

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)

56. DESCRIPCIÓN DE UNA POSIBLE TRANSMISIÓN DEL SARS-CoV-2 DE UNA MADRE INFECTADA A SU RECIÉN NACIDO

María Carmen Leal López¹, María José Gil Carbonell¹, Pablo García Peral¹, José Luis Mendoza García¹, Isidra Tenza Iglesias¹, José Luis Duro Torrijos¹, Elia Riera Alberola², Silvia Rocamora Soriano¹ y Vicente García Román¹

¹Hospital Universitario del Vinalopó, Alicante, España. ²Universidad de Alicante, Alicante, España.

Palabras clave: Coronavirus. Recién nacido.

Introducción y objetivos: La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 es uno de los puntos clave para controlar la transmisión. El objetivo fue describir la posible transmisión de COVID-19 de una madre infectada a su recién nacido durante el inicio de la pandemia de SARS-CoV-2.

Material y métodos: En marzo de 2020, un neonato de 12 días de vida, 3.200 g de peso al nacer consulta por irritabilidad y quejido. Alimentación adecuada con lactancia materna, sin rechazo de tomas. Afebril, no distrés respiratorio. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias. No exantemas. Ante alerta epidemiológica por COVID-19 y antecedentes de dolor de garganta de la madre 1 durante el parto y aparición de tos días después del parto, se solicita PCR SARS-CoV-2 a neonato y madre, resultando ambos positivos. Durante el ingreso hospitalario, la evolución clínica del neonato es favorable, afebril a los tres días del ingreso y mejoría del estado general, termodinámicamente estable, sin signos de dificultad respiratoria. En ambos casos se realiza encuesta epidemiológica, se declara caso a Salud Pública y se inicia el estudio de contactos. Pruebas complementarias realizadas. Hemograma y bioquímica: dentro de parámetros normales. Urocultivo: negativo. Hemocultivo: negativo a los 5 días. Microbiología: negativo para VRS, Influenza A y B. Heces: negativo para Salmonella, Shigella, Yersinia, Aeromonas, Campylobacter, Adenovirus y Rotavirus. PCR SARS-CoV-2 en exudado nasofaríngeo: positivo. Plan de cuidados: adecuados patrones de enfermería pediátrica: nutricional-metabólico, tolerancia al estrés, sueño-reposo, eliminación, cognitivo-perceptual, autoconcepto, rol-relaciones, actividad-ejercicio, mantenimiento de la salud, valores-creencias. Escalas clínicas de valoración

empleadas: Dolor (Cries < 1 año), Barthel, Norton, Dowton Pediátrica, EAPP y Glasgow pediátrico. PAE: riesgo infeccioso en recién nacido.

Conclusiones: En este caso, el mecanismo de transmisión probablemente fue horizontal a partir de la madre que refirió leve sintomatología respiratoria antes del parto. Tras unos días de contacto estrecho con el recién nacido, este empieza a presentar sintomatología, confirmándose el diagnóstico con prueba diagnóstica para COVID-19. Es importante realizar un adecuado seguimiento y estudio de contactos, en este caso permitió la identificación de 4 personas positivas para SARS-CoV-2 lo que permitió establecer medidas de prevención y control de infecciones frente a SARS-CoV-2 en el entorno comunitario.

57. IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CONTINGENCIA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS: COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIZADA Y CENTROS SOCIO SANITARIOS

José Luis Mendoza García, Isidra Tenza Iglesias, María José Gil Carbonell, Andrea Raquel Granata Caldero, Pablo García Peral, María Carmen Leal López, José Luis Duro Torrijos, Francisca Puerta Fernández y Vicente García Román

Hospital Universitario del Vinalopó, Alicante, España.

Palabras clave: Centro socio sanitario. Coronavirus. Plan de contingencia.

Introducción y objetivos: Las personas institucionalizadas en centros socio sanitarios son especialmente vulnerables al nuevo coronavirus, SARS-CoV-2. El objetivo, implementar un plan de contingencia en centros socio sanitarios coordinado entre el propio centro, Atención Primaria y Atención Especializada y detectar áreas de mejora para fortalecer el Programa de prevención y Control de COVID-19.

Material y métodos: En febrero de 2020 dentro del marco del Programa de Prevención y Control de COVID-19 se realizó la implementación de un plan de contingencia en centros socio sanitarios. En una fase inicial previa a la implementación se realizó un análisis de la situación in situ en 6 centros del departamento de salud de Elche-Crevillent. Variables de estudio: las del centro (plan de continuidad de la actividad ante posibles bajas del personal como consecuencia de la epidemia, posibilidad de áreas diferenciadas para pacientes con y sin infección, suspensión de todas las visitas sin vinculación profesional al centro, suspensión de todas las salidas de internos del cen-

tro, zonas comunes clausuradas, equipos de protección individual disponibles, disponibilidad de solución hidroalcohólica y cartelería informativa.) de los residentes (conocimiento del procedimiento de evaluación y manejo de un residente con síntomas respiratorios susceptibles de COVID-19,) y de los trabajadores (presencia de un responsable sanitario por cada turno de trabajo para contactar con los servicios de salud en caso necesario).

Resultados: Se incluyeron 6 centros sociosanitarios pertenecientes al departamento de salud Elche-Crevillent, con un número de residentes acumulado de 502 en el momento del estudio. En marzo de 2020 todos estos centros disponían de un plan de contingencia adaptado a las características del centro y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos y brotes de COVID-19, con la posibilidad limitada de división del centro en áreas diferenciadas para pacientes con y sin infección en caso de aparición de un brote en el centro. El 80% no tenía garantizada la provisión de jabón y soluciones desinfectantes en todas las dependencias del centro y el 60% no tenía responsable de infraestructuras y mantenimiento por cada turno de trabajo. Las visitas y salidas de los residentes se encontraban restringidas en todos estos centros sociosanitarios.

Conclusiones: Es necesario una adecuada gestión de los recursos humanos y materiales. Reforzar la formación de los trabajadores del centro en Prevención de Infecciones Asociadas a los Cuidados de la Salud (precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas) y asignar un responsable sanitario por cada turno de trabajo. Cabe destacar el compromiso de los trabajadores, implicados en su trabajo y en la seguridad de los residentes.

96. CONFINAMIENTO Y DESESCALADA COVID-19: SALUD PERCIBIDA Y EMOCIONAL

Olga Monteagudo Piqueras, M^a Antonia Belmonte Gómez, M^a Ángeles Sánchez Morales, Berta Almudena Medina Infante, Ana Belén Villar Lorenzo, Fuensanta Martínez Moreno y Joaquín Granados Ortega

Consejería de Salud, Murcia, España.

Palabras clave: Salud percibida. Salud emocional. COVID-19.

Introducción: El confinamiento impactó previsiblemente en el bienestar físico y psicológico de la población. Durante la vigencia del estado de alarma decretado por el Gobierno de España, la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma Región de Murcia (CARM) tuvo habilitado un servicio de asistencia telefónica gratuita (línea 900) sobre "Confinamiento/Desescalada Saludable y Salud Emocional", de ámbito nacional, realizando educación para la salud individual y valorando la salud percibida y el malestar emocional durante el confinamiento y en las diferentes fases de desescalada. El objeto de este trabajo se centró en analizar esta intervención telefónica oportunista de salud pública sobre estilos de vida saludable y conocer la salud percibida y el riesgo de mala salud mental.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de la información recopilada, durante el confinamiento y las fases de desescalada, de las personas que demandaron la atención telefónica oportunista. Se recogieron datos demográficos, Salud Percibida (1 pregunta/5 respuestas) y Malestar Emocional con el Cuestionario de Salud Golberg (GHQ-12). Se analizó con el programa estadístico SPSS vs26.

Resultados: Se realizaron 1.302 intervenciones de salud pública (consejo breve de alimentación, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, higiene de manos/respiratoria, distancia social y uso adecuado de mascarilla). En el 42,0% de las personas (n = 547) se registraron datos sociodemográficos, valoración de salud percibida y malestar emocional. El 34,2% refirieron tener una salud percibida "regular". En la fase confinamiento/desescalada, el 58,6% y 55,8%, respectivamente, estaban en riesgo de mala de salud mental. En mu-

eres vs hombres, en el confinamiento 69,3% vs 43,8 y en la desescalada 67,0% vs 45,2%.

Conclusiones: Este estudio pone de manifiesto la necesidad de hacer un seguimiento activo de la salud percibida y del malestar emocional para intervenir precozmente y prevenir situaciones más graves, particularmente en momentos especiales provocados por una pandemia.

106. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE PROFESIONALES DE CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS

Alejandro de Arriba Fernández¹, Manuel Jesús Molina Cabrillana¹, Ana Hernández Aceituno¹ y Guadalupe Alemán Vega²

¹Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España. ²Hospital General de Fuerteventura, Puerto del Rosario, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Profesionales sanitarios. Centros sanitarios y socio-sanitarios.

Introducción: A principios de mayo, había 582 profesionales notificados en Canarias, suponiendo un 25% de los casos confirmados. El objetivo de este estudio fue describir el perfil epidemiológico de los trabajadores de centros sanitarios y socio-sanitarios afectados por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo mediante encuesta telefónica a profesionales de cualquier categoría que trabajasen en centros sanitarios y socio-sanitarios de Canarias. Se consideraron los casos registrados entre el 6 de marzo y el 2 de mayo de 2020. Las variables de estudio se clasificaron en base a las respuestas de los trabajadores.

Resultados: Tasa de respuesta 79,4%. El 63,5% pertenecían al área de enfermería, seguidos del personal facultativo (18,4%). Trabajaban en hospital de agudos el 74%, en centros de salud 15,4% y en centros sociosanitarios 9,4%. Se declaró asintomático o tuvo síntomas leves sin necesidad de ingreso un 91%; requirió ingreso 9,3% y precisó atención en UMI 1%. El ámbito de exposición más probable al SARS-CoV-2 fue en 81% de los casos el ambiente laboral, por contacto con pacientes (41,4%) seguida del contacto con compañeros de trabajo (32,2%). En el 19% la exposición fue comunitaria. El 67% declaró no haber recibido formación sobre la enfermedad y el 56,4% refirió no haber sido instruido sobre el uso de equipos de protección individual.

Conclusiones: La mayoría de profesionales afectados pertenecía al área de enfermería y ejercía en hospitales de agudos. Los formas leves o asintomáticas fueron predominantes. El lugar de exposición más probable fue el laboral, siendo el contacto estrecho el más frecuente.

107. EVOLUCIÓN DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN PROFESIONALES SANITARIOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA DE SARS-CoV-2

Alejandro de Arriba Fernández, Manuel Jesús Molina Cabrillana, María Elena Dorta Hung y Josefina Panetta Monea

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas, España.

Palabras clave: Higiene de manos. Adherencia. Profesionales sanitarios.

Introducción: Una correcta higiene de manos es la principal medida en la prevención y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria. Se describe como ha influido el periodo pandémico del año 2020 en la evolución del grado de cumplimiento de las prácticas de

higiene de manos en los profesionales sanitarios del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria con respecto a años anteriores.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de observación directa sobre el cumplimiento de los cinco momentos de higiene de manos en el periodo 2018-2020. La adherencia se describió con la distribución de frecuencias de los diferentes momentos en los que estaba indicada.

Resultados: La adherencia total ha aumentado del 42,5% en 2018, al 47,6% en 2019 y al 59,2% en 2020 ($p < 0,05$). La adherencia total fue mayor en los momentos después del contacto con el paciente (67%) que en los momentos anteriores al contacto (48%). El área con mayor adherencia fue diálisis (83%). Se distingue una mayor adherencia en áreas abiertas que en áreas de hospitalización (65% vs 56%). Se determinó una mayor adherencia en facultativos (73%) y enfermeras (74%), que en auxiliares de enfermería (50%) ($p < 0,05$).

Conclusiones: En el año 2020 se observó un aumento de la adherencia a la higiene de manos respecto a los años previos. Se determinó un porcentaje mayor de adherencia en facultativos y personal de enfermería que en auxiliares de enfermería. Consideramos que la actual pandemia del SARS-CoV-2 ha jugado un papel relevante en este aumento en la adherencia.

110. BROTE POLIMICROBIANO EN UNA UCI DURANTE LA OLA PANDÉMICA DE COVID-19 DE MARZO 20

Laura Patricia del Nido Varo¹, Gonzalo de las Casas Cámara², Manuel Pérez Márquez², Nuria Gálvez Carranza², Concepción Pérez-Jorge Peremarch³, María Luisa Arencibia Villagra² y María Dolores Martín Ríos⁴

¹ISCIII, Madrid, España. ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España. ³IIS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

⁴Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Palabras clave: Brote polimicrobiano. UCI. COVID-19.

Introducción: La ola pandémica de COVID-19 de marzo de 2020 mermó las medidas de control de infección en las UCI. Se describe un brote polimicrobiano y sus posibles factores de riesgo y relación con la COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Del 3/3-11/5, en UCI y 17/3-23/4 en UCI-URPA. Se consideró caso del brote a pacientes con aislamientos incidentes relacionados con la asistencia por bacterias multirresistentes vigiladas según proyecto Resistencia Zero así como la flora fúngica. No se pudieron realizar muestras de vigilancia del 15/3-6/4. Todas las ubicaciones contaban con filtro HEPA terminal. Se realizaron muestras ambientales de aire. Se calcularon las tasas de ataque del evento, compararon mediante la prueba exacta de Fisher, estimando diferencias de tasas de ataque y riesgos relativos con sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: 128 pacientes ingresaron en UCI (63 por COVID-19 y 65 por otros motivos) y 21 en UCI-URPA todos COVID-19. Se consideró caso a 23 pacientes, con un total de 33 aislamientos, 9 con más de uno. Se aislaron 15 *Klebsiella pneumoniae* BLEE, 5 KPC, 8 hongos filamentosos y 5 bacilos gramnegativos no fermentadores. La tasa de ataque global fue de 0,154 siendo superior para ingresos COVID-19 (0,262) frente a otros motivos (0,015), con una diferencia de 0,247 (0,148-0,345) y un riesgo relativo de 17,023 (2,355-123,014); $p < 0,001$. Las tasas de ataque de UCI (0,238) y de UCI-URPA (0,141) presentaron una diferencia de 0,097 (-0,094-0,289); $p = 0,324$. Se implementaron medidas de control sobre los riesgos detectados, las muestras ambientales fueron negativas para hongos ambientales.

Conclusiones: La *Klebsiella pneumoniae* BLEE fue el aislado más frecuente, iniciándose en UCI-URPA, dónde asistieron más profesionales sin formación en Resistencia Zero, observándose inicialmente higiene de manos sobre guantes sin recambio. Aunque se observó

una incidencia superior de casos en esta unidad la asistencia en ella no se asoció a un mayor riesgo de serlo. Ser paciente COVID-19 se asoció con mayor riesgo de ser caso, consideramos como posibles desencadenantes el mayor contacto por las maniobras de pronación con equipos de protección (de uso optimizado inicialmente) y la pérdida temporal de control sobre la multirresistencia, tanto de información, por la pérdida de exudados de vigilancia y cartelería específica identificadora, como de competencia por la diversidad de profesionales que los atendieron.

167. LOS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN PACIENTES AISLADOS DE COVID-19, COMO DEBEMOS DE ACTUAR EL PERSONAL DEL HOSPITAL

Ana Muñoz Fernández, Irene Calderón Sorroche y Rocío Navarro Corrales

Hospital, Almería, España.

Palabras clave: COVID-19. Sanitarios. Protección.

