



Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS)

16. ¿QUÉ OPINAN LOS MIR Y EIR DE LA VACUNACIÓN FRENTE A SARS-CoV-2?

Pilar Begoña Aguilera Manzano

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Vacunación. MIR.

Introducción: Los médicos y enfermeros internos residentes (MIR y EIR) son una parte muy importante en el ámbito sanitario, hemos de destacar el continuo movimiento de los mismos por los diferentes servicios debido a las rotaciones. Ante el reciente inicio de la vacunación en personal sanitario frente a SARS-CoV-2, hemos querido determinar cuál es la actitud y qué opinan los MIR y EIR a nivel nacional frente a la misma.

Objetivos: Determinar actitud y opinión de los MIR y EIR en España frente a la vacunación de SARS-CoV-2.

Material y métodos: Desde el Servicio de Salud Laboral de un hospital de referencia hemos facilitado a los MIR y EIR del territorio nacional un cuestionario a través de Google Forms acerca de la vacunación frente a SARS-CoV-2. En esta encuesta hemos preguntado acerca del lugar de trabajo y de su especialidad, si se han infectado por SARS-CoV-2, la vía de contagio y del seguimiento médico del período de aislamiento, el estado serológico, si se quieren vacunar o no se quieren vacunar y el motivo, si en caso de rechazar actualmente la vacuna se vacunarían en el futuro, y por último acerca de la obligatoriedad o no de la vacuna.

Resultados: Hemos contado con la participación de 115 MIR y EIR de las Comunidades de Andalucía, Asturias, Castilla La Mancha, Cataluña, Madrid, Murcia y Comunidad Valenciana. El 29,6% de los encuestados se han contagiado, de estos el 38,2% se contagió en el medio laboral, el 26,5% lo desconoce, el 23,5% fue por contagio familiar y el 11,8% por contagio comunitario. De aquellos contagiados en el medio laboral, recibieron seguimiento por parte del Médico del Trabajo el 42,9%, el 46,4% no tuvieron seguimiento y el 10,7% les realizó el seguimiento su Médico de familia. En cuanto al estado serológico, el 69,56% es IgM- e IgG-, el 4,3% IgM+ e IgG+, el 18,3% IgM- e IgG+, mientras que el 7,82% lo desconoce. El 74,8% quiere vacunarse frente a SARS-CoV-2, el 6,1% no quieren vacunarse y el 19,1% aún no lo han decidido. Mientras que si se les pregunta si se vacunarían en un futuro el 87% sí lo haría, el 0,9% no y el 12,2% no lo han decidido. El

49,6% opina que la vacuna debería ser obligatoria, en ámbitos como el sanitario y sociosanitario, fuerzas y cuerpos de seguridad, educación, hostelería y transporte.

Conclusiones: Los MIR y EIR del territorio nacional están muy concienciados con la vacunación frente a SARS-CoV-2, es esperable una alta tasa de vacunación.

134. ¿CÓMO SON LAS ENFERMERAS DE LA PANDEMIA COVID-19?: UNA ENCUESTA DESCRIPTIVA

Vicente Reche Ibáñez, Teresa Antich Salvadó, Montserrat Arnauv Dalmau, Francesc Clares Gallego, Javier Goñi Garín, Carme Jiménez Civit, Ana Goñi Navarro y Alexandra Frutos Antich

Instituto Catalán de la Salud, Montblanc, España.

Palabras clave: Enfermería. COVID-19. Encuesta descriptiva.

La infección SARS-CoV-2 ha supuesto un cambio en el estilo y la calidad de vida de la población mundial, especialmente de los trabajadores involucrados en el cuidado y la atención de los pacientes afectados por este virus. Varios autores describen el papel de las enfermeras durante el período pandémico, considerando esta figura como crucial en el manejo de los pacientes. Inmediatamente la figura de la enfermera fue reconocida por los medios de comunicación como una "heroína", al haber sido abrumada por un fenómeno desconocido para nosotros. Cabría entonces hacerse la pregunta: ¿pero un nivel de estrés tan alto no haría cambiar su estilo de trabajo o su calidad de vida? En el período en el que, a la mayor parte de la población española, le pidieron quedarse en casa, la sensación de impotencia empujó a muchos ciudadanos a dar voz a esas enfermeras llamadas "héroes" que en realidad vivían un fuerte período de estrés y, como todos, ansiedad y miedo por el futuro. Ante una emergencia de salud pública, los sanitarios en estrecho contacto con pacientes sospechosos o afectados de COVID-19 corren el riesgo de desarrollar un alto nivel de estrés, por lo que aumenta el riesgo de caer en burnout y lo cual provoca cambios en la calidad de vida inevitables. Se vieron catapultados a una situación en la que aumentaba el número de casos y a la vez también la carga de trabajo que a la larga se vuelve cada vez más excesiva, a la falta de un EPI adecuado, así como una terapia frente al COVID-19 inexistente, con lo cual se vuelven más y más una carga y motivo de ansiedad y estrés para los profesionales de la salud. La protección del personal sanitario es fundamental para el cuidado del paciente y no sobrecargar las deficiencias que todavía existen en los centros sanitarios

