Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S450

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

507 - REINFECCIONES POR COVID-19 EN PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE PANDEMIA

José Andrés Marchena Romero, *Erick F. Mayer, Mari Cruz Rodríguez Jareño, Inma Sánchez Pérez y Anabel Martín-Urda Díez-Canseco*

Hospital de Palamós, Palamós, España.

Resumen

Objetivos: Registro y caracterización de reinfecciones por SARS-CoV-2 en profesionales sanitarios.

Métodos: Se trata de una serie de casos de reinfección por COVID-19 en profesionales sanitarios de una institución sanitaria integrada, detectados entre el 01/03/2020 y el 28/02/2022. El estudio fue aprobado por el comité de investigación de la entidad y el comité ético provincial correspondiente. Los casos considerados como posible reinfección incluían aquellos con un antecedente de infección por SARS-CoV-2 confirmada por PCR, con resolución de síntomas y una PCR negativa posterior; un nuevo episodio con confirmación por PCR y, al menos, 90 días entre episodios. Los participantes firmaron consentimiento informado. Como variables, se registró sexo, edad, ocupación y lugar de trabajo, comorbilidades, uso de inmunosupresores, motivo de realización de PCR, presencia de síntomas al diagnóstico, realización de Rx tórax, analítica sanguínea y TC, y si eran patológicos o no; ingreso en planta o UCI, tratamiento específico para SARS-CoV-2, número de días hasta negativización de PCR y número de días de baja laboral. El análisis estadístico se realizó con SPSS26 y un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se incluyeron frecuencias, medias, e IC para una proporción, calculados por el método de Wilson/Brown. Para explorar proporciones se utilizó el test de McNemar-Bowker.

Resultados: Se registraron 849 infecciones por COVID-19 en sanitarios, incluyendo 86 casos que cumplían criterios de reinfección. El primer caso se detectó el 31/08/2020. El 84% de las reinfecciones eran en mujeres, Aquellos entre 35-44 años presentaban más riesgo de reinfección, mientras que los mayores de 55 años presentaban menor riesgo. El 45% de las reinfecciones se dieron en un hospital de agudos, mientras que el 37,2% se detectaron en profesionales de centros sociosanitarios. El 69% de los casos eran en enfermería y auxiliares, mientras que el 14% no tenían contacto directo con pacientes. El 44,8% presentaba alguna comorbilidad descrita durante los primeros meses de pandemia como un potencial factor de riesgo para presentar un cuadro infeccioso grave. El 4,7% estaban bajo tratamiento inmunosupresor previo a los episodios. No se detectaron diferencias en cuanto a la razón del test. Se detectaron diferencias en cuanto a la presencia de síntomas entre infección y reinfección, con mayor detección de asintomáticos en las reinfecciones. Se realizaron más radiografías en las primoinfecciones, y más TC en las reinfecciones. El 3,4% requirió ingreso hospitalario en el primer episodio, mientras que el 1,1% requirió ingreso en una UCI durante la reinfección. No hubo diferencias en cuanto a tratamiento por SARS-CoV-2. En las

reinfecciones se precisaron menos días de baja laboral y menos días para la negativización de la PCR.