Es el virus que causa la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Se trata de un virus respiratorio emergente de probable origen animal. Tiene un periodo de incubación mediano es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. De acuerdo con los datos científicos disponibles, el virus de la COVID-19 se transmite a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotículas respiratorias (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. Además, podría haber transmisión aérea al efectuar procedimientos o administrar tratamientos que generen aerosoles. Las y los profesionales de la salud que atiendan a pacientes con COVID-19 deben aplicar en todo momento las precauciones necesarias para evitar el contagio por contacto a través de gotículas. Además, se han de aplicar medidas para prevenir la transmisión aérea al practicar procedimientos o administrar tratamientos que generen aerosoles. Establecer recomendaciones encaminadas a prevenir la transmisión de microorganismos en el ámbito hospitalario. Establecer pautas de seguimiento y precauciones de transmisión en el ámbito comunitario. Hemos hecho una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos recopilando información sobre los protocolos y la forma de actuar ante los pacientes con aislamiento, las bases consultadas han sido Scielo, Pubmed. Los descriptores utilizados han sido: protocolo, aislamiento, paciente. Este protocolo será de obligatorio cumplimiento en los pacientes hospitalizados que tengan criterio de aislados y que haya prescrito por el facultativo y que hay que identificar la habitación. Identificación en la puerta de la habitación y será de uso individual. Provisionar la habitación del material necesario antes de que le enfermo llegue, para ello será necesario: batas, mascarillas, guantes y patucos (fuera de la habitación) y contenedores especiales (dentro de la habitación), este material será utilizado por toda persona que entre en contacto con el paciente. Todo el personal sanitario se lavara las manos antes y después del contacto con el paciente y cuando termine los cuidados dejara todo el material utilizado dentro del contenedor situado en la habitación. La puerta deberá permanecer cerrada para evitar riesgo de contagio. Cumpliendo el protocolo se evitara riesgo de infección en el paciente que es una de las principales complicaciones. De igual manera se lograra una recuperación más efectiva y mitigaremos el dolor y sufrimiento tanto del paciente como de su familia. La aplicación del protocolo para pacientes aislados no afecta de ninguna manera los cuidados al paciente, al contrario, se llevan a cabo para mejorar el confort y lograr su pronta recuperación, estos pacientes necesitan empatía y el personal sanitario está preparado para brindarles toda la ayuda necesaria. La familia que los acompaña debe cooperar con el personal sanitario en motivación emocional de los enfermos.

348. IMPLANTACIÓN DE CHECKLIST COMO HERRAMIENTA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID

Marcelle Virginia Canto Porcella,

Claudia Ruiz-Huerta García de Viedma, Carmen Ruiz Castro, Natalia Carolina Salazar Valdívieso e Ildefonso González Solana

Hospital Central de la Cruz Roja de San José y Santa Adela (HCCR), Madrid, España.

Palabras clave: Checklist. Vigilancia. Seguridad del paciente.

Introducción: Los servicios de Medicina Preventiva y de Prevención de Riesgos Laborales del HCCR son los encargados de la vigilancia epidemiológica del COVID-19 en el hospital y notifican diariamente los casos nuevos detectados a los servicios de Salud Pública de la comunidad de Madrid. Las infecciones activas confirmadas son de declaración obligatoria urgente y resulta de suma importancia tener un procedimiento que confirme que se han notificado y comunicado a todos los agentes implicados e iniciado el estudio de contactos. Por este motivo, se propone un listado de verificación, Checklist COVID, como herramienta útil en la mejora de la vigilancia, comunicación y seguridad del paciente.

Objetivos: Conocer la utilidad del Checklist COVID en la vigilancia de la infección, disminución de errores de comunicación interdisciplinarios y la mejora de la seguridad del paciente y los profesionales.

Material y métodos: Se diseñó un Checklist compuesto por 2 apartados a cumplimentar por los responsables de la vigilancia epidemiológica del COVID en el hospital. Comprende una primera parte donde se registran los datos del paciente, sintomatología, contactos y pasos a seguir para la correcta notificación. Y una segunda parte denominada CRONOCOVID, donde se plasma la cronología de los acontecimientos relacionados con la infección (inicio de síntomas, fecha de prueba positiva, posibles contactos). Se realizó un pilotaje del Checklist con 15 casos nuevos pendientes de notificar, sin surgir incidencias, por lo que quedó aprobado para su implantación en el HCCR.

Resultados: Se recogieron encuestas de todo el personal encargado de la vigilancia del COVID-19 sobre la evaluación del checklist. El 43% correspondía a facultativos, un 28,5% a enfermería y un 28,5% a MIR. El 100% consideró que el proceso de notificación, la seguridad para pacientes y profesionales, y la comunicación interdisciplinaria mejoró con el checklist.

Conclusiones: El Checklist es una herramienta válida para la disminución de los errores de comunicación tanto entre servicios como con el paciente implicado. La valoración global ha sido muy satisfactoria, pero se debe aumentar el tamaño muestral para obtener conclusiones más fiables sobre la utilidad del checklist.

361. BROTES HOSPITALARIOS POR SARS-CoV-2 ¿SON IGUALES QUE OTROS BROTES?

Carmen Valero Ubierna, Inmaculada Guerrero Fernández de Alba, Eva Soler Iborde, Silvia Martínez Diz, Raquel Padilla Matas, Mario Rivera Izquierdo, Javier Pérez de Rojas, Miguel Ángel Fernández García, Javier Baca Hidalgo y Dolores Martínez Bellón

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Brotes. Profesionales sanitarios. Transmisión.

Introducción y objetivos: Durante la segunda y tercera ola de pandemia han coexistido en los hospitales pacientes ingresados en salas específicas de infección por coronavirus y pacientes con otras patologías. De forma rutinaria se realiza a los pacientes una PCR previa al ingreso para su correcta ubicación. Los pacientes con PCR negativa y con sospecha clínica ingresan en habitaciones de "sospecha" en sala para pacientes con SARS-CoV-2 hasta definirse su situación.

El objetivo de este estudio es caracterizar los brotes por SARS-CoV-2, determinar su origen y proponer mejoras.

Material y métodos: Se identificaron y caracterizaron todos los brotes de COVID-19 de nuestro hospital desde 26/09/20 hasta 05/02/21. Se consideró brote si se detectan 3 o más casos confirmados por laboratorio con vínculo epidemiológico. Los brotes se registraron en la aplicación Red Alerta del Sistema de Vigilancia de Salud Pública. Todos los casos fueron evaluados mediante vigilancia activa, búsqueda retrospectiva y medidas de prevención adoptadas por el grupo de Mejora de Gestión de Brotes.

Resultados: Se detectaron 12 brotes con 142 afectados, con una media de 11,5 afectados por brote R (3-30). El 75% de los brotes y el 82% de los afectados se produjeron en la segunda ola. El 68,3% fueron mujeres, un 44,3% pacientes y un 45,4% sanitarios. Tres de los brotes fueron únicamente entre profesionales, el resto fueron tanto de pacientes como de profesionales y familiares. Un profesional precisó ingreso hospitalario. Se definen tres vías de transmisión que actúan simultáneamente en el brote: paciente que ingresa en período de incubación, familiares sintomáticos o en período de incubación y profesionales que viven en un entorno no confinado y que comparten zonas comunes sin protección adecuada. Según avanzó la segunda ola se tomaron medidas más restrictivas respecto a familiares de pacientes ingresados y realización de PCR a los 5 días de ingreso. Ello, junto con el inicio de la vacunación de profesionales, supuso una disminución de los brotes y de los afectados por brote.

Conclusiones: Se han producido brotes solo de profesionales y brotes mixtos (profesionales, pacientes y familiares). Existen microbrotes dentro de brotes más grandes. Controlar las tres vías principales de transmisión, entre las que se incluye la vacunación del personal sanitario, ha sido la manera más eficaz de reducir el número de brotes y de afectados.

366. INFECCIÓN POR CORONAVIRUS EN SANITARIOS VACUNADOS CON UNA DOSIS DE COMIRNATY®

Eva Soler Iborde, Mario Rivera Izquierdo, Javier Pérez de Rojas, Soledad Gutiérrez Linares, Miguel Ángel Fernández García, Carmen Valero Ubierna, Inmaculada Guerrero Fernández de Alba, María Dolores Martínez Bellón, Silvia Martínez Diz y Javier Baca Hidalgo

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Vacuna. Infección. Sanitarios.

Introducción y objetivos: El programa de vacunación frente a COVID-19 en Andalucía comenzó el 27 de diciembre de 2020. Desde entonces se han administrado más de 7.500 dosis de la vacuna Comirnaty® en los trabajadores del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Algunos de ellos se contagiaron tras recibir la primera dosis de la vacuna. El objetivo del estudio es comprobar las diferencias en la evolución de la infección por coronavirus en los trabajadores vacunados con una dosis de la vacuna respecto a los que no recibieron ninguna dosis en el mismo período.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo. Se desarrolló un registro de los trabajadores del Hospital Universitario San Cecilio de Granada con infección confirmada por PCR desde el 27 de diciembre de 2020 (fecha de inicio de vacunación) hasta el 8 de febrero de 2021 incluido. Se registraron el número de dosis de la vacuna Comirnaty® recibidas por cada trabajador, así como los síntomas y el tiempo que tardó en resolver la infección, medida mediante PCR negativa o PCR positiva con CT alto e IgG positiva.

Resultados: Desde el inicio de la vacunación frente a COVID-19 el 27 de diciembre de 2020 hasta el 10 de febrero de 2021, hubo 136 casos de contagio por SARS-CoV-2. El 39,7% de los casos (54 trabajadores) había recibido una dosis de la vacuna. El tiempo de media en resolver

la infección fue menor respecto a los casos sin vacuna. La intensidad de los síntomas en los vacunados fue más baja respecto a los que no se habían vacunado. Ninguno de ellos precisó ingreso hospitalario.

Conclusiones: Una dosis de la vacuna de Comirnaty® no es suficiente en todos los casos para evitar la infección por SARS-CoV-2, como refleja su ficha técnica, aunque puede hacer que la evolución de la enfermedad sea más breve y que los síntomas sean más leves en comparación con las personas que no han recibido ninguna dosis de la vacuna.

370. UTILIZACIÓN DE UN SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DURANTE LA PANDEMIA

Javier Baca Hidalgo, Raquel Padilla Matas, Soledad Gutiérrez Linares, Dolores Martínez Bellón, Recaredo Torres Ruiz, María Jose Ocaña Romera y María Victoria Sánchez Moreno

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Especialización Enfermería. Saturación. Preventiva.

Introducción: Durante la pandemia de COVID-19, los servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública hospitalarios han incrementado sustancialmente su actividad para atender a las necesidades propias de la pandemia (realización de pruebas, seguimiento, indicación de medidas, comunicación de resultados, organización de vacunas, etc.). Dicho incremento en la demanda ha provocado en ciertas ocasiones la saturación de los servicios y ha aumentado las necesidades y la carga de trabajo del personal de enfermería. El objetivo de este estudio fue cuantificar y evaluar dicha carga asistencial durante 10 meses de la pandemia.

Material y métodos: Desde el 1 de abril de 2020 se implementó una recogida sistemática de las pruebas en el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública en una hoja de cálculo previamente diseñada. Nuestro servicio realizó un total de 3,045 pruebas PCR a profesionales. Se recogieron las variables sexo, edad, categoría profesional, servicio de procedencia, fechas y resultados. El 1 de febrero de 2021, tras 10 meses, se decidió cuantificar y analizar dicha información.

Resultados: En 10 meses se han realizado un total de 4.664 PCR a un total de 3.045 profesionales, a una media de 20 PCR por día trabajado (desde 3,5 diarias en el mes de junio hasta 29 diarias en el mes de septiembre). El máximo alcanzado fue de 106 PCR al día. Se realizaron 2.235 serologías desde el 03/08/20 (fecha de la primera serología realizada) hasta el 01/02/21. La edad media de los trabajadores atendidos fue 44,1 años, con un 73,9% de mujeres. El total de PCR con prueba positiva fue 1.060 (34,81% del total).

Conclusiones: La carga asistencial de los servicios hospitalarios de Medicina Preventiva y Salud Pública se ha visto incrementada durante los meses de la pandemia. Si atendemos únicamente a la realización de PCR y serologías para SARS-CoV-2, la demanda ha sido desbordante, especialmente para el personal de enfermería. Sería razonable proponer la especialidad de medicina preventiva y salud pública en el ámbito de la enfermería, dadas las características especiales de este servicio para nuestro personal.

372. ¿QUÉ HA OCURRIDO CON LOS SANITARIOS QUE TUVIERON COVID DURANTE LA PRIMERA OLA?

Mario Rivera Izquierdo, Javier Pérez de Rojas, Divina Tatiana Martín Romero, Carmen Valero Ubierna, Silvia Martínez Diz, Miguel Ángel Fernández García, Francisco José Guerrero García, Inmaculada Guerrero-Fernández de Alba, Eva Soler Iborte y Soledad Gutiérrez Linares

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Primera ola. Vacunación. Profesionales sanitarios.

Objetivos: Durante la llamada “primera ola” de COVID-19, el 22,9% de los casos registrados en España ocurrieron en profesionales sanitarios. Desde entonces, se ha investigado con gran interés la duración de la protección inmunológica, datos que aún no se conocen en profundidad. El objetivo de este estudio fue evaluar la evolución serológica de los profesionales sanitarios afectados durante la primera ola en nuestro hospital y las actitudes respecto a la vacunación de gripe y COVID-19.

Material y métodos: Se realizó un registro de todos los trabajadores del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada con infección confirmada mediante PCR desde el 11 de marzo de 2020 (fecha del primer caso identificado) hasta el 4 de mayo de 2020 (fecha del último caso identificado durante la primera ola). Se realizó seguimiento mediante registros clínicos hasta el día 10 de febrero de 2021, incluyendo datos de laboratorio (serologías), y registros vacunales. Se diseñó una base de datos anonimizada y se realizó un análisis estadístico bivalente mediante el software SPSS® versión 23.0.

Resultados: Se identificó a un total de 143 profesionales con PCR confirmada durante la primera ola. La edad media fue de 46 años ($s = 12,1$), con un 63% de mujeres. Un total de 137 (95,8%) mostraron IgG positiva durante los dos primeros meses tras el inicio de síntomas. De ellos, 8 (5,8%) negativizaron la IgG durante los meses posteriores, con un tiempo mediano de 146 días (RIC: 87-184) desde la primera serología positiva hasta la negativización. El resto, mantuvo IgG positiva persistente, con un tiempo mediano de 208 días (RIC: 139-244). Del total de la muestra, 80 (55,9%) se vacunaron de gripe, respecto a 45 (31,5%) que se habían vacunado el año previo. Un total de 111 trabajadores (77,6%) aceptaron la vacunación frente a COVID-19, respecto al 85% de todo el hospital. Se encontró asociación entre la vacunación de COVID-19 y de gripe ($p < 0,001$). La frecuencia de sintomatología tras la vacuna fue baja (9,8%).

Conclusiones: Los profesionales sanitarios infectados durante la primera ola mostraron alta frecuencia y duración de serología IgG positiva. Futuros estudios deberán analizar si esta serología supone protección efectiva frente a reinfecciones. Los sanitarios infectados tuvieron menores frecuencias de vacunación voluntaria por COVID-19 que la media de profesionales de todo el hospital. Es necesario intensificar la campaña de vacunación entre los sanitarios infectados durante la primera ola.

420. INCUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN EN EL ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE

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

SACYL, Valladolid, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Cuarentena. Aislamiento.

Introducción: En Castilla y León se estableció un régimen sancionador para la evasión de las medidas de contención relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2 mediante el Decreto-Ley 7/2020, de 23 de julio, señalando en el artículo 4 como infracción grave el incumplimiento del deber de aislamiento domiciliario acordado por la autoridad sanitaria, e indicando en el artículo 3 como infracción muy grave el incumplimiento acreditado y reiterado. Con el fin de cumplir el reglamento y velar por la Salud Pública (SP), los rastreadores del Área de Salud Valladolid Oeste (ASVO) notifican diariamente todas aquellas sospechas de incumplimiento para combatir la expansión de la Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de pacientes con sospecha de incumplimiento. Determinar la incidencia de notificaciones de sospecha por zonas básicas de salud (ZBS).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal de pacientes filiados con sospecha de incumplimiento del 13/09/20 al 29/01/21. Análisis estadístico mediante Excel 2019. Variables: fecha notificación, ZBS, código paciente, motivo aislamiento, edad y sexo. Criterios de inclusión: contactos estrechos, casos sospechosos o confirmados del ASVO con contacto telefónico fallido, o en su defecto, con sospecha de ruptura de las medidas de aislamiento domiciliario. Criterios de exclusión: pacientes hospitalizados.

Resultados: Se filiaron 228 sospechas de incumplimiento en 12 de las 17 (70,59%) ZBS del ASVO, destacando Delicias II (18,42%), Parquesol y Plaza del Ejército (17,98%). Se registraron 220 infracciones graves y 8 muy graves (4 contactos estrechos convertidos en casos confirmados con omisión reiterada del deber de cuarentena). Se identificaron un 65,64% de contactos estrechos y un 33,48% de casos confirmados. El 55,09% son varones, con edad media (IC95%) de 41,80 ± 2,53 años y el 44,91% mujeres con edad media de 41,35 ± 2,62 años.

