

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

29. VIGILANCIA Y CONTROL DE CASOS DE COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Silvia Echave Sedano¹, Andrea González Ayala¹, Natalia Gómez Cobo¹, Sofía Angulo Hernando¹, Almudena Fernández Moreno¹, Lucía Ferreras Galerón¹, Nuria Pérez Álvarez¹, Marta Pérez Alfaro², Beatriz García Martín³ y Soraya Cerezo Gómez³

¹C.S. José Luis Santamaría, Burgos, España. ²C.S. Gamonal Antigua, Burgos, España. ³C.S. Los Comuneros, Burgos, España.

Palabras clave: Vigilancia epidemiológica. Rastreo. Contactos.

Introducción: Tras el brote inicial de contagios del coronavirus, para intentar frenar éstos se creó la figura de los rastreadores para la vigilancia epidemiológica de nuevos casos y sus contactos en Atención Primaria (AP). En SAYCL el primer documento realizado fue el 19 de mayo y tras él se han ido sucediendo diferentes actualizaciones, hasta la última del 24 de noviembre. Es un documento en revisión permanente en función de la nueva información y evolución de la infección.

Objetivos: Conocer el protocolo y procedimiento de actuación sobre vigilancia epidemiológica COVID-19 en Castilla y León.

Material y métodos: Revisión de los documentos de "Procedimiento, diagnóstico, vigilancia y control de casos y contactos COVID-19 en AP" realizados por la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de SACYL desde mayo a noviembre de 2020.

Resultados: Todos los centros de salud rurales y urbanos han de tener una persona Responsable de Seguimiento de Zona (RESE de Zona). En AP se obtienen diariamente los datos sobre los casos sospechosos y confirmados por la infección del coronavirus. Al recibir el resultado positivo, bien por resultado de PCR o test de Antígenos el paciente ha de permanecer en aislamiento. Éste se realizará hasta 3 días desde la resolución del cuadro clínico, con un mínimo de 10 días. Se debe realizar vigilancia activa por parte de los sanitarios con llamadas telefónicas para evaluar su seguimiento. En caso de que el paciente sufriera empeoramiento requerirá valoración por su médico de AP. Al recibir un caso confirmado, éste debe aportar un registro de contactos estrechos. A estos contactos se les mantendrá en cuarentena y se realizará vigilancia activa de manera telefónica. Al inicio del aislamiento se realizará test de antígenos: si es positivo pasará a ser caso confirmado; si es negativo se continuará la vigilancia activa 10 días,

realizando de nuevo otro test de antígenos y si vuelve a ser negativo se dará por finalizado el seguimiento. Si un paciente se niega a realizar el aislamiento indicado se debe realizar un aislamiento o cuarentena forzosa. Se rellenará un informe médico y un informe social que se remitirán al juzgado correspondiente en el mismo día o al día siguiente tras haberlo comunicado a la Dirección General de Salud Pública.

Conclusiones: La existencia del RESE garantiza un seguimiento epidemiológico de los casos de COVID-19 y sus contactos. Al hacer un rastreo de los contactos se evita el crecimiento de brotes en la comunidad.

38. EL AISLAMIENTO SOCIAL EN LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Damián González Beltrán

Centro de Salud Barrio del Pilar (SERMAS), Madrid, España.

Palabras clave: Dolor crónico. Infecciones por coronavirus. Aislamiento social.

El dolor crónico supone la mayor carga mundial de enfermedad. La pandemia de la COVID-19 ha marcado un cambio sin precedentes no solo en la vida diaria de las personas, sino en la gestión de los servicios sanitarios, suponiendo una reducción o interrupción en el seguimiento del paciente con dolor crónico debido a su carácter no urgente, pudiendo conducir a un mayor aislamiento social, ya frecuente en este grupo de pacientes. Este trabajo pretende analizar la influencia del aislamiento social en pacientes con dolor crónico durante el aislamiento y/o distanciamiento social asociados a la pandemia; todo ello, dirige y justifica a la realización de una búsqueda bibliográfica sistematizada en las distintas fuentes de información y bases de datos como PubMed, CINAHL, CUIDEN, Scopus, Web Of Science, Biblioteca Cochrane y bibliotecas electrónicas como SciELO, para la comprobación de la evidencia disponible en la literatura científica durante los meses de enero-noviembre de 2020. Los resultados obtenidos de los estudios hasta la fecha, relacionan la aparición de síntomas cuando las personas se sienten aisladas socialmente. Esto puede conllevar a un empeoramiento de su cuadro físico y emocional, estado de ánimo y ansiedad, así como a una alteración de actividades importantes y significativas de su vida diaria. Además, contribuye a la evitación de conductas como el ejercicio, la alimentación y la asistencia sanitaria, e incluso tener un impacto en el propio funcionamiento de su sistema inmunológico. Por tanto, se plantea la necesidad de nuevos estudios y ensayos clínicos con muestras más amplias, que permitan evaluar la repercusión del aislamiento en personas con procesos de dolor crónico. En definitiva,

se ha de dedicar claramente una atención especial en medio del impacto psicológico provocado por la pandemia, así como una atención dirigida a la evaluación, mitigación y prevención de las amenazas sociales identificadas, en un grupo de individuos cuyo aislamiento se asocia a una importante carga de discapacidad y angustia desde la Atención Primaria de Salud.

105. COVID-19: IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN Y EL DEPORTE

Amalia Anguita Rodríguez¹, Rubén González Baidez¹, Carmen Callado Catalán², Juan Cantos Ruiz³ y Rocío Alfaro Fernández¹

¹Centro de Atención a Grandes Discapacitados Infanta Leonor de Albacete, Albacete, España. ²Gerencia de Atención Integrada de Hellín. CS Hellín 2, Hellín, España. ³Gerencia de Atención Integrada de Albacete. CS Zona IV, Albacete, España.

Palabras clave: COVID. Deporte. Nutrición.

Introducción y objetivos: El mundo se encuentra inmerso en plena pandemia por coronavirus (SARS-CoV-2). Este virus afecta principalmente a nivel respiratorio y provoca reacciones inflamatorias sistémicas. Desde los gobiernos y organismos públicos de cada país se han establecido unas medidas para prevenir el contagio por este virus. Las principales son medidas higiénicas y de distanciamiento. Al llevarlas a cabo se pueden descuidar aspectos fundamentales como son la alimentación y ejercicio físico. Hay varios factores de riesgo que hacen susceptible al sujeto de estar inmunodeprimido. El objetivo de este trabajo es buscar si hay asociación entre mantener una alimentación y un nivel de actividad física adecuados, y el funcionamiento adecuado del sistema inmune para evitar complicaciones graves por COVID-19.

Material y métodos: Se va a realizar una revisión bibliográfica sistemática en las principales bases de datos científicos, como PubMed, web of science, Cochrane, Scielo y Pedro. Como palabras clave se han utilizado: “sport”, “COVID” y “nutrition”. Como criterios de inclusión han sido seleccionados aquellos artículos con una antigüedad no superior a 5 años, en idiomas español e inglés. Como criterios de exclusión se han descartado aquellos artículos con una antigüedad superior a 5 años y aquellos cuya temática no se corresponde a los objetos del estudio. También se han descartado las revisiones sistemáticas y los metaanálisis. Se han encontrado 97 artículos de los cuales han sido seleccionados 5.

Resultados: Hay muchos factores de riesgo que implican complicaciones graves del COVID-19, como son estados de malnutrición, obesidad, diabetes mellitus, enfermedades no transmisibles crónicas (respiratorias, cardiovasculares, etc.) que hacen que el paciente esté inmunodeprimido. El confinamiento puede propiciar el sedentarismo y unos malos hábitos alimentarios, como comer en exceso, lo que debilita el sistema inmune y exacerba los problemas de salud ya existentes, y podría propiciar complicaciones graves por COVID-19. Por lo tanto, aunque alimentación y ejercicio físico adecuados no evitan el contagio, si que está demostrado que ayudan a un funcionamiento óptimo del sistema inmune, por lo que hay que prestarles la atención que merecen. En la lucha contra el COVID es fundamental la prevención, aparte de con medidas higiénicas y de distanciamiento, fortaleciendo el sistema inmune. Hay otros factores de estilo de vida, como la alimentación y el ejercicio físico moderado, que contribuyen a ello. Con el ejercicio físico aparte de mejorar la salud física, también cuidamos nuestra salud mental, si bien es cierto que la población general puede seguir unos estándares para su práctica con pautas básicas de ejercicios de fuerza, aeróbicos, yoga... hay casos en los que habría que seguir unas pautas personalizadas, como en enfermedades del tracto respiratorio inferior, en que habría que restringir la actividad a yoga y ejercicios respiratorios. Con la práctica de ejercicio físico de manera regular se pueden prevenir problemas de salud,

como la obesidad, que suponen un factor de riesgo importantísimo para el agravamiento de enfermedades respiratorias, entre ellas COVID-19. Sin duda, tanto actividad física moderada como alimentación adecuada son pilares fundamentales para mantener una buena salud. Aunque ningún alimento sea capaz de evitar la enfermedad por COVID, una dieta equilibrada es uno de los requisitos para un adecuado funcionamiento del sistema inmune. Las claves de una dieta que nos aporte beneficios en las enfermedades infecciosas, consisten en los efectos inmunomoduladores que tienen bien establecidos las vitaminas C, D y E, el zinc y el selenio y los ácidos grasos omega 3. Todos estos nutrientes, junto con un consumo adecuado de fruta, verdura y alimentos integrales se pueden considerar como ayudas para el sistema inmune. Por lo que una dieta que los contenga en cantidades adecuadas, es considerada potencialmente beneficiosa para los pacientes en riesgo de contraer una enfermedad vírica respiratoria y puede servir de apoyo en pacientes con COVID-19.

Conclusiones: Aunque una alimentación adecuada y ejercicio físico moderado no sean capaces de prevenir los contagios por COVID, sí que ayudan a conseguir y mantener un funcionamiento óptimo del sistema inmune, con lo que se disminuye el riesgo de desarrollar complicaciones graves por COVID-19. No obstante sería recomendable incentivar más la investigación en estos campos para disponer de una literatura científica más completa y novedosa para poder comparar.

Bibliografía

1. Khoramipour K, et al. Physical activity and nutrition guidelines to help with the fight against COVID-19. *J Sports Sci.* 2021;39(1):101-7.
2. Shakoor H, et al. Immune-boosting role of vitamins D, C, E, zinc, selenium and omega-3 fatty acids: Could they help against COVID-19? *Maturitas.* 2021;143:1-9.
3. Zabetakis I, et al. COVID-19: The Inflammation Link and the Role of Nutrition in Potential Mitigation. *Nutrients.* 2020;12(5):1466.
4. de Faria Coelho-Ravagnani C, et al. Dietary recommendations during the COVID-19 pandemic. *Nutr Rev.* 2020:nuaa067.
5. Lange KW, Nakamura Y. Lifestyle factors in the prevention of COVID-19. *Glob Health J.* 2020;4(4):146-52.

142. ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA COVID-19 EN C.S URBANO DE BURGOS

Andrea González Ayala¹, Silvia Echave Sedano¹, Lucía Ferreras Galerón¹, Sofía Angulo Hernando¹, Almudena Fernández Moreno¹ y Natalia Gómez Cobo²

¹C.S José Luis Santamaría García, Burgos, España. ²C.S Los Comuneros, Burgos, España.

Palabras clave: COVID-19. Prevalencia.

Introducción: Es necesario conocer la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en nuestra zona básica de salud para poder conocer el estado inmunológico de la población a la que atendemos diariamente en nuestro centro de salud. Para ello se aprovechan los resultados de la colaboración en el estudio ENE-COVID-19 del Ministerio de Sanidad realizado en un C.S urbano.

Objetivos: Analizar la prevalencia de la infección por SARS-CoV-2 en la zona básica de salud “Casa la Vega”. Evaluar su evolución en el tiempo.

Material y métodos: Para llevar a cabo el estudio se realizó un muestreo bietápico estratificado, reclutando hogares completos. Esto nos permitió monitorizar la evolución de la enfermedad así como la transmisión comunitaria de la zona básica de salud. La selección de los hogares se llevo a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE), como consecuencia nuestro centro de salud recibió a 128 personas (46 familias) en los meses de abril-mayo (1ª ola) y el mes de noviembre (2ª ola de la enfermedad). A todas las personas que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado se les realizó un test rápido de inmunocromatografía obligatorio (Orient Gene COVIS 16 IgM/IgG, de la empresa Zhejiang Orient Gene Biotech).

