

## FACTORES RELACIONADOS CON EL REINGRESO DE PACIENTES EN URGENCIAS ASOCIADOS AL COVID-19

Dra. Carla Iannuzzelli Barroso<sup>1</sup> / Dra. Sara Plou Izquierdo<sup>2</sup> / Dra. Beatriz Sanchís Yago<sup>1</sup> / Dra. Irene Coscollar Escartín<sup>1</sup> / Dra. Vanesa Muñoz Mendoza<sup>1</sup> / Dr. Fernando Galve Royo<sup>1</sup> / Dr. Francisco Esteban Fuentes<sup>1</sup> / Dra. Clara López Mas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> FEA Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>2</sup> MIR Medicina familiar y comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** A finales del año 2019 aparece en Wuhan un virus de la familia Coronavirus no conocido hasta la fecha, posteriormente nombrado como SARS-CoV-2. Se inicia así una pandemia a nivel mundial que entre los meses de febrero-marzo de 2020 entra en nuestro país, causando un gran número de infectados, lo que supuso una grave sobrecarga del sistema sanitario. Este virus, que se propaga rápidamente de persona a persona, produce un cuadro respiratorio febril, con síntomas generales, tos intensa y disnea, además de clínica gastrointestinal. De los pacientes afectados, entre el 10% y el 25% de los casos pueden aparecer complicaciones, con un síndrome de distrés respiratorio agudo grave por neumonía severa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo retrospectivo, en el que se analizaron todos los pacientes valorados en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel con diagnóstico de sospecha o confirmado de infección por Covid-19 que realizaron varias consultas por el mismo motivo en este servicio, en el periodo comprendido entre los meses de marzo y abril de 2020. Las variables analizadas en este estudio fueron sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, antecedentes médicos (HTA, DM, cardiopatía, EPOC/asma e inmunodepresión), sintomatología (fiebre, disnea, desaturación, tos y diarrea), realización y resultado de PCR, radiografía informada como neumonía sospechosa de Covid-19, tratamientos pautados, tipo de alta y destino en caso de ingreso y muerte.

**RESULTADOS:** Se analizan, de una muestra de 344 pacientes que acudieron a Urgencias con diagnósticos de sospecha o infección por Coronavirus, un total de 26 pacientes que volvieron a consultar en el mismo servicio en una segunda y tercera ocasión, bien por persistencia de síntomas o empeoramiento de los mismos, o por complicaciones derivadas de esta enfermedad. De los pacientes analizados, destacar que la mayoría de los que presentaron empeoramiento clínico, asociaban PCR para Covid-19 positiva y radiografías de tórax con presencia de neumonía por Covid-19.

**CONCLUSIÓN:** se determina que el número de pacientes que volvió a consultar en Urgencias del total de casos fue pequeño en comparación con la muestra, y muchos de ellos no presentaron complicaciones graves. Dado el desconocimiento de la enfermedad durante el primer periodo estudiado, se asume que varias de las catalogadas como primeras visitas fueron en realidad una visita sucesiva, que en primera instancia no presentaron sospecha de infección por Coronavirus ya que no había un ambiente epidemiológico en aquel momento, pero posiblemente sí presentaban una infección por este virus.

### PALABRAS CLAVE

Readmisión, Rehospitalización, Pacientes COVID

# Revisión Científica

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** At the end of 2019 a virus of the Coronavirus family, not known to date, appeared in Wuhan, later named SARS-CoV-2. This was the beginning of a worldwide pandemic that entered our country between February and March 2020, causing a large number of infected people, which will seriously overload the health system. This virus, which spreads rapidly from person to person, produces a febrile respiratory picture, with general symptoms, intense cough and dyspnea, as well as gastrointestinal symptoms. Of affected patients, 10-25% of cases may have complications, with a severe acute respiratory distress syndrome from severe pneumonia.

**MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional, retrospective descriptive study was performed in which all patients evaluated in the Emergency Room (ER) of the Hospital Obispo Polanco in Teruel with a diagnosis of suspected or confirmed Covid-19 infection who made several consultations for the same reason during the period March-April 2020 were analyzed. The variables analyzed in this study were sex, age, body mass index (BMI), smoking habit/addiction, medical history (ATH, MD, heart disease, COPD/asthma and immunosuppression), symptoms (fever, dyspnea, desaturation, cough and diarrhea), performance and outcome of PCR, radiography reported as suspected Covid-19 pneumonia, standard treatments in each situation, type of discharge and destination in case of admission and death.