Conclusiones: El rastreo de contactos estrechos y las medidas de aislamiento domiciliario son puntos clave, entre otros, para frenar la propagación del SARS-CoV-2. Por ello, los rastreadores deben contar con un marco de actuación sin dilación burocrática que permita a las autoridades aplicar un régimen sancionador de forma precoz a aquella población que pueda comprometer la SP, sirviendo además como medida disuasoria para aquellos que manifiesten rechazo a las medidas de contención contempladas en la vigente estrategia contra la COVID-19.

438. PROYECTO MUNICIPAL INFORMADORES COVID-19 TRAS PRIMERA OLA EN MUNICIPIO DE MADRID

Julian Alexander Portocarrero Núñez,

Alexandra Jiménez Rodríguez, Ángel García García,

Juan Azorín Serrano, Iciar Claudio Domínguez,

María Victoria Gainzarain Armentia

y María Victoria Meléndez Agudín

Concejala de Servicios Sociales y Salud Pública, Ayuntamiento de Alcorcón, Madrid, España.

Palabras clave: Promoción COVID-19. Educación para la salud. Estrategia municipal de salud.

Introducción: Alcorcón es un municipio de 170.000 habitantes, 8 zonas básicas sanitarias (ZBS), y de los más afectados por COVID-19 en Madrid. Tras primera ola, se elaboró Plan de Contingencia Municipal para abordar posibles nuevos escenarios. Un punto fue formar un equipo de informadores COVID-19 para: 1) distribuirse en el municipio y asesorar a población de forma directa y no coercitiva, 2) recoger observaciones propias y preocupaciones de la población, y 3) participar en campañas.

Material y métodos: 12 informadores recibieron formación inicial y periódica en COVID-19: prevención, normativa, población vulnerable, síntomas y contacto estrecho, restricciones, campañas de test masivos y de vacunación, bulos, reapertura de colegios y habilidades comunicativas. La distribución se determinó a partir del Informe Epidemiológico Municipal, enfatizando ZBS de mayor incidencia y puntos sensibles: centro, parques, calles concurridas, mercadillos, colegios. Realizaron registro diario, y reuniones semanales con Salud Pública Municipal para retroalimentación.

Resultados: Iniciaron actividades en agosto 2020 y continúan actualmente, adaptándose a los cambios en la situación epidémica, destacando: 1. Información en calle, entre septiembre-diciembre 2020 asesoraron a más de 5.000 personas, 60 por día. 2. Distribución de carteles informativos en calles y establecimientos. 3. Apoyo al Plan de Contingencia a partir de sus observaciones y las preocupaciones recogidas, para optimizar de forma dirigida campañas de ins-

pección, de limpieza de calles, de análisis de movilidad para disminuir aglomeraciones y acciones desde Servicios Sociales. 4. Gestión de una nueva Oficina de Atención a personas afectadas por el confinamiento. 5. Participación en campañas: formación en centros educativos, test de antígenos de la Comunidad de Madrid, vacunación gripe. Además, su presencia en calle facilitó la aceptación y seguimiento de las medidas.

Conclusiones: Los informadores realizan una triple función valiosa por estar a nivel de calle y en contacto con la población: 1) asesorar, tranquilizar y actuar como refuerzo positivo, mejorando la disposición a acatar medidas, 2) retroalimentar al Ayuntamiento a partir de sus observaciones y las preocupaciones recogidas, permitiendo direccionar actuaciones y 3) participar en acciones concretas y adaptadas. Impulsar y ampliar el papel de Salud Pública en los ayuntamientos ofrece un valor agregado útil para el manejo de la pandemia.

506. HOSPITALIZACIÓN POR COVID-19: ¿DIFERENTES RESULTADOS EN SALUD SEGÚN EL GRUPO SOCIAL?

Cristina Giménez Lozano y Ulises López González

Hospital Doctor Peset, Valencia, España.

Palabras clave: Determinantes sociales. COVID-19.

Introducción: Algunos grupos sociales tienen peores resultados en salud producto de una mayor exposición a factores de riesgo y a las dificultades en el acceso al sistema sanitario, entre otros motivos. La pandemia por SARS-CoV-2 puede estar exacerbando esta situación.

Objetivos: Determinar si la pertenencia a determinados grupos (inmigrantes, personas dependientes, con problemas de salud mental o trabajadores sanitarios) influye en el acceso al sistema sanitario y la gravedad de los casos hospitalizados por COVID-19.

Material y métodos: Se han revisado las historias clínicas de los ingresos entre marzo y septiembre de 2020 en el Hospital Peset por COVID-19 con confirmación microbiológica. Las variables explicativas fueron el origen extracomunitario (EC), la dependencia, los antecedentes de salud mental (SM) y ser trabajador sanitario. Las variables dependientes fueron el acceso al sistema sanitario (demora diagnóstica y de hospitalización) y la gravedad del episodio (estancia hospitalaria, ingreso en UCI y exitus). Las diferencias se analizaron mediante la prueba de Mann-Whitney y Ji cuadrado. Se realizó un análisis multivariante para determinar si la pertenencia a algún grupo se relacionó de forma independiente a mayor estancia hospitalaria o demora diagnóstica/hospitalización (regresión lineal múltiple) o a mayor probabilidad de ingreso en UCI o exitus (regresión logística), ajustando por edad y sexo.

Resultados: Se incluyeron 524 pacientes, de los cuales 17,6% fueron EC, un 13% presentó algún tipo de dependencia, 14,3% tuvo algún diagnóstico de SM y 7,6% fueron sanitarios. En cuanto al acceso al sistema sanitario, el origen EC y la dependencia se asociaron de forma independiente a una menor demora diagnóstica (3 y 2,8 días, $p < 0,01$), mientras que el antecedente de SM se asoció a una mayor demora diagnóstica (2,6 días, $p < 0,01$). De igual modo, los pacientes EC y dependientes presentaron menor demora de hospitalización (1,6 y 3,2 días, $p < 0,05$), y los pacientes con antecedentes de SM una demora mayor (2,1 días, $p < 0,01$). No se encontraron asociaciones significativas entre la estancia, ingreso en UCI ni probabilidad de exitus y la pertenencia a ninguno de los grupos estudiados.

Conclusiones: Los determinantes sociales evaluados no parecen influir en la gravedad, mientras que podrían estar influyendo en el acceso al sistema sanitario con una mayor demora diagnóstica y de hospitalización en los pacientes con problemas de salud mental.

508. ACEPTABILIDAD DE LA VACUNA Y PERCEPCIÓN DE GRAVEDAD DE COVID-19 EN GRUPOS DE RIESGO

Naiara Parraza Diez¹, Antxon Apiñaniz Fernández de Larrinoa^{1,2,3}, Raquel Cobos Campos¹, Cristina Bermúdez Ampudia¹, Inés Garmendia Navarro^{4,1}, Elena Ojeda Ruiz^{5,1}, Jose Joaquín Portu Zapirain^{6,3}, Ignacio Garitano Gutiérrez⁶ y María Robledo Iñarritu⁶

¹Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba, Vitoria-Gasteiz, España. ²Osakidetza Servicio Vasco de Salud. Centro de Salud Arambizkarra I, Vitoria-Gasteiz, España. ³Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Vitoria-Gasteiz, España. ⁴Departamento de Salud. Eusko Jarlaritza, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, España. ⁵Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid, España. ⁶Osakidetza Servicio Vasco de Salud. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, España.

Palabras clave: Gripe. Vacuna. COVID-19.

Objetivos: Determinar la intención de vacunarse contra COVID-19 así como los conocimientos y la percepción que tienen de la gravedad de la enfermedad tanto en la población como en los profesionales sanitarios.

Material y métodos: Estudio transversal iniciado la semana antes de llegar las primeras vacunas. Dos fuentes de datos: encuesta telefónica a una muestra de sujetos con criterios para vacunarse de gripe en 2019 y formulario electrónico a profesionales sanitarios OSI Araba (organización sanitaria integrada de Álava, que incluye atención primaria y hospital). En ambos colectivos se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de los que se querían vacunar y de los que perciben la infección por COVID-19 como un riesgo alto para la vida.

Resultados: Contestaron al cuestionario el 48% (n = 248) de las 518 personas contactadas y se obtuvieron 316 respuestas de profesionales (199 médicos o enfermeras y 117 otros profesionales). El 92% (n = 228) de la población de riesgo y el 81% (n = 256) de la población sanitaria se vacunaría si la vacuna fuese gratis (p = 0,041). En caso de pertenecer a alguno de los grupos de riesgo se vacunaría el 90% (n = 223) de la población y el 81% (n = 257) de los sanitarios (p = 0,235). El porcentaje de indecisos entre la población es del 4-6%, frente al 10-12% de los profesionales sanitarios. El 86% de los profesionales de OSI Araba y el 83% de la población de riesgo cree que la COVID-19 puede causar efectos graves e irreversibles en la población general. El 61% de los profesionales y el 42% de la población cree que tiene un riesgo alto de padecer COVID-19. El 69% de los profesionales y el 63% de la población cree que COVID-19 puede hacer mucho más daño respecto a la gripe estacional.

Conclusiones: Al inicio de la campaña de vacunación, la mayoría de la población de riesgo tiene intención de vacunarse contra COVID-19. La proporción es similar a la del colectivo de profesionales sanitarios.

532. CONTACTOS ESTRECHOS EN EL ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE

Daniel Arévalo Sillero, María Fernández Díez y Aurora Sacristán Salgado

SACYL, Valladolid, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Contacto estrecho. Caso índice.

Introducción: Se define como contacto estrecho aquel paciente que cumple con los siguientes criterios: haber proporcionado cuidados a un caso confirmado mediante determinación Polymerase Chain Reaction (PCR) y/o haber existido exposición o manipulación de sus muestras biológicas sin un uso adecuado de las medidas de protección; y/o haber estado expuesto compartiendo espacio físico con un caso confirmado, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas.

Objetivos: Determinar la incidencia de contactos estrechos en el Área de Salud Valladolid Oeste (ASVO). Identificar las características epidemiológicas del contacto estrecho: ámbito de exposición y relación con el caso índice.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional transversal de 8134 contactos estrechos vinculados a 2.335 casos en el ASVO entre el 08/05/20 y el 18/09/20. Análisis estadístico mediante Excel 2019. Variables de caso: entidad notificadora (centro de salud), fecha de notificación, código identificador (CIPA y DNI encriptados), fecha de inicio de clínica y fecha de prueba diagnóstica positiva. Variables de contacto estrecho: código identificador (DNI encriptado), fecha de inicio de seguimiento, ámbito de exposición (domicilio, incluyendo institucionalizados; social, laboral, escolar, otros y desconocido) y relación del contacto con el caso índice (familiar con parentesco de cualquier grado, amistosa, otros y desconocido).

Resultados: Se observa una incidencia máxima de 374 contactos vinculados a 130 casos el 27/08/20. Por relación del contacto estrecho con el caso índice predomina: familiar con 4542 pacientes (55,84%) y amistosa con 2.217 (27,26%). Respecto al ámbito de exposición más frecuente: domicilio con 3.340 pacientes (41,06%), social con 3.172 pacientes (39,00%) y laboral con 621 pacientes (7,63%). La ratio contactos por caso índice con los datos disponibles es de 3,48.

Conclusiones: Los datos muestran un incremento gradual de la detección de casos y contactos durante la finalización del periodo estival. La progresión de incidencia en forma de dientes de sierra es debido a que hasta octubre no se comenzaron a realizar pruebas de determinación (PCR y antígenos rápidos) los fines de semana en los Puntos de Atención Continuada (PAC). Cobra especial importancia señalar la elevada incidencia de exposición en el ámbito doméstico entre familiares.

538. COBERTURA VACUNAL ANTI SARS-CoV-2 EN UNA RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES

Daniel Arévalo Sillero, Irene de Castro Salamanca y María Fernández Díez

SACYL, Valladolid, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Vacuna. Residencia.

Introducción: En la estrategia de vacunación frente al SARS-CoV-2 se describe como grupo de población a vacunar en la primera etapa a institucionalizados, personal sanitario, sociosanitario y otros trabajadores no vinculados a la asistencia en Residencias de Personas Mayores (RPM). Tras la autorización de comercialización y administración de la primera vacuna ARNm en España, se comenzó su aplicación en el grupo prioritario con una pauta de 2 dosis con un intervalo de 21 días. Los efectos adversos (EA) más frecuentes descritos en la ficha técnica son dolor e inflamación del lugar de inyección, fatiga, cefalea, mialgias/escalofríos, artralgias y fiebre, más frecuentes tras la segunda dosis y desapareciendo en pocos días.

Objetivos: Determinar la cobertura anti-SARS-CoV-2 en institucionalizados y trabajadores de una RPM con la vacuna ARNm. Determinar la incidencia de efectos adversos (EA) tras la 1ª y 2ª dosis en los 3 días posteriores a la administración. Describir los EA notificados más frecuentes.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo longitudinal de la cobertura anti-SARS-CoV-2 en una RPM que consta de 104 institucionalizados y 165 trabajadores, realizado entre el 05/01/21 y el 28/01/21. Análisis estadístico mediante Excel 2019. Variables estudiadas: fecha, sexo, consentimiento, perfil del candidato (institucionalizado/trabajador), otras circunstancias para no vacunación y EA. Limitaciones: el deterioro cognitivo de algunos pacientes institucionalizados dificulta la expresión de sintomatología, en estos casos se dispone exclusivamente de los signos detectados por los profesionales.

Resultados: Tiempo medio transcurrido entre 1ª y 2ª dosis 21,65 ± 0,68 días. Consintió la vacunación el 97,11% de los institucionalizados y el 84,24% de los trabajadores. Un 0,08% de cada grupo se replanteó la negativa y se vacunó en la siguiente tanda. Se suspendió y aplazó 1ª o 2ª dosis en un 0,04% de los trabajadores por otras circunstancias (ej.: procesos infecciosos). El 30,92% y el 16,51% de los trabajadores y residentes sufrieron EA. Del total de EA registrados, el 60,00% se correspondió con la 2ª dosis. Los EA predominantes fueron: febrícula (18,18%), braquialgia (17,05%) y astenia (14,77%).

Conclusiones: La vacuna ARNm administrada fue bien tolerada tanto en residentes como en trabajadores mostrando una elevada cobertura, con la aparición de EA leves que están descritos en la ficha técnica como muy frecuentes (> 1/10) y que fueron más evidentes tras la segunda dosis.

634. ANÁLISIS DE LAS ALTAS POR COVID-19 EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Elisa Gallego Ruiz de Elvira, Jesús Francisco León Hernández, María Victoria Caballero Martínez, Pedro Romera Garrido, Gloria Casas González, Gloria Pulido Sánchez, Inmaculada García Jabalera, Mirian Vázquez Martín Lorente, Miguel Ángel Flores Terry y Lourdes López Camacho

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Palabras clave: COVID-19. Ciudad Real. Letalidad.

Introducción: A fecha 12 de febrero del 2021 se han notificado en Castilla-La Mancha 163.937 casos confirmados de COVID-19, de los cuales han ingresado 17.054 y fallecido 5.380. El Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) cuenta con 559 camas y da cobertura a una población de 192.367 habitantes, siendo centro de referencia provincial y autonómica para algunas especialidades. El objetivo de este estudio fue describir las altas y exitus de los ingresos por COVID-19 en el HGUCR.

Material y métodos: Análisis descriptivo de las altas y exitus de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en el HGUCR entre el 10 de marzo de 2020 y el 8 de febrero 2021. Los porcentajes de altas y exitus se calcularon sobre el total de casos hospitalizados. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica de todos los pacientes con diagnóstico confirmado de infección por SARS-CoV-2 que fueron hospitalizados durante el periodo mencionado.

Resultados: Se identificaron 2.494 ingresos confirmados por una PDIA para SARS-CoV-2 (hombres: 52,77%; mujeres: 47,23%). La media de edad en hombres fue de 68,19 (DE: 16,78) y en mujeres de 71,62 (DE: 17,13), siendo las diferencias entre sexos ($p < 0,001$). Del total de ingresos, 2.077 (83,28%) fueron altas y 417 (16,72%) exitus. El 83,05% de las altas a domicilio fueron hombres y el 83,53% mujeres. En ambos sexos el grupo de edad donde se registraron la mayoría de las altas fue el de 80-89 años. Un 3,89% de las hospitalizaciones fueron reingresos, 53,61% fueron hombres y 46,39% mujeres. Del total de fallecimientos registrados, 53,48% fueron hombres y 47,38% mujeres ($p > 0,05$). Sí se encontraron diferencias por grupos de edad, siendo el de 80-89 años el de más fallecidos, seguido por el de 70-79. La letalidad global fue de 16,72% (16,95% hombres; 16,47% mujeres), no habiendo diferencias significativas entre sexos. No se encontraron diferencias entre aquellos pacientes que ingresaron una vez y los que reingresaron (16,81% y 14,43% respectivamente). La letalidad en los mayores de 79 años fue de 26,53% (28,82% hombres; 24,64% mujeres) Se observaron diferencias significativas entre sexos en el grupo de edad de 50-59 años (9,80% hombres; 2,17% mujeres), $p < 0,006$.