de hoy. Proteger al personal sanitario, no solo en la distribución de dispositivos de protección, que sin duda es muy importante e indispensable. También es fundamental evaluar los valores de estrés del personal de enfermería, ya que un alto nivel de estrés afecta al propio trabajo. Tener enfermeras con un alto nivel de estrés laboral conducirá a una disminución de la profesionalidad, con todas las consecuencias fácilmente reconocibles para el conjunto de la sociedad. Además, el aumento exponencial de casos ha obligado a los responsables de la toma de decisiones a tomar decisiones drásticas, incluida la contratación de un número mayor de enfermeras como fuerza laboral, a veces incluso recién graduadas. Para hacer frente a la emergencia sanitaria, se han colocado en contextos de alto riesgo que requieren un alto nivel de profesionalidad. Varias figuras de referencia en el campo de la enfermería española enfatizan el concepto de que no solo una cama de cuidados intensivos y un respirador para ventilación mecánica son suficientes para manejar a un paciente con un alto nivel de compromiso multiorgánico, sino la introducción de una adecuada capacitación y pago acorde al nivel de conocimiento y competencia del personal dedicado a la atención y cuidados sanitarios. El entorno hospitalario, en particular, tiene una serie de factores de riesgo responsables del aumento del estrés relacionado con el trabajo. También es fundamental evaluar la calidad de vida de su personal, recordándonos que detrás de los dispositivos de protección hay personas y como tales están llenas de miedos y ansiedades que las acompañarán incluso después de su turno, muchas veces más de lo normal para llenar el vacío de atención y cuidados, así como de personal y como garantía de asistencia sanitaria continua. Medir los niveles de estrés es fundamental para evaluar la calidad de vida y su impacto en su vida privada. Todo ello es apropiado a efectos de protección personal y profesional, destacando cuáles son los factores de riesgo del estrés y cómo afectarán a la calidad de vida, para no solo evitar fenómenos de burnout, sino sobre todo para prepararse para otras futuras enfermedades infecciosas y no solo el presente COVID-19. En la literatura hay una falta de información que describa cómo, en España, una pandemia afecta los niveles de estrés y la calidad de vida de las enfermeras. Se realizó así un estudio observacional transversal mediante la administración de un cuestionario compuesto por una ficha "ad hoc" con información general, una escala validada en la literatura científica como la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar los niveles de estrés y cómo la epidemia ha traído cambios importantes en la calidad de vida de las enfermeras, por lo que se utiliza otra escala validada en la literatura científica, la escala Nurses Quality of Life Assessment (SVQI). Analizando el 30% (resultados parciales) del total de encuestados, se demostró que cuando se les preguntó si asistían a cursos de prevención del estrés, 19 enfermeras (23,7%) respondieron positivamente, en contraposición a la respuesta negativa de 61 enfermeras (76,3%). Por otro lado, en cuanto al apoyo psicológico, 13 enfermeras (16,2%) dijeron que lo recibieron, mientras que 67 enfermeras (83,8%) respondieron que no. A pesar del porcentaje de enfermeras "preparadas" para situaciones de alto estrés, de estas 80 encuestadas, 49 se encontraron trabajando en instalaciones de COVID-19. Analizando las dimensiones del burnout, es decir, despersonalización, agotamiento emocional y realización personal, se desprende que, tenemos un 59% de enfermeras con alto riesgo de despersonalización; el resto se coloca en el riesgo medio, y, en consecuencia, nadie tiene un riesgo bajo. Para la dimensión de agotamiento emocional encontramos un 55% con riesgo alto, un 31% con riesgo medio y un 13% con riesgo bajo. Finalmente, para la dimensión de realización personal también en este caso no están presentes para el riesgo bajo pero encontramos un 66% para el riesgo alto y un 34% para el riesgo medio. Además, también se analizó la calidad de vida en todas sus dimensiones: física, emocional, laboral y social. Analizando las dimensiones individuales, encontramos un 49% de alto riesgo y un 31% de bajo riesgo en la dimensión física. Para la dimensión emocional, en cambio, el 89%