**RESULTS:** From a sample of 344 patients who came to the ER with a diagnosis of suspected or confirmed coronavirus infection, a total of 26 patients, who returned to the same department on a second and third occasion, were analysed either because of persistent or worsening symptoms or because of complications derived from this disease. Of the patients analyzed, it should be noted that most of those who presented clinical worsening associated Covid-19 PCR positive and chest X-rays with the presence of Covid-19 pneumonia.

**CONCLUSION:** It is determined that the number of patients who returned to the ER from the total number of cases was small compared to the sample, and many of them did not present serious complications. Given the lack of knowledge of the disease during the first period studied, it is assumed that several of the visits catalogued as first visits were actually a successive visit, which in the first instance did not present a suspicion of infection by Coronavirus since there was no epidemiological environment at that time, but possibly did present an infection by this virus.

## KEY WORD

Readmission, rehospitalization, Covid patients

## INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 causada por infección del virus SARS-CoV-2 ha puesto en una situación de sobrecarga grave al sistema sanitario español. El 14 de marzo de 2020 se declaró en España el estado de alarma con un llamamiento al confinamiento domiciliario de la población con el objetivo de frenar la progresión de la epidemia<sup>1</sup>.

Desde los primeros días del mes de enero, una alerta internacional ocupaba todos los medios informativos, redes sociales y noticias de la OMS y OPS: la emergencia de un nuevo coronavirus, denominado 2019 nCoV, que se propagaba rápidamente de persona a persona, produciendo un cuadro respiratorio febril, con síntomas generales, rinorrea, tos intensa y disnea, pudiendo existir vómitos y diarreas, y donde entre 10 % a 25 % aproximadamente de los casos, según reportes iniciales, sufrían un Síndrome de dificultad respiratoria aguda o grave por neumonía severa que puede llevar a un fracaso multiorgánico con una letalidad elevada<sup>2</sup>.

La OMS bautizó al nuevo Coronavirus iniciado en Wuhan como Covid-19, el 11 de febrero de 2020. Los coronavirus se han aislado también en diferentes animales y aves, y en sus respectivas especies causan una gran variedad de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, neurológicas y sistémicas, que posteriormente se han detectado en humanos<sup>3,4</sup>.

Se estima que por cada caso infectado se contagia a 3 personas. Los casos deben ser confirmados por prueba de PCR para SARS-Cov-2, obtenido mediante la realización de frotis nasofaríngeo y/o orofaríngeo.

Generalmente los coronavirus se replican primordialmente en las células epiteliales del tracto respiratorio inferior y en menor medida en las células de las vías respiratorias superiores; es por eso que la transmisión ocurre principalmente de pacientes con enfermedad reconocida y no de pacientes con signos leves e inespecíficos<sup>5,6</sup>. Es decir, los pacientes con infección por 2019-nCoV detectados en estado severo o fatal tienen una mayor probabilidad de transmitir este virus, ya que eliminan una mayor cantidad de partículas infectivas en comparación con los pacientes que presentan la infección de forma leve o asintomática.

El nuevo coronavirus puede infectar a personas de todas las edades, aunque las personas mayores y aquellas con afecciones médicas preexistentes (como asma, diabetes y enfermedades cardíacas) parecen ser más vulnerables a enfermar seriamente por el virus, reportándose así una tasa de mortalidad > 8% en personas mayores a 70 años<sup>7,8,9</sup>.

Dado que la infección por Covid-19 es una enfermedad nueva, desconocida para nosotros, y cuyo manejo y tratamiento han ido evolucionando en tiempo real desde la aparición de los primeros casos, sin contar con una base científica previa, consideramos interesante evaluar en varios estudios, incluido este, el manejo realizado en nuestro servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de los pacientes afectados por esta enfermedad, así como su evolución posterior.

El objetivo de nuestro estudio es conocer las características así como los factores asociados con la vuelta del paciente a Urgencias tras una primera visita en relación con la Covid-19. Analizar las posibles complicaciones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes valorados en el servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel entre los días 01/03/2020 y 1/05/2020 por sospecha de infección por Covid-19.

En los criterios de inclusión se incluyeron aquellos pacientes con cualquiera de los siguientes diagnósticos codificados en el CIE-10: Z03.818 Sospecha de exposición a Coronavirus, Z20.828 Sospecha de infección por Coronavirus, B34.2 Neumonía por Coronavirus e Infección respiratoria por Coronavirus confirmada de sospecha o infección por Covid-19; y que además realizaron dos o más visitas al servicio de Urgencias en relación con el Coronavirus, y sus complicaciones.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se analizaron aquellos pacientes que fueron registrados en la recogida de datos de forma repetida, y por tanto errónea, aquellos cuya segunda valoración no fue en relación con el Coronavirus o sus complicaciones, y aquellos que

# Revisión Científica

presentaron una segunda valoración en un centro asistencial distinto al nuestro.