Conclusiones: La media de edad de los pacientes ingresados fue mayor en hombres que en mujeres. Se observó una mayor mortalidad en hombres respecto a mujeres en el grupo de edad de 50-59 años. El

porcentaje de defunciones aumentó con la con la edad, alcanzando un 26,5% en mayores de 79 años.

654. EL IMPACTO EMOCIONAL EN ENFERMERAS DE PRIMERA LÍNEA EN LA COVID-19

Ana Castellot Abril y Beatriz Castellot Abril

Hospital, Valencia, España.

Palabras clave: Estrés. Miedo. Fatiga.

El SARS-CoV-2 es un virus que ha provocado una pandemia a nivel mundial la cual ha evolucionado muy rápidamente ocasionando miles de afectados y numerosas muertes. En España, a fecha 11 de febrero de 2021 se recoge una cifra de 3.041.454 infectados confirmados por coronavirus. Los profesionales de enfermería situados en primera línea de atención a los pacientes afectados por la COVID-19 muestran altos niveles de ansiedad, estrés, miedo y cansancio físico debido a la falta de protocolos de actuación al inicio de la pandemia, la necesidad de equipos de protección individual, aumento en la carga de trabajo y turnos laborales extra, así como el hecho de sentir impotencia al presenciar defunciones de sus usuarios todos los días sin poder evitarlo. El objetivo del estudio implica conocer el impacto psicológico que está teniendo la pandemia por COVID-19 entre el personal de enfermería que se encuentra en primera línea atendiendo a pacientes infectados con SARS-CoV-2 y la repercusión que tiene en su profesión. Para ello, se realiza una búsqueda bibliográfica para comparar los resultados del estudio con otras investigaciones. Se administra un cuestionario de preguntas cerradas tipo Sí/No a 25 enfermeras elegidas aleatoriamente las cuales trabajan con pacientes SARS-CoV-2 positivos de diferentes servicios dentro de un hospital de nivel terciario (unidad de cuidados intensivos, urgencias y salas COVID-19). El impacto emocional causado en los profesionales de enfermería que se encuentran al cuidado de pacientes SARS-CoV-2 positivos, tras más de 10 meses de lucha, está siendo crítico. Más de un 90% de las enfermeras del presente estudio padecen estrés, cansancio físico y muestran miedo al contagio a sus familiares, independientemente de su edad. Se precisa de una valoración psicológica al colectivo para poder disminuir dichos factores, puesto que pueden suponer una problemática en sus jornadas laborales debido a la fatiga, la falta de atención o la propia ansiedad que ha creado la situación actual.

702. LA HIGIENE DE MANOS EN UN CONTEXTO PANDÉMICO POR SARS-CoV-2

Juan Román Sánchez¹, Juan Francisco Monteagudo Pérez¹, Diego Sánchez Rodríguez¹, Barbara María Arana Aragón¹, Senay Rueda Nieto¹, Ascensión Sánchez Martínez², Lisa Ortín Katnich² y Shirley Beatriz Pérez Romero²

¹Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Región de Murcia, Murcia, España. ²Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, Murcia, España.

Palabras clave: Higiene de manos. COVID-19. Infección relacionada con la asistencia sanitaria.

Introducción: La higiene de manos (HM) es la medida individual más eficaz para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, según la OMS y el CDC. Su cumplimiento por parte de los profesionales sanitarios no es homogéneo entre regiones, y en ocasiones existe oportunidad de mejora.

Objetivos: Comparar la adherencia de los trabajadores sanitarios a la higiene de manos, en un contexto pandémico por SARS-CoV-2 con resultados anteriores a la pandemia.

Material y métodos: Análisis descriptivo del cumplimiento de HM en los años 2019 y 2020. Las categorías profesionales analizadas

fueron médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y otros (limpiadoras, celadores, técnico rayos, asistente capilla). Se emplearon 7 indicadores, y se obtuvieron 187 observaciones de HM en diciembre 2020 en zonas sin pacientes COVID-19 positivos de nuestro hospital, comparándose con 312 observaciones recogidas en octubre de 2019.

Resultados: En el año 2020, la HM se realizó en el 55,4% de ocasiones, su “técnica” se realizó correctamente en un 74,8% de las veces que se realizó. Las “manos libres” se encontraron en un 64,5% de ocasiones. Con respecto al “indicador global de higiene de manos correcta”, éste se alcanzó en un 30,6% de oportunidades. En el año 2019 se realizó HM en el 55,8% de las ocasiones, la “técnica” se realizó correctamente el 42% de las veces. Las “manos libres” se observaron en el 43,6% de ocasiones, y el “indicador global HM correcta” se obtuvo en un 15,5% de oportunidades.

Conclusiones: La adherencia a la HM se mantiene estable en nuestro centro con respecto al año anterior. Sin embargo, los profesionales han mejorado sustancialmente tanto la técnica de HM, aumentando su correcta aplicación en un 78% comparado con 2019, como el indicador manos libres, disminuyendo en 2020 la presencia de anillos, pulseras o relojes, y uñas pintadas en un 47,9% respecto al año anterior. Por último, en el indicador global de HM correcta, que indica tanto “manos libres” como “técnica correcta” se obtiene una mejoría en 2020 del 97,4% en comparación con el resultado del año 2019. Podemos concluir que el contexto pandémico no parece mejorar la adherencia a la HM, pero sí hay mejoría en la técnica de HM cuando ésta se realiza. Además, unido a la disminución de accesorios en las manos de los profesionales sanitarios durante su trabajo, aumenta la calidad asistencial en los pacientes.

737. ESTUDIO PROSPECTIVO: PREDICTORES DE MORTALIDAD EN INGRESADOS POR COVID-19

Jessica Mariana Lorenzo Coronado¹, Josep Sebastia Rebull Fatsini¹, Marie France Doménech Spanedda¹, Immaculada Menasanch Martí¹, Elvira Solé Gendre¹, María Mar Olga Pérez Moreno², Amat Joaquim Orti Llaveria³, Immaculada Salvador Adell⁴, Nativitat Cañellas Reverte³ y Gaspar Masdeu Eixarch⁵

¹Servicio de Medicina Preventiva; ²Laboratorio Microbiología; ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Neumología; ⁵Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Virgen de la Cinta, Tortosa, España.

Palabras clave: COVID-19. Mortalidad. Factores pronósticos.

Introducción y objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas de pacientes ingresados por COVID-19. Determinar los factores predictivos de mortalidad intrahospitalaria en estos.

Material y métodos: Estudio prospectivo, cohorte, sin grupo control, incluyó a pacientes con COVID-19 ingresados en un hospital de referencia de 181.000 hab. De marzo de 2020 a enero de 2021. Se analizaron los factores de riesgo asociados a la mortalidad intrahospitalaria, mediante modelo de regresión logística (RL) multivariante, siendo exitus la variable resultado. En la (RL) se evaluó el efecto de la edad, sexo, neumonía, radiología, comorbilidades, VM y días con VM, ingreso en UCI y días de ingreso, con la mortalidad. Se utilizó como criterio de entrada $p < 0,05$ y la producción $p > 0,1$, método adelante RV. La varianza se evaluó utilizando cuadrado R de Nagelkerke. Se establece $p < 0,05$ el nivel de significación. Se calculó para las variables que predicen el modelo, Odds ratio (OR) y su intervalo de confianza. Se utilizó SPSS Versión 23.

Resultados: 408 pacientes seguidos (edad media 63,2 años [DE 17,8]); 5% menos de 30 años y 2,5% menos de 15; 60,3% hombres. Mortalidad 11,8% (48), mortalidad 30-40 años 3,2% (1) y más de 65 años 18,6% (40) $p < 0,001$. El 73% (299) presentó neumonía; 23,3% (95) ingresó UMI y 15% (61) necesitó ventilación mecánica (VM). Mortalidad en UMI, 16,8% ($p < 0,07$). El 2,2% (9) fue personal sanitario. 77% tenía

comorbilidades: HTA con otras comorbilidades 38,3%, obesidad (9,6%), diabetes (8,4%), cardiopatía (6,1%); el embarazo el 1,2%. Los fallecidos tenían más edad (74,9 vs 61,6 años) $p < 0,01$, hipertensión arterial (27,1% vs 26,9%), Fr cardiovasculares (12,5% vs 5,3%), $p < 0,01$, enfermedad de vías respiratorias (6,3% vs 3,6%). La (RL) multivariante fue estadísticamente significativa; $\chi^2 = 73,7$ $p < 0,005$. El modelo explica el 32% de la varianza en la mortalidad y clasifica correctamente 87% de los casos. Se asociaron significativamente a riesgo de muerte la edad OR 1,09 [1,039-1,155]; días de (VM) > 14 días OR 4,0 [IC1, 45-10,98], la Rx con infiltrados alveolares bilaterales (OR 2,55 [IC-1,16-5,74]; mayor riesgo en hombres OR 1,39; comorbilidad con más de dos factores riesgo OR 2,28 ambos no significativos.

Conclusiones: La edad, patrón radiológico de infiltrados bilaterales, (VM) más de 14 días son predictores de mortalidad de esta enfermedad en nuestro estudio, no así el ingreso en UCI. La Mortalidad 11,8% es inferior a otros estudios.

744. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A COVID-19 EN PERSONAL SANITARIO HOSPITAL GÓMEZ ULLA

María Julia Ajejas Bazán^{1,2}, Carlos Fuentes Mora³, Lucía Elena Ballester Orcañal³, Luis Herrero Pérez⁴, Julia Wörnberg^{5,6} y Napoleón Pérez Farinós^{6,7}

¹Ministerio de Defensa. Escuela Militar de Sanidad, Madrid, España. ²Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. ³Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España. ⁴Dirección General de Personal, Subdirección de Planificación y Costes de Recursos Humanos, Ministerio de Defensa, Madrid, España. ⁵Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga. Málaga, España. ⁶Instituto de Investigación Biomédica de Málaga, Málaga, España. ⁷Departamento de Salud Pública y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga, España.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Prevalencia. Factores de riesgo.

Introducción: Un factor a tener en cuenta para el control de la transmisión de la COVID-19, es la protección del personal sanitario. Para proteger la salud del personal, es necesario conocer los factores de riesgo y la transmisión nosocomial. Los objetivos fueron describir la prevalencia de infección por COVID-19 en el personal sanitario, analizar la probabilidad de exposición a diferentes factores de riesgo de los casos frente a los controles, detallar los signos y síntomas que presentaron los casos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de casos controles durante el brote en el Hospital Gómez Ulla. La población total fue de 1.171. No se realizó ningún muestreo y se hizo extensivo al número total de individuos que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó un cuestionario ad hoc que constó de 33 ítems. Para evaluar la existencia de asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) de la variable dependiente se realizó un análisis bivariado, mediante la prueba de Ji cuadrado y t de Student. Además se calculó la odds ratio con sus intervalos de confianza al 95% mediante modelos de regresión logística.

Resultados: La prevalencia fue del 20,7%. Del total de los casos el 64,3% fueron hombres ($p < 0,05$), una media de edad de 47,1 (DT 13,3), un IMC medio de 25,3 (DT 3,8), presentando un exceso de peso el 48,2% del total. El 59,3% manifestaron grupo sanguíneo tipo “A” y un 69,2% RH positivo, el 50% fueron médicos. Además el 82,1% de los casos manifestó haber estado expuesto a pacientes COVID-19, el 64,3% estuvo expuesto al menos, durante cinco horas o más, el 77,8% de los casos trabajaron durante el turno de mañana ($p < 0,05$), con una media de horas de trabajo diario de 8,6 (1,0) y una media de días de libranza de 1,25 (0,7), el porcentaje de casos que refirieron

ron haber realizado mucho entrenamiento para manejo de EPI fue del 3,7% frente al 32,1% casos que refirió no haber hecho ningún entrenamiento. No hubo ningún caso en aquellos que manifestaron haber tenido supervisión siempre en la retirada del EPI frente al 57,7% de los casos que refirió no haber tenido supervisión nunca. El 60,7% de los casos presentó fiebre, el 50,0% tos y diarrea y el 46,4% cefalea. Solo el 14,3% de los casos presentó neumonía y dificultad respiratoria, hallándose significación cuando presentaron fiebre, dolor de garganta, neumonía, tos, diarrea y otros signos respiratorios.

763. NO DETECCIÓN DE SARS-CoV-2 EN ZONAS PÚBLICAS DE ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN DE COVID-19

Laura Gavalda Mestre¹, Dolores Ramírez Tarruella², Carme Gutiérrez Milla¹, Ferran Guillamet Roig², Rosa Orriols Ramos¹, Sonia Ragull Tisner³, Sara Quero Blanca⁴, Noemí Parraga Niño⁴

¹Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona, España.

²Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, Barcelona, España. ³Aqualab.S.L, Barcelona, España. ⁴Fundació Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol, Barcelona, España.

Palabras clave: Contaminación ambiental. Transmisión. Higiene de manos.

Objetivos: Determinar el grado de contaminación por SARS-CoV-2 en superficies de alto contacto de zonas públicas colindantes a áreas de hospitalización de COVID-19 en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: En mayo de 2020 se muestrearon las superficies de alto contacto con las manos en las zonas públicas y ascensores de 4 unidades de hospitalización de COVID-19 (2 unidades convencionales y 2 UCI). Los ítems analizados fueron: barandillas de la escalera pública, teléfonos públicos, máquinas de vending de café (botones y punto de dispensación de la bebida), lavabos públicos (pomo de puerta, dispensador de jabón, grifo y cisterna WC), contenedores de residuos y botones y superficies internas de cada cabina de ascensor. Para cada ítem se obtuvieron dos muestras: una para detección de SARS-CoV-2 mediante qPCR (Ct: 35 copias/cm²) y otra para detección de bacterias (placas de RODAC con medio TSA incubadas a 37°C durante 48 h). La contaminación bacteriana se incluyó como un indicador del grado de contacto con las manos. El muestreo se realizó tras haber transcurrido un mínimo de 4 horas desde la limpieza y en horario de mañana de un día laborable. En el momento del estudio no estaba autorizado el acceso de acompañantes al hospital.

Resultados: Se obtuvieron 92 muestras de 46 superficies diferentes. No se detectó SARS-CoV-2 en ninguna de ellas. 43 de las 46 superficies presentaron crecimiento bacteriano, de las que el 57% sobrepasaron el estándar de limpieza admitido (2,5 UFC/cm²). Los niveles bacterianos no siguieron una distribución geográfica específica. Solo 3 ítems no presentaron colonización y correspondieron al interior de los ascensores de uso exclusivo de los pacientes.

Conclusiones: La contaminación de superficies por SARS-CoV-2 en espacios públicos colindantes a las áreas de hospitalización de COVID no parece ser un problema de gran magnitud. La mayor parte de las superficies analizadas habían sido tocadas repetidamente por las manos de las personas transeúntes antes del muestreo. Los resultados pueden explicarse por la buena adherencia a la higiene de manos de los profesionales de las unidades COVID y también por el hecho de que el uso de mascarilla era obligatorio, minimizando así la contaminación viral de las superficies por gotas respiratorias de posibles portadores. Si bien se acepta la transmisión del SARS-CoV-2 por mecanismo indirecto a través de fómites, es necesario mejorar el conocimiento de dicho mecanismo en escenarios reales.

813. ANÁLISIS DE PROFESIONALES SANITARIOS CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN LA PRIMERA OLA

Javier Pérez de Rojas, Carmen Valero Ubierna, Miguel Ángel Fernández García, María Dolores Martínez Bellón, Divina Tatiana Martín Romero, Francisco José Guerrero García, Mario Rivera Izquierdo y Eva Soler Iborte

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Profesional sanitario. SARS-CoV-2. Primera ola.

Introducción y objetivos: El 14 de marzo se decretó el Estado de Alarma en España. A partir del 11 de marzo se realizaron PCR a todo profesional sanitario del HUSC que desarrollara sintomatología, que tuviera serología positiva o que fuera contacto estrecho de un caso positivo. Se pretende conocer la tasa y la evolución de profesionales sanitarios infectados durante esta primera ola.

