



Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Asociación Española de Enfermería de Prevención y Control de Infecciones (AEEPyCI)

112. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE COVID-19

Sofía Gómez Peñas y Javier Minguito de la Iglesia

Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

Palabras clave: Coronavirus. Nursing Care. Respiratory Insufficiency.

Introducción: La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. El primer caso de COVID-19 se detectó en Wuhan, donde comunicaron varios casos de neumonía de etiología desconocida; semanas más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus. Esta enfermedad ha sido clasificada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Objetivos: Identificar la actuación de los profesionales en el manejo y en los cuidados básicos del paciente con COVID-19.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda de artículos en las bases específicas de Ciencias de la Salud. Se utilizaron descriptores de Ciencias de la Salud MeSH y se combinaron con los marcadores booleanos para poder realizar una búsqueda combinada en las bases de datos. Se analizaron diferentes artículos en los que se abordaban los síntomas de la enfermedad, las medidas de cuarentena y las guías de prevención y control de infecciones (PCI).

Resultados: Los signos que experimentan los pacientes varían desde una enfermedad respiratoria leve hasta una neumonía grave, requiriendo cuidados intensivos. La fiebre, la mialgia, la fatiga podrían considerarse síntomas de alerta ya que su especificidad está por encima del 90%. La cuarentena destaca por ser una medida beneficiosa en comparación con otras. Se destaca la importancia de la capacidad de los profesionales para adherirse a los protocolos y a la utilización de equipos de protección individual (EPIs), existiendo barreras facilitadoras como la comunicación entre los profesionales y el apoyo de los directivos.

Conclusiones: La infección por coronavirus predomina en el género masculino en todos los intervalos de edad, además de observarse un elevado porcentaje de comorbilidades. Las manifestaciones clínicas más habituales fueron la fiebre, la tos, la disnea, la astenia y la diarrea respectivamente. Es necesario por parte de los profesionales

les el uso de equipos de protección individual (EPI) así como guías de prevención y de control de infecciones. La evidencia actual indica que la cuarentena temprana reduce la incidencia y la mortalidad de esta enfermedad junto con otras medidas de salud pública. Es imprescindible tomar decisiones responsables y conocer la situación de los brotes para aplicar precozmente las medidas correspondientes. El conocimiento actual sobre la COVID-19 es incompleto por lo que se necesitan más estudios para mejorar el manejo y la calidad del tratamiento en pacientes infectados.

329. PERFIL DEL RASTREADOR

Jacobo Pérez Jurado, María Isabel Arroyo Gómez, Marta Garrocho Muñoz y María Carmen Domínguez Garrido
SAS, Huelva, España.

Palabras clave: Rastreador. Perfil. COVID-19.

Introducción: El perfil del rastreador surge a raíz de la crisis sanitaria a la que nos enfrentamos debido al COVID-19. Esta figura ha sido cubierta principalmente por enfermeros, pero debido a la gran demanda ha sido reforzada por otros colectivos tales como fisioterapeutas, trabajadores sociales, médicos/as... Los rastreadores investigan los casos positivos y aquellas personas que se consideran contacto estrecho con el positivo. Las capacidades a desarrollar por los rastreadores abarcan desde las psicológicas, las de investigación y educación para la salud.

Objetivos: Conocer las competencias profesionales de cada perfil rastreador para desarrollar nuestra actividad. Describir la actuación de enfermería para el rastreo de contactos estrechos. Identificar casos positivos y aplicar medidas de aislamiento. Informar eficazmente sobre el procedimiento a seguir.

Material y métodos: Descripción del trabajo de rastreo: identificar y llamar a los casos positivos; proceder a aislar al caso y al estudio de contactos estrechos; asesorar en educación para la salud.

Resultados: Contención y detección de la propagación del virus.

330. BURNOUT DEL ENFERMERO EN PANDEMIA

María Isabel Arroyo Gómez, Marta Garrocho Muñoz, María Carmen Domínguez Garrido, Jacobo Pérez Jurado
SAS, Huelva, España.

Palabras clave: Burnout. Enfermería. COVID-19.