Las variables analizadas fueron sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, antecedentes médicos (HTA, DM, cardiopatía, EPOC/asma e inmunodepresión), sintomatología (fiebre, disnea, desaturación, tos y diarrea), realización y resultado de Rt-PCR, radiografía de neumonía sospechosa de Covid-19, tratamientos pautados en cada caso, tipo de alta y destino en caso de ingreso y fallecimiento. Se valoró además el tiempo transcurrido entre las distintas visitas al servicio de Urgencias.

Como signos medidos durante la valoración en el servicio de Urgencias, se analizaron la saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>), poniendo como referencia si ésta fue mayor o menor al 92%, y la temperatura termometrada, considerando fiebre la temperatura mayor a 38°C.

Para la recogida de datos, realizada durante la segunda quincena de mayo de 2020, se utilizaron las aplicaciones de PCH (Puesto Clínico Hospitalario) e HCE (Historia Clínica Electrónica). Se solicitó permiso a la dirección del centro para la recogida de la información Clínica.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS. Con él realizamos análisis de frecuencias y tablas de contingencia mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables cualitativas. Para la comparación de variables cualitativas con cuantitativa se utilizó la t de Student si cumplía criterios de normalidad. Se asumió como diferencias significativas una  $p < 0.05$ .

La búsqueda bibliográfica se realizó en los siguientes buscadores bibliográficos científicos: PubMed, Cochrane Library Plus, SciELO, Dialnet y Google Académico.

## RESULTADOS

Un total de 26 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. No se excluyó a ningún paciente.

La Edad Media de los pacientes valorados fue de 60,2 años, la mínima 29 años y la máxima

94. En cuanto a sexo, el 42.3% de los pacientes que volvieron a Urgencias fueron hombres, y el 57.7% mujeres.

El IMC de estos pacientes, fue como media de 28.05.

En el momento del alta del servicio de Urgencias, los pacientes presentaron distintos destinos. El 80.8% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio de nuevo, y el 19.2% fueron ingresados en el hospital, de los cuales el 80% ingresaron en el servicio de Medicina Interna y el 20% ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Un último paciente se trasladó al hospital de referencia, por presentar una complicación subsidiaria de valoración por Cirugía Vasculat, no presente en nuestro hospital.

Se analizó el hábito tabáquico de los pacientes, observando que el 11.5% eran fumadores.

En cuanto a los antecedentes médicos de los pacientes atendidos, el 38.5% padecían HTA, el 7.7% DM, el 7.7% padecían alguna cardiopatía, el 23.1% eran pacientes EPOC o asmáticos y un 3.8% eran pacientes inmunodeprimidos.

Del total de pacientes, el 50% refieren haber tenido contacto con pacientes sospechosos o diagnosticados de Covid-19 previamente a su valoración en Urgencias.

Se recogió la sintomatología presentada por los pacientes en las distintas visitas a Urgencias, siendo estos síntomas la fiebre, disnea, tos y diarrea. En la siguiente tabla se muestran los porcentajes presentados en las respectivas visitas (Tabla 1).

SÍNTOMAS	1ª VISITA	2ª VISITA	3ª VISITA
Fiebre	84.6%	84.6%	3.8%
Disnea	65.4%	53.8%	100%
Tos	80.8%	57.7%	11.5%
Diarrea	7.7%	7.7%	100%

Tabla 1. Porcentajes de síntomas referidos por los pacientes en cada visita a Urgencias.

# Revisión Científica

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	1ª VISITA	2ª VISITA	3ª VISITA
Rx Tórax Normal	77%	53.8%	66.6%
Rx Tórax Patológica	23%	46.2%	33.3%
PCR Negativa	25%	50%	-
PCR Positiva	62.5%	42.8%	100%
PCR Indeterminada	12.5%	7.2%	-

Tabla 2. Resultados de pruebas complementarias realizadas en cada visita a Urgencias.

En cuanto a la saturación, en su primera visita, del total de los pacientes, el 19.2% presentaba una SatO<sub>2</sub> < 92%, en la segunda visita, el 38.5% de los pacientes valorados presentaban SatO<sub>2</sub> < 92, y en la tercera visita, el total de pacientes analizados (100%) presentaban SatO<sub>2</sub> > 92%. En su primera visita se termometró fiebre mayor de 38°C en el 19.2% de los pacientes. En la segunda valoración, el 26.9% de los pacientes tuvo fiebre, y en la tercera visita, no se encontró ningún paciente con fiebre a la exploración.