tiene un riesgo alto y el 11% restante un riesgo bajo. En la dimensión laboral encontramos un 79% con alto riesgo y un 21% con bajo riesgo. Finalmente, en la dimensión social encontramos un 66% con alto riesgo y el 34% restante con bajo riesgo. Durante el período en que se administró el cuestionario se registran enormes niveles de estrés y estos conllevan un cambio en la calidad de vida que resulta insatisfactorio. Es deseable que estos grupos de estudio sean analizados en el futuro para evitar repercusiones a largo plazo por otras posibles emergencias epidémicas. Como conclusión, resulta fundamental capacitar al personal de enfermería frente al riesgo de estrés laboral, para poder adecuar las estrategias de afrontamiento al COVID-19, obtener los EPI necesarios e indispensables para la protección individual del sanitario en riesgo y obtener intervenciones que ofrezcan menciones públicas y dignos reconocimientos económicos para quienes constantemente ponen en peligro su seguridad personal al luchar por la salud de las personas.

301. RIESGO DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN TRABAJADORES SANITARIOS ALTAMENTE EXPUESTOS

María del Mar Gómez Ruiz, Andrés José Santana Cabrera, Safira Lago Antón, Marco Marzola Payares, Enrique Martínez Muro, Ángel Gómez Losada, Joaquín Peiró García y Ignacio Sánchez-Arcilla Conejo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Palabras clave: Riesgo ocupacional. Cuidados intensivos. COVID-19.

El personal sanitario presenta un alto riesgo de infección por SARS-CoV-2, situándose el mayor riesgo en aquellos trabajadores que atienden a pacientes graves y/o están expuestos a aerosoles, siendo el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos. Para poder proporcionar una adecuada protección y un correcto seguimiento de los profesionales, resulta crucial conocer qué tipo de trabajadores son más susceptibles a la infección como consecuencia de la atención a pacientes graves de COVID-19. Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo, transversal y retrospectivo desde marzo a noviembre de 2020 en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital terciario de la Comunidad de Madrid. Se incluye una muestra de 146 trabajadores, sanitarios y no sanitarios, pertenecientes a 11 categorías profesionales distintas. Se excluyen 4 trabajadores por pérdida de datos a lo largo del presente estudio. Se revisan los resultados obtenidos tras detección de ARN viral mediante RT-PCR (Reverse transcription polymerase chain reaction) en exudado nasofaringeo y presencia de anticuerpos Anti SARS-CoV-2 (AntiN) IgG en sangre periférica mediante técnicas de laboratorio CLIA Abbott. Se entrevista telefónicamente a aquellos trabajadores infectados con relación a la presencia o ausencia de síntomas. 56 trabajadores se infectaron por SARS-CoV-2 (39,4%), de los cuales 40 obtuvieron detección RT-PCR positiva y 52 presentaron anti SARS-CoV-2 (AntiN) IgG. El riesgo de infección del personal sanitario fue superior (OR 3,38) respecto al no sanitario. Por regresión logística ($p = 0,000$), se objetivó que la tasa de infección fue superior en los turnos rotatorios, principalmente en tarde/noche (95%). El personal de enfermería presentó una tasa de infección superior al resto de trabajadores, en probable relación con las tareas propias de su categoría a partir de las cuales se mantiene un contacto más estrecho y continuado con los pacientes COVID-19. Del mismo modo, se objetiva en la muestra una presencia de anticuerpos Anti SARS-CoV-2 (AntiN) IgG durante más de 4 meses de media, resultando de interés cara a las futuras actualizaciones en los protocolos de prevención y control de la infección por SARS-CoV-2. Los datos obtenidos pueden resultar de interés para la evaluación del riesgo ocupacional de los trabajadores en el ámbito sanitario frente al SARS-CoV-2. Sin embargo, se precisan más estudios al respecto con el fin de alcanzar una mayor evidencia científica.

782. ¿CÓMO AFRONTAMOS EL MALESTAR EMOCIONAL EN LA PANDEMIA?

Luz María González Gualda¹, Rosario Bernabé Molina¹, Alejandro Pérez Domínguez², Ana Isabel González Gualda¹, María de los Dolores Sánchez García², Jeny Rodríguez Coronado², Josefina Monedero la Orden², Ana Belén Jiménez García¹, César Alfaro Gómez² y Verónica Fernández-Mazarambroz Yébenes¹

¹Complejo Universitario Hospital de Albacete, Albacete, España.

