

I JORNADA CIENTÍFICA VIRTUAL ACIP & HYGIEA

**ENFERMERA
PEDIÁTRICA DURANTE
EL SARS-COV-2**

27-MAYO-2021



ASSOCIACIÓ CATALANA
D'INFERMERIA PEDIÀTRICA



CENTRO DE
EDUCACIÓN SUPERIOR
HYGIEA

I JORNADA CIENTÍFICA VIRTUAL ACIP & HYGIEA: Enfermera Pediátrica durante el SARS-CoV-2

27-MAYO-2021

ORGANIZADO POR

ASOCIACIÓN CATALANA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA (ACIP)
CENTRO DE EDUCACIÓN SUPERIOR HYGIEA

COMITÉ ORGANIZADOR

ANNA PEDRAZA. Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica (ACIP)
MERCEDES GÓMEZ DEL PULGAR. Centro de Educación Superior Hygiea.
SUSANNA CAMPO. Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica (ACIP).

COMITÉ CIENTÍFICO

M. CRISTINA PÉREZ. Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica (ACIP).
ROSARIO MELERO. Centro de Educación Superior Hygiea.
SAIDA RIDAO. Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica (ACIP).
GISELA MIMBRERO. Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica (ACIP).

Primera edición, Octubre de 2021.

Publicaciones de la Associació Catalana Infermeria Pediàtrica (ACIP).

ISBN: 978-84-09-34741-4

Edición digital no venal

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I JORNADA CIENTÍFICA VIRTUAL ACIP & HYGIEA: Enfermera Pediátrica durante el SARS-CoV-2

CAPÍTULO 1.....	5
SOS PANDEMIA: El reto de las enfermeras pediátricas en la atención primaria de salud y su reorganización.	
Autores: Obradors i Ascon AM, Royo i Tejero N.	
CAPÍTULO 2.....	14
BROTE INFECCIOSO EN UNA ESCUELA RURAL DE CATALUÑA AL INICIO DE LA EPIDEMIA DE COVID-19. INESPECIFICIDAD Y CONFUSIÓN DE SÍNTOMAS.	
Autores: Ferrera Ceada C.	
CAPÍTULO 3.....	17
PROYECTO DE INNOVACIÓN EN AP PEDIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2: MEJORANDO LA SALUD ESCOLAR.	
Autores: López Ruiz R, Domínguez Gómez C, Giribert I, Martín Yebra A, Olmos Aullon C, Ribas Camprubí M.	
CAPÍTULO 4.....	20
HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA.	
Autores: Alcover Bonillo I, Ramos Bravo C, Blanchar Bidó M.	
CAPÍTULO 5.....	24
IMPLANTACIÓN Y USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.	
Autores: Miró Espasa L, Vidal Piñol M, García Salayet G.	
CAPÍTULO 6.....	29
ATENCIÓN DE NEONATO MADRE CON SARS-COV-2.	
Autores: Gurrieri Negron SA, Pérez Bermúdez PM, Gutiérrez Barceló MP, Gálvez Suyón L.	

CAPÍTULO 1

SOS PANDEMIA:

El reto de las enfermeras pediátricas en la atención primaria de salud y su reorganización

Obradors i Ascón, Anna María. Enfermera especialista en pediatría y Antropóloga. Unidad Funcional de Pediatría Social y del adolescente. CAP Dr. Joan Planas, Castellbisbal.

Royo i Tejero, Natàlia. Enfermera. CAP Dr. Joan Planas, Castellbisbal. Servicio de Pediatría. Consorcio Sanitario de Terrassa (CST)

INTRODUCCIÓN

El día 14 de marzo de 2020 el gobierno de España declaró el estado de alarma debido a la pandemia por el coronavirus SARS-COV2¹. Los sistemas de salud se enfrentaban de forma desesperada y con medidas extraordinarias a la crisis sanitaria, lo que obligó a reestructurar los servicios para poder dar cobertura a las solicitudes de asistencia.

El estado de alarma se decretó en primera instancia por un periodo de 15 días en todo el territorio nacional, pero desafortunadamente, debido a la evolución de la pandemia se alargó hasta el 21 de junio de 2020.

La realidad que vivimos, era completamente desconocida, lo que indujo e impulsó en marzo de 2020, a la reestructuración de los servicios de atención pediátrica, de forma abrupta e inesperada, muchas veces improvisando actuaciones a medida que se presentaba una dificultad o problema.

En la actualidad se ha demostrado que la carga de enfermedad por coronavirus SARS-COV2 en los pacientes pediátricos es menor que en los pacientes adultos, al igual que su proceso. Así las consultas de pediatría van recobrando poco a poco una normalidad diferente, o lo que conocemos como la nueva normalidad, como también pasa en las escuelas y en la vida diaria.

“La carga de enfermedad pediátrica por COVID-19 ha sido relativamente más baja en comparación con los casos en pacientes adultos.” “La sintomatología del paciente pediátrico es inespecífica y en la mayoría de los casos, leve” (AEPAP y SEPEAP, 2020: 2-3)

En este trabajo presentamos como fue el trabajo del servicio de pediatría en nuestro pequeño centro de atención primaria de salud. Desde el servicio de pediatría nos adaptamos a las directrices que nos llegaban desde la dirección de atención primaria del centro y desde la dirección del servicio de pediatría del hospital de Terrassa, Consorci Sanitari de Terrassa (CST), para poder responder a las demandas asistenciales no solo de la población pediátrica sino también de la población adulta diana del CST.

Nos preocupó también como atender aquella población pediátrica que a pesar de que quizás por el confinamiento y al no acudir a la escuela estarían más protegidos frente al coronavirus, pero no frente

¹ https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2020/14032020_alarma.aspx

a las dificultades o problemas más sociales y de salud mental, como se ha demostrado en la actualidad, pero que por aquel entonces de hace más de un año, no se tuvo en consideración en primera instancia.

Desde la Unidad Funcional de Pediatría Social y del Adolescente (UFPSiA) nos preocupó esta idiosincrasia particular de esta población: salud mental y salud social, por lo que de forma intuitiva y sin ningún protocolo empezamos a atender vía telefónica a los usuarios diana y en este trabajo presentamos el resultado de nuestra experiencia.

