

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

80. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS ALTAMENTE AFECTADA POR COVID-19

María Cristina Gutiérrez Lora¹, Hilda Fernández Ovalle²,
Ismael Calcerrada Alises³, María San Millán González³,
Patricia Rodríguez Fernández⁴, María Isabel Blanco de la Fuente⁵,
Mari Fe Muñoz Moreno⁶ y Miriam Rodríguez Viñuela¹

¹Centro de Salud Medina del Campo Urbano, Medina del Campo, España. ²Parque de Alameda Covaresa (Valladolid), Medina del Campo, España. ³Centro de Medicina del Campo Urbano, Medina del Campo, España. ⁴Centro de Salud Benavente Sur Zamora, San Cristobal de Entreviñas, España. ⁵Centro Residencial Hogar San José, Medina del Campo, España. ⁶Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: Coronavirus. Infecciones por coronavirus. Servicios de salud para ancianos.

Introducción: La pandemia por la COVID-19 ha afectado muy especialmente a residentes en centro de ancianos. Según el informe "Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence" de octubre de 2020, más del 47% de las muertes notificadas por el Ministerio de Sanidad Español por COVID-19 se han producido en las residencias de ancianos. Desde Atención Primaria, se ha tenido que atender con premura estos Centros, careciendo de medios y conocimiento suficiente. De esta laguna de conocimiento surge nuestro estudio.

Objetivos: El objetivo principal fue estudiar la prevalencia y factores de riesgo relacionados con la morbimortalidad de infección por COVID-19 en una residencia de ancianos.

Material y métodos: Estudio observacional transversal desde marzo a noviembre de 2020, en una residencia de ancianos en el área de salud de Medina del Campo (Valladolid). Se midieron diversas variables sociodemográficas, de fragilidad, morbilidad-mortalidad, parámetros clínico-asistenciales, mediante análisis estadístico con el programa SPSS v.24.

Resultados: De un total de 111 ancianos residentes, se realizó el 29 de marzo cribado masivo con un total de 76 pruebas positivas en ancianos y 24 trabajadores. Se redistribuyó de inmediato a los residentes infectados y no infectados por plantas, con medidas de protección estrictas para el acceso. La edad media de los pacientes fue

de 87,4 años con un 41,4% de ellos con un grado moderado-grave de dependencia. El 86,8% de los afectados presentaba FRCV, un 76,3% HTA, 22,4% DM 22,4% y el 11,8% EPOC. Existía desnutrición en el 19,7%, déficit de Vit B12 y vitD 25% respectivamente. Solo presentando síntomas el 53%. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre 18,4%, síntomas respiratorios 28,9% y síntomas constitucionales 13,2%. Solo el 15,8% precisó derivación hospitalaria. El 39,4% fue tratado antibióticamente, el 17,1% con aerosolterapia, el 13,2% con oxígeno, 5,3% con corticoides y un 3,9% con hidroxicloroquina. La mortalidad del estudio fue del 11,8%

Conclusiones: Es de señalar en nuestro estudio que, pese a la alta incidencia de enfermedad COVID, la mortalidad fue baja, a pesar del alto grado de dependencia y comorbilidad existente. Las medidas de pronto aislamiento e identificación de casos y la supervisión médica exhaustiva por el equipo de Atención Primaria, puede haber contribuido dichos resultados, mejorando el pronóstico de dichos pacientes.

148. INFARTO PULMONAR EN INFECCIÓN POR CORONAVIRUS

Berta Tijero Rodríguez, Patricia Bustamante Marcos,
Lorena Delgado Alonso, Henar Bergaz Díez, Raquel Talegón Martín,
Raúl López Izquierdo, Virginia Carbajosa Rodríguez,
Jesús Ángel Moche Loeri, Marta Moya de la Calle
y Laura Fernández Concellón

Urgencias Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Palabras clave: Coronavirus. Infección pulmonar. Infarto pulmonar.

Caso clínico: Varón de 64 años, sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes personales de interés. Acude por fiebre elevada de 38,9 °C, con tos, disnea y ortopnea de 3 días de evolución, no anosmia, no agueusia, no clínica digestiva. Con test rápido de Ag SARS-CoV-2 positivo hace 4 días, y resto de convivientes también positivos. Exploración física: TA 177/98 mmHg, TAM 118 mmHg, FR 24 rpm, FC 98 lpm, Tª 36,7 °C, SatO2 97%. Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes en base izquierda. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores. Se realiza analítica sanguínea: L 5.700 u/L (linfocitos 1.300 u/L), Hb 14,4 g/dl, plaquetas 151.000 u/L, Coagulación con dímero D 15.314 ng/ml. Iones, función renal y perfil