²Hospital General de Almansa, Albacete, España.

Palabras clave: Afrontamiento. COVID-19. Emocional.

Introducción y objetivos: Se están desarrollando diferentes iniciativas, orientadas a promover un afrontamiento psicológico adecuado. Como resultado de la experiencia de China, se han publicado recomendaciones y propuestas para una intervención psicológica de crisis que nos va a servir de modelo para el desarrollo de programas. En Albacete contamos con experiencias de trabajo en Red e implantación de programas intersectoriales en salud mental, lo que permite un desarrollo más operativo y ágil. El objetivo general es ayudar a los profesionales en el afrontamiento del malestar emocional derivado de la situación de alarma sanitaria y ofrecer a la población estrategias tanto preventivas, como de intervención en crisis y en la fase de recuperación posterior de la pandemia.

Material y métodos: El modelo de intervención debe ser un modelo dinámico, flexible, que permita adaptarse a las diferentes fases de la pandemia (durante la crisis por rebrote y en la etapa posterior a ella). Se debe tener una organización de trabajo en red. Las intervenciones deben estratificarse en diferentes niveles y ámbitos de actuación: población general, intervenciones específicas a través de teléfono, apps o espacios web para las personas con síntomas de pánico u otras manifestaciones mentales agudas, apoyo a profesionales, evaluación y tratamiento especializado cuando esté indicado. Las intervenciones con profesionales deben estar basadas en la identificación del riesgo y la resiliencia. Ello les facilitará afrontar situaciones de incertidumbre siendo efectivos con el menor coste emocional posible.

Resultados: Con este modelo de intervención en crisis por COVID-19, los profesionales se mantienen actualizados en cuanto a las recomendaciones e instrucciones dictadas por las autoridades sanitarias, atentos a las fuentes fiables de información, velando por una difusión responsable.

Conclusiones: Las ideas principales se resumen en: contar con la capacidad para anticiparse y responder de manera rápida y efectivamente a los cambios; apoyarse en las tecnologías durante el proceso de la intervención; favorecer los factores de protección (resiliencia) y secuenciar las fases de la intervención: prevención, intervención pronta en la crisis y recuperación una vez pasada la crisis.

927. COMPLICACIONES MICROTROMBÓTICAS COVID-19. TROMBOSIS CENTRAL DE LA RETINA: CASO CLÍNICO

Sherry Sue Lonighi García¹, Julia Sánchez Quirós², Emily José Mora Perdomo¹, Anabella Alcaraz Martínez¹, Ana de Diego Yenes¹, Silvia O'Connor Pérez³, Andrea Weir Rodríguez³ y María Covadonga Caso Pita³

¹Medicina del Trabajo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

²Oftalmología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

³Departamento de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Microtrombosis. Complicaciones vasculares.

Introducción: La infección por el virus SARS-CoV-2 produce la enfermedad conocida como COVID-19, que cursa con diversas mani-

festaciones clínicas. Se caracteriza por la alteración del sistema inmunológico y un estado de hipercoagulabilidad denominada coagulopatía asociada a COVID-19 (CAC) que finalmente acaba produciendo microangiopatías localizadas. Existe evidencia que relaciona el COVID-19 con el daño endotelial y eventos tromboembólicos con afectación de diferentes órganos, a excepción de la retina, de la cual no se dispone de evidencia científica.

Caso clínico: Mujer de 55 años, enfermera de nefrología, quien presenta visión borrosa y disminución de agudeza visual (AV) indolora de 1 mes de evolución, diagnosticada de Trombosis de vena central de la retina (TVCR) en OD en marzo 2020. En sus antecedentes no presenta FRCV y asocia en relación con inicio de síntomas oculares episodio de mialgias, artralgias, distermia, disgeusia y diarrea con coprocultivo que resultó normal. En la exploración oftalmológica presentaba AV de movimiento de manos en ojo afecto, presión intraocular controlada con tratamiento hipotensor. Su AV se mantuvo igual a la inicial a pesar de tratamiento intravítreo con antiangiogénicos y corticoides con evidencia de isquemia macular sobreañadida. Valorada en el SPRL donde se realiza PCR y serología COVID-19 en abril 2020 resultando negativo en ambas pruebas por lo que es derivada para continuar estudios: pruebas cardiológicas y neurológicas normales. Análisis inmunológicos, trombofilias y despistaje genético de Behcet negativos. Siendo descartadas todas las causas potenciales. Actualmente se mantiene en seguimiento por SPRL con adaptación de su puesto de trabajo.

