



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

52 - DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON Y SIN INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA

E. Caro Martínez, S. Abad Collado, B. Escrivá Cerrudo, S. García Almarza, M.M. García Ródenas, E. Gómez Merino y M.I. Serrano Mateo

Hospital Sant Vicent del Raspeig. Sant Vicent del Raspeig. Alicante.

Resumen

Objetivos: Describir las diferencias entre pacientes hospitalizados en un hospital de larga estancia (HACLE) que han adquirido infección nosocomial por COVID-19 con pacientes sin dicha infección.

Métodos: Estudio retrospectivo con análisis descriptivo mediante revisión de historia clínica informatizada, de pacientes ingresados entre enero y marzo de 2021 a los que se les hizo cribado de SARS-CoV-2. Se consideró caso de infección por COVID-19 nosocomial si existía contacto epidemiológico y exudado nasofaríngeo positivo para SARS-CoV-2. El Comité Ético de Investigación del Departamento de Salud de Alicante aprobó el estudio.

Resultados: Se realizó el cribado a 108 pacientes: 65 pacientes diagnosticados de infección por COVID-19 nosocomial de los cuales 29 (44,6%) fallecen ($p = 0,02$) con una OR 4,14 (IC95% 1,61-10,67). No hubo diferencia entre grupos en cuanto a la edad 81 (70-89) vs. 73 (65-84) ($p = 0,092$), sexo: mujeres 34 (52%) vs. 27 (63%) ($p = 123$) ni en la prevalencia de comorbilidad: hipertensión arterial 76,9% vs. 62,84% ($p = 0,112$), enfermedad cerebrovascular 36,9% vs. 23,3% ($p = 0,134$), nefropatía 23,1% vs. 25,6% ($p = 0,766$), neumopatía 30,8% vs. 20,9% ($p = 0,259$), cardiopatía 26,2% vs. 27,9% ($p = 0,841$) y diabetes 35,4% vs. 34,9% ($p = 0,957$), pero sí el padecer demencia previa 33,8% vs. 9,3% ($p = 0,003$). La puntuación Charlson fue mayor en el grupo COVID-19 6,63 vs. 5,35 ($p = 0,028$) con una menor supervivencia 15,11 vs. 29,20 ($p = 0,016$). No hubo diferencias en la toma de constantes en el momento de la realización de la PCR en ambos grupos: saturación O₂ ($p = 0,114$), temperatura ($p = 0,439$), frecuencia cardíaca ($p = 0,845$) y tensión arterial ($p = 0,101$). Hubo diferencias en cuanto a los síntomas: hipoxemia 97% vs. 3% ($p = 0,000$), disnea 35,4% vs. 9,3% ($p = 0,002$) y astenia 27,7% y 7% ($p = 0,008$). No hubo diferencias en los valores de proteína C reactiva ($p = 0,329$), filtrado glomerular ($p = 0,855$), BNP ($p = 0,518$), linfocitos ($p = 0,238$), ferritina ($p = 0,138$) ni vitamina D ($p = 0,593$), pero sí el dímero-D (mg/dL) 1,03 vs. 2,04 ($p = 0,007$). La radiografía de tórax fue normal en el 45,5% en el grupo COVID-19 y 56% en no COVID ($p = 0,214$). El grupo COVID-19 recibió más tratamiento antibiótico 49,2% vs. 16,3% ($p = 0,001$), más tratamiento corticoideo 55,4% vs. 7% ($p = 0,000$) y más soporte ventilatorio 69,2% vs. 33,3% ($p = 0,000$).

Discusión: Nuestro estudio describe las diferencias de los pacientes con y sin infección nosocomial por COVID-19 en un Hospital de Larga estancia (HACLE). Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad entre pacientes con/sin COVID-19. El único factor de riesgo asociado para la adquisición de la enfermedad nosocomial fue el padecer demencia previa. No hubo diferencias significativas en cuanto al motivo principal de muerte (COVID-19, Cardiovascular, Infecciosa distinta a COVID-19 u otra

causa).

Conclusiones: En nuestro estudio, el tener demencia fue la única comorbilidad asociada a la infección nosocomial por COVID-19. Los pacientes que adquirieron COVID-19 nosocomial presentaban un peor índice de Charlson (mayor comorbilidad y menor supervivencia a los 10 años). Los pacientes con COVID-19 nosocomial presentaron mayor hipoxemia, disnea y astenia y precisan de mayor tratamiento corticoideo y soporte ventilatorio. La mortalidad fue mayor en pacientes con COVID-19 nosocomial, si bien no como causa directa, sí como causa intermedia de mortalidad.