Resultados: La prevalencia en la primera ola fue del 1,5% consiguiéndose una participación del 87% frente a la segunda ola en la que aumento la prevalencia hasta el 2,3% pero con una caída de la participación del 51%.

Conclusiones: Estos datos nos han permitido conocer el estado inmunológico de la zona básica de salud a la que pertenecemos y ver su evolución en el tiempo, hecho muy importante para ver cómo se desarrolla la enfermedad y así poder prestar los cuidados adecuados a la población en cada momento de la evolución de la pandemia.

249. TRANSMISIÓN DEL COVID-19 EN LAS VIVIENDAS DEL BARRIO DE LAS FUENTES DE ZARAGOZA

Alba Fraile Muñoz, Raquel Moreno Fraile, Lorena Rudilla Pinzón, Patricia Oca Trivez y María López Ferrando

Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España.

Palabras clave: Convivientes. COVID. Transmisión.

Esta comunicación, se centra en la descripción del comportamiento del COVID-19 en las unidades de convivencia del barrio de Las Fuentes de Zaragoza. Se pretende recopilar información descriptiva que ayude a entender cuáles son las características de habitabilidad y sociales, que hacen que el COVID-19 se comporte de diferente modo entre las unidades de convivencia. Es un estudio cuantitativo longitudinal retrospectivo de tipo descriptivo en el que se han estudiado las variables edad, sexo, resultado de prueba diagnóstica de infección activa (PDIA), presencia/ausencia de síntomas, tipos de síntomas, situación laboral, nacionalidad, ingresos hospitalarios y condiciones de la vivienda (número de habitaciones y de baños) en 40 familias de la zona básica de salud de Las Fuentes Norte. Las unidades de convivencia seleccionadas, están formadas por 5 o más miembros, con PDIA positiva en al menos uno de sus miembros en el periodo comprendido desde el 03/08/2020 al 30/11/2020. Las 40 familias evaluadas, están constituidas por 225 individuos, (124 mujeres y 101 varones), de los cuales, 148 han sido diagnosticados de COVID-19 (65,8%). Las nacionalidades más frecuentes son Ecuador (22,5%), España (15%) y Colombia (10%). El 67,5% dispone de 3 habitaciones en su domicilio y el 92,5% solo tiene un baño. Un indicador epidemiológico analizado ha sido la tasa de ataque secundario (TAS), que mide la velocidad de propagación del virus entre los contactos de la unidad de convivencia. De las 40 familias, 6 presentan una TAS del 0%, 7 una TAS del 50%, 5 familias del 75% y 11 familias tienen una TAS del 100%. De los 148 casos confirmados, 59 fueron asintomáticos, de los que 28 tuvieron una TAS al 75%, y 89 manifestaron algún tipo de síntoma, de los que 35 tuvieron una TAS al 75%. Los síntomas más frecuentes son tos (24,10%), fiebre (23%) y anosmia y/o ageusia (15,50%). En cuanto a la situación laboral, encontramos una tasa de actividad del 96% y una tasa de ocupación del 37%. El confinamiento obligado en el domicilio presenta dificultades específicas, particularmente en personas con pobreza extrema, inmigrantes recientes, indocumentados y personas con vivienda deficiente. La TAS varía según el contexto de transmisión, siendo mayor en ambientes cerrados con mucho contacto interpersonal. La crisis de la COVID-19 está teniendo un impacto sin precedentes a nivel mundial, un impacto desigualitario para las personas.

275. SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz García Martín, Leticia Manjón Bello, Silvia Echave Sedano y Almudena Fernández Moreno

Gerencia de Atención Primaria de Burgos, Burgos, España.

Palabras clave: MIS-C. COVID-19. Pediatría.

Introducción: La COVID-19 es una patología aún desconocida. Cada día surgen estudios en los que se descubren nuevos síntomas y

complicaciones. Nos planteamos hacer una revisión bibliográfica sobre el Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a SARS-CoV-2 (MIS-C) a raíz de un caso visto en urgencias de atención primaria, y estudiar los aspectos clínico-epidemiológicos característicos para contribuir al intercambio de conocimientos.

Caso clínico: Niña de 8 años de origen marroquí. Acude a urgencias de AP por cuadro de 3 días de evolución, con abdominalgia difusa, fiebre de 39 °C, vómitos aislados. Rechaza alimentación, bebe líquidos. No tos, mucosidad ni odinofagia. Tira reactiva de orina muy patológica (proteinuria, hematuria, urobilinógeno, bilirrubina y cuerpos cetónicos). Antecedentes: alta por COVID-19 (asintomática), 10 días antes. Es derivada a urgencias hospitalarias, donde es dada de alta con sospecha de infección urinaria, antibioterapia oral y control en 48h. Vuelve con persistencia de fiebre y dolor abdominal. Tras analítica y eco abdominal, se cursa ingreso en UCIP con diagnóstico de síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a SARS-CoV-2, IRA y shock refractario a volumen que precisa soporte inotrópico. A los 9 días es dada de alta. Se recopila que: al principio de la pandemia, se diagnosticaba como enfermedad de Kawasaki o Kawasaki atípica, pero con el aumento de casos, se concretó que los pacientes que desarrollaban un cuadro inflamatorio multisistémico tenían como nexo de unión haber padecido la COVID. La mayoría eran PCR negativa pero presentaban serología IgG +, por lo que se pasó a denominar Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a SARS-CoV-2. Presentan fiebre en casi el 100% de los casos, patología gastrointestinal el 90% (vómitos, diarrea, abdominalgia) exantemas, más del 60% y síntomas respiratorios del 10-20%. Aproximadamente la mitad sufre alteraciones en el ecocardiograma. Algunos niños requieren ingreso en UCI para vigilancia estrecha, VM, o incluso ECMO. Se describen pacientes fallecidos, pero por suerte es un número extremadamente bajo. Ocurre entre 3 y 5 semanas post infección. La edad media es de 8 años, independientemente del sexo, y la etnia más habitual hispano-africana. Llama la atención que China no describe casos.

Discusión: La totalidad de los trabajos presentados coinciden en que debe existir vigilancia estrecha en este grupo de edad que inicia la sintomatología descrita días después de padecer la COVID-19.

422. CARGA DE TRABAJO NO PRESENCIAL DE UN RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO

Daniel Arévalo Sillero, Fabrizio Evangelista, María Fernández Díez y Aurora Sacristán Salgado

SACYL, Valladolid, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Rastreo. Contacto Estrecho.

Introducción: El responsable de seguimiento epidemiológico (RSE), profesional encomendado para la labor de estudio de contactos o "rastreo" en Castilla y León, es una figura clave en Atención Primaria que tiene por objetivo la contención de la propagación de la infección por SARS-CoV-2, mediante la realización temprana de pruebas de confirmación diagnóstica y la aplicación de medidas de cuarentena a contactos estrechos y de aislamiento a casos confirmados mediante una prueba diagnóstica positiva (PDIA+). Se ha observado que estos profesionales se ven sometidos a una elevada presión asistencial ante el incremento de casos confirmados.

Objetivos: Determinar la carga de trabajo no presencial de un RSE vinculado a un centro de salud urbano del Área de Salud Valladolid Oeste (ASVO). Analizar la correlación entre la carga de trabajo del RSE y la incidencia de casos y contactos del ASVO.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal de Consultas No Presenciales (CNP) citadas en la Agenda de Vigilancia Epidemiológica (AVE) del Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa (CSPAC), comprendidas entre el 01/06/20 y el 26/11/20. Análisis de las variables mediante Excel 2019. Variables estudiadas: número de CNP, fecha, número de PDIA+ realizadas en CSPAC, número total de PDIA+

y contactos estrechos del ASVO. Limitación del estudio: AVE cerrada los fines de semana (aunque existen guardias de rastreo, estas son centralizadas y se encargan de todos los casos y contactos del ASVO).

Resultados: Se han computado 5874 CNP en un período de 17,84 meses, con una media de $46,62 \pm 35$, un valor mínimo de 1 y máximo de 146 CNP. Correlación positiva con grado de asociación moderado (0,55) del volumen de CNP de la AVE con las PDIA+ del mismo centro de salud; se evidencia una correlación fuerte del volumen de CNP con la incidencia de contactos estrechos (0,85) y las PDIA+ del ASVO (0,89).

Conclusiones: Los datos revelan que existe una asociación directa y proporcional entre la carga de trabajo del RSE con respecto a la fluctuación de la situación epidemiológica del ASVO, evidenciando que la demarcación territorial por Zonas Básicas de Salud (ZBS) supone una barrera etérea ante la expansión y propagación de la infección por SARS-CoV-2. La interrelación entre las distintas ZBS indica la notable importancia que adquiere el trabajo en equipo de los distintos RSE del ASVO para frenar la progresión de la pandemia.

444. VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA ADAPTADA A LA PANDEMIA POR COVID-19

Ana Romero Albacete, Marta Mezquita Rodenas, Susana Mora Herrera, Carlos Toribio Lainez, Wafa Zaroual Amrouss, Isabel Rovira Martí, Irene Chivite Marín, Víctor Peña Bilbeny, Carme Fontgivell Yeste y Nuria Rofes Salasench

Fundació CAU. Xarxa Sanitaria i Social Santa Tecla, Tarragona, España.

Palabras clave: Vacunación gripal pandemia. Enfermería vacunación gripal. Vacunación Gripe 2020.

Introducción: Ante la situación de emergencia sanitaria derivada de la COVID-19, la vacunación de la gripe supone una estrategia de prevención primaria imprescindible, no solo para prevenir el impacto del coronavirus en la población más vulnerable, sino también para evitar una sobrecarga del sistema sanitario por un aumento en la incidencia de casos de gripe.

Objetivos: Proporcionar una campaña de vacunación antigripal segura y controlada, evitando que la situación de pandemia social genere una disminución en el número de vacunaciones por miedo al contagio.

Material y métodos: Se habilitó un espacio en el casal de jubilados proporcionado por el ayuntamiento de Vila-Seca, amplio, céntrico y de fácil accesibilidad para todos los usuarios. El equipo de enfermería preparó el material sanitario necesario para la campaña junto con los equipos de protección individual, dos ordenadores con dispositivo wifi, programa Higia, vacunas y neveras y un maletín de atención en caso de reacción anafiláctica. La población fue citada de manera estratificada por grupos de riesgo (en función de las vacunas disponibles semanalmente) cada 5 minutos en horarios de mañana y tarde, pudiendo así aumentar su accesibilidad en función de las actividades de la vida diaria. Para evitar confusión entre los usuarios, se prestó especial atención a informar del lugar de vacunación tanto desde el centro de salud (CS) como mediante la difusión en la gaceta local y en la web. Se realizó señalización externa con propaganda y se contó con el soporte del conserje. Se diseñó un circuito unidireccional de entrada individual e identificación por la puerta principal, dos salas de atención y administración de la vacuna y una zona de salida por la puerta lateral, con el fin de evitar la acumulación y el contacto con otros usuarios.

Resultados: Se logró una campaña de vacunación segura, evitando la aglomeración entre los usuarios, observándose un incremento del 64% en el número de vacunaciones respecto años anteriores. Los principales inconvenientes respecto a este nuevo espacio fueron los problemas de conexión del ordenador en momentos puntuales y la confusión de algunos usuarios que seguían dirigiéndose al Centro de Salud para vacunarse.

Conclusiones: Gracias al esfuerzo del equipo de enfermería de Atención Primaria, se ha podido llevar a cabo una campaña de vacu-

nación antigripal segura y eficiente de acuerdo con la situación de crisis sanitaria vivida en el momento.

477. ADAPTACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN DEL CONSULTORIO DE LA PINEDA DURANTE LA PANDEMIA

Susana Mora Herrera, Cristina González Márquez, Wafa Zaroual Amrouss, Carmen Almazán Aguirre, Mireia Rodríguez Martínez, Víctor Peña Bilbeny, Mireia Guasch Doménech, Laura Orellana Montes, Carlos Augusto Toribio Lainez y María Sagrario Chacón Garcés

FCAUS (Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla), Vila-Seca (Tarragona).