Introducción: La pandemia de COVID-19 supone un antes y un después dentro de la profesión. El sobreesfuerzo ha causado secuelas tanto físicas como psicológicas en el enfermero. Con el crecimiento exponencial de los contagios, aumentan los contactos y por tanto las/las enfermeras/os que hacen las labores de rastreo no tienen recursos suficientes para hacer el seguimiento de los contactos en el plazo de 24 horas establecidos.

Objetivos: Desarrollar consecuencias e impacto que ha tenido la pandemia en el enfermero rastreador

Material y métodos: Estudio descriptivo de la situación emocional del enfermero rastreador. Se realizará encuesta durante el mes de marzo y se aportaran datos.

331. RETOS DE LA ENFERMERÍA ANTE EL RASTREO EPIDEMIOLÓGICO EN LA PANDEMIA POR COVID-19

Marta Garrocho Muñoz, Jacobo Pérez Jurado, María Isabel Arroyo Gómez y María Carmen Domínguez Garrido
SAS, Huelva, España.

Palabras clave: Retos. Enfermería. Rastreador.

Introducción: La figura de rastreador es una nueva profesión que ha surgido a raíz de la pandemia por el SARS-CoV-2. Está compuesta principalmente por enfermeros aunque otros colectivos se han incorporado posteriormente para dar apoyo debido a la incapacidad de abarcar la demanda de trabajo. Sin embargo, esta nueva figura se ha enfrentado a numerosos desafíos debido a la urgencia de desarrollar un rastreo eficaz de contactos estrechos de aquellas personas infectadas por COVID-19. El desconocimiento asociado a la nueva enfermedad unido a la presión asistencial han sido dos de los principales retos aparecidos.

Objetivos: Describir los retos a los que se han tenido que enfrentar los enfermeros ante la adaptación a sus nuevas funciones como rastreadores.

Material y métodos: Desarrollo de los desafíos a los que se han enfrentado los enfermeros durante el trabajo de rastreadores mediante la búsqueda bibliográfica basada en la experiencia de los profesionales durante la práctica profesional en la pandemia por COVID-19.

Resultados: Tras el análisis de los estudios publicados en lo que llevamos de pandemia, son muchos los retos y las dificultades a las que los sanitarios nos hemos tenido que enfrentar. Desde recursos limitados hasta el afrontamiento del estrés.

Conclusiones: Los retos de los enfermeros rastreadores son dinámicos ya que varían dependiendo del momento en el que nos encontramos en la pandemia. Al inicio de la pandemia primó el desconocimiento y a largo de esta prevalece la educación para la salud con el objetivo de intentar interiorizar en la población la necesidad de acogerse a las medidas de restricción. Además a todo esto se añaden las presiones asistenciales y el agotamiento mental tras los largos meses que llevamos de pandemia.

332. ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN TEMPOREROS COVID+

María Carmen Domínguez Garrido, Irene M. Babio de Pablos, Jacobo Pérez Jurado, Isabel Arroyo Gómez y Marta Garrocho Muñoz
SAS, Huelva, España.

Palabras clave: Temporeros. Epidemiología. COVID-19.

Introducción: Huelva es una zona geográfica con alta densidad de trabajadores temporeros, desde la unidad de epidemiología HCCC se instaura un programa de abordaje para detección, control y seguimiento de pacientes COVID+. El programa es diseñado por distrito HCCC en colaboración con Plan de Responsabilidad Ética, Laboral y Social de Interfresa (Prelis), mediadores, cooperativas, y empresarios

de los distintos municipios. Coordinado por la unidad de epidemiología de atención primaria, integrada por 2 epidemiólogos enfermera de epidemiología y ocho trabajadoras sociales, referentes en cada uno de los municipios con alta densidad de trabajadores temporeros.

Objetivos: Principal: contención epidemiológica del sarco2 dentro del plan de temporeros. Otros objetivos: coordinar el abordaje epidemiológico en colaboración con empresarios y trabajadores temporeros COVID-19. Asegurar las medidas de actuación ante la aparición de casos en COVID-19 en la campaña de temporeros 2020 2021.