Material y métodos: Se llevó un registro de cada profesional con PCR positiva para SARS-CoV-2 desde el 11 de marzo hasta el 4 de mayo, fecha del último caso de la primera ola, incluyendo un seguimiento clínico y serológico. Se recogen los datos de fecha de PCR positiva, negativización de PCR, servicio, categoría profesional a la que pertenecen, edad y sexo.

Resultados: El número total de profesionales infectados fue de 148, incluyendo trabajadores de empresas externas. La edad media fue de 46 años con un 63% de mujeres. Un 66% de los casos se detectaron durante el mes de marzo. Todos los casos negativizaron, requiriendo para ello entre una y 11 semanas. Entre los servicios, destacaron las salas COVID (con 24 casos), los quirófanos y salas de cirugía (19), traumatología (12), urgencias (10) y UCI (8). Puede comprobarse que, en los servicios de Cirugía, Traumatología, UCI y Cocina, la mayoría de los casos ocurrieron durante el mes de marzo, por lo que no se puede descartar la transmisión de origen comunitario. El resto de servicios mostraron una dispersión más heterogénea durante la primera ola. Se detectó un brote con probable fuente de exposición común en dos salas COVID (que afectó a 11 profesionales), y otro en los servicios de cirugía (que afectó a un total de 16 profesionales). El 33,1% de los casos fueron enfermeros, el 22,0% auxiliares y el 16,2% facultativos especialistas de área, que representa una tasa por plantilla de 4,4%, 4,1% y 4,0% respectivamente. Un 10,8% precisó ingresos hospitalarios (una media de 6,5 días de estancia) y 2 (1,4%) precisaron ingreso en UCI, con 0 casos de exitus.

Conclusiones: La tasa de profesionales con infección (3,73%) fue similar a la población general de Granada (3,3%). La tasa de ingresos hospitalarios (10,81%) fue menor que la de la población general (38%). Las categorías profesionales más afectadas fueron enfermería y técnicos auxiliares, y la tasa en unidades de alto riesgo de transmisión fueron muy bajas.

819. ¿REINFECCIÓN O COLONIZACIÓN PREVIA?

Miguel Ángel Fernández García, Eva Soler Iborte, Mario Rivera Izquierdo, Inmaculada Guerrero Fernández de Alba, Dolores Martínez Bellón, Raquel Padilla Matas, Carmen Valero Ubierna, Silvia Martínez Diz, Javier Pérez de Rojas y Divina Tatiana Martín Romero

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Reinfección. Colonización. PCR.

Introducción y objetivos: La última revisión de la "Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19" de 18/12/20 estableció que serían considerados sospechosos de reinfección aquellos casos sintomáticos o asintomáticos que hubieran tenido una infec-

ción confirmada por prueba diagnóstica de infección aguda (PDIA) de SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores a una nueva PDIA positiva. El objetivo de este estudio es describir los casos de trabajadores de nuestro hospital que cumplían dicho criterio.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva del registro de "Casos", que recoge información de los trabajadores del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada con infección confirmada mediante PDIA durante el período del 01/10/20 al 31/01/21. Esta base de datos para el seguimiento de los procesos en profesionales recoge variables tales como inicio de aislamiento, fechas de pruebas diagnósticas y serológicas, posible origen del contagio y fecha de finalización.

Resultados: De los 697 procesos identificados, 9 (0,01%) cumplían la definición de sospecha de reinfección. Pertenecían a 4 mujeres y 5 hombres de entre 24 y 63 años (mediana de 45) y diversas categorías profesionales. Todos presentaron 2 procesos de baja laboral por infección, iniciados por PCR positiva, separados menos de 90 días. Los primeros procesos se caracterizaron por menor sintomatología subjetiva, duración media de 10,3 días y finalización del proceso por PCR negativa con IgG negativa (salvo uno que no la realizó). A su vez los segundos procesos se caracterizaron por mayor sintomatología subjetiva, 15,1 días de media y finalización con PCR negativa o PCR positiva de ciclos altos (CT > 30) y serología IgG positiva. Un trabajador no seroconvirtió. Estas diferencias y, sobre todo, la ausencia de inmunidad de los primeros procesos nos llevaron a revisar las PCR iniciales y la amplitud de sus ciclos con la ayuda del Servicio de Microbiología. Del total 4 presentaron CT > 35, 3 CT > 30, 1 se realizó con técnica TMA y tenía baja carga viral y solamente el último sí fue netamente positivo.

Conclusiones: La historia natural de cualquier infección viral de semiboca, salvo escasas excepciones, en la correspondiente inmunidad. La ausencia de ésta debe hacernos dudar del diagnóstico de infección. Nuestros datos sugieren que el SARS-CoV-2 podría colonizar a algunas personas sin llegar a producir infección. Esta hipótesis debería ser estudiada más ampliamente en posteriores investigaciones.

825. MANEJO DE UN BROTE HOSPITALARIO DE COVID-19 DESDE UN SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

Laura Sánchez Rodríguez

Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España.

Palabras clave: COVID-19. Brotes. Infección hospitalaria.

Caso clínico: El 14/07/20, la paciente ECF ingresó en una planta libre de COVID-19 del Hospital Gral. Nuestra Sra. del Prado. El test rápido IgM/IgG previo al ingreso fue negativo. El 26/08 comenzó con fiebre, por lo que se extrajo PCR, resultando positiva, y se trasladó a la paciente a planta COVID-19. Tras esto, se realizó estudio de contactos laborales de riesgo, siguiendo la estrategia del Ministerio de Sanidad. Se detectaron dieciséis contactos de alto riesgo y se les extrajo PCR. Tres de ellos dieron positivo. Esta situación es llamativa por dos razones: se cumplen los criterios necesarios para poder definir la situación como un brote de COVID-19 (agrupación de tres o más casos con infección activa entre los que se puede establecer un vínculo epidemiológico) y, además, el mismo se produjo en una planta en la que ingresan preferentemente pacientes onco-hematológicos. Control y manejo del brote: A raíz de estos resultados, se decidió realizar cribado a todos los pacientes de la planta y a sus acompañantes, así como a todos los trabajadores aunque no hubieran tenido contacto estrecho con la paciente. Cuatro pacientes y once acompañantes tuvieron PCR positivas. Los pacientes fueron trasladados de inmediato a planta COVID-19 y a los acompañantes se les indicó aislamiento domiciliario. Además, se informó a las EVE

(enfermeras de vigilancia epidemiológica) para que iniciaran el rastreo de contactos. A consecuencia de esta situación, otros diez pacientes más se aislaron de manera preventiva durante diez días en planta de "sospecha" por ser contactos estrechos. Solo uno dio positivo en la PCR de control a los diez días. A su vez, diez trabajadores también resultaron positivos y requirieron exclusión laboral y aislamiento domiciliario.

Discusión: En agosto del verano pasado, la incidencia de infección por SARS-CoV-2 en Talavera de la Reina era muy baja y hasta entonces no se había dado una situación similar en otras plantas limpias del hospital. Dadas las múltiples posibles causas del brote (trabajadores con mascarilla quirúrgica, acompañantes de pacientes) no se logró definir el origen. A raíz de esto, se revisó la política de acompañamiento a pacientes del hospital y se sistematizó el manejo de brotes por COVID-19 dentro del ámbito hospitalario.

864. ¿HA CAMBIADO EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19?

Saray Martín Monteagudo, María Mar Jiménez Rodríguez, Vega Estíbaliz Benito López y Ana María Haro Pérez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Palabras clave: COVID-19. Hospitalización. Pandemia.

Introducción: En nuestro centro, el primer paciente con COVID-19 ingresó el 10/03/2020. La sucesión de casos ha sido continua, pudiéndose diferenciar tres ondas epidémicas.

Objetivos: Estudiar las características de los pacientes hospitalizados con infección confirmada por COVID-19 a lo largo de la pandemia y comparar las características entre las olas.

Material y métodos: Estudio epidemiológico observacional y retrospectivo, a partir del registro del Servicio de Medicina Preventiva, que se actualiza diariamente con las variables: edad, sexo, situación, días de estancia, residencia e ingreso en UCI. El análisis se ha realizado con SPSS 25.0.

Resultados: Han requerido ingreso 3.005 pacientes, lo que supone un 11,6% de casos graves. La edad media fue de 71 años (DE 17), con una estancia media de 12 días (DE 12), de los cuales 57,4% hombres. Procedían de residencia 380 pacientes (16,6%). Ingresaron en UCI 289 pacientes (9,6%). En la 1ª ola la edad media fue 71 años (DE 17), en la 2ª ola 70 años (DE 18) y en la 3ª ola 72 años (DE 17). El porcentaje que requiere hospitalización aumenta con la edad. La estancia media en la 1ª ola fue 14 días (DE 14), en la 2ª ola 12 días (DE 12) y en la 3ª ola de 8 días (DE 6). Predominó el ingreso en hombres, suponiendo el 58,1%, 54,5% y 61,3% en la primera, segunda y tercera ola respectivamente. En la 1ª ola, procedían de residencia 232 pacientes (32%), en la 2ª ola 94 (8%) y en la tercera ola 54 (7%), siendo menor al final del estudio. Ingresaron en UCI 111 pacientes en la 1ª ola (9,9%), 113 en la 2ª ola (9,7%) y 65 en la 3ª ola (9,1%). La edad media de los pacientes de UCI fue de 64 años (DE 13), con un ratio hombre mujer de 1,9. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la estancia media, sexo e institucionalización.

Conclusiones: Se observa una evolución en tres olas, con diferencias en los periodos interepidémicos: entre la 1ª y 2ª ola el nº de casos estuvo por debajo del nivel de riesgo, y entre la 2ª y 3ª ola se incrementaron los nuevos diagnósticos, con mayor impacto en la carga hospitalaria. El porcentaje de hospitalización fue mayor en pacientes de edad avanzada, mientras que en UCI fueron de menor edad. El perfil epidemiológico es más similar entre pacientes de 1ª y 3ª ola, en la 2ª ola se observa un mayor peso de 50 a 59 años. La estancia media se ha reducido, debido al diagnóstico más precoz, mejor manejo terapéutico y descenso de pacientes procedentes de residencias, pudiendo haber influido la vacunación.

889. CUANTIFICACIÓN DEL SARS-CoV-2 EN MUESTRAS DE AIRE DEL HUSE MEDIANTE PCR DIGITAL

Joan Truyols Vives¹, Ernest Sala Llinàs^{1,2,3,4}, Carlos Río Bocos², Hermenegildo García Baldoví⁵ y Josep Mercader Barceló^{1,2}

¹Molecular Biology and One Health (MOLONE) Research Group, Universidad de las Islas Baleares (UIB), Palma, España. ²Grupo de investigación Inflamación, Reparación y Cáncer en Enfermedades Respiratorias. Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa), Palma, España. ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Son Espases (HUSE), Palma, España. ⁴Centro de Investigación en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Palma, España. ⁵Departamento de Química, Universitat Politècnica de València (UPV), Valencia, España.

Palabras clave: Bioaerosol. DdPCR. BioSampler.

La posibilidad de transmisión del SARS-CoV-2 a través de bioaerosoles ha conducido a desarrollar metodologías para detectar el virus presente en el aire. La cuantificación de los niveles de SARS-CoV-2 permitiría estimar el riesgo de infección y facilitar la gestión de desinfección. Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19, varios grupos de investigación han ido utilizando distintos métodos de muestreo y protocolos de PCR, aportando resultados muy diversos. Tal variabilidad hace necesario optimizar una metodología para cuantificar el SARS-CoV-2 en bioaerosoles. El objetivo del presente trabajo es cuantificar los niveles de SARS-CoV-2 en estancias del Hospital Universitario de Son Espases (HUSE) siguiendo un protocolo previamente optimizado. Se han recogido 15 muestras de aire en habitaciones de pacientes ingresados por COVID-19 del Servicio de Neumología del HUSE y de la UCI con sintomatología iniciada en período inferior a 7 y 10 días, respectivamente. Las muestras de aire se han recogido con el BioSampler, método seleccionado por su elevada eficiencia en la recolección de partículas de 1-5 micrómetros, acoplado a la bomba Biolite+ (SKC) a un flujo de 12,5 LPM. El BioSampler es posicionado a 0,9 m del suelo y a una distancia 1,5 m del paciente, que no lleva mascarilla durante la recogida. Los bioaerosoles son depositados mediante flujo sónico durante 45-60 minutos sobre el líquido de recolección que contiene un 10% FBS, 1% antibióticos, 0,5% BSA y 0,25% de antiespumante en DMEM. El RNA de las muestras es aislado inmediatamente mediante el protocolo de fenol-clorofórmico y cuantificado. El cDNA es sintetizado a partir de 85-1.885 ng de RNA con una retrotranscriptasa (Blirt). El genoma del SARS-CoV-2 es amplificado utilizando cebadores específicos para dos regiones del gen N y cuantificado mediante la Droplet Digital PCR (ddPCR), tecnología seleccionada por su mayor sensibilidad en comparación con la real-time qPCR. El genoma del SARS-CoV-2 se ha detectado en 2 de los muestreos realizados siguiendo estos criterios de selección de pacientes (13%). Las muestras positivas contienen 1,6 y 7 copias por 20 ul de reacción. Estos resultados demuestran que la metodología utilizada en este estudio es útil para cuantificar el SARS-CoV-2 presente en bioaerosoles y gotículas respiratorias. No obstante, es necesario realizar estudios comparativos para averiguar qué metodología es la más apropiada para cuantificar el SARS-CoV-2 en el aire y seguir optimizándolas.

909. DESCRIPCIÓN DE UN BROTE NOSOCOMIAL DE COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Beatriz Julieta Blanco Rojas, Dina Reina Sarrió, Laia Castellà Fabregas, Montserrat Giménez Pérez, Raúl López Salas, M^aJosé García Quesada, Nieves Sopena Galindo, Judith Ginesta Pan, Elisa Martró Català e Irma Casas García

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Palabras clave: COVID-19. Brote nosocomial. Prevención infección.

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto una carga importante para los centros sanitarios a nivel mundial. Esto ha implicado un aumento del riesgo de transmisión nosocomial y de brotes en zonas "No COVID". El objetivo de este estudio es describir un brote nosocomial de infección por SARS-CoV-2 en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Consideramos caso nosocomial al paciente con PCR positiva durante el ingreso y PCR negativa previa. En función del tiempo de ingreso se distinguió entre casos seguros (más de 15 días ingresados), probables (entre 8 y 14 días) o indeterminados (entre 3 y 7 días). Definimos como brote nosocomial a la presencia de dos o más casos sospechosos o confirmados en pacientes, personal sanitario o trabajadores del hospital asociados a un espacio determinado.

Caso clínico: El 1 de octubre llegó a urgencias un paciente con clínica y PCR positiva que había sido dado de alta de nuestro centro hacía 48h. Se realizó PCR a su compañero de habitación, obteniendo una PCR positiva. El 5 de octubre, otro paciente de la misma planta inició clínica febril y fue confirmado con PCR positiva. Además, dos trabajadores de la misma planta dieron positivo los días 2 y 5 de octubre, por lo que se declaró el brote y se realizó cribado de todos los pacientes y trabajadores de la planta. En total se identificaron 14 casos pacientes, siendo 3 seguros, 7 probables y 4 indeterminados. Del total, 7 fueron asintomáticos. Entre profesionales hubo 15 con PCR positiva, siendo la mayoría asintomáticos. Se aplicaron medidas de control: cribado periódico, cuarentena de contactos, refuerzo de limpieza, evaluación de la higiene de manos, evaluación del sistema de extracción del aire y estudio de los familiares. e realizó una secuenciación genómica de las muestras microbiológicas para describir mejor la dinámica de la transmisión, obteniendo 3 linajes diferentes. El más prevalente se encontró en 10 pacientes y 11 profesionales.

La distribución de los casos positivos su relación con los profesionales sugirió una transmisión entre pacientes y profesionales, aunque no se pudo establecer una direccionalidad concreta. El brote se cerró a los 28 días del último caso. Es importante profundizar en el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión nosocomial asociados a brotes y qué papel juegan los profesionales sanitarios y los pacientes en esta transmisión. A partir de este conocimiento podremos saber cómo actuar para mejorar la protección de trabajadores sanitarios y pacientes.

920. ÍNDICE DE RIESGO AMBIENTAL EN EL CONTAGIO DE LA COVID-19

Nuria Parra Macías¹, Rosario Salas Campos¹, Marina Galdeano Lozano², Jordi Delás Amat¹, Emilia Teresa Bernabeu Garri¹ y M^a Rosa Coll Colell¹

¹Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona, España.

Palabras clave: COVID-19. Riesgo ambiental. Pronóstico.