Palabras clave: Consultorio de Salud. Pandemia. Atención Segura.

Introducción: En el ámbito del estado español y de Cataluña y debido a la declaración del estado de alarma por la pandemia del virus SARS-CoV-2, se puso en marcha la reordenación de los recursos sanitarios, teniendo un impacto directo en los Centros de Atención Primaria (CAP). Desde el 13 de marzo al 30 de junio del 2020, el Consultorio de la Pineda, que da atención a una población de 3.006 habitantes cesó su actividad asistencial. Durante estos meses, la atención se concentró en el CAP de Vila-seca, con la finalidad de preservar la seguridad de los usuarios y profesionales al inicio de la pandemia del coronavirus. Debido al aumento de la presión asistencial y con tal de preservar el equilibrio entre la seguridad y accesibilidad, se requirió nuevamente la abertura del centro, dado que durante el verano aumenta considerablemente la población.

Material y métodos: A partir del 01 de julio se reanudó la actividad presencial en el Consultorio, redistribuyendo el espacio del centro para dar respuesta al usuario: zona COVID (zona que anteriormente a la pandemia eran boxes de urgencias, consultas de población desplazada y zona de pediatría) y zona no COVID (consultas que habían sido las habituales para la población asignada al centro). El mostrador de recepción se desplazó justo a la entrada del consultorio, donde una enfermera recibía al usuario, gestionaba el motivo de consulta y le orientaba en relación a su demanda. Si la demanda era administrativa, se derivaba al administrativo del centro. Si la demanda era de salud, que podía resolverse telefónicamente se citaba en la agenda correspondiente. Si el paciente solicitaba una visita presencial y valorando si el motivo era urgente o no demorable, la enfermera le dirigía hacia la zona COVID o no COVID donde recibía la atención del resto de profesionales sanitarios (médico o enfermera). Todos los pacientes que entraban lo hacían con el uso de mascarilla y con la indicación verbal de ponerse la solución de gel hidroalcohólico, además de estar expuestos los carteles de higiene de manos.

Resultados: En el consultorio de La Pineda, el paciente fue atendido sintiéndose seguro en las zonas separadas redistribuidas en el centro, pudiendo observar las visibles y nuevas medidas de seguridad.

Conclusiones: En un consultorio local se puede llegar a dar una atención sanitaria de calidad y segura con la organización, estructura, medidas y recursos adecuados.

498. COMPARACIÓN DE CONTACTOS ESTRECHOS CON COVID-19 EN ZONA DE SALUD URBANA Y RURAL

Natalia Gómez Cobo, Almudena Fernández Moreno, María Martínez Fidalgo, Rosa Ana Gutiérrez Manzanedo, Silvia Echave Sedano, Marta Pérez Alfaro y Victoria Isabel Castillo Carrasco

Gerencia de Atención Primaria, Burgos, España.

Palabras clave: COVID-19. Urbana. Rural.

Introducción: Una de las principales recomendaciones ante la situación actual de pandemia por COVID-19 es limitar las relaciones

sociales a las estrictamente necesarias y, en estos casos, mantener las medidas preventivas establecidas por las autoridades sanitarias. A nivel comunitario, se considera contacto estrecho a “cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas”.

Objetivos: Analizar la cantidad de contactos estrechos que se generan por cada caso diagnosticado de COVID-19 en una zona urbana comparada con una zona rural.

Material y métodos: Mediante un estudio descriptivo comparativo se analizó la base de datos de la vigilancia epidemiológica de la Gerencia de Atención Primaria de Burgos. Se recogieron datos del periodo de tiempo comprendido entre el 1 de junio y el 30 de septiembre de 2020 en dos Zonas Básicas de Salud (ZBS): Casa la Vega y Briviesca, zonas urbana y rural, respectivamente.

Resultados: Casa la Vega se trata de una ZBS urbana, con 25.549 tarjetas sanitarias activas. Entre el 1 de junio y el 30 de septiembre se diagnosticaron 253 casos positivos en COVID-19, casi un 1% de la población. Por cada caso positivo de COVID-19 en esta ZBS urbana, se generaron una media de 3,8 contactos estrechos. Briviesca es una ZBS rural, con 8.735 tarjetas sanitarias. Durante la fecha estudiada, se detectaron 74 casos positivos en COVID en esta ZBS, lo que corresponde a un 0,85% de la población perteneciente a la zona de salud. Cada uno de estos casos con el diagnóstico confirmado, generó una media de 5,5 contactos estrechos en dicho periodo. La prevalencia de casos diagnosticados de COVID-19 es mayor en la ZBS Casa la Vega (1%) frente a la ZBS de Briviesca (0,85%); mientras que el número de contactos estrechos generados por cada caso positivo es mayor en la ZBS rural (1:5,5) que en la urbana (1:3,8).

Conclusiones: En vista a los resultados y teniendo en cuenta que la población en las zonas rurales de la provincia de Burgos aumenta en temporada estival y que la forma de vida en los pueblos es más social y familiar que en la ciudad, cabe destacar que, a pesar de tener una prevalencia menor, en las zonas rurales se generan más contactos estrechos que en las urbanas, con el consiguiente riesgo de aumentar los casos de enfermedad por COVID-19 ante la mayor probabilidad de propagación de la infección.

509. REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PANDEMIA

Isa Rovira Martí, Carlos Toribio Lainez, Víctor Peña Bilbeny, Wafa Zaroual Amrouss, Sonia Martínez Algaba, Jessica Moya Martínez y Sagrario Chacón Garcés

Xarxa Sanitària Santa Tecla, Tarragona, España

Palabras clave: Atención domiciliaria. Cuidados enfermeros domiciliarios. Atención a personas frágiles.

Introducción: La redistribución de recursos humanos para asistir a la emergencia de salud y las restricciones añadidas, han alterado el desarrollo normal de los programas de prevención, seguimiento y gestión de la cronicidad y/o atención a personas frágiles. Hasta ahora se ha podido dar respuesta a necesidades no programables. Desde el 7 de diciembre de 2020 se plantea mejorar la respuesta a las anteriores situaciones en el Área Básica de Salud de Vila-seca.

Objetivos: Mejorar la respuesta de salud a las personas con patologías crónicas limitantes, frágiles, alteraciones cognitivas, limitaciones físicas.

Material y métodos: A nivel de recursos se ha ubicado una consulta específica “ad hoc”, un vehículo de empresa, soporte logístico de suministros necesarios. Se ha constituido un equipo de cuatro enfermeras (uno permanente en servicio de 8 a 15 horas y tres de soporte, en rotación). La comunicación con el Equipo de Atención Primaria se realiza vía mail, telefónica y presencial limitada. Se ha previsto dar respuesta domiciliaria a curas, inyectables, pruebas

diagnósticas, pacientes con patologías crónicas limitantes, frágiles, alteraciones cognitivas (incluidos en programas PCC/MACA, ATDOM), o limitaciones físicas o aislados. A nivel de registro se ha establecido un dietario propio “inf-domicilis” de actividad con las prestaciones a domicilio: DOM (ordinario), DOL (analítica), DOMTAO (control inr) ATDOM (valoración y registro de los programas de despliegue domiciliario) y prestaciones de gestión no presenciales clínico-administrativas TLF (llamada telefónica), VA (documentación). Estas prestaciones se corresponden con la visita estructurada en cumplimiento de los programas citados (realizándose las escalas de valoración, constantes y educación sanitaria adaptada, así como la revisión del uso y tratamiento farmacológico o la información de visitas y documentación sanitaria en trámite. Todo ello se registra en formularios específicos programándose la siguiente visita según el protocolo del programa.

Resultados: En la primera quincena de febrero de 2021 se ha diseñado e iniciado el nuevo programa de Atención Domiciliaria. Se realizará evaluación continua de las incidencias y las vías de mejora, y una evaluación semestral de los indicadores y escalas.

Conclusiones: La reorganización de la atención domiciliaria en Vila-Seca permite conocer la realidad intrapandemia de las personas frágiles para personalizar los cuidados de enfermería y dar una respuesta eficaz.

533. VALORACIÓN DE LA DEMANDA DE SALUD DEL USUARIO EN LA PUERTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Virginia López Barranco, Irene Chivite Marín, Carmen Almazán Aguirre, Wafa Zaroual Amrouss, Ana Romero Albacete, Mireia Rodríguez Martínez, Marta Mezquita Ródenas, Isabel Rovira Martí, Mireia Guasch Doménech y Eva Esteruelas Álvarez

Fundació Centres Assistencials i d'Urgències. Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla, Vila-Seca, España.

Palabras clave: Demanda de Salud. Valoración de Enfermería. Atención Primaria.

Introducción: Tras el inicio de la pandemia, se detectó la necesidad de gestionar la demanda del usuario que acudía a la Atención Primaria. En mayo de 2020 se creó la nueva figura de Atención y Guía del Usuario en la Puerta de Atención Primaria (AIGUPAP) gestionada por un administrativo que controla citas, flujos e higiene y una enfermera que da respuesta a las demandas de salud.

Objetivos: Conocer la demanda del usuario en la Puerta de Atención Primaria y la respuesta gestionada por la enfermera.

Material y métodos: Estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal realizado en el Centro de Alta Resolución (CAR) de Vila-seca. Población: usuarios del CAR. Muestra: Personas que acuden a la valoración sanitaria de enfermería de la AIGUPAP (Atención y Gestión del Usuario en la Puerta de Atención Primaria). Muestreo de conveniencia desde el 30 de diciembre de 2020 hasta el 29 de enero de 2021. Se excluyeron: las consultas presenciales con cita previa; las consultas programadas; las solicitudes de gestión administrativa; las demandas telefónicas; las visitas de pacientes COVID procedentes de visitas médicas o pediátricas; las demandas en fines de semana o festivos; y los missings. Variables: Demanda con patología no demorable (COVID/NO COVID). Demanda demorable: (telefónica, gestión enfermera de la demanda (GID), médico de familia/especialista, pediatra, técnicas enfermería, domicilios, consulta de enfermería). Días de la semana (de lunes a viernes). Se recogieron los datos mediante hoja de cálculo que se exportaron a “DEDUCER-R” para el análisis descriptivo de frecuencias.

Resultados: La enfermera de AIGUPAP atendió 351 demandas de salud presenciales registradas. El 63,5% (n=223) fueron No demora-

bles; de ellas el 84,3% se atendieron en ATC No COVID y el 14,8% en ATC-COVID. El 36,5% (n = 128) de las demandas fueron demorables: 11,7% ATC-telefónicas; 21,1% GID; 36,7% derivadas a MAP/especialista; 12,5% derivadas al Pediatra; 8,6% derivadas a técnicas de enfermería; 1,5% Domicilios; 7,8% a la consulta de enfermería. La media de las valoraciones de enfermería fué de 17,55 /día. Los días de mayor afluencia fueron los lunes y viernes.

Conclusiones: El usuario que acude con una demanda de salud y es atendido por una enfermera, se siente atendido y con una resolución válida aunque se demore. La enfermera, empoderada en esta gestión, requiere herramientas de decisión. Es preciso diseñar protocolos de atención de enfermería en la Puerta de entrada de AP.

537. LA VISITA TELEFÓNICA ENFERMERA COMO EJE DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN PANDEMIA

Carme Fontgivell Yeste, Núria Rofes Salsench, Susana Mora Herrera, Virginia López Barranco, Mireia Guasch Domènech, Irene Chivite Marín, Natalia Cabezas Pinchao, Cristina Soriano Escobar, María José Subirats Solé y Eva Esteruelas Álvarez

Centro de Atención Primaria Vila-seca (Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla), Vila-Seca, España

Palabras clave: Visita Telefónica, Enfermera, Atención De Enfermería

Introducción: La atención primaria (AP) ha tenido que reorganizarse y adaptarse en los últimos meses debido a la pandemia por COVID-19 mediante un cambio en el modelo asistencial marcado por la necesidad de reducir la presencialidad en los centros de AP. El Centro de AP de Vila-seca (Tarragona) que atiende a una población de 22.400 habitantes también ha vivido esta transformación.

Objetivos: Describir la reorganización del modelo de atención en el Centro de Atención Primaria de Vila-seca.

