



## Comunicaciones

### 2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

## Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo (SEMST)

### 15. EFECTOS SECUNDARIOS DE LA UTILIZACIÓN DE EPI DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2

Pilar Begoña Aguilera Manzano y Rafael Sánchez Cano

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2. EPI. Efectos secundarios.

**Introducción:** Ante la actual pandemia SARS-CoV-2 hemos entendido la gran importancia de la utilización de Equipos de Protección Individual (EPIs), así como el problema ante la falta de disponibilidad de los mismos. En un hospital de referencia del sur de España, se ha producido un importante aumento de la utilización de EPIs, para una adecuada atención a los pacientes afectados por este microorganismo, y sobre todo para evitar la transmisión interpersonal, y la consecuente saturación del Sistema Público de Salud.

**Objetivos:** Determinar los efectos secundarios que puede conllevar el uso prolongado de EPIs durante la jornada laboral del personal sanitario de los servicios con mayor afectación por el virus.

**Material y métodos:** El Servicio de Salud Laboral ha acudido a las principales plantas COVID del hospital como Urgencias, Neumología y UCI. Se ha establecido mediante un cuestionario una serie de efectos adversos derivados de la utilización de estos equipos. En la encuesta hemos preguntado acerca de la categoría profesional, del tipo de EPI que han utilizado, del tiempo durante el cual han llevado esos EPI, de una serie de efectos secundarios por la utilización del uso prolongado de EPI, del soporte psicológico y de si ha tenido que realizar un cambio domiciliario a consecuencia de la pandemia.

**Resultados:** Se ha contado con la participación de 224 trabajadores, 11 de UCI, 20 de Medicina Interna, 61 de Neumología y Cirugía torácica, y 132 de Urgencias. En cuanto a la categoría profesional destacamos la participación de 30 facultativos médicos, 2 MIR, 69 enfermeras, 68 auxiliares de enfermería, 23 celadores y 17 trabajadores de otras categorías. El 100% de los participantes refiere haber utilizado algún tipo de EPI. Entre los EPI utilizados se incluyeron gorro (59,37%), mascarilla (100%), gafas (67,41%), pantalla (75,44%), doble guante (87,94%), bata de papel (75%), bata impermeable (90,62%), calzas (89,28%). El 19,64% refirió no haber cambiado ninguna vez de EPI durante su jornada laboral, mientras que el 18,75% refirió haber realizado un cambio. El 89,73% comenta haber presentado algún efecto secundario, entre los que destacamos la pérdida de conciencia

(98,21%), sudoración excesiva (79,91%), cefalea (70,08%), falta de aire (67,85%), estrés (66,96%) y dermatitis (42,41%). El 92,85% no recibió soporte psicológico. Y solo el 11,6% se vio en la obligación de cambiar de domicilio.

**Conclusiones:** Hemos de destacar la importancia de la utilización y confortabilidad de EPIs ante la actual pandemia.

### 198. ESTUDIO SOBRE LOS TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS Y PRECAUCIONES QUE DEBEMOS DE TENER, COMO MEDIDA DE PRECAUCIÓN EL PERSONAL SANITARIO Y LOS FAMILIARES

Irene Calderón Sorroche, Ana Mª Muñoz Fernández y Rocío Navarro Corrales

Hospital, Almería, España.