Material y métodos: El abordaje del estudio se fundamentó en el análisis bibliográfico de todos los planes de temporeros a nivel nacional y autonómico y análisis descriptivos de las medidas de las medidas adoptadas en su instauración.

Resultados: Los resultados esperados del estudio descriptivo es plan ejecutable con un buen desarrollo de instauración con un buen desarrollo de instauración dentro del equipo multidisciplinar con un correcto desarrollo para las medidas de actuación ante la aparición de casos COVID-19.

Conclusiones: Las conclusiones de éste análisis son: la confirmación de la necesidad de elaborar el plan de temporeros; la operatividad del plan; la integración del equipo multidisciplinar; adquisición de nuevas competencias en el ámbito del manejo de la pandemia en SARS-CoV-2.

336. SECTORIZACIÓN DE CENTRO SOCIOSANITARIO CON UN BROTE DE COVID

Sabina Diez Vázquez, Isabel Riesco Gómez, Susana Pascual Vallejo, Nerea Cabero Galván, Sofía Romero Vicente, María Soledad Reguera Girón, María Chacón Martínez, Gema García Juárez, Susana Aparicio Alonso y María Eugenia Diez Vázquez

Sacyl, Leon, España.

Palabras clave: Sectorización. COVID-19. Prevención.

Caso clínico: En una residencia sociosanitaria se detecta un trabajador positivo. Se realizan PCR a todo el centro y se detecta un brote con 3 residentes positivos. Necesidad de aplicar el plan de contingencia. Ayuda con la sectorización y circuitos. Intervención: estudio de los planos del centro. Visita de las instalaciones. Ubicación de ascensores, escaleras, comedores, zonas comunes, cocina, lavandería... Diferenciar zonas verdes (PCR- y sin contacto estrecho), zonas rojas (PCR+) y contactos estrechos. Indicaciones de aplicación de medidas de contingencia. Formación en la utilización de equipos de protección individual a los trabajadores. Ayuda con circuitos de cocina, lavandería, limpieza... Indicación de manejo de útiles de menaje, ropa... de los residentes positivos. Forma de actuación y ubicación de los contactos estrechos de los positivos. A los 5 días de las primeras PCR+, no hay nuevos casos. A los 14 días de las primeras PCR-, no hay nuevos casos. Se realiza test de anticuerpos a los 3 positivos, dando uno de ellos IGG + y 2 no concluyentes. Se solicita test ELISA por parte de sus MAP y dan IGG positivas.

Discusión: Resultado favorable de la sectorización. Buen uso y aplicación de las medidas higiénicas y de protección por parte de los trabajadores. Se consigue controlar el brote en 14 días, sin nuevos contagios. La residencia pasa a ser " limpia de COVID".

553. PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO EN ADULTO INGRESADO POR SARS-CoV-2 EN UNIDAD HOSPITALARIA

Irene de Castro Salamanca, Daniel Arévalo Sillero y María Fernández Díez
SACYL, Valladolid, España.

Palabras clave: Plan de cuidados. Enfermería. SARS-CoV-2.

Introducción: Tras la declaración de la OMS el 11 de marzo de 2020 de la enfermedad por SARS-CoV-2 como pandemia, en España se han notificado, tras 11 meses, 3.041.454 casos confirmados y 64.217 fallecidos. Los datos que reúne diariamente el Ministerio de Sanidad muestran que en febrero de 2021 en España, hay 23.500 personas hospitalizadas por COVID-19, ocupando el 18,27% de camas de hospital. El principal factor de riesgo identificado para enfermedad grave es la edad. La proporción de casos de COVID-19 que requieren hospitalización es del 25% en mayores de 80 años, disminuyendo con la edad. La atención al paciente con COVID-19 hospitalizado requiere un equipo multidisciplinar, en el que cada uno de sus integrantes desempeña un papel fundamental. Enfermería ha tenido que enfrentarse a un nuevo reto en cuanto a la atención sanitaria se refiere: planificación, ejecución y toma de decisiones para el cuidado de dicho paciente. La aplicación del método científico con el Proceso Atención de enfermería, es imprescindible, ya que proporciona un método organizado para gestionar y administrar atención integral, nos permite homogeneizar líneas de actuación en el área de las enfermeras y facilita la continuidad de cuidados, incrementando calidad.