“La población infanto-juvenil estaba presente desde los inicios de la pandemia, pero no se la consideraba en su verdadera dimensión. En primer lugar, por el debate de su relevancia o irrelevancia en cuanto a sus síntomas o a su valor como vector de contagio de la afección del COVID-19 (8-9, 25-26). En segundo lugar, porque, como en tantas otras ocasiones, es un segmento de población “silenciado”, en parte por paternalismo y en parte por desconocimiento (27,28). Lo cierto es que los niños forman parte de las familias cuyos miembros expresaban sus miedos, sus incertidumbres y todo aquello lo escuchaban y lo vivían.” (Pedreira, 2020:4)

OBJETIVOS

Los objetivos básicos del trabajo que les presentamos, son:

General:

- Describir cual fue la nueva organización del Servicio de Pediatría del CAP durante los meses de abril–mayo 2020, durante el impacto de la primera ola de la pandemia

Específico:

- Analizar las actuaciones telefónicas realizadas en la UFPSiA en este período de tiempo, actuaciones llevadas a cabo y sus repercusiones, también actuales.

METODOLOGÍA

La metodología del estudio ha sido enfocada con la intención de dar respuesta a los objetivos planteados en el trabajo. Por ello ha sido importante hacer una revisión y descripción de cómo el servicio se fue adaptando a las contingencias que se presentaban, muchas veces de forma imprevista y, por otro lado, valorar describir y analizar cómo dimos respuesta a las necesidades más emocionales, sociales y humanas de los pacientes pediátricos atendidos por la UFPSiA.

La investigación cualitativa nos permite dar un enfoque más humanista. Poder preguntar directamente a las personas como están o como se encuentran y poder saber que perciben, sienten, nos permite saber qué significado le dan a su proceso y en el momento en que se encuentran e intentar comprender la realidad que experimentan. Son de gran valor las citas textuales de los informantes o sujetos de estudio.

Ámbito de estudio

El trabajo se realizó en el servicio de pediatría del CAP Dr. Joan Planas en Castellbisbal, perteneciente al proveedor de salud del Consorcio Sanitario de Terrassa (CST). La población de Castellbisbal se ubica en la comarca del Vallés Occidental, limítrofe con el Baix Llobregat. Castellbisbal

registra en el año 2020 una población total de 12.539 habitantes según el IDESCAT². En cuanto a la población pediátrica y dentro del rango de edad de 0 a 14 años, la población referenciada es de 2.223 habitantes. La población infantil registrada en el CAP mediante historia clínica de 0 a 14 años es de 1946 niños/as.

Participantes

Para dar respuesta al primer objetivo, se hizo una valoración retrospectiva de la actividad y profesionales antes de la pandemia y en el transcurso de esta, incluyendo las fechas desde el inicio del estado de alarma hasta finales de mayo de 2020 puesto que empezó, aunque discretamente a aumentar la actividad presencial y al retorno de alguna compañera a su ubicación habitual de trabajo.

En cuanto al segundo objetivo del trabajo, los participantes incluidos en el estudio fueron los niños, niñas, adolescentes y sus familias que ya formaban parte como usuarios de la UFPSiA antes del inicio de la pandemia y en seguimiento activo.

La Unidad Funcional de Pediatría Social y de la Adolescencia (UFPSiA) nació oficialmente en el CST en el año 2019, aunque previamente Gloria Estopiñá (pediatra adjunta del servicio de pediatría del Hospital de Terrassa) empezó a trabajar para que la unidad fuera una realidad en el CST. La UFPSiA nació con el propósito de dar soporte asistencial a las unidades básicas asistenciales de los servicios de atención primaria de salud y hacer seguimiento sobre todo en aquellos casos de alta complejidad, como cualquier tipo de violencia, abusos, etc., a la vez que llevar la coordinación con los equipos altamente especializados en la materia.

Se ha demostrado que los problemas psicosociales tienen efectos en el niño y en el adolescente, estos pueden impactar emocional y socialmente en el niño y la familia, por lo que tener una visión integral del niño y su familia es básico para una atención holística en la pediatría social. Todo ello es lo que pretendió la puesta en marcha de la unidad.

“La infancia es un período de vulnerabilidad en el cual los factores genéticos y familiares interactúan con las exposiciones ambientales (p.ej., las condiciones de la vivienda) y otros determinantes que llevan a una compleja combinación de efectos y resultados en salud. La perspectiva de la trayectoria vital es una aproximación multidisciplinaria que estudia los efectos a largo plazo de las exposiciones en las etapas iniciales de la vida.” (Huertas, et al. 2013:36)

La UFPSiA del CST la componen los siguientes profesionales para dar cobertura a todo el territorio de atención primaria de salud:

- Hospital Terrassa/Terrassa:
Glòria Estopiñá, pediatría
Susanna Folch, servicios sociales
Emma Prades, psicología
- Rubí:
Dolores Aguilar, pediatría
- Castellbisbal:
Anna Obradors, enfermería pediátrica

² <https://www.idescat.cat/emex/?id=080543&lang=es>

En la franja horaria de miércoles de 8 a 10 h, se proceden a las coordinaciones, estudio y gestión de casos.

Material y procedimiento

Previamente, se revisaron los usuarios que visitaban o se seguían desde la UFPSiA y se revisaba su historia para tener presentes diagnósticos y antecedentes además de pensar en necesidades potenciales fruto de la nueva situación. Se preparó una pequeña encuesta con 5 ítems en las que se incluían las categorías analíticas que se consideraron prioritarias. Se optó por cinco para no ser excesivas para una consulta telefónica. Se hizo un registro de los datos básicos de la encuesta y de las categorías analíticas y comentarios de interés, mediante una tabla de contingencia de las categorías: estado general, estado emocional, dificultades presentes y futuras a corto mediano plazo familia /niñ@, necesidades en las que desde salud pudiéramos ayudar, para tener una guía a seguir, a pesar de que se consideró importante dejar expresar emociones, preocupaciones, dudas... durante la consulta. La consulta tenía que tener acceso telefónico y privacidad.

Al revisar a posteriori los registros y las categorías analíticas, así como las actuaciones pasadas, englobamos el estudio dentro de un marco retrospectivo, observacional y descriptivo, con un análisis básicamente cualitativo de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Organización del nuevo servicio

Antes de decretar el estado de alarma el servicio de pediatría disponía de tres unidades básicas asistenciales con dos pediatras al 100% y uno al 80 % y tres enfermeras de pediatra, en misma proporción, dando cobertura diaria de 8 a 20h, a veces con dos equipos trabajando en la misma franja horaria. Fuera de este horario de 20 a 24, la población pediátrica es derivada al hospital de Terrassa o bien y según criterio del facultativo de guardia se visita o no en el CAP.