Material y métodos: El Estado de Alarma y el confinamiento general conllevó la necesidad de gestionar la demanda del usuario telefónicamente para evitar desplazamientos al centro y dar respuesta a las necesidades de la población. El 16 de marzo se creó la figura de la enfermera de incidencias de atención telefónica (EI-AT), que se encargaba de la agenda "TELFÓNICA-INF-INCIDENCIAS" 12h de lunes a viernes. El fin de semana esta figura era asumida por las enfermeras de atención continuada. La EI-AT atendía, resolvía o gestionaba la demanda de salud según cada caso. Estas demandas eran: Detección y gestión de casos sospechosos de infección por coronavirus. En el inicio de la pandemia también búsqueda de contactos. Dudas relacionadas con la pandemia y confinamiento. Síntomas de ansiedad. Control y seguimiento del paciente con patología crónica descompensada (HTA, DM, ICC). Programa de ayuda al fumador. Solicitudes de dietas. Gestión del material del diabético. Educación diabetológica en el debut o en el inicio de insulinización. Enfermedades agudas, gestión de la demanda. Gestión de analíticas. Gestión de las visitas para el control del tratamiento anticoagulante oral. Consultas y gestión de visitas de heridas e inyectables. El 1 de octubre de 2020 esta gestión de la demanda telefónica es asumida por agenda nominal de cada enfermera con visitas presenciales y no presenciales.

Resultados: La media de las visitas telefónicas fue de 42 visitas/día con una duración media de 17 minutos. El centro no estaba preparado para recibir el aumento de llamadas y las líneas telefónicas se colapsaron. Actualmente se ha mejorado con la ampliación de líneas telefónicas y la aportación de móviles.

Conclusiones: En la gestión de la demanda telefónica es el profesional quien asigna el recurso más adecuado sea presencial o no presencial. La consulta telefónica en AP es un recurso útil para la mejora de la accesibilidad y la priorización de recursos.

540. CIRCUITO DE LA REALIZACIÓN DE LAS PCR: GESTIÓN DE ENFERMERÍA

Marta Mezquita Ródenas, Ana Rodellas Barragán, Esther Giménez Llavayol, Carlos Augusto Toribio Lainez, Víctor Peña Bilbeny, María Josefa Farrera Sanz, Laura Orellana Montes, Esther Román Aldoma, Mercè Salla Bofarull y Sargario Chacón Garcés

Fundació Centres Assistencials i d'Urgències. Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla, Vila-Seca, España.

Palabras clave: Pruebas PCR. Cribado COVID Enfermería. Enfermería primaria.

Introducción: La pandemia Covid-19 ha contribuido a un aumento masivo de las pruebas de cribado y diagnóstico para contener la propagación del virus. El Centro de Atención Primaria (CAP) Vila-sSeca ha dado respuesta creando un circuito eficiente, rápido y seguro.

Objetivos: Diseñar e implantar un circuito para pruebas de detección Covid-19.

Material y métodos: En abril de 2020 el aumento de pruebas hizo necesaria la creación de una agenda destinada únicamente a la realización de PCR/Test de antígenos rápidos (TAR), formado por un equipo de una enfermera y una auxiliar de enfermería. Siguiendo las directrices del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, se habilitó un espacio externo al CAP al aire libre, cedido por el Ayuntamiento, para la realización de las pruebas garantizando la intimidad y seguridad del usuario. Este espacio, denominado Coche-COVID, consiste en una caseta de madera, un circuito habilitado por la Policía Local para poder acceder en coche y cortinas para evitar la visión del vecindario. Los pacientes acceden actualmente a las pruebas por diferentes vías: derivados de urgencias del CAP, citados por la gestora COVID (únicamente contactos estrechos asintomáticos) o derivados por enfermera o medicina, después de haber valorado el caso. Dependiendo del motivo, se solicita un TAR o una PCR, basándose en los últimos protocolos. Para evitar aglomeraciones, se citan en un día y hora concreto. Antes de la realización de las pruebas el personal enfermero, imprime las peticiones y anexos correspondientes y etiqueta cada muestra, para garantizar una correcta identificación. El personal enfermero que realiza las pruebas dispone y utiliza con seguridad los Equipos de Protección Personal estipulado. En el momento de las pruebas, la gestora COVID facilita al usuario un consentimiento de la ley de protección de datos para firmar. Los usuarios conocen sus resultados mediante la recepción de un SMS y también lo puede descargar de la aplicación "La Meva Salut".

Resultados: Este circuito permite dar respuesta rápida, eficiente y segura al usuario en las pruebas de detección COVID-19. Como dificultades se han tenido que salvar las inclemencias temporales.

Conclusiones: La organización adoptada por parte del centro ha permitido coordinar a los diferentes profesionales y dar respuesta a la demanda de las PCR/TAR, optimizando el tiempo de las pruebas eficazmente para facilitar el aislamiento de los casos lo más pronto posible.

544. LIDERAJE ENFERMERO EN EL ABORDAJE DE USUARIOS COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carmen Almazán Aguirre, Wafa Zaroual Amrouss, Ana Romero Albacete, Sonia Martínez Algaba, Jèssica Moya Martínez, Mireia Rodríguez Martínez, Marta Mezquita Ródenas, Esther Giménez Llavayol, Ana Rodellas Barragan e Irene Chivite Marín

Fundació Centres Assistencials i d'Urgències. Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla. Vila-Seca, Tarragona, España.

Palabras clave: COVID-19. Seguimiento multidisciplinar. Enfermera de Atención Primaria.

Introducción: Una función prioritaria en Atención Primaria (AP) durante la pandemia Covid-19 es atender lo más precozmente el ma-

yor número de casos, frenar la transmisión del virus y disminuir la morbilidad y así la carga asistencial en los hospitales.

Objetivos: Elaborar un algoritmo de actuación multidisciplinar de asistencia a los pacientes con COVID-19 en AP.

Material y métodos: Con el fin de mejorar los circuitos de seguimiento anteriores y garantizar una valoración de enfermería inmediata a los pacientes sintomáticos que resultaran COVID positivos, en diciembre 2020 se elaboró un nuevo circuito de seguimiento para los pacientes con síntomas compatibles con COVID-19 que se les realizaba un test de antígenos rápido (TAR) con resultado en 15 minutos.

Resultados: En el supuesto de que el paciente fuera sintomático y el resultado del TAR positivo (CASO), la enfermera y/o auxiliar que realizaban el Test deriva inmediatamente a la enfermera de "ATC-COVID", que realiza una valoración presencial con toma de constantes (Tª, Sat O2, FC) y formulario de triaje de la severidad que diferencia entre signos y síntomas leves o moderados. En el caso de síntomas leves, continúa seguimiento de enfermería cada 5 días si la persona no tiene factores de riesgo (FR) o seguimiento telefónico cada 72h si tiene FR. En los casos de enfermedad moderada se requiere además una valoración médica presencial y posterior seguimiento por la enfermera cada 48h: telefónico si el paciente dispone de pulsioxímetro o presencial en caso negativo. En el supuesto de paciente sintomático con resultado del TAR negativo (SOSPECHA), se realiza seguimiento telefónico a las 48-72h por parte de su médico de familia que revaloriza sintomatología. En el supuesto de contactos estrechos asintomático con resultado del TAR positivo (CASO) la gestora COVID realiza el seguimiento cada 5 días y cita con su médico de familia si el paciente precisa baja laboral. En cualquier momento, si el paciente inicia síntomas, lo deriva a la enfermera en agenda "Coronavirus".

Conclusiones: La AP es nivel asistencial prioritario para la detección de casos, seguimiento y contención de la epidemia de COVID-19. Esto ha permitido gestionar los recursos disponibles con eficiencia y ha evitado saturar las urgencias hospitalarias. Las diferentes medidas de redistribución del centro han permitido un entorno sanitario seguro que ha dificultado la propagación de la infección, ya sea entre pacientes o entre el personal sanitario.

572. CUIDADOS A PACIENTES TRAS SU PASO POR UCI POR COVID-19

Rocío Alfaro Fernández¹, Amalia Anguita Rodríguez¹, Rubén González Baidez¹, Juan Cantos Ruiz² y Carmen Callado Catalán³

¹Centro de Atención a Grandes Discapacitados Infanta Leonor, Albacete, España. ²Gerencia de Atención Integrada de Albacete, CS Zona 4, Albacete, España. ³Gerencia de Atención Integrada de Hellín, CS Hellín 2, Albacete, España.

Palabras clave: Terapia respiratoria. Rehabilitación.

Introducción: En España un 20% de los contagios por SARS-CoV-2 han requerido asistencia hospitalaria. Las secuelas se dividen en pulmonares y vasculares y problemas neurológicos y psicológicos¹. Debido a ello, sería de vital importancia implementar técnicas de rehabilitación respiratoria².

Objetivos: 1. Establecer factores que pueden determinar la gravedad de las secuelas tras la infección por COVID 19. 2. Enumerar las técnicas de rehabilitación respiratoria más eficaces. 3. Elaborar un listado con las pautas a seguir para la recuperación de la infección tras su fase aguda.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica y una selección de los artículos de mayor relevancia.

Resultados: Existen factores que influyen en las posibles secuelas (ingreso en UCI, inmovilización en prono o ventilación mecánica³. Algunas de las técnicas de rehabilitación serían: posición, fisioterapia respiratoria, educación de la tos etc. Las pautas para la recuperación hacen referencia a la alimentación⁴, el descanso y la actividad física⁵.

Conclusiones: Teniendo localizados a los pacientes que presentan factores de riesgo, se podrá comenzar a trabajar en su rehabilitación pronto. La fisioterapia y ejercicios respiratorios mejorarían a corto y largo plazo el estado del paciente, previniendo la aparición de secuelas. Se deben dar pautas básicas de nutrición, actividad física y descanso.

Bibliografía

1. Molina M. Secuelas y consecuencias de la COVID-19. Medicina Respiratoria. 2020. Disponible en: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-8.pdf>
2. Martínez S. Rehabilitación respiratoria en pacientes con COVID-19, Rehabilitación. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2020.04.002>
3. Navarro G, et al. Toracostomía con colocación de tubo torácico en decúbito prono durante la pandemia de COVID-19. Cirugía Cardiovascular. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.12.003>
4. Pérez M. Sobre la alimentación y la nutrición en la Covid-19. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2020. Disponible en <http://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/992>
5. Juarros L. Protocolo de rehabilitación en planta de Pacientes COVID 19. Hospital Universitario 12 de octubre, 2020. Disponible en: https://imas12.es/wpcontent/uploads/2020/Repositorio/02.Protocolo_RHB_planta_COVID19_completo.pdf

576. COVID-19: MEDIDAS PREVENTIVAS EN CENTROS EDUCATIVOS

Rocío Alfaro Fernández¹, Amalia Anguita Rodríguez¹, Rubén González Baidez¹, Juan Cantos Ruiz² y Carmen Callado Catalán³

¹Centro de Atención a Grandes Discapacitados Infanta Leonor, Albacete, España. ²Gerencia de Atención Integrada de Albacete, CS Zona 4, Albacete, España. ³Gerencia de Atención Integrada de Hellín, CS Hellín 2, Albacete, España.

Palabras clave: Prevención de enfermedades. Promoción de la salud.

Introducción: La crisis provocada por la pandemia del COVID-19 ha modificado la forma de actuar del entorno educativo, adoptando nuevas medidas. Es necesaria la creación de planes de actuación para la docencia, alumnado, familiares y sanitarios.

Objetivos: 1. Elaborar un listado con las medidas a tomar por el alumnado, familiares y profesorado 2. Desarrollar el papel de la Atención Primaria dentro de este ámbito y valorar el papel de la enfermera escolar.

Material y métodos: Este trabajo se ha llevado a cabo mediante la búsqueda de bibliografía científica que hablase sobre la situación del entorno educativo.

Resultados: Las principales medidas serían el uso de mascarilla, el gel hidroalcohólico y lavados de manos¹, evitar compartir material y desinfectarlo y reducir los contactos². Los profesores deben vigilar que se toman las. Los servicios de limpieza deben desinfectar con productos como hipoclorito de sodio o etanol³. La actuación frente a los posibles casos y la cuarentena será⁴. Se deben establecer hábitos y conocimientos básicos mediante la educación para la salud. En este tipo de situaciones se plantea la importancia de la enfermería escolar, ya que cuenta con competencias con respecto a la mejora de la salud de la comunidad educativa⁵. Conclusiones: Se requiere la concienciación de la gravedad de la situación y la instauración de hábitos saludables. No se debe olvidar la prevención y la promoción de la salud desde Atención Primaria.