**Palabras clave:** Aislamiento. Precaución. Transmisión.

Las precauciones de aislamiento crean barreras entre las personas y los microbios. Estos tipos de precauciones ayudan a prevenir la propagación de microbios en el hospital. Cualquiera que visite a un paciente de hospital que tenga una señal de aislamiento por fuera de su puerta debe detenerse y preguntar al personal del hospital antes de ingresar a la habitación de dicho paciente. Se puede limitar la cantidad de visitantes y el personal que entra en la habitación del paciente. Los diferentes tipos de precauciones de aislamiento protegen contra diferentes tipos de microbios. Las medidas de aislamiento tratan de evitar la transmisión de microorganismos entre pacientes y personal sanitario, y en menor medida a familiares y visitantes. A la hora de entrar a las habitaciones de estos pacientes hay que tomar las precauciones pertinentes. Tipos de aislamiento: Estricto o vía aérea. Usaremos bata, guantes, mascarilla, se tendrá material exclusivo y puerta cerrada y lavado de manos al entrar y salir. Protector o inverso. Lavado de manos antes de entrar, guantes, mascarilla y puerta cerrada. Respiratorio o gotitas. Lavado de manos al entrar y salir con gel, mascarilla, puerta cerrada y visitas restringidas. Entérico o digestivo. No es necesario el uso de mascarilla, se usará bata si el riesgo de ensuciarse es alto, se usan guantes, lavado de manos antes y después de manipular al paciente, la puerta puede estar abierta. Contacto: directo e indirecto. Lavado de manos al entrar y salir, uso de guantes, puerta cerrada, material clínico exclusivo, mascarilla al entrar en la habitación, bata al entrar a la habitación y visitas restringidas. Está demostrado que las medidas de aislamiento adoptadas en pacientes colonizados o infectados disminuye la tasa de incidencia y prevalencia de ellos. Debemos de tener en cuenta que tipo de aisla-

miento es y qué medidas de precaución debemos tener en cada aislamiento hospitalario. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y sistemática en diferentes páginas buscando para la realización, se busco en Scielo, Medline, Cochrane. Con las palabras clave aislamiento, paciente.

## 206. EVALUACIÓN DE LA REESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

**Silvia Cornejo Uixeda**, Tomás Isidoro Palmerin,  
Esther Medina Fraile y Francisco Javier Vilas San Julián

*Policlínica Nuestra Señora del Rosario, Ibiza, España.*

**Palabras clave:** Reesterilización. COVID-19. EPI.

**Introducción:** Debido al desabastecimiento mundial de equipos de protección (EPIs) frente a COVID-19, y siguiendo bibliografía de la FDA, se procede a reesterilizar EPIs para garantizar la correcta protección de los trabajadores. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados del proceso de reutilización de productos sanitarios durante la pandemia del COVID-19 en un hospital privado.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de dos meses de duración (marzo-mayo 2020). Las variables recogidas son: número y tipo de EPIs esterilizados, número de ciclos de esterilizado y la técnica de esterilización, coste por ciclo de esterilizado y coste total del proceso, áreas clínicas que han utilizado este circuito, ahorro económico en compra de EPIs. como medida de eficacia se obtiene el porcentaje de personal sanitario infectado.

**Resultados:** El número Total de EPIs reesterilizados fue de 6.780. De los cuales 2.479 (37%) fueron batas, 2.205 (33%) mascarillas, 1.807 (27%) buzos, 168 (2%) patucos, 73 (1%) gafas, 51(1%) mantas. Se realizaron un total 559 ciclos. De los cuales 318 (57%) se realizaron con plasma, 174 (31%) con autoclave y 67 (12%) con formol. El coste de un ciclo de esterilizado con plasma es de 39,50€, con autoclave 23€ y con formol 35€. El coste total de las reesterilizaciones en el período de estudio fue de 19.000€. Por el contrario, se evitó la compra de 16.000€ en EPIs. Por lo que la inversión fue de 3.000€. Los servicios que utilizaron este circuito fueron: plantas de hospitalización 31%, UCI 28%, fisioterapeutas 14%, policía/guardia civil 12%, Urgencias 10%, radiodiagnóstico 2%, consultas externas 1%, otros 1%. Como garantía del proceso, se realizó test rápido a todos los trabajadores, obteniendo un 3,9% de positivos.

**Conclusiones:** El circuito de reesterilizado ha garantizado la correcta protección del personal sanitario ante los desabastecimientos durante toda la pandemia, aunque ha supuesto un aumento del coste. El proceso ha supuesto una baja tasa de contagios, muy por debajo de la media española.

## 218. SEGUIMIENTO DE CASOS Y RASTREO DE CONTACTOS ESTRECHOS DE UN BROTE DE COVID-19 EN TRABAJADORES REPATRIADOS: SERIE DE CASOS

**María Eugenia González Domínguez**<sup>1</sup>, Jesús García Jiménez<sup>2</sup>,  
Regina María González López<sup>3</sup> y José Manuel Romero Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicios Médicos del Centro Bahía de Cádiz. Servicio de Prevención Mancomunado de Airbus, El Puerto de Santa María, España. <sup>2</sup>Centro de Salud La Serrana. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía, Jerez de La Frontera, España. <sup>3</sup>Centro de Salud Monóver. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana, Elda, España.