Objetivos: Evaluar la relación que existe entre las condiciones ambientales y la incidencia de casos por COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo entre 1/2/20 y 30/4/20 sobre registros hospitalarios de ingresos por COVID-19 en hospital urbano (Barcelona ciudad) y comarcal rural (Baix Empordà) asociados a los registros abiertos de Red de Vigilancia de Previsión de la Contaminación Atmosférica y de la Red de Estaciones Meteorológicas Automáticas del Servicio Meteorológico de Cataluña. Se ha recogido datos de precipitación, humedad, temperatura, presión atmosférica, velocidad del viento, SO₂, CO, NO, NO₂, PM₁₀, NO_x y O₃. Se han analizado correlaciones entre estas variables y la fecha probable de contagio, considerando $p < 0,05$ y ajustadas por densidad de población, para incluir en el modelo final la ecuación significativa que contribuya a incrementar en un mayor número de casos COVID-19. El número estimado se traduce a escala colorimétri-

ca para los cuatros cuartiles (verde, amarillo, naranja y rojo), desde bajo riesgo a muy elevado.

Resultados: El número medio de contagios diarios fue de 11,2 (DE 10,2), con Q1 = 2, Q2 = 8 y Q3 = 19. Las ecuaciones del modelo de correlaciones entre variables atmosféricas y el número de casos de COVID-19, con criterios de inclusión en el modelo final fueron la cúbica para la velocidad del viento a 10 m (esc.) m/s y la de crecimiento para PM10. Siendo Y el número estimado de casos de COVID-19 para una fecha determinada, tenemos $Y = b_0 + (b_1 * x) + (b_2 * x^2) + (b_3 * x^3)$, donde x es el valor de la velocidad del viento a 10 m, $b_0 = 106,498$, $b_1 = -39,647$, $b_2 = 4,991$, $b_3 = -0,196$; e $Y = e^{b_0 + (b_1 * x)}$ o $\ln(Y) = b_0 + (b_1 * x)$, donde x es el valor de PM10, $b_0 = 2,747$, $b_1 = -0,034$. La integración del resultado del mayor número estimado procedente de las ecuaciones anteriores en una escala de riesgo se realiza acorde a los valores de Q1, Q2 y Q3, de manera que bajo riesgo (verde) < 3, moderado (amarillo) 3-8; elevado (naranja) 9-19 y muy elevado (rojo) > 19.

Conclusiones: La velocidad del viento a 10 m y las PM10 permiten estimar el número de contagiados con COVID-19. En ausencia de ráfagas de viento o en caso de elevada intensidad, el número de personas con COVID-19 que necesitan hospitalización pronosticadas por el modelo aumenta, al igual que cuando se incrementa la concentración de partículas PM10 en el ambiente. Entornos libres de contaminación con ráfagas moderadas de viento facilitarían la prevención de los contagios.

937. FACTORES PREDICTORES DE EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON COVID-19 HOSPITALIZADOS

Pedro Yepes García¹, Bárbara María Arana Aragón², Senay Rueda Nieto², Noemí Zapata Castaño², Indra San Lázaro Campillo², Laura Fernández Paniagua², Juan Francisco Monteagudo Pérez³, Juan Román Sánchez², Isabel Alejandra López Tovar² y Alberto Manuel Torres Cantero²

¹Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca (Murcia), España.

²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

³Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

Palabras clave: COVID-19. Unidades de cuidados intensivos. Mortalidad.

Introducción: La evidencia actual muestra la influencia de las comorbilidades en la evolución clínica de los pacientes afectados por la COVID-19. Estos factores de riesgo contribuyen en distinto grado al ingreso de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos o su fallecimiento. Los ingresos en UCI y los fallecimientos son dos indicadores muy utilizados para definir la magnitud de la pandemia actual.

Objetivos: Describir las características de pacientes diagnosticados de COVID-19 que han precisado ingreso hospitalario y analizar qué factores determinan la mayor probabilidad de ingreso en UCI y defunción intrahospitalaria en un hospital de tercer nivel de la Región de Murcia.

Material y métodos: Se realiza un análisis descriptivo de las características demográficas, sintomatología y factores de riesgo en una muestra de 661 pacientes que han precisado ingreso en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de septiembre de 2020 a febrero de 2021. Se estudian las variables que aumentan la probabilidad de ingreso en UCI y mortalidad intrahospitalaria en dicha muestra, mediante un modelo de regresión logística binaria, ajustando por sexo, edad y comorbilidades de los pacientes.

Resultados: La muestra está compuesta por un 58,5% de pacientes varones y un 41,5% de mujeres, con una mediana de edad de 65 años. Un 11,6% del total han precisado ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y un 10,4% han fallecido. En nuestro estudio, los principales factores asociados a la entrada en UCI son el sexo masculino

(OR = 2,06; IC95%: 1,16-3,65) y el fallo renal agudo (OR = 5,01; IC95%: 1,95-12,90). Con respecto a la mortalidad intrahospitalaria, observamos asociación significativa para las variables ingreso en UCI (OR = 16,07; IC95%: 6,97-37,06), fracaso renal agudo (OR = 3,15; IC95%: 1,24-8,03) y enfermedad cardiovascular crónica (OR = 2,31; IC95%: 1,20-4,42)

Conclusiones: El fallo renal agudo aparece como un factor predictor tanto de la gravedad como de la letalidad de la COVID-19 en pacientes hospitalizados. El sexo masculino se presenta como un factor predisponente de gravedad de la enfermedad, sin embargo, no se observan diferencias respecto al sexo femenino en relación con la mortalidad intrahospitalaria. Futuros análisis, con mayor tamaño muestral, serán necesarios para continuar desvelando el papel de estas características sobre los pacientes con COVID-19.

942. ANÁLISIS DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE LA 2ª OLA

Inmaculada Guerrero Fernández de Alba,

Miguel Ángel Fernández García, Carmen Valero Ubierna,

Javier Pérez de Rojas, Francisco Jose Guerrero García,

Mario Rivera Izquierdo, Eva Soler Iborte y Silvia Martínez Díaz

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Sanitarios Aislamiento Infección.

Introducción y objetivos: La pandemia COVID-19 ha puesto de manifiesto fortalezas y debilidades de nuestro sistema sanitario. Desde el 14 de marzo 2020, día en que se decretó el Estado de Alarma en España, el sistema sanitario ha sufrido distintas adaptaciones según la situación epidemiológica y los recursos existentes en cada momento poniendo de manifiesto sus fortalezas y debilidades. Durante la segunda ola epidémica se han observado cambios en la estrategia de detección y control de la transmisión de la infección. El objetivo es analizar la infección por SARS-CoV-2 entre los profesionales sanitarios durante la 2ª ola.

Material y métodos: Se registraron los datos de cada profesional con infección por SARS-CoV-2 durante la segunda ola (desde 24 de septiembre de 2020 al 24 de diciembre de 2020). Se recogen distintas variables: edad, sexo, categoría y servicio del profesional, fecha y resultado de Pruebas Diagnósticas de Infección Activa (PDIA) y serologías, contacto laboral/familiar, fecha de inicio y fin de aislamiento. Durante la 2ª ola epidémica se actualizó la "Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19" del Ministerio de Sanidad quedando definida la infección pasada/resuelta como aquel caso previamente confirmado por una PDIA positiva que presenta CT altos con presencia de IgG en un estudio serológico.

Resultados: El número total de profesionales infectados fue de 592, incluyendo trabajadores de empresas externas. La mayoría fueron mujeres (76,52%) con una edad media de 44,23 años (IC95% 43,23-45,23). El 28,09% de los casos fueron enfermeros, 20,9% auxiliares y 19,06% otras categorías y el 12,71% facultativos. Entre los servicios, destacaron: urgencias, salas COVID y unidades de cuidados intensivos. La media de días de aislamiento fue de 16,46 días (IC95%15,98-16,94). La encuesta epidemiológica reflejó que en el 49% no se podía descartar la sospecha laboral de la infección, en el 29% se identificó contactos familiares y en el 22% se encontró relación con contactos laborales.

Conclusiones: El número de profesionales infectados aumentó en comparación con la 1ª ola. Esto puede ser debido a distintos factores como mayor capacidad de detección de la infección (aumento del número y de la accesibilidad a PDIA), menores medidas restrictivas o mayor fatiga física y psicológica de los profesionales. La duración de la infección disminuyó con respecto a la 1ª ola, debido a la modificación en el criterio de infección resuelta.

955. EXPOSICIÓN INTRAHOSPITALARIA A COVID-19: UN REGISTRO HOSPITALARIO DE CUARENTENAS

Diego Sánchez Rodríguez¹, Juan Román Sánchez¹, Juan Francisco Monteagudo Pérez¹, Bárbara Arana Aragón¹, Senay Rueda Nieto¹, Noemí Alcázar Contreras¹, Ana Corbalán Fernández¹ y Shirley Beatriz Pérez Romero²

¹Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Región de Murcia, Murcia, España. ²Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, Murcia, España.

Palabras clave: Cuarentena. Exposición. Nosocomial.

Introducción: El manejo de los contactos de pacientes con COVID-19 es uno de los aspectos fundamentales en el control de la propagación de la infección por SARS-CoV-2. En el ámbito hospitalario se busca prevenir la aparición de brotes nosocomiales que afectarían de forma importante al paciente ingresado vulnerable con más predisposición a desarrollar infecciones de mayor gravedad. Identificar a tiempo una exposición de riesgo es esencial para instaurar las medidas preventivas pertinentes (aislamiento por medidas de contacto y partículas respiratorias junto con el estudio de contactos comunitarios por parte de Salud Pública).

Objetivos: 1. Determinar la principal fuente o fuentes de exposición del paciente ingresado que requiere aislamiento por contacto COVID-19. 2. Detectar las áreas que pueden suponer una oportunidad de mejora en la protección del paciente frente al COVID-19.

Material y métodos: Se dispone de un registro de todos los pacientes que en algún momento del ingreso han tenido contacto con un caso positivo o sospechoso de COVID-19. Dicho registro ha sido elaborado y actualizado por la sección de Medicina Preventiva del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia entre agosto de 2020 y enero de 2021. Los aislamientos se han ajustado a las recomendaciones oficiales y a los protocolos internos del hospital.

Resultados: En el periodo de estudio se identificaron más de 110 contactos de riesgo en el hospital, de los cuales 53 requirieron aplicar medidas de aislamiento. En el 77,4% de las cuarentenas la exposición tuvo su origen en un compañero de habitación cuya infección se confirmó posteriormente al ingreso y fuera de los circuitos COVID. También se aisló a un número importante de pacientes por ser contactos estrechos de profesionales sanitarios infectados (15,1%). Por último, los aislamientos por cuidadores y acompañantes supusieron un 7,5% de las cuarentenas.

Conclusiones: Es fundamental reconocer las principales fuentes por las que un enfermo puede estar expuesto al SARS-CoV-2 en el hospital. En nuestro centro la mayoría de exposiciones de riesgo han surgido entre pacientes que compartían habitación, seguido de profesionales y acompañantes infectados. En base a las deficiencias detectadas se han implementado medidas en los circuitos de diagnóstico y admisión, controles de acceso y restricción de visitas en situación de alta transmisión comunitaria, y el establecimiento de sinergias con los equipos de Prevención de Riesgos Laborales.

978. VALIDEZ DIAGNÓSTICA DEL TEST RÁPIDO DE ANTÍGENO DE SARS-CoV-2 EN CRIBADOS HOSPITALARIOS

Abelardo Claudio Fernández Chávez, Marco Antonio Espinel Ruiz, Coenelia Bishofberger Valdes, Amaranta McGee Laso, Jesús María Aranaz Andrés y Paloma Moreno Núñez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Palabras clave: PCR. Test rápidos de antígenos. COVID-19.

Objetivos: La técnica diagnóstica de referencia para el diagnóstico de casos con COVID-19 es la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), pero últimamente se han desarrollado Test Rápido de Antígenos (TRA). El objetivo del estudio fue determinar el rendimiento diagnóstico de los TRA teniendo la RT-PCR como prueba de referencia en el contexto de cribados hospitalarios sin presencia de brote.

Material y métodos: El diseño del estudio fue observacional y transversal, realizado en el Hospital Ramón y Cajal. El periodo de estudio fue entre octubre de 2020 y enero de 2021. Se utilizaron el test de antígenos "Panbio COVID-19" y como prueba de referencia: RT-PCR. Las muestras fueron obtenidas de pacientes hospitalizados en el Hospital Ramón y Cajal, sin presencia de brote. Se calcularon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de los TRA teniendo como referencia la RT-PCR. Los análisis fueron calculados con nivel de confianza del 95% (IC del 95%).

Resultados: En el periodo estudiado se realizaron 8 cribados de RT-PCR y TRA, que correspondieron a 129 muestras de pacientes. Se presentaron 2 discrepancias (fasos negativos) entre PCR y TRA. La sensibilidad de los TRA fue de 50% (6,75-93%) y la especificidad del 100% (15,8-100%). Con una prevalencia de cerca del 1,5% de COVID-19, el valor predictivo positivo (VPP) fue de 98,4% (94,4-99,8%) y el valor predictivo negativo (VPN) de 100% (98,1-100%).

Conclusiones: Por el momento no se puede establecer una conclusión clara sobre el rendimiento diagnóstico en las poblaciones en las que se realiza cribados de control hospitalario sin presencia de brote.

981. PREDISPOSICIÓN DEL PERSONAL SANITARIO A LA VACUNA PARA COVID-19

Fernanda Gil Almagro¹, Francisco Javier Carmona Monge¹, Fernando José García Hedrera¹, Cecilia Peñacoba Puente², Patricia Catalá Mesón², Lilian Velasco Furlong², Raquel Domínguez Rincón¹, Cristina del Hoyo Sánchez³, María Paz Miguel Barragán¹ y Elena Botillo Pérez¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

²Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. ³Samur-Protección Civil, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Vacuna. Prevención.

Introducción: Desde que el 31 de diciembre la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida poniendo de manifiesto un nuevo virus de alta transmisibilidad, los laboratorios de todo el mundo iniciaban una carrera para encontrar una vacuna que pudiese contrarrestar este nuevo virus, además de un tratamiento eficaz que consiguiese bajar la carga viral en los contagiados. Hallar una vacuna contra el SARS-CoV-2 se había convertido en una cuestión de máxima prioridad a nivel mundial. En enero de 2021 había dos vacunas autorizadas y recomendadas para la prevención del COVID-19: la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech y la vacuna contra el COVID-19 de Moderna, comenzando en este mismo mes el proceso de vacunación según el protocolo desarrollado por el Ministerio de Sanidad.

Objetivos: Valorar la predisposición del personal sanitario a la administración de las actuales vacunas establecidas para el COVID-19, así como, analizar las razones por las cuales el personal sanitario se muestra receptivo o por el contrario, no desea administrarse la vacuna. Se analizará como objetivos secundarios la posible relación de esta predisposición con factores sociodemográficos como la edad, el género, servicio de trabajo, categoría profesional a la que pertenecen y miedo al contagio.

Material y métodos: Se realiza un estudio transversal mediante encuesta online para personal sanitario, en el cual se estudian diferentes factores sociodemográficos como edad, sexo, servicio en el que desarrolla su actividad, disponibilidad de EPI y miedo al contagio, además de la predisposición de dicho personal sanitario a la administración de la vacuna, evaluando las razones por las cuales se administraría o no se administraría la vacuna.

Resultados: Se obtiene una muestra de 821 sanitarios participantes en el estudio. Encontrando diferencias significativas ($p < 0,05$) frente a la predisposición de la administración de la vacuna en relación al género, edad, disponibilidad de EPI y servicio en el que desarrolla la actividad.

995. ¿CÓMO ACTUAR ANTE LA APARICIÓN DE UN BROTE HOSPITALARIO EN UNA UNIDAD NO COVID?

Javier Ángel Canelas Fernández, Lara Pino Domínguez, Paz Rodríguez Cundín, Francisco Manuel Antolín Juárez, Esther Liaño Fernández, María Paz Álvarez García y Henar Rebollo Rodrigo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Palabras clave: Brote. COVID-19. Nosocomial.

Introducción: Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, la prioridad del Servicio de Medicina Preventiva es minimizar el riesgo de transmisión nosocomial, por lo que se creó un sistema de detección temprana, vigilancia, prevención y control de los casos COVID en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). El hecho de identificar, estudiar y hacer seguimiento de cada uno de los casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 y de sus contactos estrechos en el hospital, es la principal estrategia para minimizar el riesgo de transmisión nosocomial. Sin embargo, dada la incidencia actual de casos positivos en la comunidad, cada vez es más frecuente que se detecte un paciente COVID-19 en Hospital NO COVID, por lo que resulta de vital importancia reforzar las medidas de cribado durante la estancia hospitalaria.