Bibliografía

1. Palomino C. Práctica de lavado de manos en los escolares de 4° y 5° grado de primaria de la institución educativa Nacional estados Mexicanos. 2018. Disponible en: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4519>
2. Zhao G. Tomar medidas preventivas inmediatamente: evidencia de China sobre el COVID-19. Gaceta Sanitaria. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.03.002>
3. Molina JL, Abad E. Desinfectantes y antisépticos frente al coronavirus: Síntesis de evidencias y recomendaciones. Enfermería Clínica. 2021.
4. Henríquez KI, et al. Prevención e identificación temprana de casos sospechosos COVID-19 en el primer nivel de atención en Centro América. Atención Primaria. 2020.
5. Álvarez R, Lodoso VC. Enfermería escolar en España: asociacionismo e investigación. Cultura de los Cuidados. 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.56.14>

584. COVID-19 Y VACUNACIÓN: ANÁLISIS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN TWITTER

Iván Herrera Peco^{1,2}, Beatriz Jiménez Gómez¹, Carlos Ruiz Núñez³, Elvira Benítez de Gracia⁴ y Carlos Santiago Romero Magdalena⁵

¹Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Alfonso X el Sabio, Villanueva de la Cañada, Madrid, España. ²Fundación Alfonso X el Sabio, Villanueva de la Cañada, Madrid, España. ³HAR Loja, Granada, España. ⁴APS Poniente, Villanueva de la Cañada, Madrid, España. ⁵Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Alfonso X el Sabio, Villanueva De La Cañada, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Redes sociales. Vacunas.

La pandemia de la COVID-19, declarada como tal en marzo de 2020, ha generado un gran impacto a nivel mundial tanto sobre la salud poblacional pero también a nivel económico y social. Dentro de todos los esfuerzos que se han realizado por parte de las autoridades sanitarias, destaca el uso de las redes sociales tanto para la difusión de las medidas preventivas asociadas, vacunación frente a la COVID-19, como para intentar bloquear los mensajes de personas contrarios a estas acciones. Es por tanto necesario desarrollar estrategias de comunicación que ofrezcan información accesible sobre la vacunación como medida preventiva de salud pública. El objetivo de este estudio fue analizar el papel que en la red social Twitter tienen los profesionales sanitarios para apoyar a las instituciones públicas en la campaña de concienciación sobre la vacunación frente a la COVID-19. Para abordar este estudio se desarrolló un análisis de los mensajes enviados en Twitter, que contenían el hashtag #yomevacuno, entre los días 14-21 de diciembre de 2020 utilizando el software NodeXL. Se analizó el flujo de información, los usuarios más influyentes y contenidos de los tuits. Se recopilaron 4918 mensajes, donde el 8,56% (421) fueron contenidos originales (tuits), produciendo un tráfico de información de 915.736 mensajes. Se observó que, de los 3038 usuarios totales, el 11,38% (346) se definían como profesionales sanitarios de los cuales eran médicos (1,22%), enfermeras (3,49%), farmacéuticos (4,01%) y otros profesionales (2,66%). Estos profesionales generaron el 5,77% del tráfico total de información, mientras que el 53,36% fue generado por las instituciones oficiales. Asimismo de los 10 usuarios más influyentes en la red, solo 2 se identificaban como sanitarios. Finalmente, el 78% de los mensajes de la red se enfocaban a la vacunación frente a la COVID-19 como responsabilidad social. Como conclusión de este estudio, se observa la estrategia de comunicación del hashtag #yomevacuno, está liderada por el Ministerio de Sanidad aunque se denota que el peso específico de los profesionales sanitarios es escaso, considerando que éstos pueden jugar un papel importante en la difusión de los mensajes encaminados a potenciar las campañas de salud pública en redes sociales. Consideramos como una necesidad el que los profesionales sanitarios, como usuarios individuales, puedan colaborar activamente en la difusión políticas de prevención en salud pública a través de las redes sociales.

721. CONDICIONANTES Y ESTILOS DE VIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA COVID-19 EN ESPAÑA

Andrea Rodríguez Alonso¹, Sara Rodríguez Pérez², Juncal Balbona Rodríguez³, Ana Fernández Alonso⁴, Iván Rotella Arregui⁴ y Enrique Oltra Rodríguez¹

¹Facultad de Enfermería de Gijón, Gijón, España. ²Facultad de Ciencias de la Educación de Oviedo, Oviedo, España. ³Osakidetza, Vitoria, España. ⁴Consultoría Sexológica de Avilés, Avilés, España.

Palabras clave: COVID-19. Estilo de vida. Condiciones sociales.

Introducción: Debido a la pandemia de COVID-19, el 15 de marzo comienza un confinamiento domiciliario que duró hasta el 4 de

mayo, en el cual solo se permitía salir del domicilio en circunstancias muy limitadas. Se plantea como objetivos de la investigación explorar los cambios en los estilos y condiciones de vida durante el confinamiento domiciliario en España.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario online realizado "ad hoc" y distribuido por distintas aplicaciones informáticas.

Resultados: La muestra es de 1.126 personas, 77,5% (n = 873) son mujeres. La media de edad es 35,3 años con una DE = 11,2. Durante el confinamiento, un 10,6% (n = 119) de la población estudiada perdió su empleo, un 3,1% (n = 35) redujo su jornada y un 1,5% (n = 17) sufrió un expediente de regulación temporal de empleo (ERTE). Un 22,9% (n = 258) tuvo una disminución de ingresos, quedándose sin ingresos un 6,1% (n = 69); un 4,8% (n = 54) aumentó sus ingresos. Un 16,8% (n = 189) pasó dificultades por su situación económica, de ellos, un 55% (n = 104) tuvo apoyo social, en su mayoría dado por su familia. Un 34,4% (n = 247) tiene hijos y un 11% de la población participante (n = 38) tiene personas mayores a su cargo. Los encuestados consideraron que durante el confinamiento, la alimentación mejoró en un 29,8% (n = 335), empeoró en un 25,8% (n = 291) y no sufrió variaciones en el 44,4% (n = 500). Su actividad física consideran que empeoró en un 58,3% (n = 656) y el descanso y el sueño en un 50,2% (n = 565). El estado de ánimo se deterioró en un 50,2% (n = 565). El uso de redes sociales aumentó en un 72,4% (n = 815) y el visionado de televisión y plataformas de streaming aumentó en un 69,3% (n = 780). Existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo y el cambio en los estilos de vida, identificándose relación con: la alimentación (p = 0,000), el descanso-sueño (p = 0,002), el estado de ánimo (p = 0,002) y el uso de redes sociales (p = 0,013). Aparecen correlaciones estadísticamente significativas entre los distintos componentes del estilo de vida, pero todas ellas son débiles. Un 92,6% (n = 1043) pasó el confinamiento en su domicilio habitual. Un 42,6% lo ha pasado en un domicilio sin balcón, terraza o patio.

Conclusiones: El confinamiento domiciliario ha supuesto un impacto negativo en los estilos de vida y las condiciones de vida de la población estudiada. Cabe continuar con el estudio y observar el impacto de estos cambios en la salud de las personas a medio y largo plazo.

741. APP MÓVILES PARA LA MONITORIZACIÓN A DISTANCIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

María Granados Santiago, Laura López López, Araceli Ortiz Rubio, Esther Prados Román, Janet Rodríguez Torres y Marie Carmen Valenza

Universidad de Granada, Granada, España.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Aplicaciones móviles. e-Health.

Introducción: La diabetes es una patología crónica que requiere de un control diario. La tecnología ha permitido el desarrollo de diferentes aplicaciones móviles para mejorar el control y seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus. El uso de aplicaciones móviles ha permitido reducir el uso de los servicios ambulatorios a través del seguimiento del paciente a distancia.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es describir las aplicaciones móviles empleadas para el control y seguimiento de la diabetes mellitus en adultos.

Material y métodos: La búsqueda de artículos de esta revisión bibliográfica ha tenido lugar en las siguientes bases de datos: Web of Science, Pubmed, ScienceDirect y Google Scholar. Los criterios de inclusión fueron estudios realizados en pacientes adultos que incluyeran una aplicación móvil para el control de la diabetes mellitus 1 y 2 publicados entre el año 2015 y 2020.

Resultados: Finalmente se seleccionaron 20 artículos. Se han observado que las siguientes aplicaciones son dirigidas a adultos con

diabetes mellitus tipo 1 y 2 de manera gratuita: BG Monitor Diabetes, Socialdiabetes, OnTrack, Diabetes a la carta, Contour diabetes, Gluculog Lite, Diabetes connect, Mydiabeticalert, Bluestar diabetes y GlucoseBuddy. Sin embargo, hay aplicaciones como Glooko, GluQUO, Mysugr y For diabetes que muestran un coste adicional. Las aplicaciones Mysugr, Contour diabetes, Gluculog lite, For diabetes y GlucoseBuddy permiten compartir los resultados con los profesionales; y las aplicaciones BG Monitor Diabetes, Socialdiabetes, Glooko, GluQUO, Diabetes a la carta, Mydiabeticalert y GlucoseBuddy incluyen aspectos nutricionales.

Conclusiones: La existencia de aplicaciones móviles de diabetes mellitus ha permitido facilitar la asistencia sanitaria de pacientes a distancia independientemente de los inconvenientes geográficos y temporales. Esto ha permitido mejorar el control de la enfermedad en estos pacientes. Son necesarios futuros estudios para hacer llegar estas tecnologías a toda la población sin necesitar internet, así como una regulación por parte de organismos acerca de su uso.

750. ROL DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE BROTES POR COVID-19 EN RESIDENCIAS DE GRAN CANARIA

Francisco José Fortes Ponce, Jose Pablo Santana García, Domingo Jesús Álamo López, Jose Antonio Santana Gonzalez, Wendy Melian Marrero, Minerva Ascensión Castellano Rodriguez, María José Hernández Guedes, Yumara Castellano Hernández, Elba María García Jerez y Elena Santana Ortega

GAPGC Servicio Canario Salud, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Palabras clave: Enfermería. COVID-19. Gestión.

La situación epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Canarias ha sido singular por su limitación geográfica, que ha servido de barrera natural a favor de un mejor control. Sin embargo, las constantes intercomunicaciones con otras regiones de España y a nivel internacional, vía marítima o aérea, elevaron el número de casos importados y su posterior transmisión comunitaria. Este hecho planteó un importante reto. Con objeto de adaptar las medidas preventivas y proteger al grupo de población vulnerable en residencias y centros sociosanitarios, fue creado el Equipo de cribado e intervención en residencias y centros sociosanitarios de la Gerencia de Atención Primaria (Área de Salud de Gran Canaria), compuesto por enfermeras en su práctica totalidad. La meta es prevenir contagios, favorecer su control y abordar los casos según las recomendaciones, requisitos y deberes establecidos por las autoridades sanitarias. De modo que, se identifican 3 Áreas Preventivas, que ayudarán a orientar los cuidados, recomendaciones y actividades de las intervenciones programadas; pudiéndose seleccionar las etiquetas diagnósticas oportunas y medir la evolución de los casos con los indicadores de progreso. 1. Área de control y evaluación. 2. Áreas de mejora de conocimientos y formación. 3. Área de control de la infección. Como resultado, desde abril de 2020 hasta octubre de 2020 se han cuantificado un total de 6.374 PCR de usuarios que han sido gestionados por este equipo, de los cuales 81 han sido positivos 1,27%. En cuanto a trabajadores en estos centros, se han cuantificado un total de 6.540 PCR, de los cuales 108 han sido positivos 1,65%. Además, se han realizado seguimiento, control y evaluación a un total de 67 centros adscritos al Área de Salud de Gran Canaria. Como conclusión, existen múltiples factores sociodemográficos y económicos que influyen en las estadísticas para la contención epidemiológica del SARS-CoV-2. Es el caso del turismo no controlado o la migración irregular en nuestro contexto. El papel de enfermería en la conformación de este equipo centralizado y especializado ha sido un apoyo elemental para el conjunto de Zonas Básicas de Salud. La gestión de las actividades, elaboración de protocolos e intervenciones ha servido para optimizar los recursos materiales y humanos. Profundizar en este ámbito de actuación podría abrir próximas líneas de investigación.