**Palabras clave:** COVID-19. Movilidad Laboral. Informes de casos.

**Introducción:** La pandemia COVID-19, ha puesto de manifiesto la importancia de los servicios de prevención en la detección y rastreo de los casos compatibles con COVID-19 y sus contactos en el entorno

laboral. La movilidad internacional de trabajadores desplazados a otros países supone además, una vigilancia específica de la salud al retornar a España, tras realizar la misión encomendada en el lugar de destino, para detectar posibles casos importados.

**Objetivos:** Describir el proceso de rastreo y seguimiento de casos en un brote de COVID-19 en trabajadores repatriados tras una misión de seis meses en una fábrica de elementos aeronáuticos en Polonia.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de serie de casos recogiendo datos mediante entrevista clínica telefónica definición de las mismas se utilizó la propuesta por el Ministerio de Sanidad. Se utilizó la estadística descriptiva para resumir los datos.

**Resultados:** El brote implicó a 20 trabajadores que compartían lugar de trabajo y realizaron el viaje de retorno juntos. Todos eran hombres con una edad media de 41,2 (DE = 6,6). La investigación del brote se inicia tras detectar, una vez retornados, un trabajador con sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2, con inicio de los síntomas en los 4 días previos al viaje de regreso a España en avión, que posteriormente fue confirmado por PCR. Durante el seguimiento el 40% (n = 8) de los trabajadores fueron considerados casos con infección activa confirmados con PCR. De ellos, únicamente el 62,5% (n = 5) presentó sintomatología. El 50% (n = 4) presentó fiebre, el 25% (n = 2) presentó tos, dificultad respiratoria, malestar general y diarrea, mientras que el 12,5% (n = 1) presentó anosmia, agusia y conjuntivitis. Todos realizaron aislamiento domiciliario con seguimiento ambulatorio telefónico, y únicamente un trabajador tuvo que ser atendido en hospital sin ingreso. Todos ellos estaban asintomáticos al final del seguimiento causando alta laboral. Los casos presentaron una media de 1,85 (DE = 3,13) contactos estrechos dentro del grupo con un rango de 0-11, principalmente ocurridos en contextos sociales extralaborales y durante el viaje de avión de regreso. La detección precoz de los casos con capacidad de transmisión a través de los servicios de prevención de las empresas en colaboración con las autoridades sanitarias es fundamental para realizar una gestión del manejo de casos y contactos más eficiente ante la eventual aparición de casos importados de COVID-19.

## 322. BUENAS PRÁCTICAS PRESENCIALES DURANTE LA PANDEMIA EN LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

**Silvia Portero de la Cruz**, Antonio Ranchal Sánchez  
y Manuel Vaquero Abellán

*Universidad de Córdoba, Facultad de Medicina y Enfermería, Córdoba, España.*

**Palabras clave:** Pandemia. Buenas prácticas. Clases.

La situación generada por la evolución del virus SARS-CoV-2 ha hecho necesaria la adopción e implantación de medidas preventivas en los centros universitarios para hacer frente a la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia. El objetivo del estudio ha sido analizar la efectividad de las medidas preventivas para evitar la infección por dicho virus durante las prácticas presenciales realizadas por 125 alumnos/as de segundo curso en las asignaturas de Fisiopatología y de Salud Pública del Grado de Enfermería de la Facultad de Medicina-Enfermería de la Universidad de Córdoba (UCO), desarrolladas durante el primer cuatrimestre del presente curso. El indicador para su evaluación fue el número de brotes producidos entre el alumnado en el centro universitario. Para ello se implementó el protocolo establecido por la UCO que incluyó, además del obligado uso de la mascarilla, las medidas siguientes. Entre las generales: la información y formación sobre medidas preventivas, la señalización permanente y continuada de medidas anti COVID en lugares estratégicos (entradas, pasillos, hall...), circuitos señalizados de entrada y salida a las aulas, vigilancia por personal de seguridad contratado expresamente para evitar aglomeraciones, el confinamiento ante