Al entrar en vigor el estado de alarma, se implantaron turnos para cubrir franjas horarias de mañana, de 8-14 h y de tarde 8-20 h, con un pediatra y una enfermera, y dejando de retén al tercer pediatra enfermera. Pero debido a la evolución de la pandemia, se hizo una redistribución de los recursos humanos para reforzar el hospital y el sociosanitario. El servicio paso a ser cada día y sin personal de retén de 8 a 14 h y de 14 a 20 h por una enfermera por turno, y un solo pediatra de 10 a 18 h. Se dio prioridad a la atención urgente, programa del niño sano de 0 a 15 meses y procesos y curas que no podían tener demora. Se dejó una consulta exclusiva para visitas compatibles con COVID-19, y los niños que se visitaban en el marco del programa del niño sano se programaban al inicio de la jornada, cuando las consultas estaban completamente limpias. Se atendían visitas telefónicas, así como seguimiento telefónico. En el caso de no quedar clara patología el pediatra decidía si hacer videollamada y/o consulta presencial. Al adaptar el acceso al servicio de pediatría para evitar el contacto con la población adulta, nos obligó también a asumir las funciones de atención a la demanda espontánea, ya que no tenían acceso al servicio de atención al cliente (admisiones).

En caso necesario, también dábamos soporte al equipo de adultos.

En la actualidad, prácticamente se ha vuelto a la normalidad, con la excepción de que por la tarde no se ha reabierto el servicio de pediatría.

Unidad Funcional de pediatría social y de la adolescencia

Durante el estado de alarma dejamos de hacer visitas presenciales en la UFPSiA del CAP Dr. Joan Planas. Durante las dos primeras semanas, y con la situación de cambios constantes, no se realizó ninguna llamada telefónica a los usuarios de la unidad.

A partir de la segunda semana, se empezó a realizar el seguimiento telefónico de los usuarios que no podíamos atender presencialmente.

Se realizaron un total de 30 llamadas telefónicas el periodo de abril- mayo de 2020, atendiendo a un total de 12 familias. Dependiendo de la composición familiar, tipología de la problemática y/o diagnóstico, estado o impresión de bienestar mantenido o no, se llamaron de forma diferente en el tiempo. Todas recibieron un mínimo de 2 llamadas, una familia 4 llamadas, y 4 familias con 3 llamadas. Todas tenían la consigna que nos podían llamar en cuanto lo necesitaran.

El total de menores atendidos entre niños y adolescentes fue de 17, con edades comprendidas entre los 12 meses y los 18 años, con una edad media de 10,1 años, siendo un total de 12 niños y 5 niñas.

En cuanto a la tipología de los problemas, 3 TEA, 1 depresión, 2 trastorno adaptativo refractario, 4 desestructuración familiar, 1 TDHA, 1 sospecha maltrato, 5 problemas orgánicos.

Se realizaron derivaciones mediante contacto telefónico de un caso a servicios sociales y CSMIJ, además de visita presencial con su pediatra y enfermera.

En cuanto fue posible por la actividad escolar, se contactó con la escuela para traslado de inquietudes e intercambio de valoraciones. Desde la unidad se propuso una reunión virtual pluridisciplinar, con todos los agentes comunitarios implicados: Servicios sociales del CAP y del Ayuntamiento, CSMIJ, EAP, UBA, UFPSiA, Equipo directivo/ tutor de la escuela de referencia del menor, EAP y en la actualidad también con la enfermera escolar.

La enfermera escolar es efectiva desde el curso 2020-21, en todas las escuelas públicas de la población. El servicio de la enfermera escolar es subvencionado por parte del ayuntamiento en su totalidad, y tiene la autorización de los Servicios Territoriales de Educación del Vallés Occidental. Desde la implementación del servicio ha sido de gran ayuda para el manejo de estas entidades en la escuela, así como, el nexo de unión entre educación y salud. En el retorno escolar su ayuda ha sido fundamental, por lo que forma parte activa del equipo pluridisciplinar en el manejo de casos desde la escuela.

En cuanto a las categorías analíticas valoradas a través del pequeño **cuestionario**, los resultados fueron los siguientes:

➤ *Estado general:*

En todas las llamadas se percibió una buena adaptación de la situación sobre todo en las primeras, a excepción de un caso. A medida que pasaban los días se notaba más cansancio, aunque a la vez resignación, por lo que notamos que el refuerzo positivo dando valor a su actuación, fue importante. A pesar de la buena adaptación, había expresión de desconcierto y estaban expectantes ante la situación cambiante. Era unánime la sensación de seguridad en casa, a la vez que la incertidumbre de cara al futuro y de la vuelta a la “normalidad”. Todos expresaron alegría y contento al recibir la llamada, por lo que destacamos unas de las frases registradas en esta categoría:

“la “veritat és que ara que sé que esteu aquí i que puc trucar em quedo més tranquil.la” (Enf1, abril 2020)

“muchas gracias por el trabajo que hacéis, es impagable” (Enf.2, abril 2020)

En un solo caso, pero ya en la primera llamada, notamos gran preocupación en una madre, trabajadora esencial con hijo adolescente con antecedentes de patología en salud mental, que debía de quedar solo en casa durante su horario laboral. Se hizo derivación del a servicios sociales, UBA de referencia y CSMIJ para hacer una buena contención familiar y búsqueda de estrategias para disminuir estresor materno y aumentar el bienestar familiar.

➤ *Estado emocional:*

El estado emocional de los niños y de la familia dependía sobre todo de la tipología del caso, a la vez también del estatus familiar y herramientas particulares de afrontamiento de la situación de cada familia.

En cuanto a las familias con categoría diagnóstica de TEA/TDHA, nos encontramos que la respuesta general era la de sensación de calma, tranquilidad, seguridad en el hogar, a la vez miedo por la vuelta al cole, al asociarse este hecho a los factores estresantes que son los desencadenantes del malestar del niño/a. En un solo caso de un menor, muy bien adaptado al medio escolar, hubo problemas en los primeros días del confinamiento. El caso fue comentado y derivado, tal y como hemos explicado anteriormente.

Al disminuir los estresores, no encontramos con afirmaciones como:

“És increíble, li ha marxat la tos ..., no estosega” (Tic)” (Enf1, mayo 2020)

“No hay niño en casa” (Enf3, abril 2020)

En los trastornos adaptativos, nos encontramos igual que en la categoría anterior, en que no observamos dificultades asociadas en ningún caso, incluso destacamos:

“Está en su salsa, no tiene que ir a dónde no quiere ir” (Enf 6, abril 2020)

En cuanto a otros problemas orgánicos como diabetes, obesidad, etc, agradecieron el acompañamiento, sin que se observase ningún signo de alerta, incluso en el caso de sospecha de maltrato.