Las pruebas complementarias realizadas valoradas en este estudio fueron la radiografía de tórax y la PCR para SARS-Cov-2. Se realizó radiografía de tórax al 69.2%, el 92.3% y el 100% de los pacientes en la primera, segunda y tercera visita, respectivamente. En cuanto a la PCR, se realizó al 61.5% de los pacientes en la primera visita, al 53.8% en la segunda y al 66.6% en la tercera. En la siguiente tabla se especifica el resultado de las distintas pruebas en cada visita, distinguiendo entre radiografía de tórax normal y patológica o informada como neumonía sospechosa de Covid-19, y entre PCR positiva, negativa y con resultado indeterminado (Tabla 2).

Se analizó el resultado de las pruebas realizadas, radiografía de tórax y PCR para SARS-Cov-2, con la edad de los pacientes y el sexo de los mismos. De todos los pacientes con PCR positiva, el 16.6% fueron pacientes menores de 60 años. De aquellos con PCR negativa o no realizada, el 60% eran menores de 60 años. En cuanto al sexo, el 50% de los pacientes con PCR positiva fueron hombres, y el otro 50% mujeres. De los pacientes con PCR negativa o no realizada, el 66.6% fueron hombres, y el 33.3% mujeres.

Entre aquellos pacientes en los que se informó la radiografía de tórax como patológica o sugestiva de neumonía por Covid-19, el 58.3% eran hombres y el 41.6% mujeres. De aquellos con radiografía normal, el 28.5% fueron hombres, y el 71.4% mujeres.

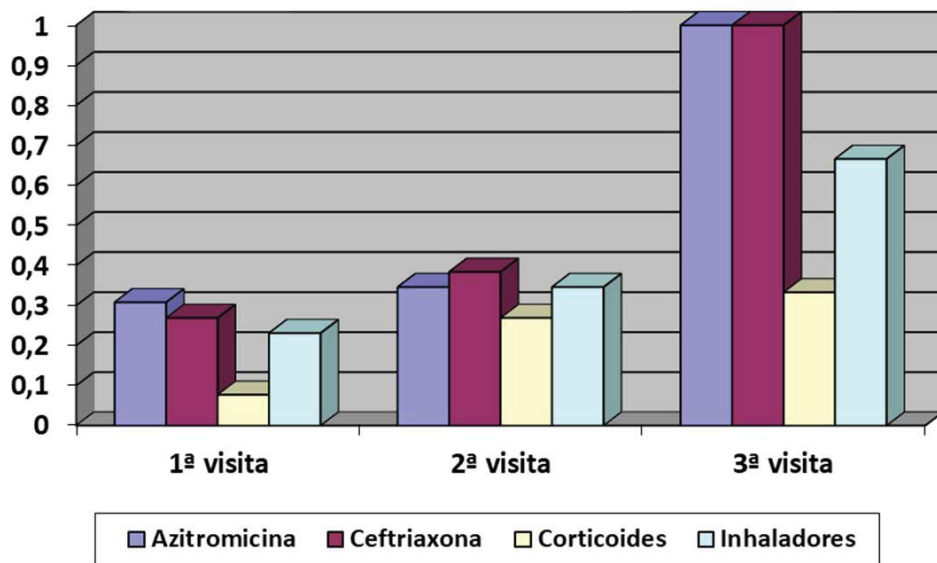
Atendiendo a la edad de los pacientes, de aquellos con radiografía diagnosticada como patológica, el 66.6% eran mayores de 60 años, y entre los que presentaron radiografía normal, eran mayores de 60 años el 35.8%.

Analizamos ahora la relación entre los distintos síntomas presentados por los pacientes a su llegada a urgencias, y los signos clínicos evaluados. Se compara la relación existente entre la presencia de disnea como síntoma referido por los pacientes en la anamnesis y la presencia de desaturación (SatO<sub>2</sub> < 92%) medida en la exploración. En el caso de la primera visita, un 65.4% de los pacientes aquejaron disnea. De ellos, el 35.3% presentó una SatO<sub>2</sub> < 92%. En la segunda visita a Urgencias, un 53.8% de los pacientes refirieron sensación disneica, de los cuales un 50% presentaron SatO<sub>2</sub> < 92%. En la tercera visita, un 33.3% de los pacientes aquejaron sensación disneica, de los cuales el 100% presentaron una SatO<sub>2</sub> > 92%. No hubo ningún caso de pacientes con desaturación medida.

