



Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Grupo 40+ Iniciativa Enfermera

441. AEROSOLTERAPIA EN PACIENTES CON COVID-19 CONFIRMADO: UNA ADMINISTRACIÓN SEGURA

Paula Gallardo Torres y María Esther Alda Martínez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.

Palabras clave: Enfermera. COVID. Aerosoles.

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan informó sobre 27 nuevos casos de neumonía con una etiología desconocida con una exposición común en un mercado de animales vivos, pero sin poder identificar la fuente del brote. Poco después, las autoridades chinas identificaron como agente causante un nuevo tipo de coronavirus, denominado como SARS-CoV-2 y reconocido en marzo de 2020 como pandemia por la OMS. Desde la llegada de este nuevo virus, los sistemas sociosanitarios y sus profesionales se han visto obligados a modificar la mayoría de sus prácticas a la hora de desempeñar sus funciones para hacerlas más seguras y garantizar su propia protección y la de sus pacientes. Un claro ejemplo es la administración de aerosolterapia, una práctica enfermera extendida y muy frecuente en todas las unidades de hospitalización. Ahora bien, en el caso de pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 o infección confirmada se nos plantea un problema: una de sus vías de transmisión es mediante aerosoles (partículas diminutas con un tamaño menor a 100 micras que infectan por inhalación y que viajan varios metros antes de caer al suelo). Con esto deducimos que, en espacios interiores como podría ser la habitación de un hospital, los aerosoles pueden permanecer suspendidos en el ambiente aumentando la infectividad del virus. Según el Protocolo de Manejo Clínico en UCI del Ministerio de Sanidad, se deben evitar, por norma general, y siempre que sea posible, aquellos procedimientos que puedan generar aerosoles. En los casos en los que exista riesgo se deberán adoptar las maniobras de protección adecuadas: utilización de mascarilla FFP2/FFP3, bata impermeable, protección ocular y guantes. En cuanto a la aerosolterapia, se deberá administrar con dispositivo MDI (inhalador de dosis medida) en cartucho presurizado y cámara espaciadora y no mediante nebulización.

539. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONTAGIO POR SARS-CoV-2 EN PROFESIONALES DE LA SALUD

María Isabel Orts Cortés^{1,2,3}, Rafaela Camacho Bejarano^{2,4}, Isabel Feria Raposo^{2,5}, Eva Abad Corpa^{2,6,7}, Silvia Esteban Sepúlveda^{2,8}, María Ángeles Cidoncha Moreno^{2,9}, Elvira Casado Ramírez³, Javier Iruzubieta Barragán^{2,10} y Laura Albornos Muñoz², en nombre del Grupo Investén-ISCI¹²

¹Universidad de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL)/BALMIS, Alicante, España. ²Unidad de investigación en cuidados y servicios de salud. Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ³Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Madrid, España.

⁴Universidad de Huelva, Huelva, España. ⁵Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni, Sant Boi de Llobregat, España. ⁶Hospital Reina Sofía, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España. ⁷Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB)/Universidad de Murcia, Murcia, España. ⁸Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM), Barcelona, España. ⁹Osakidetza Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz, España. ¹⁰Universidad de La Rioja, Logroño, España.

Palabras clave: Profesionales de la salud. Prevención y control. COVID-19.

Objetivos: Describir los factores relacionados con la situación de contagio del SARS-CoV-2 identificados por los profesionales de la salud en España y proponer estrategias de prevención.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. La población consistió en profesionales de la salud que trabajaban en instituciones con atención a pacientes con COVID-19 y casos confirmados de infección por SARS-CoV-2. Se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas, laborales y epidemiológicas. Se realizó análisis descriptivo y bivariado según la naturaleza de las variables.

Resultados: Se analizan 2.230 cuestionarios sobre una población potencial de 41.239 (5,47%). El motivo para realizar el diagnóstico fue: caso sospechoso (63,4%) y caso probable (12,3%). Se hizo estudio de contactos al 50,3%. La percepción sobre la disponibilidad de medidas de protección como «siempre/frecuentemente» fueron: mascarilla FPP1 57,3%, guantes 89,5%, jabón 95% y solución hidroalcohólica 91,5%, y en EPI, mascarillas FPP2, FPP3, gafas y batas desechables alrededor del 50%. La disponibilidad de medidas protectoras, por ámbito de trabajo, presentó diferencias significativas. La media de pacientes atendidos se relacionó con la realización de higiene de ma-

nos del momento 4 y en la percepción de realizarla correctamente en los momentos 4 y 5.