hepatopancreático sin alteraciones. PCR 58 mg/L. PCT 0,05 mg/L. GAB: pH 7,45, PCO₂ 36 mmHg, PO₂ 72 mmHg, HCO₃ 25 mmol/L, PO₂/FIO₂ 342,9, lactato 0,8 mmol/L. Radiografía de tórax: no imágenes de opacidades, ni infiltrados, no derrame. Dado el estado del paciente y las alteraciones analíticas se completa estudio con angioTAC: No se identifican defectos de opacificación de contraste en la arteria pulmonar ni en sus ramas principales, lobares ni segmentarias que sugieran tromboembolismo pulmonar. Pequeñas opacidades en vidrio deslustrado, periféricas, en segmentos anterior y posterior del LSD y segmentos posterobasales de ambos lóbulos inferiores, compatibles con neumonía COVID-19. En el segmento posterior del LSI se aprecia una opacidad de morfología triangular con base externa, a cuyo vértice aboca una rama arterial subsegmentaria que no se aprecia claramente opacificada. En conjunto, estos hallazgos son muy sugerentes de pequeño infarto pulmonar. No presenta derrame pleural ni pericárdico, tampoco adenopatías mediastínicas en rango patológico. Silueta cardíaca de tamaño normal. Aorta torácica de calibre normal. Tratamiento: a su llegada se pauta paracetamol 1 gramo intravenoso + 2 puff budesonida + 2 puff de bromuro de ipratropio. Tras resultados de pruebas complementarias se inicio con enoxaparina a 1 mg/kg peso subcutánea + ceftriaxona 2 gramos intravenoso + azitromicina 500 mg vía oral. Se calculan las siguientes escalas de gravedad del paciente: CHARLSON 2; PSI (Fine) 64; CURB-65 0; SCAP 5; NEWS-2 4; SOFA 1; qSOFA 1. Se ingresa al paciente en neumología completando el tratamiento antibiótico y inicio de tratamiento corticoideo, presentando en los días siguientes buena evolución desde el punto de vista respiratorio, por lo que se procede al alta sin necesidad de oxigenoterapia suplementaria en domicilio. Se decide mantener anticoagulación con heparina de bajo peso molecular de cara al alta y completando un mes de tratamiento. Se completa estudio con serología ELISA con IGG positivas. Diagnóstico final: neumonía bilateral por COVID-19. Pequeño infarto pulmonar en LSI.

Discusión: La infección por coronavirus cursa con numerosas complicaciones siendo la más frecuente la respiratoria. Es fundamental la valoración clínica del paciente, apoyada con las pruebas de imagen y los factores analíticos de mal pronóstico. No debemos olvidarnos de las escalas de gravedad, son otra herramienta útil para el pronóstico del paciente y el riesgo de mortalidad.

230. PREVALENCIA ENFERMEDAD COVID, ANTECEDENTES, SÍNTOMAS, TRATAMIENTO Y DERIVACIÓN EN UNA ZBS RURAL

Ana María Martín Baeza, Laura Guiomar Jiménez Alonso, Piedad López Domínguez, Julia García Fernández, Ana Belén Galán Berlana, Carmen Rodríguez Martín, Myriam Delafuente Guitard, M. Ángeles Gutiérrez Bernal, Laura Juez Yuguero y Manuela Vicente García

Centro de Salud Madrigal Altas Torres, Madrigal de las Altas Torres, España.

Palabras clave: COVID. Prevalencia. Síntomas.

Se realizó estudio descriptivo en la Zona Básica de Salud de madrigal de las Altas Torres en la provincia de Ávila, recogiendo los datos de las historias clínicas de los pacientes afectados por coronavirus. La Zona Básica de salud cuenta con una población de 2.392 habitantes con 1.261 hombres y 1.131 mujeres. Ocupa una pequeña extensión dentro de la comarca de la Moraña, la Zona Básica está compuesta por 12 municipios. El núcleo cabecera se encuentra en la localidad de Madrigal de las Altas Torres. El estudio consistió en recoger todos los casos COVID desde el 15 de marzo de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020. Después se analizaron las siguientes variables: sexo, antecedentes personales, síntomas durante la enfermedad en varones y mujeres, haber recibido tratamiento sí/no en hombres y mujeres, derivación a hospital sí/no en hombres mujeres, ingreso hospitalario sí/no hombres y muje-

res, neumonía sí/no en hombre/mujeres, exitus sí/no en hombres y mujeres. Los resultados fueron los siguientes: Número total de casos: 87 casos. Número de casos en varones: 41 casos (47,2%). Número de casos en mujeres: 46 casos (52,8%). Antecedentes personales: Hombres: hipertensión arterial: 9 (26%), diabetes mellitus: 7 (21%), obesidad: 7 (21%), antecedentes respiratorios: 4 (12%), hiperlipemia: 7 (21%). Mujeres: hipertensión arterial: 11 (31%), diabetes mellitus: 6 (22%), obesidad 6 (21%), antecedentes respiratorios: 5 (7%), hiperlipemia: 3 (11%). Síntomas: Hombres: asintomáticos: 5 (5%), anosmia: 9 (10%), tos: 24 (26%), ageusia: 5 (5%), fiebre: 20 (21%), astenia: 7 (8%), faringitis: 2 (2%), diarrea: 6 (6%), cefalea: 8 (9%), rinitis: 4 (4%), disnea: (4%). Mujeres: asintomáticos: 5 (5%), anosmia: 14 (13%), tos: 17 (16%), ageusia: 6 (6%), fiebre: 13 (12%), astenia: 17 (16%), faringitis: 2 (2%), diarrea: 8 (8%), cefalea: 4 (4%), rinitis: 6 (6%), mialgias: 2 (2%), dispepsia: 1 (1%). Recibieron tratamiento médico: hombres: 27 (59%); mujeres: 19 (43%). Derivación a hospital: hombres: 8 (20%); mujeres: 12 (21%). Ingreso hospitalario: hombres: 3 (7%); mujeres: 4 (9%). Neumonía: hombres: 3 (11%); mujeres: 4 (7%). Exitus: hombres: 3 (7%); mujeres: 0 (0%).