En referencia a los profesionales que trabajamos en el periodo del estudio en el servicio de pediatría del CAP, echábamos en falta la presencialidad, especialmente en los casos de más vulnerabilidad socioeconómica y de recursos adaptativos personales, por lo que se generó la inquietud de que realmente los usuarios estuvieran bien, sobre todo en los casos de dificultad idiomática y en la sospecha de maltrato.

➤ *Dificultades presentes y futuras a corto mediano plazo familia /niñ@*

La gran preocupación general fue la vuelta a la escuela y la vuelta a la normalidad, particularmente en aquellas familias en las que vieron que los estresores habían disminuido, sinónimo de no tener problemas escolares. Principalmente lo detectamos con los niños diagnosticados de TEA.

Paradójicamente, las familias en las que sus hijos no engloban diagnósticos de salud mental, y los problemas son más orgánicos o de estructura social, tenían ganas de volver a la rutina normal.

➤ *Necesidades en las que desde salud pudiéramos ayudar*

En cuanto se les hacía referencia en que les podíamos ayudar, la demanda fue la ayuda para el acceso a los especialistas de salud mental. Esta demanda se dio por parte de las familias usuarias de esta especialidad.

Y de forma general en todos los casos, pero sobre todo en los casos manifestados de estresor al ir a la escuela, fue la coordinación o la ayuda para la vuelta a la escuela.

Estas solicitudes nos obligaron a coordinarnos con los servicios de salud mental y con la escuela.

Se realizaron estas coordinaciones tanto con los especialistas de salud mental, como los responsables de la comunidad educativa, primero por vía telefónica y posteriormente en formato de videollamada. Podemos decir que fueron exitosas y que en la actualidad mantenemos las coordinaciones pluridisciplinarias telemáticamente.

DISCUSIÓN

A pesar de los grandes avances tecnológicos, la proximidad que ofrece la visita presencial, facilita nuestro trabajo, sobre todo cuando hay algún tipo de barrera como la idiomática. La dificultad idiomática o de manejo de las nuevas tecnologías es de difícil gestión, por lo que consideramos que la presencialidad es mejor, a pesar de que cuando no hay ninguna otra posibilidad, es un recurso válido.

El seguimiento del estado emocional a través del teléfono es útil cuando no hay otra posibilidad, pero se debe estar pendiente, por ejemplo, de las inflexiones verbales. Mejora con la videollamada, pero ante problemas sociales y de vulnerabilidad, la visita presencial y el acompañamiento directo, aportan el tracto humano tan necesario en muchas ocasiones. Además, en un entorno vulnerable, no todos tienen la posibilidad de videollamadas, sea por desempeño personal o sea por problemas económicos o de otros recursos, por lo que la visita telefónica debe ser más personalizada que estándar y ver cómo nos adaptamos a cada situación/ entorno. Y todo ello requiere entre otras cosas tiempo y preparación.

La consulta virtual en tiempos de pandemia ha sido una gran solución y de gran ayuda, pero pensamos que sería necesario un mejor registro como la grabación, puesto que puede haber pérdida de información que puede ser importante, o bien interpretaciones a posteriori, que no se pueden recuperar o revisar. Las visitas telemáticas ayudan, tienen que quedarse, pero no en exclusividad. La presencialidad es necesaria en la pediatría social, si no, nos perdemos mucho de “lo social”, porque en la pediatría social, todos los recursos son necesarios.

Por último, reflexionar que pasa con los factores estresores/estresantes en la vida cotidiana del niño con una patología sea de salud mental o no y sus manifestaciones somáticas, como en según qué casos la socialización escolar no favorece al desarrollo armónico del niño de y su familia. Y la pandemia lo ha puesto de manifiesto. Como se debería de gestionar desde la comunidad educativa y desde los servicios de salud. Quizás con un mejor acompañamiento a muchos niveles. Hay que valorar el antes y el después para poder encontrar respuestas y soluciones.

CONCLUSIONES

La situación a la que nos enfrentamos la población en general, y en primera instancia los servicios de salud, fue caótica y de total desconcierto, lo que se manifestó en la gran dificultad para prestar una

atención adecuada y digna en muchas ocasiones. Los protocolos cambiantes, dificultaron sin duda alguna nuestra labor. Por todo ello decir que, sin la gran implicación profesional de los profesionales de la salud, a pesar de los recursos deficitarios, no hubiese sido posible, y por ello el título de la presentación: SOS pandemia.

La atención telefónica, y a posteriori las videollamadas ayudaron y ayudan a mejorar el servicio, pero no exclusivamente. En casos determinados como en la dificultad idiomática, alguna tipología diagnóstica, entre otras consideraciones, es mejor la presencialidad o poder reforzar con la presencialidad en cuanto a la atención directa al usuario, pero hay que destacar que para las coordinaciones y para los encuentros pluridisciplinares la virtualidad como metodología, es de gran ayuda para coincidir, evaluar, asesorar, coordinar, aunque el trabajo del moderador ha de ser muy importante para que los encuentros sean ordenados y fructíferos. Su registro, previo consentimiento, también es de gran utilidad para los acuerdos y revisiones posteriores en caso necesario.

No debemos ni podemos olvidar el rol colaborativo que todos nosotros tenemos para abogar por el bienestar de los niñ@s y sus familias. Los recursos de salud, educación y servicios sociales deberían caminar conjuntamente. La figura de la enfermera escolar en nuestra comunidad ha significado un antes y un después en la atención de procesos de salud en la escuela. Además, no podemos olvidar recursos importantes dentro de la comunidad además de la enfermera escolar, como son equipo el directivo y psicopedagógico de las escuelas, así como los profesores de educación especial, los servicios sociales y los servicios a la comunidad que pueden ofrecer los ayuntamientos.