Objetivos: Intensificar la estrategia de vigilancia para la detección precoz de brotes hospitalarios por COVID-19 existente en el HUMV, así como establecer la sistemática para el estudio, seguimiento y control de brotes por COVID-19 de ámbito nosocomial.

Material y métodos: Se revisaron los protocolos existentes en otras comunidades, bibliografía relacionada con la gestión de brotes y las recomendaciones de los distintos organismos internacionales en relación a cómo actuar en la gestión de brotes. Con esta información, se creó una estrategia de detección precoz y control de brotes por SARS-CoV-2 adecuándola lo más posible a la información disponible y a las estrategias de los servicios asistenciales y de la Dirección General de Salud Pública.

Resultados: En el nuevo protocolo se definen las distintas situaciones de evolución de un brote nosocomial por COVID-19, los criterios de caso nosocomial y comunitario, cómo y cuándo se deben realizar los cribados, las actuaciones a realizar ante un caso aislado y ante dos o más casos; y la forma en la que se debe realizar la limpieza y desinfección de superficies. También se recogen las vías de notificación e información a los distintos servicios y organismos y se estandariza el seguimiento de los pacientes incluidos en el estudio del brote al ser dados de alta en el hospital. Este protocolo estará disponible para su descarga.

Conclusiones: Al elaborar esta estrategia, conseguimos homogeneizar las acciones a realizar ante la aparición de un brote nosocomial en cualquier unidad, así como aumentar la vigilancia para evitarlos o detectarlos precozmente.

997. REPROCESAMIENTO DE RESPIRADORES CON VAPOR A BAJA TEMPERATURA CON FORMALDEHÍDO AL 2%

Mercedes García Haro¹, Cornelia Bischofberger Valdés¹, **Jorge Vicente Guijarro**¹, Cristina Díaz-Agero Pérez², Martín Fabregate Fuente³, Paloma Moreno Núñez¹, Nuria Bara Ledesma³ y Jesús María Aranz Andrés⁴

¹Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España. ²Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España. ⁴Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España.

Palabras clave: Reprocesamiento. Respiradores. Vapor de formaldehído.

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID-19 ha provocado problemas de abastecimiento de respiradores. Su reutilización puede minimizar el impacto del desabastecimiento, pero para ello es necesario encontrar un método de reprocesamiento eficiente, seguro y disponible en los centros sanitarios. Nuestro objetivo es determinar si la esterilización en autoclave de vapor a baja temperatura con formaldehído (VBTF) al 2% es efectiva, respeta las propiedades del respirador y se puede considerar segura para el usuario.

Material y métodos: 14 modelos de mascarillas nuevas de tipo Filtering Face Piece (FFP) 2, FFP3 y N95 fueron sometidas a dos ciclos de esterilización. Tras el segundo ciclo, se realizó una inspección visual a cada modelo y se analizó la carga residual de formaldehído de acuerdo con la EN-14180. Complementariamente, después de cada ciclo de reprocesamiento, se midió el factor de ajuste (FA) de todos los modelos y, en colaboración con el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), se realizó un test de penetración con aerosoles de cloruro de sodio (NaCl) en cinco de ellos.

Resultados: Se apreciaron defectos físicos tras el reprocesamiento en 3 de los 14 modelos. Todos los valores de carga de formaldehído residual resultaron por debajo del valor límite permisible. Se observaron incrementos y descensos irregulares en el FA tras cada ciclo de reprocesamiento. En el test de penetración con aerosoles de NaCl, tres modelos obtuvieron unos resultados equivalentes o superiores a la clasificación FFP con la que se había comercializado, tanto en su estado basal como tras uno y dos ciclos de reprocesamiento. Los otros dos modelos obtuvieron valores de capacidad de filtración menores a su clasificación FFP de comercialización.

Conclusiones: Someter a respiradores a uno o dos ciclos de descontaminación con VBTF 2% no compromete la estructura de la mayoría de los respiradores, y no alteró la capacidad de filtración de ninguno de los modelos analizados. Los niveles residuales de formaldehído cumplen con la EN-14180. Esta técnica de reprocesamiento podría utilizarse en periodos de escasez de respiradores.

1005. GESTIÓN DE CASOS DE COVID-19 TRAS LA SEGUNDA OLA DE LA PANDEMIA

Javier Ángel Canelas Fernández, Lara Pino Domínguez, Paz Rodríguez Cundín, Francisco Manuel Antolín Juárez, Esther Liaño Fernández y Henar Rebollo Rodrigo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Palabras clave: Casos. Contactos. COVID-19.

Introducción: Con la evolución de la pandemia el escenario asistencial ha ido variando y poniendo a prueba la capacidad de adaptación de los hospitales. El restablecimiento progresivo de la actividad hospitalaria obligó a planificar la transición de manera gradual y garantizar la seguridad de pacientes y profesionales. Para ello se precisa de un sistema de vigilancia y control que permita la rápida identificación de casos COVID-19 nosocomiales y posibles contactos estrechos que hayan tenido lugar en el hospital.

Objetivos: Disponer de un sistema de gestión que nos permita limitar la propagación nosocomial de COVID-19 y proteger de la infección a los pacientes NO-COVID, al personal sanitario y al no sanitario, evitando que el Hospital sea un amplificador de esta enfermedad.

Material y métodos: Se actualizó el protocolo de gestión vigente desde el inicio de la pandemia, mejorando los puntos débiles detectados durante la primera ola. Se procedió a su difusión a las distintas unidades hospitalarias. Uno de los puntos clave era conseguir que la información llegara de forma inmediata al Servicio de Medicina Preventiva, por lo que se diseñó un sistema informático que

nos permite detectar los casos diagnosticados de infección por SARS-CoV-2 en momento de su validación por el laboratorio y que, además han tenido contacto con nuestro hospital en los 10 días previos. Se dispone de un listado en tiempo real. Esto ha facilitado obtener información de la asistencia recibida y de todos los contactos estrechos que el paciente ha tenido en el hospital, para poder realizar un seguimiento exacto y aplicar las medidas de control necesarias.

Resultados: Desde que se implementó este nuevo sistema de gestión en el mes de agosto se han analizado 1.836 casos que han tenido algún tipo de contacto con el hospital (hasta el 31 de enero), lo que supone un 9,6% del total de diagnosticados por Prueba de Diagnóstico de Infección Activa en toda Cantabria en ese periodo (19.117 casos). Entre ellos, el 87% de los casos vigilados eran pacientes y el 13% restante profesionales.

Conclusiones: El estudio y seguimiento de los contactos estrechos permite realizar un diagnóstico temprano de los mismos y evitar o minimizar la transmisión. Para esta tarea resultan imprescindibles sistemas de información robustos que ayuden a manejar este gran volumen de datos en tiempo real.

1074. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN ADULTOS MENORES DE 65 AÑOS CON COVID-19 EN ANDALUCÍA

Nicolás Francisco Fernández Martínez^{1,2}, Álvaro Serrano Ortiz^{1,2}, Carmen Aguilar Romero^{1,2}, Juan José López Moyano^{1,2}, Sheila López Moreira^{1,2}, Rocío Ortiz González-Serna^{1,2}, Rafael Ruiz Montero^{1,2}, Mario Rivera Izquierdo^{3,4,5}, Inmaculada Guerrero Fernández de Alba^{3,6} e Inmaculada Salcedo Leal^{1,2}

¹Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España. ³Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España. ⁴Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada, Granada, España. ⁵Instituto de Investigación Biosanitaria, IBS GRANADA, Granada, España. ⁶Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España.

Palabras clave: COVID-19. Mortalidad. Adultos.

La COVID-19, causada por SARS-CoV-2, se ha expandido a nivel global desde 2019, con 3 millones de casos y más de 65.000 muertes solo en España. La mayoría de fallecidos corresponde a sujetos > 65 años, institucionalizados o con comorbilidades, pero también murieron adultos y jóvenes especialmente durante la primera ola, marcada por la incertidumbre y el colapso sanitario. Las características de este subgrupo de pacientes merecen ser estudiadas en detalle. Se diseñó un estudio multicéntrico observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes < 65 años con COVID-19 ingresados del 1 de marzo al 15 de abril de 2020 en 4 hospitales de Andalucía, seguidos hasta el 5 de julio. Se recogieron variables sociodemográficas, comorbilidades y datos clínicos. Se empleó el software R (versión 4.0.3) para el análisis de datos. De 464 pacientes < 65 años ingresados (57% hombres y 43% mujeres), 25 (5%) fallecieron durante el ingreso. De ellos, 22 (88%) eran hombres y 3 (12%) mujeres, con una edad mediana de 61 años (24-65). 3 (12%) estaban institucionalizados en residencias, 2 de personas con discapacidad y 1 de mayores. Todos tenían alguna comorbilidad, y el 84% tenía dos o más. Las comorbilidades más frecuentes fueron, en orden decreciente: HTA (48%), diabetes (34%), y enfermedad renal crónica (ERC, 24%). Con respecto a la hospitalización, el riesgo según CURB65 al ingreso fue en su mayoría bajo (0-1) en el 80% y en ningún caso fue alto (4 o supe-

rior); el tiempo mediano de estancia fue de 13 días (1-79); además, al tratarse de pacientes con COVID-19 de curso grave, el 73% recibió corticoides sistémicos y el 38% tocilizumab. El 56% precisó cuidados críticos, con una estancia mediana en UCI de 9 días (6-76). Por ello, casi la mitad de los pacientes (48%) requirió VMI y 1 fue sometido a ECMO. A pesar de la similar distribución por sexo de los pacientes ingresados < 65 años, la mortalidad intrahospitalaria fue muy superior en hombres, en concordancia con la evidencia disponible. La elevada frecuencia de comorbilidades observada en los fallecidos es similar a la de otros estudios de mortalidad en pacientes < 65 años en nuestro medio, y claramente mayor que la reportada para pacientes hospitalizados de este grupo etario. Esto refleja una situación basal deteriorada que, sumada a otros factores relacionados con la mortalidad por COVID-19 que no fueron recogidos en este estudio (como la obesidad), podría explicar el fatal desenlace.

1081. ACTITUDES FRENTE A LA VACUNA COVID-19 EN TRABAJADORES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Beatriz Julieta Blanco Rojas, Guillermo Mena Pinilla, Irma Casas García, M Antonia Huertas Contreras, María-Arasceli Sánchez García, Mario Auñón Recacha, Jordi Viñas Noguera y María-Guadalupe Esteve Pardo

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Palabras clave: Vacunación. Trabajadores sanitarios. COVID-19.

El 27 de diciembre del 2020 se empezó a administrar la vacuna COVID-19 de Pfizer/BioNTech en España priorizando a los residentes y personal en centros de mayores, personal de centros sanitarios y sociosanitarios grandes dependientes no institucionalizados. Las dudas ante la vacuna son universales, con rangos de aceptación que varían desde el 55% (Rusia) hasta el 90% (China). El objetivo de este estudio fue cuantificar la voluntad de ser vacunado de los trabajadores sanitarios en un hospital de tercer nivel en España. Entre el 21 de diciembre del 2020 y el 4 de enero del 2021, antes de que empezara la campaña de vacunación en el centro, se distribuyeron encuestas anónimas a todos los trabajadores. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, de exposición laboral al COVID-19 y la intención de vacunación COVID-19. Se extrajeron variables de las respuestas: grupo ocupacional, adherencia a la vacunación de la gripe, intención de vacunarse, dudas frente a la vacuna y rechazo de la vacuna y se realizó un análisis univariado de la asociación de cada variable con la variable esperada: "aceptación de la vacuna tan pronto como esté disponible". Se obtuvieron 906 encuestas válidas (22,6% del total de trabajadores), de las cuales 72,2% fueron rellenas por mujeres y 23,3% por hombres. La edad media fue de 34 años con un rango de entre 18 a 66 años. El 44% de los participantes mostraron voluntad de vacunarse tan pronto como la vacuna estuviese disponible. El 61% de los encuestados se mostraron dispuestos a vacunarse y el 21% rechazaron rotundamente la vacuna. El modelo de regresión logística multivariado mostró una asociación de la variable "aceptación de la vacuna tan pronto como esté disponible" con el sexo masculino [1,66 (IC95%1,13-2,43); p = 0,009], pertenecer a la categoría profesional "médico" u "otros" [5,76 (IC95% 3,44-9,63) y 2,15 (IC95% 1,25-3,70); p < 0,001] y declarar haber estado vacunado de la gripe en las últimas temporadas o al menos la última [3,84 (IC95% 2,56-5,75) and 2,49 (IC95% 1,71-3,63); p < 0,001]. Los resultados corresponden con estudios similares previos de la vacuna de la gripe. Pocos de los encuestados estaban decididos a no vacunarse, y los que lo estaban eran de categorías sin formación universitaria. Es por esto que es importante promover la vacuna a las categorías profesionales que tengan menor percepción de riesgo y proporcionar más información sobre la seguridad de la misma.

1134. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN INSTITUCIONALIZADOS CON COVID-19 EN ANDALUCÍA

Álvaro Serrano Ortiz^{1,2}, Nicolás Francisco Fernández Martínez^{1,2}, Sheila López Moreira^{1,2}, Juan José López Moyano^{1,2}, Carmen Aguilar Romero^{1,2}, Rafael Ruiz Montero^{1,2}, Rocío Ortiz González-Serna^{1,2}, Marina Pérez Contreras³ e Inmaculada Salcedo Leal^{1,2}

¹Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España. ³Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz, España.

Palabras clave: COVID-19. Institucionalizados. Mortalidad.

Los institucionalizados en residencias de mayores y para personas con discapacidad son uno de los colectivos que más han sufrido el enorme impacto de la COVID-19, con un 48% del total de muertes ligadas a COVID-19 en España (26% en Andalucía). Por ello, es prioritario analizar en profundidad el peor pronóstico de estos pacientes con respecto a los no institucionalizados. Se diseñó un estudio multicéntrico observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo de todos los pacientes con COVID-19 ingresados del 1 de marzo al 15 de abril de 2020 en 4 hospitales andaluces, seguidos hasta el 5 de julio. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó un análisis de supervivencia a los 30 días mediante el método de Kaplan-Meier y un análisis de mortalidad intrahospitalaria mediante regresión logística multivariante. Se empleó el software R (versión 4.0.3) para el análisis de datos. 138 pacientes (14%) estaban institucionalizados, con un 55% de mujeres y una edad mediana de 80 años (30-100); 831 no lo estaban (44% mujeres y edad mediana de 64 años (16-97)). El 39% de pacientes institucionalizados falleció durante el ingreso, por un 14% de los no institucionalizados, con una OR cruda de 3,92 para el riesgo de exitus en institucionalizados ($p < 0,001$). La supervivencia observada a los 30 días de ingreso fue del 58%, frente al 74% en no institucionalizados ($p < 0,001$). En el análisis multivariante, la institucionalización se asoció a un mayor riesgo de exitus durante el ingreso (OR 1,46, $p = 0,182$) tras ajustar por edad (OR 1,05 por cada año, $p < 0,001$), sexo masculino (OR 1,70, $p = 0,024$), neumopatía previa (OR 2,22, $p = 0,003$), y cardiopatía previa (OR 1,20, $p = 0,443$), cáncer activo (OR 3,72, $p = 0,007$), y CURB65 al ingreso (OR 2,62 por cada punto, $p < 0,001$). La supervivencia observada a los 30 días de ingreso fue inferior en institucionalizados; la mortalidad fue notablemente superior, y similar a la reportada en otros estudios. En el análisis multivariante el riesgo asociado a la institucionalización disminuyó, perdiendo la significación estadística. Puede existir un sesgo de selección por fallecimiento en las residencias, así como confusión residual por insuficientes factores de ajuste. La elevada transmisibilidad en las instituciones y los múltiples factores de riesgo de sus residentes (edad avanzada, comorbilidades, situación de dependencia) subrayan la importancia de las medidas de prevención frente a la COVID-19 en centros sociosanitarios.

1154. USO DE MODELOS ADITIVOS GENERALIZADOS EN EL PRONÓSTICO DE COVID-19

Antonio Jesús Láinez Ramos-Bossini¹, Ismael Ramón Sánchez Borrego², Regina Gálvez López¹, María José Lupiáñez Jiménez¹, Francisco Garrido Sanz¹, Marta Parras Gordillo¹, José Herrero Rubí¹, Sara Barranco Acosta³, Liz Alfonso Méndez⁴ y Eva Tapia Moreno¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

²Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Granada, Granada, España. ³Hospital Reina Sofía de Córdoba, Granada, España. ⁴Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Palabras clave: COVID-19. Epidemiología. Pronóstico.