769. INFODEMIOLÓGICA EN TIEMPOS DE COVID-19.

Luz María González Gualda¹, Ana Isabel González Gualda¹, María de los Dolores Sanchez García², María del Mar Moraleda Salas¹, Carolina Sánchez Mora¹, Carmen García Moreno¹, Nora Inés Muros Cobos¹, Juan del Águila Águila¹, Alejandro Pérez Domínguez² y Cristina Alcantud Docón³

¹Complejo Universitario Hospital de Albacete, Albacete, España.

²Hospital General de Almansa, Almansa, España. ³Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Palabras clave: Coronavirus. Pandemia. Tecnología.

Introducción: La aparición de la pandemia del Coronavirus, además de poner en jaque a toda la población mundial desde el punto de vista económico, político y social, también ha supuesto una gigantesca revolución dentro del ámbito de la comunicación. En el plano de la información, una crisis sanitaria global en el contexto de la era de la tecnología y las redes sociales, han supuesto la combinación perfecta para generar cantidades ingentes de información, directamente proporcionales a las necesidades de la población de saciar su voraz ansia por mantenerse informados, casi minuto a minuto, sobre la crisis que tantos cambios ha provocado. Por todo ello y por ser la primera gran epidemia del s.XXI, se justifica la elección del término seleccionado para el desarrollo del trabajo, "Coronavirus".

Material y métodos: Estudiar el comportamiento de búsqueda de los usuarios de Google, ese es el principal objetivo para el que se ha desarrollado esta herramienta útil y sencilla de utilizar, Google Trends. En el trabajo que nos ocupa, la búsqueda se ha realizado, como no podía ser de otra forma, sobre la crisis sanitaria que vivimos actualmente, la provocada por la aparición del virus COVID-19.

Resultados: Mediante la interpretación de estos datos aportados por Google Trends, se corrobora la gran magnitud del problema actual que vivimos, siendo el principal motivo de búsqueda en España, situándose muy por encima de los demás. Si bien es cierto que la información revelada es importante, de la información aportada por esta herramienta de Google, se identifican algunas limitaciones.

Conclusiones: Internet es la principal fuente de información sobre salud de la que disponemos. A través de ella, utilizando los buscadores adecuados y sabiendo interpretar la información de manera correcta, los usuarios se nutren de información. La infodemiología es una ciencia que ha surgido de la epidemiología, para informar sobre datos de salud derivados de su distribución, principalmente a través de Internet. De esta ciencia, han nacido herramientas que analizan mediante datos estadísticos las búsquedas que se realizan a través de Internet, como Google Trends. Se trata de un recurso muy útil para poder comparar y observar tendencias en las búsquedas en cualquier territorio del mundo. En el ámbito de la salud, las búsquedas adquieren mayor importancia, ya que de ellas derivan comportamientos o cambios en los hábitos de vida de las personas.

829. GESTIÓN ENFERMERA DEL MATERIAL DIABÉTICO DURANTE LA PANDEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mireia Rodríguez Martínez, María Josefa Farrera Sanz, Esther Román Aldoma, Laura Orellana Montes, Esther Giménez Llavallol, Carmen Almazán Aguirre, Sonia Martínez Algaba, Jèssica Moya Martínez, Carme Fontgivell Yeste y Núria Rofes Salasench

Fundació Centres Assistencials i d'Urgències. Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla, Vila-Seca, España.

Palabras clave: Material diabético. Enfermera AIGUPAP. Gestión de material en pandemia.

Introducción: Durante la pandemia COVID-19 en Atención Primaria se ha evidenciado la necesidad de modificar el circuito de suministro del material diabético a los pacientes.

Objetivos: Garantizar la Seguridad y protección de los pacientes y del personal de enfermería en la dispensación de material diabético. Ofrecer a los pacientes el material adecuado para 6 meses. Realizar un control para el uso adecuado del material diabético. Optimizar recursos.

Material y métodos: La herramienta que utilizamos para reunir las demandas de material es la que previamente ya estaba implantada. Todos los profesionales del centro accedemos a un dietario per citar los pacientes que solicitan material. Este dietario se vio reducido a un día a la semana, aunque facilitamos a los pacientes la opción de recoger el material los siguientes días, aumentando la accesibilidad. La enfermera responsable de la AIGUPAP (Atenció i Guia a l'Usuari a la Porta d'Atenció Primària), comprueba el tratamiento y el control de cada paciente, junto con los resultados de los últimos análisis de sangre para saber cuánto material corresponde, garantizando así un control del material y una evaluación del uso adecuado. Una vez revisada la documentación, la enfermera crea un formulario validado de prescripción de tiras reactivas (según necesidad de controles), agujas de insulina, tipo de patología y tiempo estimado de control, que deja en una bandeja para la preparación del material por parte de la auxiliar de enfermería. Una vez preparado, se deja disponible en despacho de la AIGUPAP para que la enfermera responsable lo entregue. A cada paciente se le programa una hora para la recogida del material, evitando la aglomeración de usuarios en las salas de espera.

Resultados: Este circuito ha permitido reducir la acumulación de usuarios en el centro, reduciendo así el riesgo de contagios y la espera dentro del centro. También ha permitido realizar un seguimiento seguro y controlado a todas las personas con patología diabética del Área Básica de Vila-seca. Se ha podido reevaluar aquellos tratamientos y controles diabéticos gestionados inadecuadamente. Se han optimizado las cargas de trabajo entre profesionales, realizando la figura de la enfermera en el despacho de AIGUPAP.

Conclusiones: Se han conseguido los objetivos planteados. La implementación, por parte de enfermería, del circuito de gestión de material diabético en Vila-seca ha sido seguro, efectivo y eficiente.

895. EL ESTUDIO CONTACTOS EN EL CONTROL DE SARS-CoV-2: LECCIONES APRENDIDAS

Amparo Benavent Benavent^{1,2}, Vicente Gea Caballero³, Carlos Rabadán Sainz¹, María José Piquer Gutiérrez¹, Concepción Sanchis Granell¹, David Nayel Ahmad Kasem Ibañez¹, Miriam San José Martínez¹, Natalia Mínguez López¹, María Gómez Roig¹ y Sonsoles López-Amo Musoles¹

¹AP Trinitat, Valencia, España. ²Conselleria de Sanitat, Valencia, España. ³Escuela Universitaria Enfermería La Fe, Valencia, España.

Palabras clave: Estudio de Contactos. Enfermería. Rastreo.

Introducción: Las enfermeras españolas de atención primaria (AP) han afrontado el reto de abordar una pandemia de carácter global prestando un soporte indispensable a los servicios de salud pública. Habitualmente, las tareas de rastreo de contactos de enfermedades de declaración obligatoria, venía siendo ejercido por profesionales de los servicios de Salud Pública o servicios de prevención de riesgos laborales. En la pandemia por COVID-19, las enfermeras de AP han debido adquirir nuevas competencias, incorporándose al estudio y seguimiento de casos y contactos por COVID-19. Con escasos recursos se han adaptado para ser efectivas en una actividad indispensable. La valiosa experiencia adquirida en las distintas estrategias de atención al paciente y la salud comunitaria, convierte a estas profesionales y a los centros de salud en una herramienta estratégica eficaz para abordar la crucial tarea del rastreo.

Objetivos: Identificar las necesidades formativas del personal en el desarrollo de la entrevista telefónica, gestión del estrés del paciente y habilidades comunicativas de los profesionales de enfermería.

Material y métodos: Revisión bibliográfica y estudio cualitativo mediante técnica de grupo de discusión con el equipo de profesionales que realizan tareas de rastreo. Procedimiento: una moderadora y una colaboradora lideraron las 2 sesiones de grupos de discusión audiograbadas. Las 10 participantes fueron enfermeras que durante 10 meses han desarrollado rastreo y seguimiento telefónico de pacientes. Con preguntas abiertas se generó la discusión hasta alcanzar consensos grupales. Los ejes del discurso fueron: necesidad formativa, gestión de estrés de pacientes y habilidades comunicativas del profesional. Análisis cualitativo de la transcripción de las entrevistas grupales con revisión de contenido y categorización de resultados.

Resultados: Las enfermeras perciben tener una cualificación y competencia idóneas para realizar el seguimiento y gestión del estrés de los pacientes. Como fortalezas destacan su capacidad de adaptación a diferentes escenarios y el trabajo en equipo efectivo. Como debilidades, perciben necesidades formativas como cursos de formación continuada, talleres y formación de posgrado.

Conclusiones: Las enfermeras de AP perciben tener cualificación para las tareas de rastreo y estudio de contactos en el control de la infección por COVID, con capacidad de adaptación y organización de equipo, pero precisando formación específica para mejorar la atención.

929. IMPORTANCIA DE LA INTERACCIÓN TELEFÓNICA EN EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR COVID-19

Carlos Rabadán Sainz^{1,2}, David Nayel Ahmad Kasem Ibañez¹, Amparo Benavent Benavent¹, Concepción Sanchis Granell¹, Vicente Gea Caballero³, María José Piquer Gutiérrez¹, Natalia Mínguez Iopez¹, Miriam San José Martínez¹, María Gómez Roig¹ y Sonsoles López-Amo Musoles¹

¹CAP Trinitat, Valencia, España. ²Conselleria de Sanitat, València, España. ³Escuela Universitaria Enfermería La Fe, Valencia, España.

Palabras clave: Seguimiento. Prevención. COVID-19.

Introducción: La pandemia de SARS-CoV-2 ha exigido una rápida adaptación de los profesionales de enfermería de los Centros de Atención Primaria (AP) en el modo de ejercer su actividad diaria. La seguridad de pacientes y profesionales ha requerido de nuevas herramientas que facilitaran la comunicación de la población con el sistema sanitario de forma segura y resolutive. El trabajo en equipo ha permitido una rápida adaptación a las nuevas demandas derivadas de la pandemia. Tras decretar el confinamiento, se priorizó el seguimiento telefónico de los casos y contactos para no exponer a la población a nuevos contagios. Este nuevo modelo de trabajo sustituye la atención presencial y supone un cambio en una de las principales funciones de la AP. En pandemia los profesionales transmitieron a los pacientes distintas recomendaciones: aislamiento en caso de contacto o caso, uso de mascarilla, distanciamiento social e higiene de manos. La calidad de la comunicación fue clave en este proceso.

Objetivos: Establecer si la atención telefónica es una herramienta efectiva para prevenir la transmisión de la infección, proporcionando educación sanitaria de manera segura.

Material y métodos: Estudio cualitativo mediante técnica de grupo de discusión con el equipo de profesionales que realizan seguimiento telefónico. Población: enfermeras de AP del Centro de Salud de Trinitat, Valencia (España). Procedimiento: 1 enfermera moderó la sesión de grupo de discusión, que fue audiograbada. Se discutió a partir de preguntas abiertas y dirigidas. Análisis de resultados: 2 enfermeras realizaron el análisis cualitativo de la transcripción de la sesión grupal mediante análisis de contenido y categorización de la información.

Resultados: La consulta telefónica, acompañada de otros canales de comunicación (TF-112, app webgva...) se han mostrado como herramientas fundamentales y seguras en el seguimiento y control de la infección. Los profesionales coinciden en afirmar que proporcionaron la información necesaria para el manejo y control de signos y síntomas mediante el consejo, control del cumplimiento de las recomendaciones en contactos posteriores, fomento del autocuidado y la sensación de seguridad del paciente.

Conclusiones: El seguimiento telefónico ha permitido utilizar el consejo breve para concienciar y comprometer a las personas aisladas, considerando que en general ha sido efectivo y positivo, contribuyendo a implicar a los pacientes y controlar la transmisión familiar/comunitaria.

1001. PROTOCOLO INTEGRADO DE PCR EN DOMICILIO

Maria Gómez Roig¹, Sonsoles López-Amo Musoles¹, Vicente Gea Caballero², Miriam San José Martínez¹, Natalia Mínguez López¹, Amparo Benavent Benavent¹, Concepción Sanchis Granell¹, Mercedes Rodríguez Armengod¹, María José Piquer Gutiérrez¹ y David Nayel Ahmad Kasem Ibáñez¹

¹C.S. Trinitat, Valencia, España. ²Escuela Enfermería La Fe, Valencia, España.