Objetivos: Elaborar un plan de cuidados enfermero estandarizado que agilice el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud en pacientes enfermos por SARS-CoV-2 hospitalizados en aislamiento.

Material y métodos: Aplicación del proceso enfermero para la elaboración de un plan de cuidados de enfermería dirigido al paciente adulto con infección por SARS-CoV-2 ingresado en una unidad de hospitalización.

Resultados: Tras la valoración del paciente con enfermedad por SARS-CoV-2, describimos los diagnósticos de enfermería. Estos proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr unos resultados. En la siguiente fase se establece el Plan de Cuidados Enfermero encaminado a eliminar, reducir o prevenir los problemas detectados.

Conclusiones: El paciente con enfermedad por SARS-CoV-2 es un paciente complejo, con múltiples patrones funcionales alterados y que precisa de una atención enfermera organizada y dirigida a prevenir y detectar complicaciones, así como colaborar con el resto del equipo multidisciplinar para valorar la respuesta del paciente al tratamiento. Tras la elaboración del plan de cuidados enfermero viene la puesta en práctica y evaluación de intervenciones planificadas.

722. VISITA A CENTRO SOCIOSANITARIO CON BROTE COVID: IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

Isabel Riesco Gómez, Sabina Diez Vázquez, Nerea Cabero Galván, Sofía Romero Vicente, María Chacón Martínez, Gema García Juárez, Susana Aparicio Alonso, María Soledad Regera Girón, Susana Pascual Vallejo y María Eugenia Diez Vázquez

Sacyl, León, España.

Palabras clave: Inspección. Brote. Prevención.

Caso clínico: Visita de centro sociosanitario en los inicios de la pandemia (marzo 2021) donde ya presentan un brote con elevado número de casos positivos, lo cual hace necesaria esta primera inspección. Acudimos en calidad de personal de prevención con el fin de valorar los aspectos potencialmente modificables para mejorar la situación. Intervención: visita de las instalaciones donde, tras una primera inspección se observan medidas higiénicas y de protección que, a nuestro criterio, no favorecen la mejora del problema. Los trabajadores no disponen de EPIs adecuado ni su uso es correcto. Debido al elevado número de casos positivos, el centro es mayoritariamente "sucio" pero no hay una diferenciación evidente para el trabajo en dicha zona y en el resto, zona limpia. El acceso al centro por parte de personal externo (emergencias sanitarias, distribuidores, servicios funerarios...) no se realiza adecuadamente, lo que faci-

lita la transmisión del virus. El manejo de ropa, menaje... de residentes positivos no se realiza de forma correcta. Las zonas comunes, se encuentran cerradas al uso de residentes.

Discusión: Las medidas preventivas utilizadas no son suficientes para frenar dicho brote de COVID. Indicamos a la Dirección del centro la necesidad de una segunda visita para tratar de instaurar medidas correctoras que pretendan disminuir o eliminar dicho brote. Creemos necesario también, programar una sesión formativa para los trabajadores acerca del uso adecuado del EPI según zonas además de su puesta y retirada correcta. Podemos concluir que la falta de adecuadas medidas de Prevención reduce, de forma importante, la mejora de la actual situación del centro lo que hace necesario programar visitas sucesivas para colaborar en la puesta en práctica de dichas medidas.

905. EL DESAFÍO DE EVALUAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL EN PANDEMIA COVID-19

Mª Luisa Rodríguez Navas, Gema Hernando Loches, Rosa Mª Ruiz-del Moral Martín-Moreno, Daniel Pablo Troncocoso Viejo y Nieves Plana Farrás

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Medidas de prevención. Auditoria.

Introducción: En plena pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) las medidas de prevención y control han sido claves. La determinación de sistemas de trabajo, la creación de circuitos de trabajo seguros para pacientes COVID y personal sanitario y no sanitario. La complejidad de la primera ola de la pandemia hizo difícil su abordaje, pero este sistema de vigilancia permitió su control y propuestas de mejora.