Relacionamos el número de pacientes que refirió haber presentado fiebre en su domicilio en la anamnesis, y aquellos que en la exploración presentaron una temperatura > 38°C. En su primera visita a Urgencias, el 84.6% de los pacientes refirió haber tenido fiebre, y de ellos, el 22.7% presentó fiebre termometrada en la exploración. En la segunda visita, el 84.6% de los pacientes refirieron fiebre en domicilio, de los cuales, el 27.3% se confirmó en Urgencias. El 33.3% de los pacientes en la tercera visita refería haber tenido fiebre, de los cuales el 100% se encontraba afebril en el momento de la exploración.

Los tratamientos pautados desde el servicio de Urgencias a aquellos pacientes que fueron dados de alta, y a aquellos pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna fueron, por norma general, tratamiento antibiótico con azitromicina y ceftriaxona, tra-

## Revisión Científica



Gráfica 1. Porcentaje de tratamientos pautados en las distintas visitas a Urgencias.

tamiento corticoideo e inhaladores, principalmente salbutamol y bromuro de ipratropio. En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje de tratamientos pautados en las distintas visitas a Urgencias (Gráfica 1).

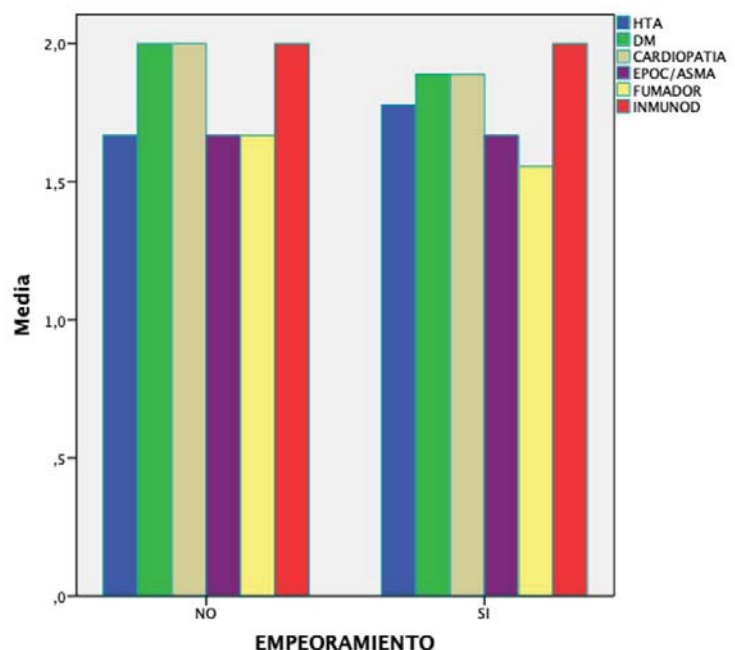
Del total de pacientes analizados, un 42.3% presentó un claro empeoramiento clínico en las visitas consecutivas, frente a un 57.7% que presentaron una clínica mantenida. Analizamos la relación entre el empeoramiento de estos pacientes y diversos factores, como son los antecedentes personales, los síntomas, el resultado de las pruebas realizadas y el tratamiento pautado.

Del total de pacientes que presentó empeoramiento, un 54.5% eran mujeres, y un 45.5% hombres. El 54.6% de ellos eran mayores de 60 años. De aquellos que no empeoraron, un 60% fueron mujeres y un 40% hombres, y el 46.6% eran mayores de 65 años.

En cuanto a antecedentes personales, como patologías previas, de aquellos pacientes que empeoraron, un 27.3% tenía HTA, un 9.1% DM, un 9,1% presentaban alguna cardiopatía, un 37.5% estaban diagnosticados de EPOC o asma y no se dio ningún caso de pacientes inmunodeprimidos (un 6.7% del total son pacientes inmunodeprimidos, pero no empeoraron) (Gráfica 2).

Relacionamos ahora la relación entre el empeoramiento de los pacientes y el resultado de las pruebas complementarias realizadas.

Del total de pacientes que empeoraron, en la primera visita el 90.9% de los pacientes presentaron radiografía de tórax normal o no se les había hecho la prueba. El 9.1% restante en su primera visita presentaron una radiografía que fue informada como patológica, con sospecha de neumonía por Covid-19. Entre los pacientes que no presentaron empeoramiento, el 33.3% presentaron radiografía patológica en la primera visita, y un 66.6% tenían radiografía normal o no tenían radiografía hecha.



Gráfica 2. Muestra la incidencia de las diferentes patologías previas en relación con el empeoramiento clínico de los pacientes.