Por último decir que la pandemia nos ha obligado a cambiar en parte el modo o la forma de atender y de prestar nuestros cuidados de salud, pero la esencia de la enfermería en tiempos de COVID sigue siendo la misma: cuidar, acompañar, escuchar, atender, proponer, avanzar, estar al lado de: **quién lo necesita.**

BIBLIOGRAFIA

- Díaz Huertas, J.A. et al: "Manual de pediatría social". Ediciones del Genal, 2013. ISBN:978-84-16021-00-0
- <https://www.idescat.cat/emex/?id=080543&lang=es>
- https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2020/14032020_alarma.aspx
- Góes, Fernanda Garcia Bezerra et al. Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic* * This article refers to the call "COVID-19 in the Global Health Context". . Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2020, v. 28 [Accedido 25 Mayo 2021], e3367. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4550.3367>>. Epub 07 Set 2020. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4550.3367>.
- González Martínez, C.: "La mirada social del pediatra", Rev Anales de Pediatría, 2010;73 (5): 229-232
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España: "Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19" en https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_pediatria_ap.pdf

- Pedreira Massa, J.L.: “Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la salud pública”. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 16 de octubre e202010141 en https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL_94/C_ESPECIALES/RS94C_202010141.pdf
- Protocolo interno de actuación frente a la pandemia SARS-COV-2 del Servicio de Pediatría del CST
- Rojas Jocelyn R. y Angulo-Ramos M.: “. Experiencia en tele-enfermería pediátrica en tiempos de Covid-19”. Index Enferm [Internet]. 2020 Sep [citado 2021 Mayo 25] ; 29(3): 172-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200017&lng=es. Epub 25-Ene-2021.
- Sociedad Española de Pediatría Social: “Manual de Pediatría Social” en http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Manual_Pediatría_Social.pdf
- Suárez Vicent E, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Sánchez Pina C, Villaizán Pérez C, Cénarro Guerrero MT, Cantarero Vallejo MD, *et al.* : “Propuesta de abordaje y organización de las consultas de Pediatría de Atención Primaria en la pandemia por SARS-CoV-2 (otoño-invierno 2020-2021)”. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020;22:241-50.

CAPÍTULO 2

BROTE INFECCIOSO EN UNA ESCUELA RURAL DE CATALUÑA AL INICIO DE LA EPIDEMIA DE COVID-19. INESPECIFICIDAD Y CONFUSIÓN DE SÍNTOMAS.

Ferrera Ceada, Carme. Enfermera pediatría en Área Básica de la Escala.

INTRODUCCIÓN

La Escala es un pueblo costero situado en la costa nordeste de Catalunya, también estamos asociados al Hospital Comarcal de Figueras. Nuestro equipo está formado por dos enfermeras de pediatría y dos pediatras. La zona donde ejercemos nuestra profesión es rural, con una gran dispersión territorial, formado por diversos pueblos.

El estudio se realizó hace aproximadamente hace un año, coincidiendo con el inicio de la pandemia, en marzo de 2020. En esos momentos, la información relativa a SARS-CoV2 y la enfermedad que produce la COVID-19, era escasa. La información cambiaba a una velocidad vertiginosa, eso nos creaba a todos una gran incertidumbre, lo que nos generó ansiedad por saber y conocer más.

En uno de los artículos que se publicaron, se concluyó que el SARS-CoV-2 podía haber estado circulando en nuestra zona 2-3 semanas anteriores del primer diagnóstico de COVID (25/02/2021). Coincidiendo con este artículo, cabe destacar que se comunicó que la incidencia de gripe en esta región había sido un 20% más alta que años anteriores.

Al mismo tiempo, los padres de una escuela de la zona nos comunicaron que en dichas fechas (entre el 25 de enero o el 25 febrero), se produjo un aumento de cuadros infecciosos en el centro. Además, éstos cursaban con una duración e intensidad inusual.

Los anteriores acontecimientos coincidieron con la aparición de los test de serológicos rápidos. Estos test detectan en 10-15 minutos la presencia en una muestra mínima de sangre anticuerpos IGM i IGG.

Por lo tanto, nos planteamos la hipótesis de que lo que podría haber ocurrido en la escuela fuera un brote de SARS-CoV-2.

OBJETIVOS

Nos propusimos como objetivos:

- Describir los cuadros infecciosos ocurridos.
- Definir la repercusión en las familias.
- Determinar si se había producido un brote de SARS-CoV-2.

METODOLOGIA

Diseño

Realizamos un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

Ámbito de estudio y recogida de datos

El estudio se llevó a cabo en la escuela mencionada. Se pidió colaboración a la dirección de la escuela, tanto como para poder realizar el estudio, como el uso de las instalaciones, así como la confirmación a través de los registros, que en dichas fechas se había producido un aumento de ausencia de alumnos y trabajadores. El estudio también recibió el permiso del Departamento de Educación regional.

Se pasó a las familias y a los trabajadores una encuesta *online*, previo consentimiento informado. Donde se indagaba acerca de datos clínicos (síntomas, pruebas complementarias, ingresos) y datos sociodemográficos (convivientes, localización del lugar de trabajo). A través de esta información se definió caso posible, caso descartado y caso confirmado.

Se seleccionaron los casos posibles y se les citó en la escuela para realizar test serológicos rápidos, aproximadamente unos 100 días después del inicio de los cuadros infecciosos. Se citaron en diferentes días, manteniendo las medidas higiénicas y de atención del protocolo anticovid de Sanidad.

RESULTADOS

Participaron un total de 144 alumnos de la escuela. De éstos, 107 se clasificaron como casos posibles (válidos). Detectamos que la mayoría de ausencias se habían producido en los alumnos de cursos superiores (5º y 6º grado) así como sus tutores. Sin embargo, de estos posibles, en ningún caso se detectó ni IGM ni IGG.

A nivel de los trabajadores, de 24 que participaron, 21 fueron citados para realizar test de antígenos: 8 profesores y personal de servicio. De todos ellos, se detectó una maestra con una IGM positiva. Que posteriormente presentó IGG y se confirmó la infección positiva a través de una PCR. Después de realizar el estudio de contactos, se consideró que este positivo se produjo fuera del centro.

CONCLUSIONES

Los cuadros infecciosos ocurridos en el centro no fueron producidos por el SARS-CoV-2. Además, los síntomas tienen tan poca especificidad que es difícil llegar al diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2. Por tanto, se precisan pruebas diagnósticas específicas que confirmen la infección y descarten otras habituales como la gripe.

Por otra parte, se evidencia una baja sensibilidad en los test serológicos digitales rápidos, debiendo realizarse bajo los requisitos concretos que indica el fabricante para asegurar un resultado fiable.

Además, en el caso de que realmente hubiera habido casos de la enfermedad COVID19 entre los niños, podríamos deducir que deja muy pocos títulos de anticuerpos y que se desconoce su longevidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Johns Hopkins University, COVID-19 Dashboard (2020); <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> [accessed 1 July 2020].
- Coma E, Mora N, Prats Uribe N et al. (2020). Excess cases of influenza suggest an earlier start to the coronavirus epidemic in Spain than official figures tell us: an analysis of primary care electronic medical records from over 6 million people from Catalonia. DOI:10.1101/2020.04.09.20056259.