Conclusiones: Se presentan datos con carácter preliminar y con variabilidad en la tasa de respuesta por comunidad autónoma. Los profesionales de la salud contagiados por SARS-CoV-2 identifican la gestión de la cadena de contagios, el uso y la adecuación en la disponibilidad de equipos de protección, así como la efectividad en la realización del lavado de manos, como factores relacionados con el contagio de los profesionales.

736. VIVENCIAS DE LA SUPERVISIÓN. FATIGA PANDÉMICA

Rubén Manuel Vidriales Barbero, Cristina Ramos Pérez,
Rubén Mera Pérez, Begoña Meneses Domínguez
y Virginia Palomares Gamero

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.

Palabras clave: Enfermería. COVID. Fatiga pandémica.

Introducción: Merece la pena que nuestras vivencias sean contadas para visualizar el sobre esfuerzo que la enfermera gestora realizó durante la pandemia, el COVID no solo afectó a pacientes y a enfermeras asistenciales sino también a los mandos intermedios con su propia experiencia vital familiar, laboral, sentimientos de ansiedad, fatiga, miedo etc. Las enfermeras vuelven a ser protagonistas en la historia, máxime cuando la pandemia se desarrolla en el año internacional de la enfermería, han tenido que desarrollar un sobre esfuerzo en su año.

Objetivos: Describir los problemas ante los que se enfrentaron los mandos intermedios durante la pandemia. Reflejar nuestra adherencia a los sentimientos reportados por las enfermeras asistenciales.

Material y métodos: Revisión narrativa no sistemática.

Resultados: Los principales problemas a los que nos enfrentamos fueron la escasez de recursos materiales (EPIS), habilitación y modificación de estructuras hospitalarias, establecimiento de circuitos y comunicaciones internas hasta ahora desconocidas y sobre todo a la escasez de recursos humanos para atender a los pacientes ya que estos también cursaron multitud de bajas por haberse infectado. La imposibilidad de atender dignamente, la precariedad laboral, la situación personal y el miedo a infectar a tus propios familiares han determinado un estrés máximo al que las enfermeras se han visto sometidas generándolas un alto nivel de estrés y ansiedad.

Conclusiones: Una vez más las enfermeras, independientemente de nuestra labor dentro de la organización, somos capaces de dar el 200% porque nuestro fin último es el paciente. Nuestra devoción por la profesión, las ganas y pasión por cuidar de otros no se han visto mermadas por el miedo, incertidumbre o cansancio de aquellos momentos. Se reivindica la presencia de la enfermería en todas las decisiones trascendentales de alta gestión ya que las enfermeras gestoras tienen la capacidad de planificar respuestas organizativas y gestionar servicios; pese a verse mermada la capacidad funcional del Hospital ante dicha emergencia. La epidemia sobrecarga al personal y los recursos de las instituciones de salud. Las vivencias que relatamos presagian problemas de salud entre las enfermeras. Estamos a tiempo de elaborar estrategias preventivas contra la fatiga pandémica originada. Se hace indispensable atender a la salud de las enfermeras como determinante de la salud de la población.

834. LA TECNOLOGÍA COMO HERRAMIENTA HUMANIZADORA EN TIEMPOS DE COVID-19

Moisés Juan Arencibia Sánchez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Palabras clave: Humanización. Tecnología. COVID-19.