Palabras clave: Atención Domiciliaria, PCR, SARS-CoV-2.

Introducción: La Atención Primaria se ha convertido en un eslabón fundamental en la prevención, detección precoz y seguimiento de pacientes dentro de la pandemia por SARS-CoV-2. Debido al riesgo epidemiológico, es necesario el cribado de los casos sospechosos. Existen diferentes condiciones en un entorno potencialmente contaminado, como un domicilio, respecto a las del centro sanitario. Debe mantenerse allí la prevención de transmisión por gotas y contacto y tratar las muestras con las máximas precauciones. Esto exige el desarrollo de protocolos de atención que contemplen todos los riesgos posibles.

Objetivos: Desarrollar un protocolo integrado para la toma y transporte de muestras PCR para el diagnóstico de SARS-CoV-2 en atención domiciliaria.

Material y métodos: Diseño: Revisión de protocolos nacionales y documentos oficiales relacionados con el SARS-CoV-2, en enero de 2021. Estudio cualitativo para el logro de consenso mediante técnica de grupo de discusión en el desarrollo de un protocolo integrado. Población/ámbito: 10 enfermeras de un centro de atención primaria de Valencia. 2 enfermeras (1 moderadora, 1 colaboradora) dirigieron 2 sesiones de grupo de discusión. Sesiones audiograbadas. Análisis de contenido con categorización de información para integrar y mejorar los protocolos existentes.

Resultados: No existe un documento específico que integre la toma de muestras PCR y su transporte seguro en atención domiciliaria, en la Comunidad Valenciana. A partir del protocolo del Ministerio de Sanidad y del Principado de Asturias, se crea el nuevo protocolo: comprobar e identificar el paciente y la muestra. Toda la vivienda se considerará como contaminada. El paciente debe llevar una mascarilla homologada. El profesional debe trabajar con el EPI adecuado, vestirse fuera del domicilio, previa higiene de manos. Se recomienda ser asistido por otro profesional de enfermería, que permanecerá en zona limpia exterior. Al salir, se desinfectará el tubo que contiene la muestra, y se transportará en un triple envase según la instrucción de embalaje P650/650 IATA. Seguidamente retirar el EPI y realizar lavado de manos con gel hidroalcohólico, recomendados que lo facilite el profesional limpio. Desechar el material en doble bolsa hermética, separando el material reutilizable.

Conclusiones: Trabajar con un protocolo unificado como el propuesto, de toma de muestra PCR en domicilio y su transporte seguro, simplificará el procedimiento y mejorará la seguridad y calidad del proceso.

1009. PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN EN UN CAP EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-1

Susana Dalmau Vidal, **Victoria Subías Urbano**, Laura Donat Beneyto, Eva Torres Mailló, Sandra Sánchez Foguet, Marta Allueva Aznar y Tais Pineda Rigau

Institut Català de la Salut, Reus, España.

Palabras clave: COVID-19. Procedimientos. Centro de Atención Primaria.

Introducción: La crisis sanitaria actual ha requerido una gran capacidad de respuesta por parte de los equipos de salud. En el contexto de pandemia por COVID-19 los centros de salud han tenido que adoptar, con rapidez, decisiones de actualización de procedimientos para asegurar la seguridad del paciente. Son muchos los cambios que se han tenido que impulsar a nivel de los equipos para garantizar una atención segura y responder a las necesidades que tenía la comunidad.

Objetivos: Asegurar una atención segura en un centro de atención primaria en contexto de pandemia por COVID-19. Definir procedimientos de atención a la comunidad en contexto de pandemia por COVID-19.

Material y métodos: Se hace una revisión y exposición de los procedimientos establecidos y de la experiencia vivida en un centro de Atención primaria. Se detallan algunas de las actividades llevadas a cabo por el equipo de mejora, que ha adaptado los procedimientos en esta crisis sanitaria basándose en recomendaciones del ministerio de sanidad. A nivel estructural se instaura un punto de control en la entrada principal del centro con cribaje de todas las personas que solicitan acceso al centro, con check list estandarizado sobre motivo del desplazamiento al Centro de salud y anamnesis de sintomatología compatible con COVID-19 y toma de temperatura corporal a cada usuario. El acceso al centro está centrado en un punto único y controlado. Se identifica al paciente con necesidad de atención sanitaria urgente y con sintomatología sospechosa de COVID-19, siendo las demandas no urgentes atendidas por otras vías. A nivel organizativo se diferencian dos circuitos aislados para la atención a usuarios con posible sintomatología COVID-19 y asintomáticos, los usuarios cribados como posible caso COVID-19 se aíslan en un área específica denominada "Área respiratoria".

Conclusiones: Este trabajo describe una experiencia vivida en un centro de Atención Primaria, en una situación excepcional de pandemia mundial por COVID19 y las medidas adoptadas en un periodo continuo de adaptación por parte del equipo del centro. Todos los procedimientos se han basado en la ética y la evidencia científica para una atención segura y de calidad al ciudadano. Como término final pretende plasmar una imagen de una realidad vivida, para posteriormente analizar los procedimientos utilizados, analizar los errores y aplicar mejoras en la atención futura al usuario y a la comunidad.

1057. LA UTILIDAD DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL SEGUIMIENTO DE RESIDENCIAS CON COVID

Llàtzer Zurano Domingo, Gemma Muñoz Álvarez, Emma Marquès Casasola, Mireia Español Pons, Noelia Hernández Gauchia, Camino Ascensión Gómez y Oriol Pallegà Bonachera

Institut Català de la Salut, Reus, España.

Palabras clave: Residencias. Monitoreo. Equipo multidisciplinar.

Somos un equipo multidisciplinar constituido por 3 enfermeras, 2 médicos y 2 administrativos que hemos surgido de la necesidad de dar apoyo a las residencias de la ciudad de Reus. Cualquier residente que ingresa en una institución geriátrica pasa a formar parte de

nuestro contingente. Como en el resto del planeta, la llegada de la COVID ha implicado un aumento de las necesidades sanitarias de la población, así como para los usuarios y los trabajadores de las residencias de la ciudad. Esto ha hecho que nos hayamos reorganizado para atender las nuevas necesidades de estas instituciones, en armonía con los departamentos de Salud Pública y Bienestar Social. Nuestras herramientas de trabajo han sido las diferentes instrucciones publicadas en el Canal Salud conjuntamente con las visitas realizadas por los Departamentos Públicos. Mediante las directrices marcadas por la Generalitat y junto a los protocolos de las residencias, hemos realizado un seguimiento de trabajadores, residentes de nuevo ingreso, pacientes de retorno hospitalario por alto riesgo de contagio y seguimiento clínico de los pacientes COVID positivos. Por otra parte, también hemos gestionado los cribados de los residentes y los trabajadores, para poder informar de manera rápida de los casos positivos, aislarlos e identificar los contactos estrechos que hayan generado, con el objetivo de contener la transmisión. Para facilitar el rastreo de los casos COVID, hemos utilizado diversos instrumentos que nos han permitido un seguimiento diario del estado de las residencias. Para nosotros ha sido fundamental la creación de una base de datos ideada por el equipo, a la cual todos los miembros teníamos acceso mediante internet, y que nos permitía actualizar en tiempo real el estado de los pacientes en seguimiento, calcular el tiempo de aislamiento y las muestras a tomar según protocolo, evitando estancias prolongadas innecesarias, que lo único que provocan es el deterioro cognitivo y físico de nuestros mayores. Además, hemos manejado un dispositivo proporcionado por el ICS que permite monitorizar las residencias y conocer su estado epidemiológico, estructura y equipamientos, medidas organizativas, reanudación después de un brote, sectorización de los pabellones de residentes, profesionales afectados y abastecimiento del material de prevención. Para finalizar, nos gustaría subrayar la importancia de estas herramientas explicadas, ya que nos han permitido la monitorización global de las residencias de Reus.

1075. ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN TIEMPOS DE COVID

Esther Hernando Sánchez¹, Sara Monge Pan²,
María del Mar Villarías Sánchez¹, Ana María Hernández González³
y Raquel Monja Ruiz-Capillas⁴

¹APVA ESTE (C.S.Alaejos), Valladolid, España. ²Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ⁴Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

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

En el Año mundial de la Enfermería hemos sido testigos de la infección por SARS-CoV-2 que produce un síndrome respiratorio agudo o grave (COVID-19), causando una crisis global sin precedentes, que ha expuesto la fragilidad de todos los sistemas de salud a nivel mundial. Dicha crisis ha provocado unos graves efectos económicos y sociales causando una grave crisis sanitaria internacional. Los profesionales de salud han desempeñado un papel protagonista dejando ver la capacidad y el potencial de la profesión de enfermería ante una emergencia sanitaria internacional. Aunque los hospitales y particularmente las unidades de cuidados intensivos, han sido lugares de especial importancia durante la crisis, no debemos olvidar otros ámbitos del cuidado, como pueden ser los centros de atención primaria, los cuales deben visibilizarse y valorarse como pilares esenciales dentro de nuestro sistema de salud. Los centros de salud se han transformado, de la noche a la mañana, en espacios estratégicamente bien ubicados, para el cribado y abordaje de los casos, cambiando por completo su método asistencial hacia un modelo a distancia. Actualmente, los profesionales de Atención Primaria hacen seguimien-

to telefónico de miles de pacientes que se encuentran en sus domicilios, confinados bajo medidas de aislamiento, a la espera de mejoría clínica y siguiendo las recomendaciones establecidas en el documento técnico del Ministerio de Sanidad. El personal de enfermería ha asumido la realización de todas las pruebas diagnósticas, el seguimiento de los pacientes y todo ello sin olvidarnos que siguen existiendo y atendiendo a los pacientes crónicos, que seguimos tratando las patologías agudas: como IAM, ICTUS... y que seguimos contando con los mismos medios que contábamos antes del inicio de la pandemia. La Atención Primaria es "el muro de contención". Y hay que actuar rápido. Estamos ante un problema de salud pública de primer orden, como nunca se había vivido, una emergencia comunitaria sanitaria, social y económica a nivel mundial. La OMS en su informe de 2008 decía: "La atención primaria: más necesaria que nunca", pero en la actualidad, en especial las enfermeras, la carga que soportan es excesiva. Es necesario un refuerzo dentro de sus líneas, porque sabemos que este refuerzo del modelo de Atención Primaria nos conducirá a tener un sistema sanitario más fuerte y robusto cuando todo esto pase. Efectivamente, somos la primera línea.

1141. PAPEL DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL EN LA GESTIÓN DE UN BROTE POR COVID19

Eva Doral Yagüe¹, Encarnación Martín de Pedro¹,
Héctor Aceves Gamarra¹, Justo Jesús Sebastián López¹,
Elena Muñoz Alonso², María Estrella Santos Rubio¹,
Carlos Navarro García³, Susana Herrero Cuesta¹,
Beatriz Díaz Navarro⁴ y Marta Gómez Ruiz⁴

¹Centro de Salud Nava de la Asunción, Segovia, España. ²Centro de Salud Carbonero el Mayor, Segovia, España. ³Gerencia de Emergencias Sanitarias, Segovia, España. ⁴Atención Primaria de Segovia, Segovia, España.

Palabras clave: Brote de coronavirus SARS-CoV-2. Enfermera de Atención Primaria. Salud rural.