Objetivos: Evaluar de una forma práctica las medidas de prevención y control en las unidades de hospitalización de pacientes COVID-19, con la intención de utilizarlo como herramienta para la mejora continua, prevenir brotes y mantener la calidad en la atención hospitalaria.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo mediante ficha diseñada en el Servicio de Medicina Preventiva. Se reflejan diferentes variables como circuitos establecidos (limpio-sucio), existencia de punto de colocación/retirada de EPIS, la limpieza de la Unidad, higiene de manos (ubicación de la SHA), limpieza, métodos de desinfección. Se realizan los chequeos desde el mes de abril hasta junio, inicialmente cada 15 días y posteriormente mensuales, en las diferentes plantas activadas para pacientes COVID-19. La corrección de no conformidades se realizaba de manera inmediata. Los datos y el análisis se realizan mediante una base de datos de Access.

Resultados: En total se han realizado 30 auditorías durante el año 2020. Para cada uno de los ítems evaluados el % de cumplimiento correcto o de uso es el siguiente: Los circuitos de trabajo identificados con carteles y con cinta de colores de limpio/sucio: (53%) correctos, existencia de un punto de puesta de EPIS: pasillo 13/30 (43%) cuarto sucio 2/30 (6%) otros 6/30 (20%) cuarto limpio 9/30 (30%), existencia de punto de retirada de EPIS: pasillo 20/30 (66%) cuarto sucio 8/30 (26%) otros 2/30 (6%), la limpieza de la unidad era adecuada en un 86%, la ubicación de la SHA 86% adecuada, los métodos de desinfección con los desinfectantes aprobados en el hospital era un 93% adecuado.

Conclusiones: Las auditorias de las medidas de prevención y control de forma programada y sistemática nos permiten detectar fallos e identificar las situaciones reales en el trabajo diario y poder intervenir de manera inmediata, mejorando las no conformidades encontradas y realizar las propuestas de mejoras necesarias. Creemos que es un método de vigilancia que es útil para garantizar la seguridad de los pacientes y profesionales.

910. DESINFECCIÓN EN TIEMPOS COVID-19: DESCORTAMINACIÓN CON LUZ ULTRAVIOLETA

Mª Luisa Rodríguez Navas,

Rosa Mª Ruiz-del Moral Martin-Moreno, Gema Hernando Loeches, Daniel Pablo Troncoso Viejo y Nieves Plana Farrás

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Desinfección superficies. Luz ultravioleta.

Introducción: En plena pandemia de la COVID-19, las nuevas tecnologías de desinfección "No-touch" han tenido mucho auge. La limpieza y desinfección manual de las superficies de las habitaciones dependen en gran medida, del factor humano, y no siempre se puede garantizar la desinfección de las mismas. Varios estudios han demostrado el efecto descontaminador de los sistemas de luz ultravioleta [UVL] que reducen la contaminación microbiana de superficies.

Objetivos: Describir la metodología para la realización de la descontaminación de una habitación con el sistema de radiación ultravioleta.

Material y métodos: La radiación ultravioleta, se aplicaba en habitaciones para pacientes con la COVID-19. Son habitaciones convencionales (28 m^2) 2 camas y un baño. Se calcula los puntos de menor y mayor alcance. Las lámparas de ultravioleta [UVL] tienen un alcance de 2,5 metros. Se deben de minimizar los sitios de sombras. Se calculan los ciclos a realizar, en una habitación, son 3-4 ciclos ($19,25\text{ m}^2/\text{aplicación}$) debido a las sombras. Los ciclos duran entre 5-7 minutos. Se aplican con habitación vacía. Se debe de realizar una limpieza terminal. Se coloca el dispositivo UVL cerca de una esquina inferior, a uno de los lados de la cama. Se retira la ropa de la cama y expone el colchón, se levantan las barandillas. Se abren puertas de armarios y cajones (de forma escalonada). Se descuelgan auriculares y exponer perpendicularmente todos los elementos móviles. Programar y accionar el temporizador, abandonar el espacio, cerrar la puerta y señalizar el procedimiento en el exterior. Transcurrido el periodo de exposición, se recoloca el dispositivo UVL forma simétrica a la inicial y se repiten los pasos, hasta terminar los ciclos. Se posee ficha de exposición de control.