posibles casos comunicados al Servicio Público de Salud y al de Prevención de Riesgos Laborales de la UCO. Una vez en el aula, las medidas de: aplicación sistemática de gel hidroalcohólico a la entrada y salida de la clase, ventilación de los espacios docentes, identificación mediante código QR en todos los puestos discentes, espaciado de dos o más metros entre el alumnado, toma sistemática de la temperatura antes del comienzo de las clases prácticas de fisiopatología, conformación de microgrupos tipo “burbuja” con alumnado conviviente (en pisos y residencias). Los resultados muestran que no se produjo brote alguno en las instalaciones universitarias. Un 12% del alumnado faltó a un máximo de dos clases prácticas quincenales ante sospecha notificada. Durante el cuatrimestre, solo 3 estudiantes fueron diagnosticados de COVID-19 comunitario mediante pruebas diagnósticas de infección activa, de los cuales ninguno padeció la enfermedad en su forma grave. Solo una alumna, de mayor edad, requirió ingreso de una semana en hospital evolucionando satisfactoriamente. Se demuestra que guardando estrictamente las medidas preventivas, ha sido posible la realización de clases prácticas presenciales durante la pandemia

### 379. HOSPITAL COVID FREE: UN MODELO DE ESTRATEGIA PARA CONTROL DE BROTES Y CLÚSTER

**Mª Estrella Petrina Jáuregui**, Belén Asenjo Redin, Mª Isabel Rodrigo Rincón, Maite Orduna Urdiain, Beatriz Schulz Pérez, Beatriz Furtado Eraso, María Zandio Zorrilla, Juan Ariceta Iraola, Mª Dolores Arraiza Saldise y Marta Ancín Pagoto

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.*

**Palabras clave:** Clúster. Nosocomial. Antígeno.

Uno de los aspectos difíciles en la gestión de la infección SARS-CoV-2 han sido las estrategias para prevenir la infección nosocomial. El número de infecciones nosocomiales fueron casi inexistentes en la primera ola y se incrementaron notablemente en la segunda, lo que hizo que nuestro hospital, de nivel terciario y con 1.000 camas de capacidad, estableciera un método de detección precoz y control además de las medidas preventivas convencionales.

**Objetivos:** establecer un método de detección precoz y control de clúster/brotes mediante la identificación de casos y cribado sistemático.

**Material y métodos:** En septiembre 2020 a raíz de los casos nosocomiales y elevada incidencia poblacional, se estableció el siguiente procedimiento de cribado. 1. Definición: Clúster: asociación de  $\geq 3$  casos entre los acaecidos en pacientes (paciente con PCR negativa sin sintomatología compatible al ingreso y que se positiviza durante el ingreso o a los 15 días tras el alta) y/o profesionales sanitarios (PS) con actividad laboral, en la misma unidad, en el periodo de una semana sin vínculo epidemiológico. Brote: asociación de  $\geq 3$  casos entre los acaecidos en pacientes y/o PS con vínculo epidemiológico. 2. Detección de casos: Prevención de Riesgos Laborales y Medicina Preventiva reportan a Dirección la aparición de un clúster en PS y/o los casos nosocomiales. En cada reporte se evalúan conjuntamente los casos positivos en PS de dicho servicio y/o unidad. 3. Procedimiento: Cribado semanal PCR in situ, de toda la unidad/servicio (pacientes; acompañantes y PS) hasta obtener todas las PCR negativas; seguido de auto cribado de los PS con test de antígeno SARS-CoV-2 durante 4 semanas hasta cerrar el clúster. Inclusión voluntaria.

**Resultados:** Con este sistema se han detectado 7 clúster en 6 unidades que afectaron a 39 pacientes y 13 PS. En 3 unidades fue preciso la repetición del cribado PCR hasta negativizarse todas las muestras. Para cerrar el clúster se ofreció el auto cribado con test de antígeno durante 4 semanas. La adherencia de los PS a la medida fue del 50%, de los cuales finalizaron la estrategia un 71% de los PS.

**Conclusiones:** Los cribados a gran escala son herramientas útiles para identificar potenciales brotes/clúster. El cribado seriado con test de antígeno es una herramienta útil en individuos asintomáticos para detectar casos. La valoración de la experiencia ha sido positiva y la detección de profesionales asintomáticos ha contribuido a que el hospital sea un espacio seguro.