Discusión: Las manifestaciones oculares del COVID-19 son menos frecuentes en comparación a otras, en particular aquellas con afectación de la retina. Algunos estudios han demostrado la existencia de ADN del SARS-CoV-2 en retina humana, así como también, otros han evidenciado una dilatación de arterias y venas retinianas en los casos más graves y en el momento de mayor inflamación con un efecto contrario al cese de la misma, lo que pudiera explicar complicaciones tardías como la microtrombosis retiniana. Debido a las amplias manifestaciones clínicas que no se han diagnosticado a tiempo por protocolos de actuación limitados tanto de la enfermedad como de sus complicaciones, resulta de interés el abordaje multidisciplinario para prevención y tratamiento oportuno de estos pacientes

1021. ESTUDIO SEROLÓGICO EN PERSONAL SANITARIO POR DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS SARS-CoV-2

Paloma Merino Amador^{1,2,3}, Fernando González Romo^{1,2,3}, Silvia O'Connor Pérez⁴, Ignacio Bardón Fernández⁴, Beatriz Zapico Ortega⁴, Alba Ruedas López¹, Sara Medrano Pardo¹, Jorge Martínez Jordán¹, Covadonga Caso Pita⁴ y Alberto Delgado-Iribarren García-Campero^{1,2,3}

¹Servicio de Microbiología Clínica, Instituto de Medicina de Laboratorio, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC), Madrid, España.

³Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España.

⁴Servicio de Prevención y Salud Laboral, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Palabras clave: Personal sanitario. Seroprevalencia. Síntomas COVID.

Objetivos: Conocer el estado serológico del personal sanitario (PS) resulta fundamental en una pandemia, en especial al inicio, para el diseño del circuito de Seguridad del Paciente, de la salud del propio PS y el mantenimiento de la actividad hospitalaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio de seroprevalencia en suero tras venopunción en PS no-COVID-19 (asintomático o que, habiendo presentado síntomas, la PCR hubiese sido negativa y nunca hubiesen sido clasificados como caso COVID-19 en un hospital universitario de tercer nivel con 5936 trabajadores. Se determinaron anticuerpos totales mediante dos técnicas de inmunocromatografía

y un ELISA anti-nucleoproteína. Mediante entrevista personal se recogieron datos sobre grado de exposición (alto, medio o bajo) y síntomas clínicos. Se realizó una PCR nasofaríngea a los seropositivos.

Resultados: Entre 8 de abril-8 de mayo se incluyeron 1.450 PS (76,4% mujeres) con edad media de 42,5 años (rango 19-69). Fueron seropositivos 400 (27,6%) sin diferencias por rangos de edad, pero sí por sexo femenino (29,2%) frente a hombres (22,2%) ($p = 0,01$); por riesgo de exposición alto (31,9%), moderado (21,6%) y bajo (26,2%) ($p < 0,01$); y por sintomatología (34,1%) frente a asintomáticos (22,2%) ($p < 0,01$). Entre los 634 (43,7%) que manifestaron algún síntoma sin conocer su serología, los más frecuentes fueron cefalea (45,1%), tos (43,2%), fiebre (37,7%), astenia (32,5%) y mialgias (28,2%). Los únicos síntomas en los que se encontró diferencia estadísticamente significativa entre positivos y negativos fueron cefalea, fiebre, astenia,

mialgias, anosmia y disgeusia ($p < 0,001$); neumonía ($p = 0,003$) y diarrea ($p = 0,01$). No se encontraron diferencias para tos, odinofagia, rinorrea, disnea, dolor abdominal o rash. Entre los 400 seropositivos, 388 se realizaron PCR resultado positiva en 53 (13,6%).

Conclusiones: 1. El 27,6% de estos 1.450 PS no-COVID-19 eran seropositivos y estaban en activo durante el estudio. Identificar estos trabajadores permite cohortes laborales estables. 2. Conocer que el 13,6% tenían PCR positiva en ese momento permitió reducir la expansión de la infección a sujetos susceptibles y generar un ambiente de mayor seguridad. 3. Estos datos permitieron estimar la transmisión comunitaria e inferir su carga dentro del hospital atendiendo a su grado de exposición. 4. Permitió poder identificar los síntomas más prevalentes en población no grave para una mejor indicación de la realización de pruebas diagnósticas entre este personal tan sensible.