Conclusiones: La descontaminación con las lámparas de radiación ultravioleta, exige un procedimiento riguroso, para que se realice de manera correcta. Son sistemas con un coste medio-alto. En nuestra experiencia tiene las limitaciones con áreas de sombra y que es personal dependiente (40-60 minutos por habitación), por lo que el recurso humano es fundamental. No tiene ingredientes químicos y por otra parte al personal de la unidad, cuando pasábamos la lámpara UVL les daba mucha tranquilidad, sobre todo de pasar de una habitación "COVID" a "no-COVID". Creemos que es un método de descontaminación que es útil para garantizar la seguridad de los pacientes y profesionales.

994. PRUEBAS DE DETECCIÓN DE COVID-19: TIPOS, DIFERENCIAS Y APLICACIÓN

Juan Cantos Ruiz¹, Rubén González Baídez²,

Amalia Anguita Rodríguez², Rocío Alfaro Fernández²

y Carmen Callado Catalán³

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

Palabras clave: Pruebas COVID. PCR y antígeno. Serología.

Son muchos los casos en los que la gente (incluidos profesionales sanitarios) se pregunta o duda cual es la prueba indicada para diagnosticar o conocer si una persona tiene una infección activa o es contagioso de COVID para las personas de su alrededor. Respecto a esto

podemos afirmar y explicar lo siguiente: hay dos tipos de pruebas principales de detección del COVID-19 disponibles: PCR: el diagnóstico microbiológico de COVID-19 se ha basado principalmente en la detección del material genético (ARN) viral del SARS-CoV-2 mediante técnicas de RT-PCR en exudado nasofaríngeo u orofaríngeo. Es una técnica muy sensible y específica ampliamente utilizada para el diagnóstico de muchas infecciones, por lo que se considera la técnica de referencia para el diagnóstico de infección activa en pacientes tanto sintomáticos como asintomáticos. La RT-PCR tiene algunas limitaciones, por ejemplo, su sensibilidad depende de la carga viral en vías respiratorias, por lo que un resultado negativo en un paciente con síntomas no descarta por completo la infección. Por último, el tiempo de espera del resultado, habitualmente no inferior a 12-24. Es interesante destacar el papel del umbral del ciclo -Cycle threshold-(CT) hace referencia al número de ciclos en un ensayo de RT-PCR necesario para amplificar el ARN viral para alcanzar un nivel detectable. Una PCR positiva con un CT > 35 en un paciente asintomático se considerará no contagioso al tener una carga viral muy baja. Prueba de detección de antígeno: la mayoría se basan en la técnica de inmunoanálisis de difusión (lateral-flow) marcada con oro coloidal. Nos proporcionan un diagnóstico rápido (15-20 min) y tienen un coste menor. En general han mostrado una baja sensibilidad hasta la fecha (por debajo del 50-60%) pero actualmente se han desarrollado nuevos kits de detección de antígeno que presentan unos buenos resultados de sensibilidad (> 90%) especificidad (> 95%) respecto a la RT-PCR en estudios en pacientes sintomáticos con menos de 7 días de evolución. Tienen la limitación del descenso de la sensibilidad si se utiliza en pacientes asintomáticos o con sintomatología leve y también si se retrasa la realización de la prueba desde el inicio de síntomas.

Bibliografía

1. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 [Internet]. Mscbs.gob.es. 2021 [cited 15 February 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/>

1102. MEDICINA PREVENTIVA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS

María Isabel Adillo Montero¹, María Pulido Ríos², M. Belén Martínez Urroz² y Carolina del Valle Giraldez García¹

¹SERMAS, Aranjuez, España. ²SERMAS, Alcorcón, España.

Palabras clave: Medicina Preventiva. Atención Primaria. Coronavirus.