### 466. IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL ABSENTISMO LABORAL DEL CBPC

**Antonio Ares Camerino**

*Consorcio de Bomberos Provincia de Cádiz, Cádiz, España.*

**Palabras clave:** Absentismo. COVID-19.

**Introducción:** El Real Decreto Ley 6/2020 por el que se adoptan medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la Salud Pública, establece con carácter excepcional y exclusivamente para la gestión económica de la IT del Sistema de Seguridad Social, la consideración de situación asimilada al accidente de trabajo de los periodos de aislamiento o contagio de los trabajadores provocado por la COVID-19. Por otra parte, la asistencia y gestión sanitaria se realizará exclusivamente a través de la Red Sanitaria de los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas. El IX Informe sobre Empresa Saludable y Gestión Absentismo realizado por ADECCO señala que en los primeros trimestres de 2020 se superaron las cifras del 2019. El número de horas perdidas superan los datos de los últimos 20 años (8,9% de absentismo en 2º trimestre 2020). 2/3 de las ausencias se justifican por el aumento de las IT por EC. Las bajas por COVID-19 se han duplicado desde julio. Según datos de la Seguridad Social en septiembre se alcanzó 1,64 millones (73% aislamiento, 27% Infección) con una duración media de 18 días.

**Objetivos:** Analizar el impacto de las bajas por COVID-19 (aislamiento/infección) en la EC entre los trabajadores del CBPC. Marzo 2020-enero 2021.

**Material y métodos:** CBPC (4 zonas, 20 parques y 546 trabajadores). Se contabilizan los partes de EC emitidos por el Servicio Público de Salud.

**Resultados:** Se produjeron un total de 316 bajas por EC, 133 por COVID-19 (42,09%). La distribución mensual corrobora la existencia de 3 olas (abril 50%, septiembre 51,21% y enero 2021 68,25%). La duración media por EC fue de 14,92 días y por COVID-19 12,28 días.

### 480. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PRUEBAS POSITIVAS PARA CORONAVIRUS EN PERSONAL SANITARIO

**Enrique de la Hoz Tuells<sup>1</sup>**, Verónica Rezzano Duran<sup>1</sup>, Laura Fernández Paniagua<sup>2</sup>, Rosa María López Tornero<sup>1</sup>, Emiliano Esteban Redondo<sup>1</sup>, Ana Esteban Flores<sup>1</sup>, María Isabel Vargas López<sup>1</sup>, Soraya López Zacarez<sup>1</sup> y María Cano Balsalobre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia, España.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

**Palabras clave:** Trabajadores. Positivos. Personal.

Se ha realizado un análisis descriptivo del número de pruebas positivas para Coronavirus que se han realizado y que ha incluido al personal del Área II de salud de la Región de Murcia tanto como contacto profesional como comunitario, cruzando los datos del servicio de prevención de riesgos laborales con la base de datos del servicio de personal. Se ha estratificado por “olas pandémicas”, esto es, incidencias pico de los tres momentos de mayor impacto de infección por coronavirus, atendiendo a momento de contagio y repercusión en número de personal infectado. Ha habido un total de 7.850 notificaciones, divididas en 3.487 en primera ola, 2008 en

segunda ola y 2.355 en tercera ola. De ellas, arrojaron resultados positivos 168 en primera ola, 165 en segunda y 411 en tercera. Así mismo, se han obtenido y analizado los resultados estratificados según categoría profesional (facultativos, enfermería, celadores, auxiliares de enfermería, administrativos y otros auxiliares) y según servicio de actividad (neumología, urgencias, medicina interna...). De los datos obtenidos podemos concluir que se redujeron significativamente las notificaciones realizadas entre primera y segunda ola, siendo el número de positivos similar, lo que puede corresponder a una maduración en los sistemas de vigilancia, una mejora en la aplicación de protocolos y un mejor manejo de los casos, unido al aumento de conocimiento sobre el manejo de enfermedades infecto-contagiosas (o su prevención) por parte de todo el personal. Además, podríamos asumir que las medidas preventivas tomadas fueron en aumento conforme avanzaba el año, ya sea por lo anteriormente expuesto o por la escasez de equipos de protección individual de las que se dispusieron en un comienzo. Por otro lado, es fácil inferir que la tercera ola es la que mayor incidencia ha tenido en esta área, ya que en solo dos meses el número de positivos fue del más del doble que en las olas anteriores, ambas con más meses de contabilización. De los datos obtenidos, los que lideraron el número de pruebas positivas en las tres olas fueron los grupos de facultativos médicos, enfermería y auxiliares de enfermería; y los que menos incidencia tuvieron fueron administrativos, celadores y otros técnicos. Respecto a los servicios, se observa una disminución en el porcentaje de positivos en los Centros de Salud a expensas del resto de los servicios en la segunda ola, y del bloque de Urgencias, Medicina Interna y Neumología en la tercera.