	Reinfectados por SARS-CoV-2 (n = 86)			Total de sanitarios (n = 1.427)		
Variable	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Sexo						
Hombre	14	16,3	(10,0-25,5)	321	22,5	(20,4-24,7)
Mujer	72	83,7	(74,5-90,0)	1.106	77,5	(75,3-79,6)
Edad (años)						
≤ 34	21	24,4	(16,6-34,5)	294	20,6	(18,6-22,8)
35-44	33	38,4	(28,8-48,9)	370	25,9	(23,7-28,3)
45-54	20	23,3	(15,6-33,2)	398	27,9	(25,6-30,3)
≥ 55	12	14,0	(8,2-22,8)	365	25,6	(23,4-27,9)
Ocupación						
Facultativos	15	17,4	(10,9-26,8)	290	20,3	(18,3-22,5)
Enfermería	27	31,4	(22,6-41,8)	371	26,0	(23,8-28,3)
Auxiliares sanitarios	32	37,2	(27,7-47,8)	372	26,1	(23,9-28,4)
Otros	12	14,0	(8,2-22,8)	394	27,6	(25,4-30,0)
Lugar de trabajo						
Hospital de agudos	39	45,3	(35,3-55,8)	820	57,5	(54,9-60,0)
Centros sociosanitarios	32	37,2	(27,7-47,8)	230	16,1	(14,3-18,1)
Atención primaria	13	15,1	(9,1-24,2)	301	21,1	(19,1-23,3)
Otros	2	2,3	(0,6-8,1)	76	5,3	(4,3-6,6)
Comorbilidades						
Sí	42	48,8	(38,6-59,2)	-	-	-
No	44	51,2	(40,8-61,4)	-	-	-
Uso de inmunosupresores*						
Si	4	4,7	(1,8-11,4)	-	-	-
No	82	95,3	(88,6-98,2)	-	-	-

IC95%: intervalo de confianza al 95% para una proporción, calculada usando el método híbrido Wilson/Brown. *Inmunosupresores: hidroxicloroquina (1; 1,1%); azatioprina (1; 1,1%); omalizumab (1; 1,1%); secukinumab (1; 1,1%).

	Primoinfección		*Reinfección*		
Variable	n	%	n	%	*p*
Razón de testeo					0,453
Contacto estrecho con caso confirmado	18	20,9	25	29,1	
Cribado	17	19,8	21	24,4	

Sintomatología compatible con infección SARS-CoV-2	51	59,3	40	46,5	
Presencia de síntomas al diagnóstico					< 0,001
Si	85	98,8	65	75,6	
No	1	1,2	21	24,4	
Rx tórax					0,038
Patológica	6	7,0	3	3,5	
No patológica	15	17,4	6	7,0	
No realizada	65	75,6	77	89,5	
TC torácico					-
Patológico	0	0,0	2	2,3	
No patológico	0	0,0	0	0,0	
No realizado	86	100,0	84	97,7	
Analítica sangre					0,725
Patológica	7	8,1	5	5,8	
No patológica	9	10,5	6	7,0	
No realizada	70	81,4	75	87,2	
Hospitalización					1,000
Sí	2	2,3	1	1,2	
No	84	97,7	85	98,8	
Ingreso en UCI					-
Sí	0	0,0	1	1,2	
No	86	100,0	85	98,8	
Tratamiento específico para COVID-19					0,180
Sí	11	12,8	6	7,0	
No	75	87,2	80	93,0	
Días hasta negativización PCR					< 0,001
≤ 7	17	19,8	47	54,7	
8-10	24	27,9	23	26,7	
≥ 11	45	52,3	16	18,6	
Días de baja laboral					< 0,001
≤ 7	15	17,4	28	32,6	
8-10	13	15,1	32	37,2	
11-21	31	36,0	20	23,3	
≥ 22	27	31,4	6	7,0	

p: p-valor asociado con el test McNemar-Bowker con IC95%. *Tratamiento farmacológico específico: azitromicina (9; 10,4%); glucocorticoides (8; 9,3%); hidroxicloroquina (7; 8,1%); ritonavir/lopinavir (1; 1,1%); remdesivir (1; 1,1%); tocilizumab (1; 1,1%).

Conclusiones: En este estudio, los más afectados fueron aquellos de mediana edad y que trabajaban en entornos sociosanitarios, destacando la alta prevalencia de comorbilidades. Las primoinfecciones presentaban más sintomatología, que justificaría que se realizaran más pruebas complementarias. La diferencia de sintomatología entre episodios probablemente se deba a la inmunidad adquirida por

el primer episodio, la vacunación, el descenso de la virulencia de las diferentes variantes de COVID-19, y la intensificación de los cribajes.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.