# Revisión Científica

Tabla de contingencia				
Recuento		RX 2 PATOLOGICA		Total
		RX NORMAL/ NO TIENE	RX PATOLÓGICA	
EMPEORAMIENTO	NO	11	4	15
	SI	3	8	11
Total		14	12	26

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,418 <sup>a</sup>	1	,020		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	3,723	1	,054		
Razón de verosimilitudes	5,601	1	,018		
Estadístico exacto de Fisher				,045	,026
Asociación lineal por lineal	5,209	1	,022		
N de casos válidos	26				

Tabla 3. Se observa que es estadísticamente significativa la radiografía de tórax informada como patológica en los pacientes que empeoraron durante la 2ª visita a la Urgencia.

Del total de pacientes con empeoramiento clínico, un 72.7% tenían una radiografía patológica en la segunda visita. En el caso de los pacientes que no sufrieron empeoramiento, observamos que un 73.3% presentaron radiografía de tórax normal, y un 26.7% tenían una radiografía patológica. Se realizó una tabla de contingencia para estos valores, mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, y se observó que la relación entre radiografía patológica o presencia de neumonía sospechosa de Covid-19 en la radiografía de tórax y el empeoramiento clínico, es estadísticamente significativa, con una  $p=0.02$ , así como la relación entre la radiografía normal o no patológica y el no empeoramiento de los pacientes (Tabla 3).

En cuanto a la PCR, el 27.3% de los pacientes que presentaron empeoramiento, tenían una PCR positiva en su primera visita a Urgencias, frente a un 72.7% que tenían PCR negativa. De los pacientes que no empeoraron, un 46.7% tenían una PCR positiva, y el 53.3% PCR negativa. En la segunda visita, del total de pacientes que empeoraron, un

45.5% tenía la PCR positiva y un 54.5% negativa. Del resto de pacientes que no presentaron empeoramiento, únicamente un 6.7% tenía la PCR positiva, mientras que el 93.3% tenían esta prueba negativa. Se realiza una tabla de contingencia para estos valores, mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, y se observa que la relación entre PCR negativa y ausencia de empeoramiento es estadísticamente significativa, con una  $p=0.02$ . (Tabla 4). En este caso se observa que la práctica realizada en Urgencias fue la correcta, ya que los pacientes que no presentaron empeoramiento fueron dados de alta a domicilio a la espera del resultado de la PCR. Viendo que el 93.3% de estos pacientes presentaron la PCR negativa, la decisión tomada fue la adecuada.

Valoramos ahora el empeoramiento clínico, atendiendo a los distintos síntomas referidos en la anamnesis por los pacientes, como son la fiebre, disnea, tos y diarrea, y a los signos clínicos recogidos en la exploración, antes nombrados, que son la temperatura  $> 38^{\circ}\text{C}$  y la desaturación.

# Revisión Científica

Tabla de contingencia				
Recuento		RX 2 PATOLOGICA		Total
		RX NORMAL/ NO TIENE	RX PATOLÓGICA	
EMPEORAMIENTO	NO	14	1	15
	SI	6	5	11
Total		20	6	26

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,379 <sup>a</sup>	1	,020		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	3,415	1	,065		
Razón de verosimilitudes	5,585	1	,018		
Estadístico exacto de Fisher				,0545	,032
Asociación lineal por lineal	5,172	1	,023		
N de casos válidos	26				

Tabla 4. Se observa que es estadísticamente significativa la relación entre la PCR negativa y la ausencia de empeoramiento clínico de los pacientes durante la 2ª visita a la Urgencia.

Del total de pacientes que presentaron empeoramiento tras su primera visita a Urgencias, el 100% presentó fiebre, el 63.3% disnea, el 90.9% tos y ningún paciente presentó diarrea. De aquellos que presentaron empeoramiento tras la segunda visita al servicio, el 90.9% de ellos presentaba fiebre, el 54.5% disnea, un 70% aquejó tos y 9.1% diarrea.

Atendiendo a los signos recogidos, de aquellos pacientes que habían presentado empeoramiento tras su primera visita, el 27.3% presentó fiebre > 38°C y el 18.8% mostraron una SatO<sub>2</sub> < 92%. Entre los pacientes que empeoraron tras su segunda visita, se observó que el 36.4% presentaron temperatura > 38°C y el 54.5% SatO<sub>2</sub> < 92%.

Se analizan los datos de los pacientes que empeoraron entre las diversas visitas a urgencias y aquellos que no, y los distintos tratamientos pautados. Se realiza esta relación de forma global, atendiendo a la administración o no de los distintos tratamientos, sin valorar en qué visita se iniciaron los mismos. Del total de

pacientes que empeoraron, el 27.3% estuvo en tratamiento con azitromicina, el 36.4% estuvo en tratamiento con ceftriaxona, el 18.2% tomó corticoides y el 18.2% realizaron tratamientos con diversos inhaladores.

