



## 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 O<sub>2</sub> ( $p = 0,114$ ), 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 precisaron 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.