A lo largo de la pandemia por COVID-19 en nuestro país se han adoptado diferentes estrategias, adaptándose a la presión asistencial y el nivel de transmisión de la enfermedad, entre otros muchos factores. La detección precoz de los casos nos ayuda a anticiparnos a escenarios en los que haya una transmisión descontrolada, una escasez de recursos o un colapso hospitalario. Se intenta evitar entonces, una nueva fase de emergencia sanitaria donde sería imposible contener la transmisión del virus. De la misma manera, se ha creado un sistema específico de vigilancia epidemiológica de esta enfermedad transmisible, con base en Atención Primaria y gestionados por Enfermeras Comunitarias: las Enfermeras Responsables de Seguimiento de Casos y Contactos COVID-19, o enfermeras RESE. La implantación de la vigilancia epidemiológica en Atención Primaria la ha situado como muro de contención de las cadenas de contagio. Liderados por enfermeras comunitarias como enfermeras responsables de estas labores, se han logrado gestionar, controlar y seguir hasta contener por completo brotes en las diferentes zonas básicas de salud. Los objetivos principales de este estudio son: describir las funciones de las enfermeras comunitarias de vigilancia epidemiológica a la hora de gestionar un brote y controlar el seguimiento de los casos y los contactos; así como las funciones del Equipo de Atención Primaria en este escenario, las fases en las que se ha desarrollado relacionándolo con las diferentes partes del Equipo, y el papel de otras organizaciones como un club deportivo y la ciudadanía en el contexto de un brote por COVID-19. La metodología descriptiva de este estudio ahonda en las diferentes perspectivas desde las que se puede colaborar para frenar un brote epidemiológico en una zona particular como es la rural, donde este seguimiento de casos y contactos se ha realizado las 24 horas del día, los 7 días de la semana hasta lograr su control. En cuanto al material y métodos, se han empleado nuestros

propios recursos sanitarios materiales y humanos, puesto que las labores de vigilancia epidemiológica están completamente integradas en el día a día de un centro de salud rural. Las conclusiones de este trabajo llaman a la necesidad del espíritu del trabajo en equipo y a la importancia de la figura de la enfermera comunitaria en los cuidados a la persona, la familia y la comunidad incluso cuando parece imposible abarcarlo todo.

1199. COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA COMUNITARIA EN EL SEGUIMIENTO DE CASOS Y CONTACTOS COVID

Eva Doral Yagüe¹, Elsa Ruiz Fernández²,
Marta Pérez de Cossío Encinas³, Encarnación Martín de Pedro⁴,
Marta Gómez Ruiz⁵, Beatriz Díaz Navarro⁵,
María Rodríguez Herrera⁶ y Carmen Montero Morales⁶

¹Centro de Salud de Nava de la Asunción, Segovia, España. ²Centro de Salud Carbonero el Mayor, Segovia, España. ³Atención Primaria de Segovia, Segovia, España. ⁴Centro de Salud Nava de la Asunción, Segovia, España. ⁵Atención Primaria de Segovia, Segovia, España. ⁶Gerencia de Atención Primaria, Segovia, España.

Palabras clave: Coronavirus. Enfermera de Atención Primaria, Salud Pública.

Tras la fase de emergencia sanitaria provocada por la infección por coronavirus SARS-CoV-2 en nuestro país, aconteció una fase de transición en la que pudo empezar a realizarse el estudio de casos y contactos como medida principal para frenar las cadenas de contagio. La vigilancia epidemiológica sienta su base en medio de este contexto en la Atención Primaria, con la figura de la enfermera responsable de seguimiento de casos y contactos o enfermera RESE como eje principal: una enfermera comunitaria. Las competencias de la enfermera comunitaria la sitúan como figura fundamental a la hora de realizar intervenciones en la persona, la familia y la comunidad. El hecho de que las enfermeras responsables del seguimiento de casos y contactos sean enfermeras comunitarias ha permitido incorporar y enriquecer de esa perspectiva de salud comunitaria al sistema sanitario: sólo un paradigma enfermero con un concepto de salud que englobe a la comunidad y que infiera que las acciones individuales tienen repercusión en la salud colectiva será el adecuado para prestar cuidados dirigidos a controlar la transmisión comunitaria de una enfermedad como la COVID-19. Existe una enfermera comunitaria en cada centro de salud responsable de: garantizar que el seguimiento que se realiza a los casos de COVID-19 sea adecuado en calidad y en tiempo, comprobar que el registro epidemiológico informatizado de los casos es el correcto para su envío a la sección de epidemiología de los servicios territoriales de sanidad, delimitar a los contactos de un caso identificando los contactos estrechos en cualquier ámbito (escolar, laboral, social) y garantizar que se realiza un seguimiento adecuado de dichos contactos estrechos. Las llamadas de seguimiento telefónico que se realizan a estos contactos es de gran utilidad para comprobar que existe un adecuado cumplimiento de la cuarentena domiciliaria. El objetivo de esta comunicación es describir las competencias de la enfermera comunitaria en la gestión de un brote por covid19 en una zona básica de salud rural a propósito de un caso.

1224. REACCIONES ADVERSAS TRAS LA VACUNA SARS-CoV-2 EN PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS.

Maria Poveda Ballester, Lledó Tauste Sos, Pilar Teruel Calero y Lis Gutiérrez Badia

ICS, Tarragona, España.

Palabras clave: Vacuna. Infección por coronavirus. Reacción adversa.

Introducción: La campaña de vacunación contra el SARS-CoV-2 se inició en la Unión Europea el 27 de diciembre de 2020 con la vacuna Comirnaty de Pfizer/BioNTech, posteriormente se incluyó en la estrategia la vacuna Moderna y AstraZeneca. Todas estas han sido aprobadas por la Agencia Española de Medicamentos. En sus estudios las reacciones adversas más prevalentes han sido el dolor en el lugar de la inyección, la fatiga, las mialgias y la sensación distérmica.

Objetivos: El objetivo principal del presente estudio es identificar las reacciones adversas, provocadas por la vacuna contra el SARS-CoV-2, con mayor prevalencia en los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros sanitarios públicos, concertados y privados de la provincia de Tarragona, teniendo en cuenta el rango de edad y describir su evolución.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo de tipo longitudinal prospectivo. La recogida de datos se ha realizado mediante un formulario de google autoadministrado. Este se envió mediante correo electrónico a los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en la provincia de Tarragona en el ámbito público, concertado y privado. Se ha excluido a aquellos a los que se administró la vacuna Moderna o AstraZeneca, así como a los mayores de 65 años, por pertenecer a una muestra demasiado pequeña, sin relevancia para los resultados.

Resultados: En la vacuna Comirnaty, se han descrito reacciones adversas similares en todos los grupos de edad, los más comunes son en la primera dosis: dolor en el lugar de inyección (80%), cefalea (14,8%), fatiga (13,8%), mialgias y artralgias (7,4%); y en la segunda dosis: dolor en el lugar de la inyección (74,3%), mialgias y artralgias (46,5%) cefalea (42,4%) y fatiga (37,8%). En cuanto a la cantidad de efectos adversos presentados por edades, los encuestados de entre 18 y 30 años sufrieron una media de 1,75 síntomas/persona en la primera dosis y una media de 3,77 en la segunda. Aquellos recogidos entre los 31 y 50 años tienen una media de 1,54 síntomas/persona en la primera y de 3,57 en la segunda administración. Y los de entre 51 - 64 años una media de 1,23 tras la primera vacuna y de 2,68 tras las segunda.

Conclusiones: Las reacciones adversas más frecuentes coinciden con las expuestas en la ficha técnica del producto. Se observa una posible relación entre las medias de síntomas por edades, siendo menor el número de síntomas en los grupos de edad mayores, dando pie a un estudio analítico.

1230. MANEJO DE UN BROTE EN UN CENTRO ESCOLAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Antonio Álvarez González¹, Laura Herguedas Herguedas¹,
María Inmaculada Gómez Alonso¹, Paula Parra Mediavilla¹,
Laura Rodríguez Samaniego¹, Soraya Gutiérrez Velicia¹,
José Alberto Martín Hernández¹
y Elena María Herguedas Herguedas²

¹Gerencia de Atención primaria de Valladolid Este, Valladolid, España.

²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: Coronavirus. Infecciones por Coronavirus. SARS-CoV-2.

Caso clínico: Juan, estudiante de 13 años de un instituto, llama a su pediatra refiriendo tos y febrícula de 37,6 °C desde anoche. No refiere contactos estrechos con positivos para enfermedad por coronavirus, aunque en su instituto ha habido positivos. Se le indica aislamiento domiciliario y se le realiza test de antígenos SARS-CoV-2, que resulta negativo, siendo positivo a las 24 horas mediante PCR SARS-CoV-2, realizada simultáneamente por alta sospecha clínica. Se le pone en contacto con el responsable de seguimiento epidemiológico (RESE) del centro de salud para estudio de contactos estrechos. Por otra parte, el responsable COVID del centro escolar realiza el estudio de contactos estrechos escolares. Los alumnos considera-

dos contactos estrechos son informados de que deben realizar cuarentena domiciliaria, se les realiza test de antígenos SARS-CoV-2 en el servicio de prevención de la Consejería de Educación de su comunidad autónoma, siendo dos de ellos positivos. A raíz de estos resultados, se declara brote y se informa de que todos los estudiantes deben mantener cuarentena 10 días, con independencia de ser o no contactos estrechos. Así mismo, se declaran contactos estrechos a los profesores de esa clase, siendo también estudiados mediante prueba diagnóstica. Tras declarar el brote, se detectaron tres positivos, dos profesores al realizar la 1ª PDIA y un alumno en la 2ª PDIA a los 10 días. Se realizó seguimiento del paciente por parte de su pediatra durante los 11 días que duro el proceso, dándose el alta por permanecer asintomático desde el día 8 del seguimiento. Diagnóstico: infección por SARS-CoV-2 en el contexto de un brote escolar.

Discusión: Durante la pandemia el control de los brotes de infección por SARS-CoV-2 ha sido uno de los pilares del diagnóstico y la vigilancia de la COVID-19, siendo el ámbito escolar uno de los más importantes, por el volumen de contactos y casos positivos que implica. Desde el inicio del curso escolar se destinó un enorme volumen de recursos a controlar la transmisión del virus, organizándose una respuesta rápida en coordinación entre salud pública, atención primaria y la consejería de educación que permita controlar un brote, el cierre transitorio de una o varias aulas y diversos escalones de medidas, siendo el cierre del centro el último recurso.

1242. ANÁLISIS DE LA NUEVA TECNOLOGÍA DE VACUNAS CONTRA LA COVID19

Cristina Lara Cordovilla¹ y **Mónica Salvo Alcalde**²

¹Centro de Salud Plaza Circular, Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid, España. ²Centro de Salud Mota del Marqués, Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID-19. Coronavirus. Vacuna.

Introducción: Ante la aparición de las vacunas para combatir la COVID19, surge gran cantidad de información en un corto período de

tiempo¹. El personal sanitario tiene que conocer las distintas vacunas.

Objetivos: Comparar la información disponible sobre las distintas vacunas contra la COVID19 comercializadas en España.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos sobre las características de las vacunas contra la COVID19 comercializadas en España.

Resultados: Actualmente en España existen tres vacunas autorizadas contra la COVID-19². La vacuna de Pfizer es de ARNm, para personas mayores de 16 años, se conserva entre -60 y -80 °C y consta de dos dosis de 0,3 ml separadas por 21 días³. La vacuna de Moderna también es de ARNm, va dirigida a mayores de 18 años, se conserva entre -25 °C y -15 °C y se deben administrar dos dosis de 0,5ml separadas por 28 días⁴. La vacuna de AstraZeneca es de vectores virales, fabricada con Adenovirus del chimpancé, se administra en personas entre 18 y 55 años, se conserva en refrigeración y consta de dos dosis de 0,5 ml separadas de 4 a 12 semanas⁵. Los efectos adversos son similares, más frecuentes tras la segunda dosis^{3,4}, excepto la de AstraZeneca en la que aparecen tras la primera y el Paracetamol profiláctico los disminuye, sin reducir la inmunogenicidad⁵.

Conclusiones: El aumento de información sobre las vacunas contra la COVID19 comercializadas en España hace necesario su análisis. Se observa que las vacunas son similares y suponen la mejor alternativa para combatir la pandemia.

Bibliografía

1. Salaices M, Menéndez JC. Y a final de año llegó la esperanza... An Real Acad Farm. 2020;86:225-30.
2. Picazo J. Sociedad Española de Quimioterapia, 2021 [acceso: 4 febrero 2021]. Disponible en: <https://seq.es/wp-content/uploads/2021/01/vacunas-covid-2.7.pdf>
3. Vacunasaep.org [Internet] 2021 [acceso 4 febrero 2021] Disponible en: https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/guia_tecnica_vacuna_pfizer-biontech_asturias_20201220_v6.pdf
4. Cima.aemps.es [Internet] 2021 [acceso: 6 febrero 2021] Ficha técnica covid-19 vaccine moderna, dispersión inyectable. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1201507001/FT_1201507001.html
5. Cima.aemps.es [Internet] 2021 [acceso: 6 febrero 2021] Ficha técnica covid-19 vaccine astrazeneca suspensión inyectable. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1211529001/FT_1211529001.html