COVID-19 que recibieron corticoides sistémicos. Análisis de regresión logística multivariante considerando variables independientes: edad, género, comorbilidades (por índice de Charlson), estado inflamatorio (por PCR), presencia/ausencia de insuficiencia respiratoria ($SpO_2 < 90\%$), días desde el inicio de los síntomas hasta la prescripción de corticosteroides, dosis máxima de corticosteroides, uso de bolus de corticosteroides y uso concomitante de tocilizumab. La variable dependiente fue una combinación de muerte e intubación orotraqueal (IOT). El punto de corte óptimo se obtuvo del análisis ROC.

Resultados: 479 pacientes. La combinación IOT/muerte se alcanzó en 190 (39,6%) casos. Este grupo de pacientes presentaba mayor edad, mayor carga de comorbilidad, menor SaO_2 y mayor PCR. El intervalo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento con corticosteroides fue más corto en este grupo; y era más frecuente el uso de bolus de corticosteroides y tocilizumab. El análisis de regresión logística multivariante mostró que mayor edad, el uso de bolus de corticosteroides y el uso de tocilizumab se asociaban de modo significativo a un mayor riesgo de alcanzar el objetivo combinado IOT/muerte. Mientras que una mayor SaO_2 y un mayor intervalo desde el inicio de síntomas al uso de corticosteroides se asociaban con un menor riesgo de IOT/muerte. Los mejores puntos de corte para descartar la combinación IOT/muerte fueron: para la edad: ≤ 73 años (IC95%: 63,0-81,2), para la SaO_2 : $> 89\%$ (IC95%: 87-89) y para el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento con corticosteroides: > 9 días (IC95%: 5,1-12,0).

Conclusiones: Los pacientes con mayor duración sintomática presentaron un mayor beneficio del tratamiento con corticosteroides

en términos de mortalidad, en consonancia con los resultados obtenidos en el estudio RECOVERY. La respuesta parece ser mejor en aquellos pacientes que comenzaron el tratamiento más tarde en el curso de la enfermedad.

1264. NEUMONÍA COVID-19: IMPACTO DE FACTORES PRONÓSTICOS Y TRATAMIENTO EN LA MORTALIDAD

Indhira Guzmán Peralta¹, Luis Pérez de Llano¹, Adolfo Balóira Villar², María Torres Durán³, Carmen Diego Roza⁴, Pedro Marcos Rodríguez⁵, Vanessa Riveiro Blanco⁶, María Bustillo Casado⁷ y Rafael Golpe Gómez¹

¹Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. ²Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España. ³Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España. ⁵Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Coruña, España. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago, España. ⁷Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España.

Palabras clave: Neumonía COVID-19. Corticosteroides. Tocilizumab.

Introducción: Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a resultados desfavorables (variable de resultado combinada: mortalidad y necesidad de ventilación mecánica) en pacientes hospitalizados en Galicia con neumonía COVID-19.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico y observacional realizado en los 8 hospitales terciarios gallegos. Se incluyeron todos los pacientes ingresados con neumonía COVID-19 confirmada desde el 1 de marzo hasta el 24 de abril de 2020. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para identificar la relación entre los factores de riesgo, las intervenciones terapéuticas y la variable de resultado combinada.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.292 pacientes (56,1% varones). 221 sujetos (17,2%) murieron y 349 (27%) alcanzaron la variable de resultado principal. La edad [(OR) = 1,02 (IC95%: 1,01-1,03)], los cuartiles 3 y 4 de PCR [OR = 2,06 (IC95%: 1,31-2,25)] y [OR = 2,76 (IC95% 1,75-4,35)], respectivamente, el índice de Charlson [OR = 1,17 (IC95%: 1,07-1,27)], la SaO₂ al ingreso [OR = 0,94 (IC95%: 0,92-0,95)], el ratio de admisiones/camas de hospital [OR = 1,05 (IC95%: 1,01-1,09)], el tratamiento con hidroxiquina [OR = 0,19 (IC95%: 0,11-0,33)], el tratamiento con corticosteroides sistémicos [OR = 2,01 (IC95% 1,48-2,75)] y la prescripción de tocilizumab [OR = 3,28 (IC95% 2,08-5,17)], afectaron significativamente el resultado.