- Lu, X et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med* 2020; 382:1663-1665. DOI:10.1056/NEJMc2005073
- Lai CC, Liu YH, Wang CY, et al. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Facts and myths. *J Microbiol Immunol Infect* 2020;53(3):404-412. DOI:10.1016/j.jmii.2020.02.012
- World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- Bénézit F, Le Turnier P, Declerck C, et al. Utility of hyposmia and hypogeusia for the diagnosis of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Apr 15]. *Lancet Infect Dis* 2020;S1473-3099(20)30297-8. DOI:10.1016/S1473-3099(20)30297-
- Mazzotta F, Troccoli T. Monday's case. Acute acro-ischemia in the child at the time of COVID-19. *Dermatologia Pediatrica, Bari*. Disponible a: <https://drive.google.com/file/d/1ehu5OIThQLwntuDiKpfKUwitxcQF-Dh6/view>
- M. Suzuki, K. Saito, W. Min, C. Vladau, K. Toida, H. Itoh, et al. Identification of viruses in patients with postviral olfactory dysfunction. *Laryngoscope* 2007 (17). DOI: 10.1097/01.mlg.0000249922.37381.1e
- Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200417_ITCoronavirus.pdf (actualización 3 de julio 2020)
- Burke RM. Active Monitoring of Persons Exposed to Patients with Confirmed COVID-19 — United States, January–February 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020;69. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6909e1.htm>
- Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *Pediatr Infect Dis J* 2020;39:355–368
- Zhao J et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. *Clin Infect Dis* 2020 Mar 28. doi: 10.1093/cid/ciaa344
- Pan Y, Li X, Yang G, Fan J, et al. Serological immunochromatographic approach in diagnosis with SARS-CoV-2 infected COVID-19 patients. *medRxiv*. 2020; doi: 10.1101/2020.03.13.20035428
- Wu F, Wang A, Liu M, et al. Neutralizing antibody responses to SARS-CoV-2 in a COVID-19 recovered patient cohort and their implications. *medRxiv* 2020: 2020.03.30.20047365.
- Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, Azman A, et al. Sero-prevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. *The Lancet*. Published online June 11, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31304-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31304-0)
- Estudio ENE-COVID: Informe Final. Estudio Nacional de Sero-epidemiología de la Infección por SARS-Cov-2 en España. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO_ENE-COVID19_INFORME_FINAL.pdf (July 6, 2020)
- Lou B, Li T, Zheng S, Su Y, Li Z, Liu W, et al. Serology characteristics of SARS-CoV-2 infection since the exposure and post symptoms onset. *medRxiv* 2020; doi: 10.1101/2020.03.23.20041707
- Fundació Salut Empordà. Incidència de la COVID-19 a l'Alt Empordà per municipis. Available from: https://www.salutemporda.cat/ca/documents/informe_incidenciacovid_municipis.pdf/f4c3ee40eee98a65de393ff91f92db (accessed 06.07.2020).

CAPÍTULO 3

PROYECTO DE INNOVACIÓN EN AP PEDIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2: MEJORANDO LA SALUD ESCOLAR

López Ruiz, Rubén. Enfermera Pediátrica en equipo de Atención Primaria de Sant Andreu de la Barca.
Domínguez Gómez, Carmina.*

Giribert Comajuncosas, Inmanuclada.*

Martin Yebra, Antonia.*

Olmos Aullon, Clara.*

Ribas Camprubí, Montserrat.*

*Equipo de Atención Primaria Sant Andreu de la Barca. Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat Nord. Direcció d'Atenció Primària Costa Ponent. Institut Català de la Salut.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 salta la noticia de nueve neumonías en Wuhan, China. Se declara una pandemia a nivel mundial que, en España, lleva a la finalización de la presencialidad en los centros educativos el día 13/03/2020 y, dos días después, inicia un confinamiento domiciliario estricto con el fin de controlar la expansión y proliferación del virus. Este confinamiento, duró aproximadamente dos meses en los que se realizaron clases por videoconferencia, impulsando la telepresencialidad.

Meses después, en setiembre de 2020 se anuncia la reincorporación presencial en los centros de educación primaria y secundaria, flexibilizando los niveles educativos superiores como la universidad y másteres. Por consiguiente, se avecinaba un curso 2020/2021 marcado por el lavado de manos, la distancia de seguridad, las mascarillas y ciertas medidas como los grupos burbuja. Debido a esta nueva normalidad, en nuestro centro de atención primaria nos planteamos la necesidad de potenciar el papel de las enfermeras en los centros educativos.

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue acercar a las enfermeras a los centros educativos (CE) como referentes de salud en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, mediante la creación de un nuevo modelo de trabajo. Los objetivos secundarios planteados fueron fomentar el papel de liderazgo de las enfermeras en los CE, fomentar la educación por la salud y la prevención en los CE y mejorar el tiempo de respuesta en situaciones de necesidad en los CE.

METODOLOGIA

Diseño

Estudio pragmático acción-participativa con la finalidad de realizar un análisis de las necesidades que nos explicaran los centros y poder trabajar sobre los cambios necesarios para realizar el apoyo sanitario.

Ámbito de estudio y población diana

El ámbito de estudio fue Sant Andreu de la Barca, Barcelona, correspondiente al territorio en el que efectúa el trabajo nuestro equipo de atención primaria. Además, nuestra población diana fueron todos los centros educativos de primaria y secundaria de la población, públicos o privados, y todas las personas (alumnos o trabajadores) relacionadas con los mismos.

Método y recogida de datos

Para llevar a cabo dicho estudio, se asignó una enfermera del equipo a cada Centro Escolar (CE). Se liberó un día a la semana a cada enfermera con el fin de acudir a los colegios e institutos asignados y realizar reuniones con el equipo directivo o todo aquel que lo creyera necesario y oportuno. Se aprovechó este proyecto, no únicamente para temática relacionada con el COVID-19. Por lo tanto, se trataría en este nuevo modelo de trabajo, todas las inquietudes y necesidades percibidas por los centros para poder responder a los objetivos planteados.

Se aseguró la confidencialidad y anonimato de los datos según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales, y el Reglamento de la UE 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos del Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea) tanto en la fase de ejecución como en las presentaciones o publicaciones.