Introducción: Pese a los numerosos casos documentados hasta la fecha, predecir en qué medida evolucionará un paciente con infección por COVID-19 continúa siendo un reto en la práctica clínica. El objetivo de este trabajo es explorar el diseño de un modelo de regresión no paramétrica para predecir el desenlace de estos pacientes.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional de una cohorte de pacientes atendidos en Urgencias con infección por COVID-19 confirmada. Los criterios de inclusión fueron mayoría de edad y PCR o test de antígenos positivo. Se empleó una muestra de 347 casos y se consideró como variable de interés el alta hospitalaria o exitus. Se recogieron un total de 146 variables (epidemiológicas, clínicas y analíticas). Se llevó a cabo un análisis factorial mediante el método de máxima verosimilitud para reducir la dimensionalidad de los datos. Los factores encontrados sirvieron posteriormente para realizar análisis de regresión no paramétrica, empleándose en particular los splines con penalizaciones. Se utilizó código propio en el entorno de programación estadística R, seleccionándose las bases de los splines y varios parámetros del método.

Resultados: El análisis factorial encontró un total de 27 factores significativos, además de 11 variables explicativas que no fueron agrupadas por presentar una baja comunalidad, tratándose por tanto de manera independiente. El método encontró asociación entre la variable de interés alta hospitalaria/exitus y las variables edad (p -valor = 0,0189) y recuento de leucocitos (p -valor = 0,0251), y los factores relativos a parámetros del hemograma (p -valor = 0,0122), la bioquímica (p -valor = 0,0205), la gasometría venosa (p -valor = 0,02), la gasometría arterial (p -valor = 0,0144) y las constantes vitales (p -valor = 0,039) del paciente. El método empleado mostró una alta capacidad predictiva, con valores elevados del coeficiente de determinación ajustado (0,556) y un porcentaje satisfactorio de la desviación explicada (63,1%), medida del ajuste realizado y generalización del coeficiente de determinación.

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran una gran capacidad explicativa de la variable de interés. Los modelos empleados para ello resultan atractivos por su flexibilidad y eficiencia computacional. Debido a la naturaleza de computación intensiva de estos métodos, es de esperar que la capacidad predictiva de los modelos considerados pueda ser mejorada con un mayor tamaño muestral.

1203. INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS DE LA VACUNA COMIRNATY EN PROFESIONALES SANITARIOS

Noemí Alcázar Contreras, Senay Rueda Nieto, Ana María Corbalán Fernández, Jesús Soriano López, Encarnación Martínez Mondéjar, Diego Sánchez Rodríguez, Juan Román Sánchez, Barbara María Arana Arangón, Juan Francisco Monteagudo Pérez y Laura del Rosario Alcázar Contreras

Servicio Murciano de Salud, Murcia, España.

Palabras clave: Vacuna. Cominarty. Efectos adversos.

Introducción: El pasado 24 de enero de 2021 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, publicó el segundo Informe de Farmacovigilancia sobre Vacunas COVID-19. Este documento refleja el gran número de notificaciones de acontecimientos adversos que se han registrado, comunicados mayoritariamente por personal sanitario y sociosanitario. Desde el inicio de la campaña de vacunación en España, el 27 de diciembre de 2020, la mayoría de las dosis de vacuna que se han administrado pertenecen a Pfizer-BioNTech.

Objetivos: Determinar los principales efectos adversos relacionados con la vacuna Comirnaty descritos por profesionales sanitarios y analizar la incidencia de dichos efectos tanto en la primera como en la segunda dosis. Observar si ocurren otros efectos adversos que no estén especificados en ficha técnica y su porcentaje de aparición.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo a una muestra de 1.000 trabajadores, 173 hombres y 827 mujeres, entre 21 y 67 años, y con una mediana de 40 años. Todos ellos pertenecientes a centros sanitarios y sociosanitarios de la Región de Murcia. Los datos fueron recogidos en febrero de 2021, mediante un formulario, en el que se pidió información, sobre edad, sexo, profesión, lugar de trabajo y efectos adversos acontecidos tras la vacunación, tanto de la primera, como de la segunda dosis.

Resultados: De los efectos adversos notificados, el dolor en el punto de inyección fue el más frecuente (85,2%), seguido de picor en el lugar de la inyección (34,6%), cansancio (17,2%), e hinchazón (14,9%), tras la administración de la primera dosis. Dos terceras partes de los encuestados indicaron que no sufrieron reacciones adversas durante esta primera fase. Tras la administración de la segunda dosis, nuevamente el dolor en el punto de inyección fue el efecto adverso más frecuente (82,7%), seguido de cansancio (51,1%), dolor de cabeza (42,6%), y malestar (37,4%).

Conclusiones: La incidencia de efectos es superior en la segunda dosis frente a la primera. La proporción de efectos adversos en la primera dosis coincide enormemente con lo descrito en ficha técnica tanto frecuencia de aparición como descripción del efecto, no así con los efectos de la segunda dosis, que incluso aparecen efectos no descritos. Es importante informar a la población de que las consecuencias de contraer la enfermedad son mayores que los posibles efectos secundarios que tiene la vacuna.

1295. ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN COVID-19 EN CENTROS HOSPITALARIOS

María Dolores Martín Ríos¹, Gonzalo de Las Casas Cámara², Laura Rubio Cirilo³, Marta Cimas Ballesteros¹, Belisa Tarazona Chocano¹, Beatriz Vila Cordero² y Elena Ojeda Ruiz⁴

¹Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ²Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España. ³Hospital General de Villalba, Villalba, España.

⁴Hospital Infanta Elena, Valdemoro, España.

Palabras clave: Brote. Nosocomial. Prevención.

Introducción: Desde el inicio de la pandemia, para determinar la ubicación de los pacientes a su ingreso, se utilizan criterios clínicos, microbiológicos (PCR) y epidemiológicos (contactos estrechos). Sin embargo, el largo período de incubación, la alta proporción de infecciones asintomáticas o sintomáticas no “sugestivas” junto con una PCR negativa no elimina el riesgo de aparición de casos COVID en unidades no COVID. Además, el personal sanitario o familiares no detectados pueden contribuir a la aparición de casos y brotes nosocomiales en una población de pacientes especialmente vulnerable.

Objetivos: Describir una estrategia multimodal que minimice el riesgo de transmisión de COVID-19 en centros hospitalarios. Estrategia multimodal implantada en los hospitales públicos de Quirónsalud. Detección precoz mediante cribados de pacientes.

Material y métodos: Al ingreso: PCR Unidades no COVID: PCR al 3º, 7º día del ingreso y semanal si sigue ingresado. Quirúrgicos. PCR 72h previas a cirugía. Si negativa, test de antígeno en bloque quirúrgico antes de cirugía. En cuarentena: PCR, 0, 5º y 10º día. Positivos en zona no COVID: cribados pacientes susceptibles ingresados en la unidad, personal sanitario susceptible y acompañantes. Medidas organizativas. Pacientes: clasificación de pacientes según tipo de caso (confirmado, sospechoso, descartado), estado (activo, en estudio, cuarentena, dudoso, no COVID) y zona (COVID, Intermedia, No COVID), a través de formulario en la historia clínica electrónica que genera icono de colores de zona en la que debe estar ubicado el paciente (rojo-zona COVID, amarillo-zona intermedia y verde-zona no COVID). El icono se actualiza cuando el paciente cambia de estado. Acompañantes: restricción de visitas según cri-

terios de autorización. Un único acompañante y sin clínica respiratoria, ni en aislamiento domiciliario por sospecha o contacto estrecho con algún caso posible o confirmado en los últimos 14 días. Medidas de prevención: higiene de manos, limpieza/desinfección, uso adecuado de equipos de protección individual (EPI) según zona, vacunación del personal sanitario y distanciamiento físico (limitación de aforos en cafetería y zonas comunes, sesiones clínicas online, etc.).

Conclusiones: La estrategia multimodal mediante detección precoz, medidas organizativas y medidas de prevención está siendo de utilidad, permitiendo minimizar el riesgo de transmisión de COVID-19 con una reducción de brotes nosocomiales.

1300. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA HIGIENE DE MANOS

Beatriz Vila Cordero¹, Gonzalo de las Casas Cámara¹, María Dolores Martín Ríos², Nuria Gálvez Carranza¹, Carolina Lucas Molina² y Tannya Katerine León Caiza²

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España. ²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Palabras clave: Higiene de manos. Guantes. Consumo de productos de base alcohólica.

Introducción: La higiene de manos (HM) es considerada la medida más eficaz de prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Algunos estudios indican un aumento de colonizaciones/infecciones relacionadas con la asistencia durante la pandemia. Se propone evaluar el impacto de la pandemia sobre algunos indicadores de higiene de manos.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Se incluyeron las observaciones de HM realizadas durante el año 2020 en dos hospitales de alta y media complejidad. Se analizó el cumplimiento de HM global, por los cinco momentos de la OMS y el uso de guantes en las oportunidades en que se omitió la HM. Los resultados fueron segmentados según las zonas de atención de pacientes: COVID, intermedia (pacientes con sospecha o en cuarentena) y no COVID. También se analizó la densidad de consumo de productos de base alcohólica (PBA) en litros \times 1.000 estancias y se estimó la razón de su densidad de consumo (RDC).

Resultados: Se incluyeron 1.505 oportunidades. El cumplimiento global de HM fue del 58,6%, siendo inferior para los momentos “antes de”. Según zonas de atención: COVID, intermedia y no COVID, el cumplimiento de HM fue del 58,8%, del 70,2% y del 55% respectivamente. El uso de guantes cuando, detectada una oportunidad, no se realizó la acción de HM fue del 74,8%. Según zonas de atención, este porcentaje varió desde el 88,8% en zonas de atención COVID, el 71,4% en zonas de atención intermedia y el 73,5% en zona de atención no COVID. El consumo de PBA fue prácticamente el doble en 2020 que en 2019, siendo la RDC de de 1,785 (IC95% 1,716-1,856; $p < 0,001$) y de 2,148 (IC95% 2,064-2,235; $p < 0,001$) en el hospital de alta y media complejidad respectivamente.

Conclusiones: El cumplimiento mayor se observó en la zona de atención intermedia. El uso sistemático de guantes como EPI en zona COVID se ve representado en su mayor sobreutilización ante las omisiones de HM que destacaron en los momentos “antes de”. Algunos organismos como el ECDC han abogado por la racionalización de su uso cuando no hay fluidos o procedimientos que generan salpicaduras aunque a nivel nacional las recomendaciones no han cambiado. A pesar del incremento del consumo de PBA, esto no necesariamente refleja su utilización en los momentos de HM, habiéndose observado su uso tanto para la desinfección de guantes como de superficies. Es importante concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la HM, así como que el uso de guantes no excluye su necesidad.

1305. BROTE POR COVID-19 EN EQUIPO DE FÚTBOL CON AFECTACIÓN MAYORITARIA ENTRE LA PLANTILLA

Laura García Hernández¹, Carla Concepción Perera², Natalia Díaz Ortega², Jennifer Medina Díaz², Paola María Pérez Hernández², Daura Rodríguez Toledo², Elena María Pérez Concepción², Angélica Martín Orribo², Carlos Román Pérez Pérez² e Irene Almería Díez²

¹Dirección General de Salud Pública de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma, Breña Alta, España.

Palabras clave: COVID-19. Fútbol. Vestuario.

Introducción: Un equipo de fútbol de la liga preferente, presentó el 12 de diciembre de 2020 a varios jugadores simultáneamente con sintomatología compatible por COVID-19 y PDIA para COVID positiva.

Material y métodos: Análisis descriptivo y epidemiológico. Se realizaron entrevistas individualizadas a los jugadores y al equipo directivo, tanto por parte del equipo COVID de la Isla de La Palma como por parte de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias.

Resultados: El brote tuvo origen en el equipo y acabó teniendo afectación en el ámbito familiar y social de los jugadores. El rastreo a partir de los casos positivos, identificó a 400 contactos estrechos que fueron cuarentenados y a los que se les realizaron PDIA, además a un equipo al que se habían enfrentado 3 días antes de la fecha de inicio de síntomas de los primeros casos entre los jugadores, se les realizó cribado. En total en el brote hubo 40 casos confirmados con edades entre los 85 y 13 años, el 37,5% de los casos presentaron sintomatología, se registró una hospitalización en cama convencional y ningún fallecimiento. El 95% de la plantilla presentó PDIA positiva (19 de los 20 jugadores), así mismo el primer entrenador del equipo también fue caso confirmado. 20 familiares y amigos fueron el resto de los casos confirmados. Respecto al equipo contrario cribado fueron todos negativos. La plantilla mientras juega y entrena no utiliza mascarilla y en el vestuario en muchas de las ocasiones tampoco hacen uso de la misma. En el partido disputado dos días antes de la fecha de inicio de síntomas del caso índice, la plantilla se reunió 4 veces durante el partido, una en la reunión previa para todos, la reunión para los que jugaron, en el descanso y al acabar el partido. El único jugador de la plantilla que no fue caso positivo no entró en el vestuario por estar lesionado. En determinados momentos llegaron a coincidir hasta 15 jugadores en el vestuario sin mascarilla, además el primer entrenador tampoco hizo uso todo el tiempo de la mascarilla. Durante el partido varios de los jugadores tuvieron que compartir botellas de agua.

Conclusiones: El vestuario parece ser un lugar propicio para la transmisión del COVID-19, un lugar con escasa ventilación y dónde la exhalación secundaria a la actividad física y el no uso de la mascarilla amplificaría más la transmisión. El consumo directo en botellas de agua compartidas, pudiera potenciar la transmisibilidad.

1307. VIGILANCIA SINDRÓMICA EN LA URGENCIA HOSPITALARIA DEL COVID-19

Gonzalo de Las Casas Cámara¹, María Dolores Martín Ríos², Laura Patricia del Nido Varo³, Laura Rubio Cirilo⁴ y Beatriz Vila Cordero¹

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España. ²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ³ISCIII, Madrid, España. ⁴Hospital General de Villalba, Madrid, España.

Palabras clave: Vigilancia sindrómica. Corredor endémico. COVID-19.

Introducción: La vigilancia sindrómica se basa en la información prediagnóstica como complemento de los sistemas de vigilancia epidemiológica para disminuir el tiempo desde el momento en que se realiza el diagnóstico y se lanza la alerta. Para ello un instrumento útil es el denominado "corredor endémico" (CE), que es la representación gráfica de la incidencia actual sobre la histórica, la cual alerta ante una incidencia superior a la esperada. Se describe la evolución del inicio y desarrollo de la pandemia a través de la vigilancia sindrómica de nivel hospitalario.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico de 4 hospitales de la Comunidad de Madrid. Se consideraron las visitas a la Urgencia con cuadro sindrómico compatible para COVID-19 a través de los siguientes códigos diagnósticos: bronquitis aguda (no EPOC), infección respiratoria de vías bajas, infección respiratoria de vías altas, rinitis, infección aguda de las vías aéreas superiores, infiltrado pulmonar, fiebre (no se especifica foco), síndrome gripal y viriasis. Se descartó añadir el diagnóstico de amigdalitis por identificarse mayoritariamente con infecciones bacterianas. Se representó la incidencia de 2020 sobre la histórica de los años 2015-2019.

Resultados: Globalmente y en 3 de los 4 hospitales la incidencia de 2020 mostró tres entradas en zona epidémica del CE. La primera, en torno a la semana 4, coincide con el máximo de gripe cuya incidencia fue superior a la de temporadas previas. Desciende durante las siguientes semanas con punto de inflexión sobre la semana 8, para ascender en plena bajada de gripe y mantenerse en zona de alerta o entrar en epidemia durante la siguiente. En torno a la semana 31 se produce nueva entrada en alerta o epidemia. Los primeros casos de cada centro se diagnosticaron por PCR y de acuerdo a las definiciones vigentes a partir de la semana 9, cuando la vigilancia sindrómica ya mostraba el evento.

Conclusiones: La vigilancia sindrómica mostró tendencias similares a la vigilancia epidemiológica identificando a través de los CE los momentos críticos de la pandemia: inicio de transmisión comunitaria (por cambio de tendencia en pleno descenso de la curva de la gripe) e inicio de la primera y segunda ola pandémica. La vigilancia sindrómica de la urgencia hospitalaria mostró una capacidad de anticipación de alrededor de una semana con respecto a los cambios de definición de caso estatal o regional.