#### 646. MINDFULNESS Y SUS APLICACIONES EN EL ENTORNO LABORAL, PARA PROFESIONALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Manuel Martín Moreno y Marta Pilar Alonso Peralta

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Palabras clave:** Mindfulness. Atención plena. Burnout.

Los profesionales sanitarios están considerados uno de los grupos profesionales con mayor riesgo de sufrir enfermedades y bajas laborales, incluso antes de la pandemia por COVID-19. En los últimos años se han publicado múltiples estudios sobre el burnout de los profesionales de la salud, que se caracteriza por: el agotamiento emocional, la despersonalización y el bajo sentimiento de autorrealización y se asocia con baja calidad de la atención, insatisfacción de los pacientes, aumento de los errores y consecuencias personales y profesionales. La situación de alarma sanitaria ha empeorado los niveles de malestar de los profesionales, debido a la alta demanda atencional y presión asistencial. Una de las herramientas más estudiadas para la reducción de estrés y de eficacia demostrada es la práctica de mindfulness o atención plena. Se define como la conciencia que surge al prestar atención al momento presente, de forma deliberada y sin juicios. En el marco del proyecto “A mí también me cuidan” del Hospital Universitario 12 de Octubre, llevamos a cabo una intervención psicoeducativa basada en mindfulness o atención plena enfocada a mejorar el malestar de los y las profesionales. Los docentes son instructores acreditados de Mindfulness. La intervención se realizó a través de la plataforma zoom y duró siete semanas, con dos clases semanales de hora y media y un total de 21 horas lectivas. Realizamos un estudio cuasiexperimental para examinar la eficacia de esta intervención. Utilizamos el cuestionario “Inventario Breve de Síntomas” de Derogatis (Brief Symptoms Inventory, BSI, Derogatis y Melisaratos, 1983) para medición del malestar psicológico pre y post intervención. Los resultados muestran una disminución del malestar medio del 32%, descendiendo del percentil 49 al 35.

#### 676. PREVALENCIA SEROLÓGICA DE AC FRENTE A LA COVID-19 EN EMPLEADOS DE DIPUTACIÓN DE CÁDIZ

Antonio Ares Camerino, Margarita Suárez Collantes, Emilio Guerrero Marmolejo, Ana de la Herrán Barrero, María Luisa Soto Pino, Rocío Baraja Cramazou, Jose Carlos Marchena Aparicio y Eugenia Hermoso Aragón

Servicio de Prevención y Salud Laboral, Diputación de Cádiz, Cádiz, España.

**Palabras clave:** Anticuerpos. COVID-19.

**Introducción:** La sensibilidad de las pruebas de AC es baja en la primera semana desde la aparición de síntomas de la COVID-19 como para desempeñar un papel principal en el diagnóstico. Los estudios observan 3 tipos de AC (IgA, IgG e IgM). La IgG es la última en elevarse, pero es la que se mantiene durante más tiempo, y la que se considera como protectora frente a nuevas infecciones. Dichas pruebas tienen una función útil para detectar una infección por SARS-CoV-2 si se utiliza 15 o más días después de la aparición de síntomas. Sin embargo se desconoce la duración de la elevación de los AC más allá de los 35 días. (COCHRANE).

**Objetivos:** Conocer la prevalencia serológica de AC (IgG e IgM) frente al SARS-CoV-2 en la población trabajadora de la Diputación de Cádiz en dos periodos de tiempo (Principios de noviembre 2020 y finales de enero 2021).

**Material y métodos:** La Diputación de Cádiz es una Corporación Local de ámbito provincial. Cuenta con más de 150 centros de trabajo distribuidos por toda la provincia y cuenta con más de 1500 empleados. Se utilizó el PANBIO COVID-19 IgG/IgM Tapid Test Device (Fingerstick Whole Blood). En todo momento se siguieron las recomendaciones estipuladas por el fabricante (ABBOTT).