Conclusiones: Para una población pequeña como es la Zona Básica de Salud de Madrigal de las Altas Torres, la prevalencia de la enfermedad durante el año 2020 fue de 3,63%. Con mayor afectación en el grupo de mujeres: 52,8%. Los antecedentes personales más destacados fueron similares en ambos grupos: hipertensión, diabetes, obesidad. Los síntomas más frecuentes fueron: anosmia, tos, fiebre y astenia. Un porcentaje de enfermo tuvo que ser derivado al hospital con ingreso posterior por complicaciones respiratorias, un 7% de mujeres y un 8% de hombres. Solo hubo exitus en el grupo de hombres, un 7%.

311. ATENCIÓN PRIMARIA EN PANDEMIA COVID-19 EN CHILE

Camilo Bass del Campo

Centro de Salud Las Mercedes, Santiago, Chile. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Palabras clave: COVID-19. Determinación social de salud. Atención Primaria.

En Chile escenario de pandemia por COVID-19 ha sido muy complejo, con 863.231 personas contagiadas (tasa de 4.436,3 por 100.000 habitantes) y 25.410 fallecidos/as (130,6 por 100.000 hab.). Esta situación se puede explicar debido a una política reduccionista y centrada en el nivel hospitalario, así como por condiciones de pobreza, hacinamiento, precariedad laboral entre otras consecuencias del modelo de desarrollo (29% de pobreza multidimensional, 70% de los trabajadores/as con sueldos insuficientes y una alta informalidad, 30% de adultos/as mayores trabajando). Lo que se evidencia por ejemplo, en la desigualdad en la mortalidad ajustada por COVID-19, con una diferencia es de más de 5 veces entre las comunas de menores y mayores ingresos del Gran Santiago. Consecuencia de la fallida reforma a la salud, que planteaba situar a la atención primaria (AP) como el eje central del sistema. En el país existe un importante déficit de recursos, evidencia de esta precariedad es la falta de horas médicas en AP (con una brecha de más de un 25% para contar con 1 médico/a AP cada 2.000 personas), lo que provoca una insuficiente respuesta a las necesidades de la población. Manteniéndose bajos niveles de control de enfermedades agudas y crónicas, así como de satisfacción usuaria. A lo anterior se suma una tardía y deficiente incorporación de la estrategia de abordaje comunitario para la contención de la pandemia. A pesar de la evidencia demostrada en países que priorizaron el trabajo en el nivel primario de atención, en los primeros 4 meses menos del 5% de los recursos para su enfrentamiento fueron destinados a AP. Si bien en la actualidad, en el país se ha reducido el índice general de contagios y fallecimientos, debemos comprender el comportamiento del virus desde una mirada regional, donde tanto consultorios y hospitales, deben mantener medidas sanitarias y

capacidad de atención oportuna. Por lo tanto, se debe establecer con claridad la mantención de los protocolos y gestión clínica, favoreciendo la respuesta ante un aumento de casos de COVID-19 y ampliar la capacidad de TTA (testeo, trazabilidad y aislamiento). Como aprendizaje producto de la pandemia, se ha evidenciado que Chile no cuenta con un sistema robusto de salud. Por lo tanto, se requiere contar con el Derecho a la Salud consagrado en la Constitución, por medio de un Servicio Nacional de Salud (SNS), basado en atención primaria. El rol que debe jugar la AP, sobre las políticas sanitarias y sociales es fundamental para lograr la contención de esta crisis, por medio de una robusta gestión clínica y territorial, favoreciendo la respuesta con una estrategia organizada, participativa y eficiente de TTA. Debiéndose avanzar en una política que fortalezca la incorporación y permanencia de los/as médicos/as y otros/as trabajadores de salud, estableciendo una perspectiva que asegure la longitudinalidad en la atención.

464. MONTELUKAST EN LA CLÍNICA RESPIRATORIA DE PACIENTES CON COVID PERSISTENTE

Francisco Mera Cordero^{1,2}, Betlem Salvador González^{1,2}, Rosa Morros Padros², Sara Bonet Bonne^{1,2}, Jesus Almeda Ortega^{1,2}, Oriol Cunillera Puertolas², Marina Balanzo Joue¹, Josep Cardona Serra³ y Cristina López Ramírez Ramirez¹

¹Instituto Català de la Salut DAP Costa Ponent, L'Hospitalet de Llobregat, España. ²IDIAP, Barcelona, España. ³Institut Català de la Salut DAP Lleida, Lleida, España.