La humanización de los cuidados de salud está íntimamente relacionada con los sistemas de salud y los profesionales sanitarios, más concretamente con las enfermeras, por su cercanía con el paciente, en las funciones de cuidado diario que realizan. En este nuevo entorno sanitario de pandemia originado por la COVID-19, el concepto de humanización no se puede reducir o desvirtuar amparado en las nuevas medidas restrictivas impuestas. La aparición de nuevas normativas en la gestión de los recursos sanitarios, donde se prima la seguridad, tanto de los pacientes como de los profesionales, supone de doble aislamiento para los pacientes. Se reducen o eliminan las visitas de familiares, disminución del contacto con los profesionales sanitarios, y en muchos casos ataviados con su equipo de protección individual, aumentando esa barrera de contacto e interacción paciente-profesional. Generando situaciones de soledad, ansiedad, abandono y deshumanización. Sin embargo, la enfermera, se encuentra en un lugar privilegiado al respecto de la tecnología y el paciente, y el uso que se haga de ella es lo que determinará la humanización de la misma. Debemos humanizar las relaciones entre el profesional y el paciente, ser humano frágil y frecuentemente angustiado, que vive el duro trance de una pandemia que afecta profundamente a su persona. El objetivo trazado para el presente trabajo era comprobar la eficacia de la tecnología (llamadas y videollamadas) como herramienta para aplicar cuidados humanizados. Durante la pandemia de COVID-19, muchas personas mueren aisladas de sus seres queridos, y las conversaciones sobre el final de la vida no se producen o se establecen "detrás del velo deshumanizador de batas de plástico y mascarillas de respiración". El desafío para las enfermeras y otros trabajadores de la salud es moderar estos escenarios potencialmente deshumanizantes con soluciones imaginativas que no sacrifiquen la compasión y el respeto igualitario en los altares de la seguridad y la eficiencia. Conclusiones: implementar y desarrollar programas y app que complementen los cuidados humanizados, en pacientes aislados por diferentes circunstancias (sociales, físicas, económicas y sanitarias). Se destaca la eficacia y el carácter humanizador y complementario de la tecnología en pacientes necesitados de cercanía, acompañamiento y afecto. Desarrollar nuevas técnicas de comunicación centradas en mejorar la empatía y la compasión en situaciones límite como la actual.

1318. GESTIÓN ENFERMERA DE UN HOTEL MEDICALIZADO COMO RECURSO DE SALUD PÚBLICA

Cristina Arias Baelo¹, M^a Luisa Cuesta Santamaría¹, Rubén Francisco Flores García¹, Margarita Medina Torres¹, Miguel Ángel Leon Navarro¹, Eva García Perea², M^a Nieves Moro Tejedor³

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Palabras clave: Hotel medicalizado. Poblaciones vulnerables. Eficiencia organizacional.

Introducción: Durante esta pandemia las enfermeras han experimentado desafíos sin precedentes para brindar atención segura a toda la población y han formado parte de la primera línea de trabajo. Sin embargo, se desconoce el papel que han jugado en la puesta en marcha, gestión, organización de recursos asistenciales como los hoteles medicalizados

Objetivos: Describir la puesta en marcha de un hotel medicalizado en la Comunidad de Madrid como un recurso de salud pública durante la pandemia COVID-19 y describir las características de los pacientes atendidos

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: hotel medicalizado vinculado a un hospital de gran complejidad. Recogida de datos: Los datos relacionados con la

logística han sido recogidos por la jefe de Área de Enfermería responsable de la apertura e implementación del hotel y la supervisora de Enfermería que dio continuidad al proyecto. Las características de los pacientes han sido extraídas de programa de gestión de historias clínicas (HCIS). Los datos fueron anonimizados y tratados de manera agregada.

Resultados: El hotel tiene capacidad para atender a 110 pacientes, distribuidos en 8 plantas y en la actualidad es el único que permanece abierto. Se diseñaron y establecieron los circuitos para dar respuesta a los cuidados básicos y reduciéndose al mínimo el número de contactos para minimizar el riesgo de contagio de los profesionales y garantizar la calidad de los cuidados. A primera hora de la mañana se llevaba a cabo la sesión clínica multiprofesional planificándose de manera coordinada con los diferentes recursos asistenciales

la gestión de altas e ingresos. A fecha de 31 de enero de 2021 han sido atendidos un total de 1588 pacientes, el 52,6% (835) eran varones y la edad media de 45,54 (18,81) años. El 64% (985) carecían de antecedentes clínicos de comorbilidades asociadas y el resto de pacientes tenían una mediana de 3 [RI: 2-5]. En cuanto a la procedencia el 44,5%(707) fueron derivados de hospitales de gran complejidad y 23,1% (367) de atención primaria, el 8,9% (141) desde salud pública, 6,7% (107) de Hospitales de complejidad intermedia y la mediana de estancia fue de 8 [RI: 5-11] días.

Conclusiones: Los sistemas sanitarios están viviendo cambios trascendentales, que suponen una mejora de la organización y optimización de los recursos para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y las enfermeras estamos preparadas para dar respuesta del propio sistema y liderar el cambio.