Para el análisis estadístico se decidió realizar un análisis descriptivo de los datos obtenidos por las enfermeras en su día a día.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados, la población diana de estudiantes fue de 7 centros de educación primaria y 2809 alumnos. En relación con los centros de educación secundaria, un total de 3 institutos y 1792 alumnos. EL 100% de los centros fueron de gestión pública. Para la educación primaria, el ratio enfermera/alumno fue de 1:401 y la desviación estándar de 89,2. Para los institutos, el ratio enfermera/alumnos pasó a ser de 1:494 para secundaria y de 1:104 para bachillerato. La desviación estándar fue de 122 y 91, respectivamente.

Como acciones realizadas por las enfermeras, se filmó y proyectó un video grabado por cada una de ellas en el que se explicaba la función de la enfermera en los centro de salud con el fin de fomentar el papel de estas. Además, se recordó a los alumnos las medidas preventivas que debían seguir durante todo el curso académico. Por último, se recordó a los alumnos que contaban con una enfermera asignada con quien podían pedir cita, si lo creían necesario.

Además, se realizaron múltiples reuniones con los equipos directivos por cada una de ellas. En estas reuniones se realizó una función de liderazgo y coordinación en temas de salud como pudieron ser los trastornos de conducta alimentaria, los trastornos de aprendizaje, temas relacionados con salud sexual y reproductiva, se trataron temas sociales, entre otros. Además, se trataron temas relacionados con la pandemia por SARS-CoV-2 y la ejecución del día a día en los CE.

CONCLUSIONES

En conclusión, con este trabajo se cumplió con los objetivos planteados. Se obtuvo un proyecto diferente a *Salut i Escola* (programa impulsado por la Generalitat de Cataluña para promocionar la educación por la salud y la prevención en adolescentes de segundo a cuarto de la ESO en temas determinados) y, además, complementario.

Las enfermeras se acercaron al entorno natural infantojuvenil en el que los alumnos se sienten cómodos y pasan un gran porcentaje del tiempo.

También se consiguió difundir el papel de las enfermeras como referentes de salud y promocionar el trabajo diario del colectivo. Se mejoró la longitudinalidad en el binomio centro de atención primaria y CE ya que se implicó a las enfermeras en los procesos de aprendizaje del alumnado.

En cuanto a la satisfacción, se observó un aumento de la satisfacción familiar, individual y comunitaria.

BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization (WHO). Coronavirus [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Gobierno de España. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Vol. 67, Boletín Oficial del Estado. Madrid (ES); 2020.
- Radio Televisión Española. Qué se sabe de la vuelta al cole: así son las medidas en cada comunidad. 4 de septiembre de 2020;
- The jamovi project (2021). jamovi. (Version 1.6) [Computer Software]. Disponible en: <https://www.jamovi.org>.

CAPÍTULO 4

HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Alcover Bonillo, Isabel. Enfermera Pediátrica en la Unidad Neonatal del Hospital Universitario Sant Joan de Reus.

Ramos Bravo, Cristina.*

Blanchar Bidó, Misericòrdia.*

*Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Sant Joan de Reus.

INTRODUCCIÓN

La llegada de la pandemia por coronavirus SARS-COV-2 ha tenido una repercusión directa en el acceso de las familias y en concreto de los padres a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La separación de los padres conlleva consecuencias negativas para el recién nacido y su familia en cuanto a la relación de vínculo y de apego. Este derecho del recién nacido a estar acompañado de sus padres, pudiendo éstos participar en la atención del menor durante su hospitalización, queda aprobado en el año 1986 en la Carta Europea de los Derechos de los niños hospitalizados.

El Hospital Universitario Sant Joan de Reus es el centro de referencia de las comarcas del Baix Camp, Priorat, Ribera d'Ebre y parte de la Terra Alta. Es un hospital de nivel II, en el cual se atienden una media de 1400 partos al año. Contamos con una Unidad Neonatal (UN) catalogada como de nivel III-A. La unidad está estructurada en tres módulos dispuestos en semicírculo con el control de enfermería. El módulo de cuidados intensivos dispone de 5 boxes para la atención al recién nacido crítico, separados por un biombo. El módulo de cuidados intermedios dispone de 3 boxes individuales y el módulo de cuidados básicos dispone de 5 boxes individuales con cama para la madre, dos de estos boxes están acondicionados para el ingreso de gemelos.

En la actualidad contamos con una Unidad Neonatal con acceso a los padres las 24 horas del día. Al inicio y durante la pandemia este acceso de los padres y familiares se ha visto restringido en gran parte de unidades neonatales. La nuestra ha sido una de las excepciones, al permitir que los padres permanecieran y pudieran estar con sus hijos las 24 horas del día desde el principio de la pandemia, siguiendo siempre las recomendaciones y protocolos existentes.

OBJETIVO

Mantener la humanización de los cuidados en nuestra Unidad Neonatal respetando las medidas de seguridad SARS cov-2.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo.

Método y recogida de Información

Se revisaron 181 casos de recién nacidos ingresados por diferente patología en la UN de nuestro hospital desde el inicio de la pandemia (marzo del 2020 hasta el 15 de abril del 2021).

Descripción de las medidas llevadas a cabo en nuestra unidad neonatal durante este periodo:

Adaptación de la unidad a la situación de pandemia:

- Se permitió la entrada de los padres con PCR negativa sin restricción horaria, minimizando entradas y salidas de la unidad en la medida de lo posible. Se proporcionó una habitación individual para neonatos en estado semicrítico y asegurando unas medidas de higiene más estrictas.
- En los padres con PCR positiva, siempre se actuaba en función de cada caso en concreto. En el caso de que a ninguno de los dos progenitores se le permitiese la entrada a la unidad, se permitía la entrada de un familiar que no hubiera estado en contacto con ellos y con PCR negativa. Se facilitó soporte psicológico a los padres y el envío de fotografías del recién nacido con información telefónica diaria. Todos los recién nacidos, en estos casos, fueron aislados, según protocolo del centro, al ingreso hasta obtener el resultado negativo de la PCR.

Las zonas comunes para los padres, como sala de descanso o de extracción de leche, en un principio permanecieron cerradas. A las madres se les proporcionó un extractor de leche de uso individual en cada habitación. Poco a poco, nos fuimos adaptando a la situación y se abrieron estas zonas, con la condición de que su uso fuera por unidad familiar y después debía limpiarse exhaustivamente. Actualmente es así como funciona nuestra unidad.