El número de días transcurridos entre la primera visita del paciente en Urgencias a la segunda, comprende un rango entre menos de 24h y 25 días, con una media de 8.04 días y una desviación típica de 6.943. Asimismo, para los pacientes que consultaron en una tercera ocasión, el mínimo de días transcurridos entre segunda y tercera visita fue 6 y el máximo 20, con una media de 14.33 y una desviación típica de 7.371.

En cuanto al tipo de alta de estos pacientes, en la primera visita se dio de alta a domicilio al 80.8% de los pacientes, de los cuales, en la segunda visita, el 52.4% requirió ingreso hospitalario, mientras que el 47.6% fue enviado de nuevo de alta a domicilio. El 19.2% de los pacientes fue ingresado en nuestro hospital en su primera consulta. De ellos, en la segunda visita,



# Revisión Científica

el 40% reingresó, el 40% recibió el alta domiciliaria, y un 20% debió ser trasladado para valoración o tratamiento en el hospital de referencia de primer nivel. De los pacientes que acudieron a una tercera valoración, el 100% habían sido dados de alta en su segunda visita al servicio. De ellos, un 66.6% fueron dados de alta nuevamente, y un 33.3% ingresó en nuestro hospital.

Un único paciente del total de los 26 falleció durante el ingreso posterior a su segunda visita a urgencias, lo que supone un 3.8% del total.

## DISCUSIÓN

Lo primero que merece la pena destacar del estudio es el escaso número de pacientes analizados. Esto podría deberse a varios factores. Por una parte, la población a la que atiende nuestro hospital es menor que la de otros centros de mayor envergadura en provincias más habitadas, por lo que el total de pacientes atendidos no supera los 350 en estos dos meses. Además, un gran número fue ingresado en el hospital en la primera visita a Urgencias, ya sea por la gravedad de la sintomatología, o por la patología concomitante, al tratarse por regla general de una población envejecida. Así, nos queda un porcentaje escaso de pacientes que fueron dados de alta en esa primera atención, por lo que se reducen las posibilidades de una segunda visita. No obstante, nos pareció interesante analizar cuántos de ellos habían vuelto, qué sintomatología presentaban (si era nueva y/o empeoramiento de la previa), y qué destino se decidía para ellos. De ahí el planteamiento de nuestro estudio.

Otro elemento a tener en cuenta es la novedad ante la que nos encontrábamos todos los sanitarios al inicio de esta pandemia, y la probabilidad, nada desdeñable, de que se atendiesen casos de coronavirus en nuestro centro antes de que las autoridades sanitarias advirtieran de su presencia en España y por tanto antes de que pudiese detectarse, incluso sospecharse. De este modo, cabría la posibilidad de que algunos de los pacientes en los que se haya codificado una sola visita a Urgencias por esta patología, ya hubiesen acudido a nuestro servicio previamente por clínica compatible. Sin embargo, al no haberse codificado como tal, o

al haberse producido en los meses previos a la recogida de los datos, no se han podido incluir en el estudio por no tratarse como visitas sucesivas. De esta forma estaríamos incurriendo en un sesgo temporal, que podría tratar de corregirse incluyendo en el estudio periodos anteriores, con pacientes con clínica respiratoria que después regresaron con sospecha o diagnóstico de Covid<sup>10,11</sup>.

El problema de la novedad de la situación epidemiológica que supuso el nuevo Coronavirus, influye también a la hora de comparar nuestro estudio con otros trabajos. Se dispone de escasa bibliografía al respecto, y la que hay suele ser contradictoria y poco contrastada. Además, no hemos encontrado estudios más concretos sobre re-visitadas a los centros sanitarios.

No obstante, y pese a todas estas limitaciones, en cuanto a los datos analizados, hemos encontrado algunos hallazgos que merecen ser comentados en esta discusión.

Primero destacar el hecho de que la tasa de reingreso de estos pacientes, que fue del 7.6%, es muy superior a la tasa de reingresos habitual en nuestro servicio, que generalmente no alcanza el 3% anual. Esto puede deberse a diversos factores, como sería la preocupación que esta enfermedad ha causado en la población, y también a la dificultad de seguimiento de estos pacientes en un contexto extrahospitalario de forma presencial, debido a las modificaciones sufridas en atención primaria en el contexto de la pandemia.

El porcentaje de pacientes que presentaba fiebre en la segunda visita era inferior que el de pacientes que la presentaba en la primera. Sin embargo, los pacientes con saturaciones bajas de oxígeno aumentaron de la primera visita a la segunda. Esto nos hace pensar que fue el empeoramiento de la disnea lo que les llevó a Urgencias esa segunda vez, en menor medida que la fiebre.