Palabras clave: Montelukast COVID-19 Persistente.

El ensayo clínico E-Speranza COVID se basa en la plausibilidad biológica del beneficio del montelukast en la reducción del proceso inflamatorio producido en la infección por SARS-CoV-2, y los resultados del tratamiento empírico de una serie de casos. El objetivo es demostrar la eficacia del montelukast frente al placebo en la mejora de la calidad de vida asociada a los síntomas respiratorios en pacientes con COVID-19 persistente. Ensayo clínico de fase III, aleatorizado, doble ciego para evaluar la eficacia en la mejora de la calidad de vida asociada con los síntomas respiratorios de montelukast versus placebo (1:1) en pacientes con infección por SARS-CoV-2 y persistencia de síntomas de más de 4 semanas de evolución. Variables principales y secundarias. Principal: calidad de vida de la sintomatología respiratoria según CAT. Secundarias: 1. Mejora de la capacidad al esfuerzo según el 1 min sit-to-stand test: número de repeticiones realizadas. 2. Desaturación de O₂ ≥ 4% con el esfuerzo (1min sit-to-stand test). 3. Otra sintomatología: astenia, cefalea, ageusia, anosmia, rinitis según Escala Visual Analógica (EVA). 4. Número de consultas a atención primaria (presencial y no presencial). 5. Número de visitas a urgencias de atención primaria. 6. Número de visitas a urgencias hospitalarias. 7. Número de ingresos hospitalarios. 8. Mortalidad a los 28 días. 9. Acontecimientos adversos graves y reacciones adversas graves a la medicación. 10. Acontecimientos adversos no graves y reacciones adversas no graves a la medicación. 11. Diseño. Ensayo clínico fase III, aleatorizado y doble ciego para evaluar la eficacia de montelukast frente a placebo en la mejora de la calidad de vida en pacientes con infección por SARS-CoV-2 con clínica respiratoria persistente leve-moderada. La aleatorización será realizada por un estadístico no implicado en el reclutamiento con un programa estadístico sin restricciones, en una proporción de asignación 1:1. La distribución se realizará por bloques estratificando en función del sexo, y la gravedad inicial de la disnea valorada por la Escala de disnea modified-Medical Research Council (mMRC, en categorías 0-1 y 1-2), para asegurar la proporcionalidad de los grupos según estos factores. Unos resultados positivos del montelukast, un fármaco ya existente, con un perfil de seguridad contrastado y asequible económicamente, serían un gran avance.

562. MIOCARDITIS EN CONTEXTO DE INFECCIÓN AGUDA POR SARS-CoV-2

María Ysabel Río Álvarez¹, Luis Alberto González López¹, Beatriz Torres Blanco¹, Rodrigo Santos Santamarta¹, María Teresa Jorge Bravo¹, María Varela Patiño² y Clara Mora Gómez¹

¹Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España. ²Hospital Comarcal de Benavente, Valladolid, España.

Palabras clave: Miocarditis. COVID-19. Troponina.

Caso clínico: Varón de 29 años. Antecedentes personales: asma, rinoconjuntivitis alérgica. En cuarentena por contacto estrecho de COVID desde hace 5 días. Familia activa 112 por síncope tras micción, traslado al hospital de referencia. Fiebre y tos desde hace 48 horas. Exploración y pruebas complementarias: SatO₂: 96% FC: 100 lpm TA: 153/97. Exploración general, incluida neurológica sin hallazgos patológicos significativos. Se descartan signos de tromboflebitis. PCR-SARS-CoV-2 positiva. ECG sin hallazgos significativos. Elevación de biomarcadores de daño miocárdico con seriación positiva troponina 338--418. K+: 3,2, GPT 79, GOT 65, LDH 217. Resto de parámetros analíticos en rango. Rx de tórax: normal. Ingresos en Unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de probable miopericarditis secundaria a infección por SARS-CoV-2. Ecocardiograma: compatible con la normalidad. Tratado con sueroterapia y analgesia, evolución favorable y traslado al servicio de cardiología, donde permanece asintomático sin alteraciones ECG ni analíticas. Es dado de alta al 3º día del ingreso para seguimiento por atención primaria (AP). Durante el seguimiento en AP, ha permanecido asintomático, sin precisar tratamiento, recomendándole evitar ejercicio cardiovascular intenso durante 3 meses. Orientación diagnóstica: síncope con elevación de marcadores de daño miocárdico en contexto de infección COVID-19. La afección cardiovascular producida por el SARS-CoV-2 es multifactorial. Se han detectado partículas virales en el tejido cardíaco mediante pruebas PCR evidenciándose una toxicidad directa, así como la producción de citocinas inflamatorias, y una elevada densidad de receptores para la enzima convertidora de angiotensina 2 presentes en los miocardiocitos, convirtiéndolos en células diana para el virus. La resonancia magnética cardíaca constituye el gold standard para la evaluación no invasiva de la miocarditis. Se estima una prevalencia de miocarditis 0,71/1.000 en la COVID-19, con un aumento del riesgo del 45% comparado con población sin la COVID-19. En un estudio de 416 pacientes hospitalizados por COVID-19 cerca del 20% tenían daño cardíaco definido por elevación de la troponina ultrasensible, además de un aumento de distrés respiratorio y de la mortalidad. En este caso existen signos indirectos de daño miocárdico por la elevación de las troponinas, sin objetivarse daño estructural en la ecocardiografía. Estos datos, sugieren una asociación entre la infección por SARS-CoV-2 y la miocarditis.

596. MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTE COVID POSITIVO

Clara Mora Gómez¹, María de la O Gutiérrez García¹, Margarita Alonso Fernández¹, Mercedes García Vidal¹, María Concepción Gómez Melero², Ana González Celestino³, Rosa María González López³, Ana Sánchez Coalla³, María Ysabel Río Álvarez⁴ y Juan Miguel Pacheco Bolaños⁵

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

Palabras clave: COVID. Gingivitis. Citoquinas.

Caso clínico: Paciente de 40 años de edad, sin AP de interés, en seguimiento en nuestra consulta de atención primaria por ser COVID

positivo tras realización de test de antígenos al presentar como único síntoma odinofagia de 3 días de evolución. Negaba otro tipo de sintomatología. El seguimiento lo realizaba enfermería ya que se trataba de un paciente joven sin comorbilidades. Después de 5 días de aislamiento, nos consulta porque nota la encía superior inflamada imposibilitándole cerrar la boca con facilidad junto con halitosis. Negaba odinofagia, disfagia, otalgia, fiebre, toma de fármacos, alimentos nuevos, conductas sexuales de riesgo, lesiones cutáneas, manipulaciones odontológicas recientes, ageusia o anosmia. Es portador, desde hace 3 años, de aparato dental fijo por lo que acude frecuentemente al dentista para revisión. Desde el punto de vista respiratorio, abdominal y urinario se encontraba asintomático. A continuación, le pedimos que nos enviara una foto por vía e-mail. Presentaba inflamación de la arcada superior con respecto a la inferior de características normales, existían zonas de aspecto más eritematoso y friable sin otro tipo de lesiones como úlceras o alteraciones a nivel de la lengua. Nuestra primera impresión fue gingivitis desencadenada por infección COVID. Le recomendamos enjuagues bucales con clorhexidina y valoración precoz por odontólogo. La enfermedad periodontal, es junto a las caries, una de las afecciones orales más comunes. En nuestro caso la gingivitis se trata de una enfermedad aguda que consiste en la inflamación y sangrado reversible de las encías a consecuencia de acumulación de placa bacteriana. Su principal causa es la higiene bucodental deficiente, aunque también se haya condicionado a otros factores como la genética, el consumo de tabaco, alcohol, estrés, embarazo, otros problemas bucales y enfermedades sistémicas como la diabetes. Numerosos estudios han demostrado que está estrechamente relacionada con la infección aguda por COVID-19 a través de la activación de citoquinas inflamatorias a nivel bucal. Quería exponer este caso para evidenciar que, la relación que existe entre los problemas oncológicos y la infección por COVID es muy prevalente y debemos hacer un diagnóstico precoz en las consultas de atención primaria para evitar complicaciones futuras.

619. ESTADO EMOCIONAL Y EQUILIBRIO OCUPACIONAL EN ÉPOCA DE PANDEMIA

Araceli Ortiz Rubio, Javier Martín Núñez,
Carmen Romero Sánchez, Janet Rodríguez Torres,
Irene Cabrera Martos y Marie Carmen Valenza

*Departamento de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Granada, Granada, España.*

Palabras clave: Ansiedad. Depresión. Ocupación.

Introducción: La pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 ha puesto a toda la población mundial ante un desafío sin precedentes. Esta situación ha podido causar dificultades emocionales y desequilibrio ocupacional. El objetivo de este estudio fue analizar el estado emocional y el equilibrio ocupacional en la población en general.

Material y métodos: Se creó una encuesta online que fue distribuida a través de las redes sociales. Se realizó una evaluación transversal entre los meses de octubre y noviembre. Se registró el estado emocional con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) y el equilibrio ocupacional con el cuestionario de Equilibrio Ocupacional (EO).

Resultados: Un total de 702 personas completaron la encuesta. Los participantes tenían una edad media de $27,55 \pm 13,25$ años. Un total de 58,5% de los participantes refirieron tener un familiar cercano que había pasado la COVID-19. Los participantes presentaron un nivel de ansiedad de $8,37 \pm 4,00$, un nivel de depresión de $5,06 \pm 3,27$ y un equilibrio ocupacional de 39,63. El estado emocional se relacionó negativamente con el equilibrio ocupacional.

Conclusiones: La situación de crisis de crisis asociada a la pandemia de COVID-19 ha tenido un importante impacto emocional y ocupacional en la población general. Una alteración del estado emocional repercute negativamente en el equilibrio ocupacional.

667. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE COVID POSITIVO EN TRATAMIENTO CON ACO

Clara Mora Gómez¹, María de la O Gutiérrez García¹,
Beatriz Cartón Manrique¹, Guillermo Oihan Aragón Elio¹,
Mercedes García Vidal¹, Margarita Alonso Fernández¹,
María Concepción Gómez Melero², María Ysabel Río Álvarez³,
Ana González Celestino⁴ y Rosa María González López⁴

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

Palabras clave: COVID. Anticonceptivo. TEP.

Caso clínico: Paciente de 27 años de edad, psicóloga de profesión, obesidad grado I sin hábitos tóxicos, en tratamiento actual con drosipirenona/etinilestradiol por problema de SOP y bilastina de forma ocasional por rinitis alérgica, consultó por nerviosismo y tos seca ocasional, de predominio matutino, desde hace 2 días. Negaba fiebre, disnea, dolor torácico o abdominal ni contactos con personas COVID+. Decía tener una personalidad tranquila pero sí había tenido un problema reciente en su trabajo. Revisamos las analíticas previas que estaban dentro de la normalidad. Ante esta consulta y la situación epidemiológica actual solicitamos test de Ag rápido que fue positivo para COVID-19, le explicamos que debía estar en aislamiento domiciliario 10 días controlándose los signos y síntomas de alarma por los que debía acudir al hospital. Tres días más tarde, la paciente se cita de urgencias por comienzo de disnea de reposo, permanece afebril pero continúa con cierto grado de ansiedad. Citamos de forma presencial utilizando los equipos de protección adecuados. Las constantes estaban en rango salvo SatO₂: 94% y FC 120 lpm. Presentaba ligera palidez mucocutánea y sudoración, pero el resto de la exploración fue rigurosamente normal. ECG mostraba taquicardia a 110 lpm sin otras alteraciones significativas. Repetimos las constantes manteniendo SatO₂ de 93-94%. La derivamos a urgencias extrahospitalarias para completar el estudio. Allí seguía con saturaciones bajas manteniendo el resto de constantes estables. Se solicitó analítica con dímero D que estaba muy elevado (3.500 ng/ml), ECG de novo y Rx de tórax que fueron normales. Posteriormente realizaron angioTAC de arterias pulmonares ante la alta sospecha de TEP que lo confirmó. Había afectación bilateral junto con sobrecarga de cavidades derechas. La paciente ingresó en UVI 3 días donde retiraron los anticonceptivos orales, pautaron tratamiento anticoagulante y tras su estabilización fue trasladada a planta de neumología para seguimiento. Actualmente permanece estable, en tratamiento único con sintrom y revisiones periódicas en el servicio de neumología. Quiero destacar este caso ya que, a priori, una chica joven con COVID no tendría por qué tener este tipo de complicaciones, pero debemos de revisar bien su historia médica, antecedentes personales, tratamientos actuales... ya que en este caso la toma de ACO, obesidad y la infección por COVID son factores de riesgo que aumentan el riesgo de TEP de forma significativa.

729. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Rodrigo Santos Santamarta¹, Beatriz Torres Blanco¹,
María Ysabel Río Álvarez¹, Luis Alberto González López¹,
María Teresa Jorge Bravo¹, María Sanz Almazan²,
María Varela Patiño³, Carmen Sánchez Peinador⁴
y Sara del Amo Ramos⁵

¹Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España. ²Centro de Salud Riaza, Segovia, España. ³Hospital Comarcal de Benavente, Zamora, España. ⁴Centro de Salud Cantalejo, Segovia, España. ⁵Centro de Salud Villamuriel de Cerrato, Palencia, España.

Palabras clave: Atención Primaria. COVID-19. Cáncer.

La actividad asistencial (AS) durante la COVID ha sufrido importantes cambios en ambos niveles asistenciales. La atención primaria (AP) no solo ha tenido que reorganizar la actividad AS para dar atención a los enfermos de COVID sino también atender procesos agudos, seguimiento de crónicos y soportar un cambio en la modalidad de atención junto con alta presión asistencial (PrAs). La información disponible apunta un retraso en el diagnóstico de nuevos casos de cáncer durante la pandemia, sobre todo durante los primeros meses (de marzo a junio). Se describe la AS de un cupo de Medicina de familia (MF) con 1597 tarjetas sanitarias individuales, perteneciente a un centro de salud urbano con actividad docente (tutorización de 4 residentes de MF). El periodo de estudio abarca desde 1 de marzo a 31 de diciembre de 2020. El número de consultas (NC) totales ha sido de 8.558, rango de 775 en marzo a 1.072 en octubre, de las que 218 corresponden a enfermedad por COVID. En el centro se realizaron 5.703 consultas (67% del total), de las que 733 (13% del total) fueron programadas y 33 en domicilio (2,1% del total). El resto del NC son no presenciales (17,9% del total). La PrAs media fue de 34,2 (rango 20,8 en marzo a 36,3 en diciembre). La incidencia de cáncer ha sido de 10 casos: 2 de próstata, 2 de mama, 2 de pulmón, 2 linfomas no Hodgkin, 1 de ovario y 1 de tiroides (626/100.000). En la 1ª fase de la pandemia (hasta 30 de junio) se diagnosticaron 4 casos, 5 casos en 2ª fase (hasta 30 de octubre) y 1 caso en la 2ª ola. La AS descrita en el estudio es mayor que la media de Castilla y León (CyL), 67% NC centro/56,5% de CyL coincidiendo los datos en el % del NC a domicilio. Respecto a la PrAs (34,2) también es mayor que la media de CyL (24,05) y la del Área de Salud Valladolid Oeste (31,57 centros urbanos). La incidencia de cáncer en el estudio, tasa 626/100.000, supera la incidencia estimada por REDECAN en 2020 (586/100.000), lo que significa que no hay dilación en el diagnóstico de nuevos casos. Los cánceres diagnosticados por orden de frecuencia varían respecto a REDECAN, próstata, mama, pulmón, linfoma no Hodgkin estudio/colon-rectal, próstata, mama, pulmón en REDECAN. Los indicadores de la AS descritos superan los de CyL y Valladolid Oeste sin aminorar la atención de otros procesos, incluido el diagnóstico de cáncer, lo que contrasta con el escaso reconocimiento de la AP durante la COVID.