Introducción: La higiene de manos, el uso correcto de guantes, y la aplicación adecuada de antisépticos y de desinfectantes, forman parte de las medidas eficaces para el control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. En los hospitales suele existir la figura de la enfermera de Medicina Preventiva que imparte sesiones formativas y vigila el cumplimiento de dichas medidas de forma periódica. Al llegar el coronavirus a nuestro país, los profesionales sanitarios y no sanitarios que forman parte del Equipo de Atención Primaria (EAP) del C.S. Miguel Servet demandaron reforzar los conocimientos sobre estos temas.

Objetivos: Establecer medidas de prevención de la infección adaptadas al entorno de la Atención Primaria, tanto en el centro de salud como en los domicilios de los pacientes.

Material y métodos: Una de las enfermeras del EAP había estado seis años en Medicina Preventiva; se encargó de dar sesiones a los profesionales sobre higiene de manos, uso correcto de guantes, y aplicación de antisépticos y desinfectantes. Además, revisó con la Responsable de Enfermería del centro: La existencia de solución hidroalcohólica y/o de agua y jabón en el punto de atención del paciente.

te. El uso y conservación adecuados de los antisépticos. Los desinfectantes y su correcta aplicación en los distintos materiales del centro. Durante el periodo de intervención (marzo-septiembre de 2020) se dieron sesiones de forma periódica sobre los temas mencionados. Se hizo cartelería para enseñar a los pacientes el uso adecuado de guantes tanto en el centro de salud como fuera del mismo.

Resultados: Aumentó el cumplimiento de la higiene de manos, disminuyó el uso inadecuado de los guantes tanto por los profesionales del centro como por los pacientes que acudían al mismo, se adecuó la limpieza y desinfección del material sanitario, y se aplicaron y conservaron de forma correcta los desinfectantes y los antisépticos.

Conclusiones: El tener en el EAP una enfermera con conocimientos en Medicina Preventiva facilitó, por un lado, reforzar los conocimientos en prevención de la infección en los profesionales sanitarios y no sanitarios y, por el otro, aplicar las medidas de manera oportuna en una situación que exigía brindar una atención segura a la vez que se adaptaba la forma de trabajo a los nuevos escenarios.

1171. EL ASOCIACIONISMO, PIEZA CLAVE PARA EL DESARROLLO COMPETENCIAL ENFERMERO

Inmaculada Fernández Moreno¹, María Luisa Rodríguez Navas², Isabel Álvarez Pacheco³, Manuela Félix Martín⁴, Carmen Lupión Mendoza⁵, María Jesús Romero Muñoz⁶, Vanessa Vázquez Torres⁷, Montserrat Torres Berdones⁸ y Carmen Villar Bustos⁹

¹Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, España. ²Hospital Príncipe de Asturias. Alcalà de Henares, Madrid, España.

³Epidemiología Distrito Sanitario Huelva-Costa, Huelva, España.

⁴Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

⁵Hospital Virgen Macarena y Virgen de Rocío, Sevilla, España.

⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ⁷Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ⁸Hospital Reina Sofía de Tudela, Tudela, España. ⁹Universidad de Zamora, Zamora, España.

Palabras clave: Asociacionismo. EPyCI. Competencias.

Introducción: La calidad de los cuidados enfermeros pasa por tener descritas las competencias de rol específico. En España, en el marco competencial específico de prevención y control de infecciones, ha sido el asociacionismo profesional, con larga trayectoria histórica en algunas comunidades, quien ha sido capaz de impulsar y vehiculizar las acciones para definir el campo competencial específico.

Objetivos: Describir la implicación del asociacionismo en el desarrollo competencial de la enfermera/o de prevención y control de infecciones (EPyCI) a nivel español.

Material y métodos: Estudio descriptivo y analítico, contextualizado entre 1994 y 2021, es decir, entre el nacimiento de la primera asociación local y la fecha de solicitud del Diploma de Acreditación de Enfermera de Práctica Avanzada en Prevención y Control de Infecciones (DA). La información se recoge de los documentos publicados en las asociaciones referentes y de documentos de otras administraciones como Consejo General de Enfermería (CGE).