En la mayoría de pacientes a los que no se extrajo muestra mediante frotis nasofaríngeo para PCR de SARS-Cov-2 en la primera atención, sí se hizo en la segunda. Esto obedece a las múltiples variaciones de los protocolos nacionales y regionales, ya que en las primeras se-

## Revisión Científica

manas no se recomendaba recoger la muestra en pacientes oligosintomáticos y/o sin criterios de ingreso hospitalario.

Dentro de los pacientes que presentaron empeoramiento clínico de la primera atención a la segunda, cabría destacar que hay un mayor, aunque no muy llamativo, porcentaje de mujeres y de mayores de 60 años.

En cuanto a los tratamientos recibidos, en general a los pacientes se les pautó antibioterapia con cefalosporinas y azitromicina, anti-térmicos, corticoides y terapias inhaladas, todo ello en función del cuadro clínico y de los protocolos establecidos en cada momento.

Por último, con respecto al destino al alta del paciente, se podría destacar que a la mayoría de los pacientes analizados en nuestro estudio se les dio nuevamente de alta a domicilio. Cabe pensar que pueda ser debido a que

los pacientes con patología concomitante o criterios de gravedad, y por tanto más frágiles, fueron ingresados directamente en su primera visita al servicio, y por tanto no tuvieron que consultar en más ocasiones. Encontramos un pequeño porcentaje, que tras el alta de hospitalización, si presentaron una nueva visita, pero en este caso fue debida a complicaciones tardías de esta enfermedad.

En conclusión, podemos afirmar que se detectó un mayor número de visitas en relación con el Covid-19 que con otras enfermedades. Los motivos principales asociados a esto fueron el empeoramiento de la disnea, y la no realización de Rt-PCR de coronavirus y otras pruebas complementarias como la Rx de Torax en la primera visita. Se necesitan más estudios sobre esta enfermedad para mejorar la atención en urgencias y disminuir el porcentaje de Reentradas en Urgencias.

**Este estudio no ha recibido fuente de financiación alguna.**

**Los autores declaran que no existe conflicto de interés.**

**Otros COLABORADORES:** Dr. Antonio Martínez Oviedo; Dra. Carmen Ros Tristán; Dra. Mireia Royo Moreno; Dr. Samuel Roldán Miñana; Dr. Justo Villalba García; Dra. Marta Rodríguez Ferrer; Dra. Victoria Estaben Boldova; Dra. Yulia Perova; Dr. José Martínez Mendieta.

# Revisión Científica

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado núm. 67, de 14 de marzo de 2020, páginas 25390-25400. Sección I. Disposiciones generales. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>.
2. Serra Valdés MA. Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 2020 [citado ]; 19(1): 1-5. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3171>
3. Yu IT, Li y Wong TW. Evidence of airborne transmission of the severe acute respiratory syndrome virus. *N Engl J Med [Internet]*. 2004 [Citado 30/01/ 2020]; 350(17):1731-9. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmoa032867>
4. Song Z, Xu Y, Bao L. From SARS to MERS, thrusting coronaviruses into the spotlight. *Viruses [Internet]*. 2019 [Citad
5. S. Perlman. Another decade another coronavirus. *N Engl J Med.*, 382 (2020), pp. 760-762, 10.1056/NEJMe2001126
6. D.S. Hui, E.I. Azhar, Y.J. Kim, Z.A. Memish, M.D. Oh, A. Zumla, Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. *Lancet Infect Dis.*, 18 (2018), pp. e217-e227, 10.1016/S1473-3099(18)30127-0
7. World Health Organization. Novel coronavirus—China 2020. Accessed at [www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/](http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/) on 30 March 2020.
8. Muhammad Adnan Shereen, Suliman Khan, Abeer Kazmi, Nadia Bashir, Rabeea Siddique. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses, *Journal of Advanced Research*, Volume 24, 2020, Pages 91-98, ISSN 2090-1232.
9. Shengmei Niu, Sijia Tian, Jing Lou, Xuqin Kang, Luxi Zhang, Huixin Lian, Jinjun Zhang. Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 89, 2020, 104058
10. Somani S, Richter F, Fuster V, et al. Characterization of Patients Who Return to Hospital Following Discharge from Hospitalization For COVID-19. Preprint. medRxiv. 2020;2020.05.17.20104604. Published 2020 May 22. doi:10.1101/2020.05.17.20104604B.
11. Chen M, An W, Xia F, et al. Clinical characteristics of rehospitalized patients with COVID-19 in China [published online ahead of print, 2020 May 13]. *J Med Virol*. 2020;10.1002/jmv.26002. doi:10.1002/jmv.26002