733. ACTUACIÓN ANTE SIGNOS DE ALARMA EN PACIENTE COVID POSITIVO

Clara Mora Gómez¹, María de la O Gutiérrez García¹, Guillermo Oihan Aragón Elio¹, Margarita Alonso Fernández¹, Beatriz Cartón Manrique¹, María Ysabel Río Álvarez², Ana González Celestino³, Rosa María González López³, Juan Miguel Pacheco Bolaños⁴ y María Concepción Gómez Melero⁵

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

Palabras clave: COVID. Desaturación. Hipotensión.

Caso clínico: Paciente de 57 años, con AP de HTA y dislipemia, en tratamiento con ramipril/HCT, atorvastatina/ezetimiba y zolpidem por insomnio que consultó por fiebre de hasta 38 grados, disnea de moderados esfuerzos y tos seca constante desde hace 2 días. Convive con su mujer y sus dos hijos todos ellos asintomáticos. No contactos estrechos con COVID positivos. Realizamos test de antígenos que fue positivo. Tras la realización del mismo presentó cuadro presincope con cortejo vegetativo. Le valoramos con los equipos de protección oficiales. Tomamos constantes, TA: 85/60, FC 120, SatO2 94%. FR: 18. Tª 38,5 °C, la exploración fue normal salvo crepitantes bilaterales basales mayormente en la derecha. Cogimos dos vías venosas periféricas y administramos SSF 1000 ml IV+ paracetamol 1 gramo IV. Realizamos ECG, no mostraba alteraciones. Monitorizamos las constantes que persistían alteradas por lo que activamos la UME para

traslado a urgencias del hospital. Durante el traslado precisó oxígeno por desaturación (SatO2:88%) remontando cifras tras su administración. En urgencias la TA y FC mejoraron, pero SatO2 seguía baja (93%). Se solicitó analítica con importante linfocitosis, elevación del fibrinógeno y de PCR, PCR COVID positiva y Rx torácica mostraba una dudosa condensación en campo medio derecho compatible con neumonía. Ingresó durante 3 días, recibió tratamiento sintomático y tromboprolíptico. Permaneció afebril y hemodinámicamente estable. En domicilio tuvo que permanecer en aislamiento 10 días más. 3 días después, refirió una ligera presión torácica constante, no relacionada con los movimientos que le dificultaba respirar. Decía que le 'costaba coger el aire' y que le temblaban las piernas. Presentaba cierto nerviosismo. No tos, pero persistía la fiebre matutina que remitía con antipirético. Le citamos, de nuevo, de forma presencial. Presentaba buen estado general. Constantes en rango y solo persistían ruidos respiratorios. Repetimos ECG que era normal. Decidimos pautar terapia broncodilatadora inhalada y amoxicilina 1 gramo cada 12h una semana. Mejoró de forma significativa pero, actualmente, sigue precisando el inhalador ante episodios disneicos a pequeños esfuerzos. Con este caso queremos evidenciar la importancia, a nivel extrahospitalario, que tiene el detectar precozmente los signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica y así actuar de forma correcta ya que dichas actuaciones son fundamentales para el pronóstico inmediato y a largo plazo de nuestros pacientes.

738. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA COMO SÍNTOMA INICIAL DE ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS

Beatriz Torres Blanco¹, Beatriz Martín Pérez², Rodrigo Santos Santamarta¹, María Ysabel del Río Álvarez¹, Luis Alberto González López¹, Cristina Sal Redondo¹, María Teresa Jorge Bravo¹, Carmen Sánchez Peinador³, Ana Ramos Rodríguez⁴ y María Varela Patiño⁵

¹CS Arturo Eyries, Valladolid, España. ²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ³CS Cantalejo, Segovia, España. ⁴CS Parquesol, Valladolid, España. ⁵Hospital Comarcal de Benavente, Zamora, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Parálisis facial. Sistema nervioso.