**Resultados:** En la primera ronda se realizaron 1.175 pruebas (55% en mujeres y 45% hombres), todas IgM- y 23 IgG+ (1,96%). 14 reconocían haber pasado la enfermedad y 9 no. La prevalencia de los + fue algo mayor en mujeres (2,11%) que en hombres (1,86%). La media de edad fue algo mayor en hombres (51,88 años) que en mujeres (48,76 años) tanto en la muestra global como en los IgG+. De ellos 9 personas (0,77%) reconocían haber pasado la enfermedad y tenían IgG-. En la segunda ronda participaron 1.034 personas, todas IgM- y 23 IgG+ (2,22%). 14 de los + de la primera ronda se habían negativizado y aparecieron 14 nuevos positivos. De estos 2 no tenían conocimiento de haber pasado la enfermedad. La distribución por sexo y edades fueron similares a los de la primera ronda.

#### 690. EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE LA COVID-19

Irene Tabernero de Arriba<sup>1</sup>, María Pía León Andaluz<sup>1</sup>, Ana María Murillo Zaldivar<sup>2</sup>, Nuria Sánchez García<sup>1</sup>, Alicia Santibáñez Tabernero<sup>3</sup>, Rocío Velasco Vicente<sup>1</sup> y Belén García Recio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud, Salamanca, España. <sup>2</sup>Hospital Clínico, Valladolid, España. <sup>3</sup>Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, España.

**Palabras clave:** Burnout. Pandemia. COVID-19.

**Introducción:** La OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoce como enfermedad el desgaste profesional también conocido como “síndrome de estar quemado” o “Burnout”, término acuñado por Herbert Freudenberger en su libro “Burnout: The high cost of High Achievement”. Sin embargo, la definición más conocida es la descrita por Maslach y Jackson, quienes lo definen como “un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas”.



Los profesionales de la salud en la primera línea contra la COVID-19 pueden enfrentarse una mayor carga de trabajo y estrés, mantenido durante un tiempo, lo cual, podría desencadenar este síndrome.

**Objetivos:** El objetivo principal de este trabajo es determinar la relación que existe entre la pandemia de la COVID-19 y el riesgo de desarrollar el síndrome de burnout en los profesionales sanitarios.

**Material y métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos en inglés y castellano en revistas de alto impacto dentro del ámbito de enfermería: Los descriptores utilizados fueron: pandemia, burnout, COVID-19, virus SARS-CoV-2, sobrecarga, salud mental.

**Resultados:** Durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2, la presión asistencial, los escasos recursos y el desconocimiento de la enfermedad, supuso un enorme esfuerzo adaptativo por parte de todos los profesionales sanitarios. Según el estudio "SaniCOVID-19: impacto emocional frente al trabajo por la pandemia del COVID-19 en personal sanitario" llevado a cabo por la Universidad Complutense, el 53% de estos trabajadores sanitarios presentan valores compatibles con estrés postraumático, tras la primera oleada. Además de presentar síntomas como ansiedad, depresión, insomnio...

**Conclusiones:** Las condiciones de trabajo desfavorables, la sobrecarga de trabajo, el desconocimiento ante una enfermedad nueva y altamente infectiva y la preocupación por propagar la infección a sus seres queridos son, entre otros, algunos de los factores que han contribuido al deterioro de la salud mental en los profesionales sanitarios.

#### 1044. TRANSMISIÓN DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PERSONAL SANITARIO DURANTE LA 2ª Y 3ª OLA

**Marta Aparicio Gómez,** María Luisa Rodríguez de la Pinta, María Ascensión Maestre Naranjo, Cristina Oliver López, Natalia Angulo Mota, Romina Rucalski Rucalski, María del Carmen Rodríguez Ruiz, Marta Aparicio Herguedas, María Calvo Patiño y Laura Palomar Catena

*Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid, España.*

**Palabras clave:** SARS-CoV-2. Contactos. Sanitarios.

Los trabajadores sanitarios se enfrentan a distintos desafíos ocupacionales que afectan a su salud, habiéndose reflejado una mayor incidencia de casos de infección por SARS-CoV-2 tanto en los sanitarios como en sus familiares o convivientes con respecto a la población general. En este estudio prospectivo se analizaron los datos registrados de un total de 917 trabajadores que consultaron con el servicio de prevención de riesgos laborales entre el 20 de julio de 2020 y el 9 de febrero de 2021, coincidiendo con la segunda y tercera ola pandémica. Se realizaron un total de 2.160 pruebas diagnósticas, de una plantilla de 3.800 trabajadores. Un total de 275 trabajadores se infectaron por SARS-CoV-2 teniendo un menor impacto con respecto a la primera ola, en la que el número de trabajadores infectados fue de 313 desde el 1 de marzo de 2020 hasta su finalización. De los 275 casos positivos, se notificaron 135 infecciones como accidentes de trabajo. Casi una quinta parte de los casos positivos en trabajadores se debió a contactos estrechos con pacientes SARS-CoV-2 positivos ingresados en zona no SARS-CoV-2. Este porcentaje disminuyó al aplicar un protocolo de cribado en los pacientes hospitalizados. Den-

tro de los contactos en el lugar de trabajo, se valoró los contactos estrechos con compañeros fuera de su actividad laboral. Un 7% de los trabajadores declararon alguna conducta de riesgo, teniendo consecuencias importantes como el registro de un brote en un servicio que no atiende a pacientes. Por último, se apreció una menor tasa de contagio en el personal médico con respecto al personal de enfermería (90 casos frente a 147 respectivamente), en consonancia con la mayor prestación asistencial directa al paciente de este colectivo.

#### 1257. ANXIETY & DEPRESSION AFTER SARS-CoV-2 INFECTION/COVID-19 IN HEALTHCARE WORKERS

**Sara Alves de Matos,** María José Costa Almeida, Noémia Loio Marques, Diana. Ramos, António Dourado Barroso and Mário Silva Miranda

*Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal.*

**Keywords:** Healthcare Workers. Psychosocial Risk. COVID-19 Pandemic.

**Introduction:** Healthcare workers (HW) are at increased risk of infection as they are permanently exposed to biological agents. This risk has been given a new dimension with COVID-19 pandemic, as many HW were infected with SARS-CoV-2, potentially causing a profound impact in their psychological wellbeing, often overlooked in face of organic disease. Our aim was to determine the psychological impact of SARS-CoV-2 infection and isolation on HW.

**Material and methods:** From March to May 2020, SARS-CoV-2 infected HW from a tertiary hospital centre were asked to voluntarily participate in an online survey concerning symptoms related to anxiety and depression. The survey was taken at isolation conclusion ([HADS1] according to WHO recommendations at the time – negative PCR test) and six months later (HADS2), using the Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS (Zigmond & Snaith, 1983) translated and adapted to Portuguese by Baltar & Ribeiro (1999). Workers at level "Moderate" or "Severe" in HADS were given option for psychological support. SPSS was used for statistical purposes.

**Results:** Of 192 SARS-CoV-2 infected HW, 144 responded to the survey when returned to work and 85 six months after (HADS1/HADS2): ~81% were women, mean age was  $39.9 \pm 12/42.3 \pm 11.8$  years. HW: 52.1/50.6% nurses; 24.3/30.6% health care assistants; 16.0/11.8% physicians; 4.2/3.5% technical assistants and 2.8/3.5% other staff. HADS1/HADS2 category: "normal" 61.2/72.2%; "mild" 13.2/30.6%; "moderate" 11.8/7.1%; "severe" 1.2/2.8%. Older age was associated with higher HADS1 ( $p < 0.001$ ) and higher HADS2 ( $p = 0.023$ ), as well as longer isolation ( $p = 0.034$ ,  $q = 0.153$ ). Higher HADS1 e HADS2 were associated with longer isolation ( $p = 0.04$  and  $p = 0.018$ , respectively). Longer isolation was associated with anxiolytic therapy shorter after returning to work ( $p < 0.001$ ), but not after 6 months. No association was found between sex or job and duration of isolation, HADS1 or HADS2.

**Conclusions:** These findings suggest an important psychological impact of isolation measures on SARS-CoV-2 infected HW, with a clear improvement upon their return to work. In light of these results and available evidence, the authors recommend close monitoring of all HW's mental health, as there is no preferred HW category or sex affected, and we don't know when normality will be restored.