Resultados: El asociacionismo profesional de EPyCI se inicia en Cataluña con la Associació Catalana d'Infermeres de Control d'Infeccions (ACICI) en el año 1994. En 2006 se formaliza la Asociación Madrileña de Enfermería Preventiva (AMEP), siendo las únicas dos asociaciones españolas de referencia. A pesar de disponer de un primer documento descriptivo del rol EPyCI, publicado por ACICI en 2007, no es hasta 2013 que se constituye un grupo de trabajo experto, avalado por ACICI y AMEP, encargado de elaborar un borrador de descripción de competencias, de consenso nacional y alineado con

las tendencias internacionales. En 2016 publican un documento de consenso. Paralelamente, nace la Asociación Nacional de Enfermería de Prevención y Control (AEPyCI) que, en colaboración con el CGE, redacta la resolución 20/2017 que regulará el ejercicio profesional de EPyCI. En 2021, la AEPyCI solicita el Diploma de Acreditación de Práctica Avanzada, según el Real Decreto 639/2015, en espera del desarrollo de las especialidades enfermeras.

Conclusiones: El asociacionismo ha sido pieza clave para vehiculizar, definir, concretar y consensuar las competencias específicas. La concreción del ámbito competencial, avalada por el asociacionismo referente y por las administraciones, debe servir para definir puestos de trabajo y dotarlos de marco regulatorio específico.

1238. COVID-19 EN SORIA: PROVINCIA MÁS AFECTADA AL INICIO DE LA PANDEMIA

Tamara Niarra Martínez¹, Cristina Merino Gómez¹, Pedro Luis Escribano San Quirico¹, Clara M^a Torres Ortega¹, M^a Carmen Cuenca Ramos¹, Diana Borobio Martínez¹, José Luis Vicente Cano¹, Eva M^a Martín Gil¹ y Belén Martín Gil²

¹Hospital Santa Bárbara, Soria, España. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: Tasa de Incidencia. Prevalencia. COVID-19.

Introducción: Previa a la declaración de la pandemia por la OMS el 12 marzo, se celebraron multitud de eventos sociales sin las debidas medidas de seguridad por al desconocimiento de la gravedad de la infección por SARS-CoV-2.

Objetivos: Detallar los eventos multitudinarios ocurridos en marzo. Comparar la tasa de incidencia acumulada de Soria con el resto de provincias de Castilla y León y presentar la seroprevalencia de anticuerpos IgG anti SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de la población soriana diagnosticada de la COVID-19 en marzo de 2020, las variables estudiadas fueron: eventos sociales multitudinarios, tasa de incidencia acumulada por 100.000 habitantes y seroprevalencia. Se consultaron las bases de datos: CUIDEN y PUMED y prensa local. Se recopilaron datos de la Consejería de sanidad de la Junta de Castilla y León, Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística y del estudio que realizó la empresa suiza Kido Dynamics "Effects of mobility and multi-seeding on the propagation of the COVID-19 in Spain". El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación del centro.

Resultados: Los eventos multitudinarios celebrados fueron: Elecciones sindicales de Sacyl (5 de marzo)- tasa de participación, 77,68% (1.770 votos); manifestación (8 de marzo)- afluencia 1.200 personas; manifestación de agricultores y ganaderos (12 de marzo) 500 personas; desplazamiento de estudiantes debido al cierre de universidades públicas y privadas, y de residentes de Madrid con segunda residencia en Soria- 6.000 residentes (6,5% de la población total). La tasa de incidencia acumulada de Soria por 100.000 habitantes fue de 624 seguida de Segovia (469) y Salamanca (360). El resto de provincias se mantuvieron en torno a la media regional (259) como, Ávila (296), Burgos (221), Palencia (203), León (211), Valladolid (190), siendo Zamora la menos afectada (127). La primera ronda del estudio de seroprevalencia, destaca Soria como la provincia más afectada, con un 14,2% de anticuerpos frente al 7% de la media regional y el 5% de la media nacional.

Conclusiones: Soria fue la provincia con seroprevalencia más alta de toda España. La celebración de eventos los primeros días de marzo sin ninguna medida higiénico-sanitaria como las que ahora conocemos podría explicar la explosividad de los contagios. Se precisan estudios complementarios que analicen de forma más exhaustiva otras variables que no se han tenido en cuenta en este estudio.