Caso clínico: Mujer de 34 años, sin antecedentes de interés, en su sexto día de aislamiento domiciliario por contacto estrecho con un enfermo de COVID-19, consulta por cuadro brusco de hemiplejía facial derecha de 72 horas de evolución, sin otra sintomatología asociada. Niega fiebre, tos, anosmia o ageusia. A la exploración presenta plejía de músculos frontal, orbicular y masetero derechos, preservando el componente sensitivo facial de la hemicara afecta (afectación motora del VII par craneal). No se objetivaron lesiones cutáneas, corneales, ni en conductos auditivos externos. Resto de exploración neurológica normal. El resultado de la reacción en cadena de la polimerasa para SARS-CoV-2 fue positivo, diagnosticando a la paciente de parálisis facial periférica (PFP) de probable etiología viral por coronavirus. Se inició tratamiento con corticoterapia oral y protección ocular. Entre el 5-15% de las PFP, son causadas por procesos infecciosos, principalmente por diferentes familias de virus. Se estima que el 36% de enfermos por coronavirus presentan sintomatología neurológica, siendo los más frecuentes el mareo y la alteración del nivel de conciencia, habiéndose descrito casos de PFP. La PFP secundaria al SARS-CoV-2, podría ser consecuencia de la lesión directa de las células nerviosas por neurotropismo del virus, teniendo como puerta de entrada la mucosa olfatoria. Otro posible mecanismo fisiopatológico indirecto, sería la respuesta inmunológica, la cascada inflamatoria, las alteraciones tóxico-metabólicas y la desregulación autonómica desencadenada por la infección viral. Lo relevante del caso, fue la manifestación de la PSP como primer y único síntoma de enfermedad por COVID-19.

Bibliografía

1. Rodríguez-Ortiz MD, Mangas-Martínez S, Ortiz-Reyes MG, et al. Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. Arch Neurocienc. 2011;16(3):148-55.
2. Casas E, Barbosa A, Rubio-García E, Cebrián J, Díaz-Pérez C, de la Fuente E, Vivanos J, López-Manzanares L. Parálisis facial periférica aislada en un paciente con COVID-19. Rev Neurol. 2020;71:40-1.

958. SEGUIMIENTO POST-COVID EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rodrigo Santos Santamarta, Beatriz Torres Blanco, María Ysabel Río Álvarez, Luis Alberto González López y María Teresa Jorge Bravo

Centro de Salud Arturo Eyrías, Valladolid, España.

Palabras clave: Atención Primaria. PostCOVID-19.

Caso clínico: Varón, 76 años. Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo 2. Tratamiento (Tto) con telmisartán/hidroclorotiazida, simvastatina, empaglifozina y linagliptina/metformina. Acude al servicio de urgencias hospitalarias por fiebre, hasta de 40 °C, de 5 días de evolución, malestar general, tos, y disnea. Exploración y pruebas complementarias: TA: 131/55 Saturación de oxígeno basal: 93%. Tª 37 °C. En exploración física destaca la presencia de crepitanes en ambas bases. Pruebas complementarias: PCR-SARS-CoV-2 positiva. ECG sin hallazgos significativos. Analítica: plaquetas 126.000, PCR 46, Dímero D 685, lactato 2,1 Resto de parámetros analíticos en rango. Rx de tórax: infiltrados bibasales y peri-

féricos. Ingresó en servicio de neumología, donde trató con oxigenoterapia, ceftriaxona y dexametasona, retirada de antidiabéticos orales (AO) y corrección de glucemias con insulina rápida (IR). Evolución favorable, dando alta al 7º día del ingreso con oxígeno domiciliario, anticoagulación con heparina, IR, dexametasona en pauta descendente e indicación de aislamiento domiciliario 14 días desde el alta. Pérdida de peso, 8 kg, y bajo estado de ánimo. Seguimiento telefónico y presencial por atención primaria (AP). El paciente está decaído, hiporético, duerme mal, y glucemias de más de 300, pausándose: 1) Insulina glargina (ajuste según perfiles y corrección hiperglucemias pre prandiales con IR. 2) Dieta mediterránea con aumento de aporte proteico, e hidratación adecuada. 3) Lormetazepam. 4) Fisioterapia respiratoria. Se mantiene el tratamiento con estatinas, no precisando fármacos hipotensores (TA 135/74). Al mes: mejoría del apetito, del estado de ánimo con sueño reparador (se inicia desescalada de lormetazepam), del control de glucemias y de tolerancia al ejercicio, saturación de O₂ 98%. Al tercer mes reinicio de AO (metformina/linagliptina) y retirada de insulina y oxigenoterapia. Orientación diagnóstica: neumonía bilateral por SARS-CoV-2. Hipoxia secundaria. Descompensación diabética.

Discusión: Los pacientes post COVID requieren un manejo integral con perspectiva holística por parte de los servicios de salud. La AP constituye el nivel asistencial prioritario para su seguimiento: médico de familia, enfermería y fisioterapeuta coordinados con el nivel hospitalario. En el caso descrito se realizó seguimiento por la unidad asistencial de AP con la colaboración del fisioterapeuta mejorando la calidad de vida del paciente que regresó a situación preCOVID.