Conclusiones: Estos hallazgos pueden ayudar a identificar los pacientes con mayor riesgo de muerte al ingreso hospitalario y pueden instar a las autoridades sanitarias a implementar políticas destinadas a reducir las muertes mediante un aumento en la disponibilidad de camas hospitalarias.

1323. PACIENTES INGRESADOS EN UCRI, ¿QUÉ INCIDE EN LA MORTALIDAD?

Berman Barragan Pérez¹, José Antonio Durán Cueto¹, Carlos Cabanillas Díez-Madroño², Celia Montañó Montañó², Celia de Dios Calama², María Estrella Ruiz Carretero², Amanda Arenas Polo² y Marta Cebrián Romero²

¹Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España. ²Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

Palabras clave: UCRI. Mortalidad. Oxigenoterapia de alto flujo.

Introducción: El aumento de contagios por SARS-CoV-2 se refleja en el colapso de la hospitalización y las UCI, para descongestionar la demanda asistencial las UCRI aportan tratamientos y soporte respiratorio de moderada-alta complejidad con mayor evidencia científica actualmente, por lo que cabe la pregunta de si estas acciones han incidido en la mortalidad.

Objetivos: Caracterizar al paciente (p) ingresado por neumonía grave en UCRI de nuestro hospital y relacionar las variables (v) epidemiológicas, clínicas, analíticas y de tratamiento con la mortalidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, hecho a partir de datos obtenidos del historial médico de (p) ingresados en UCRI desde junio a diciembre de 2020, se hace un análisis secundario relacionando la mortalidad (m) con las distintas (v), se usa el programa estadístico SPSS 23.

Resultados: La muestra es de 71 (p), con edad media de 67 años (amplio rango, de 26 a 91), 68% hombres y 32% mujeres, sobreviven 61% y fallecieron el 39%; son fumadores el 7%, no fuman 62% y exfumadores 31%. La mayoría tiene comorbilidades (90%), las más frecuentes son HTA 65%, DLP 32%, obesidad 27%, asma 14,1%, ninguna de estas (v) se relacionó con mayor (m). Los fallecidos tuvieron más complicaciones, sobre todo infecciones nosocomiales 18% sin alcanzar significancia estadística, seguido por la miopatía del enfermo crítico 15,5%, los sangrados, TEP y necesidad de traqueostomía, ninguno de estos alcanza el 10%. La media del total de días de estancia fue 20 (con rangos muy amplios), en planta 7 días, UCRI 6, UCI 7 días, estas (v) no se relacionaron con la (m) ni por subgrupos, ni en su total. El 100% de los (p) recibieron corticoides y antibioterapia, un 74% plasma, 63% tocilizumab, 15% remdesivir, 29% Ciclosporina, hubo menos (m) con tocilizumab con una $p < 0,05$. El soporte respiratorio más usado fue ONAF 87%, ONAF combinada con mascarilla reservorio (MR) un 69%, VMNI 52%, VMI en 37%, de los (p) que pasaron a UCI recibieron pronó 21% y ECMO el 2,8%, solo la VMI y el ONAF + MR mostraban diferencias estadísticamente significativas sobre la (m).

Conclusiones: En UCRI el paciente suele ser hombre de 67 años aproximadamente con comorbilidades, no fumador susceptible de tener infecciones nosocomiales. El soporte respiratorio con VMI, ONAF+MR y el uso de tocilizumab consiguieron diferencias estadísticas respecto a (m), las infecciones nosocomiales fueron más frecuentes en los fallecidos y el DD alto se relacionó con ingresos más largos.