RESULTADOS

De los 181 ingresos en nuestra unidad, detectamos 6 casos de sospecha por coronavirus:

- TRES CASOS FUERON HIJOS DE PROGENITOR CON PCR POSITIVA (diagnosticada en el momento del parto):
 1. RNPT (35+3sg) 2320gr. Inició distrés respiratorio leve. Madre Covid-19 positiva. Actuación:
 - Aislamiento de recién nacido.
 - Realización de PCR en aspirado nasofaríngeo (ANF) y en meconio (resultado negativo)
 - Dada la situación de aislamiento por covid-19 de la madre, a parte de la información telefónica sobre el estado del neonato, entraba en la unidad la tía materna, hasta que a los 10 días la madre ya fue negativa.
 - Posteriormente se realizaron controles de seguimiento manteniendo una buena evolución.
 2. RNAT (37+4sg) 2110gr BPEG. Padre covid-19 positivo y madre PCR negativa. Actuación:
 - Aislamiento del recién nacido.
 - Recogida de PCR en ANF y meconio (negativo).
 - El padre no pudo entrar en la unidad neonatal durante el ingreso, pero la madre si, al tener PCR con resultado negativo.

- Dada la buena evolución se da de alta con controles en Consultas Externas manteniendo una buena evolución.

3. RNAT (39+1sg) 3580gr. Ingresar por dificultad respiratoria en la unidad neonatal. Madre con PCR positiva a covid-19 pero inmune (IgM- y IgG+) y asintomática. Actuación:

- Aislamiento del recién nacido por no poder establecer el inicio de la infección materna.
- Colocación CPAP durante las primeras 12h de vida.
- PCR en ANF y meconio al RN (negativo).
- La madre pudo entrar en la unidad por ser inmune (serologías IgG+).
- Al alta se recomendó aislamiento domiciliario hasta los 14 días de vida, con seguimiento telefónico y dándose de alta por la buena evolución.

• TRES CASOS POR SOSPECHA DE SEPSIS CLÍNICA:

1. RNPT (35sg) con BPEG (1970gr). Evolución:

- Al ingreso presentó polipnea con quejido intermitente que se autolimitó a las 2h de vida sin precisar soporte respiratorio.
- Al 6º día de vida inició clínica con febrícula, hipoactividad y bradicardias. Se aisló según protocolo de nuestra unidad en espera de resultado de las PCR.
- Se realizaron PCR en ANF y heces (negativas).
- Posteriormente se orientó como una sepsis precoz.

2. RNAT (38+4sg) BPEG (1980) CIR. Evolución:

- Hipoglucemias desde el nacimiento (hiperinsulinismo).
- Sepsis precoz de inicio el primer día de vida tratada con antibióticos.
- A los 12 días de vida inició clínica con fiebre (38,2°C), taquicardia, hipoactividad y elevación de PCR sanguínea y se le realizó la PCR en ANF resultando positiva (resultado no concluyente).
- Aislamiento del recién nacido.
- Se repite al día siguiente PCR en ANF y heces que resultan negativas (serologías IgM y IgG negativas). A la semana, tras tercera muestra en ANF negativo se retira aislamiento sin incidencias.
- Se mantiene asintomático a nivel respiratorio en todo momento.
- Los progenitores fueron negativos y el personal sanitario también.
- Se orientó hacia una probable infección nosocomial y un inicial falso positivo en SARS-cov2.

3. RNAT (39+2sg) 3350gr. Ingresar en la unidad neonatal por ictericia. Actuación:

- Al 3er día de vida presenta polipnea, mucosidad nasal y pico febril de 38,4°C. Se procede al aislamiento del recién nacido según protocolo del centro.
- Se realiza PCR en ANF y heces para covid-19 con resultado negativo.
- Se orientó el diagnóstico como una infección respiratoria de vías altas con tratamiento con antibiótico.
- Fue dado de alta dada la buena evolución y con exploración normal.

CONCLUSIONES

La situación de pandemia ha vulnerado muchos de los derechos del paciente. En nuestro caso, el poder aplicar protocolos adaptados a las necesidades de cada hospital ha hecho posible una mayor humanización.

La arquitectura del hospital, con un diseño moderno nos permitió cumplir las recomendaciones de aislamiento y protección de las familias y el personal sanitario, al mismo tiempo que mantuvimos la mayoría de acciones de humanización sin restricción a la entrada de los padres en la UN.

Durante la pandemia hemos dado el máximo rendimiento a nuestras habitaciones individuales, éstas nos han permitido que los padres continúen con sus hijos las 24 horas del día. Además, el resultado ha sido positivo ya que hemos podido mantener nuestra unidad libre de SARS-CoV-2.

El aplicar protocolos adaptados a las necesidades, ha permitido una mayor humanización, pudiendo continuar con la promoción de la lactancia materna, minimizar la separación del RN de sus padres y reducir la ansiedad de éstos.

Cuando los profesionales de la salud ofrecen una asistencia humanizada en sus cuidados hacia los pacientes, obtienen beneficios importantes en cuanto a la experimentación de la reducción del estrés, disminución del cansancio y disminución del riesgo de padecer burnout.

Manteniendo nuestra unidad con las puertas abiertas las 24h a los padres, asegurando medidas de higiene más estrictas y la utilización de los EPIs (Equipos Protección Individual) adecuados por parte del personal asistencial, ha sido garantía suficiente para mantenerla libre de SARS-CoV-2, y que no por ello se haya producido ninguna infección, siendo esto uno de los mayores temores a causa de la situación de pandemia, el desconocimiento sobre el manejo de la situación y los protocolos cambiantes continuamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Patiño-Masó J, Reixach-Bosch M. ¿Qué tipo de ayuda demandan los padres de recién nacidos hospitalizados en cuidados intensivos neonatales?. *Enfermería Clínica* 2009;19(2);90-94
- Jiménez-Flores J, Román-Maestre B. El acceso parental a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tiempos de pandemia. *Revista de Bioética y Derecho* 2020 ;50; E pub 23
- Martínez-Cardona J A, Cordova-Salazar Jk. Implicaciones de la restricción de las visitas familiares por la pandemia por COVID-19 y el crecimiento-desarrollo del prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Atención Primaria* 2021;53(4);101971
- Larrosa S, Rius N, Muñoz B. Protocolo Hospital Sant Joan de Reus. Infección por SARS coV-2 en gestantes y sus recién nacidos. *Servicio de Pediatría y Servicio de Ginecología y Obstetricia*. Marzo, 2021.

CAPÍTULO 5

IMPLANTACIÓN Y USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Miró Espasa, Lidia. Enfermera Pediátrica en CAP L'Arboç. ABS Baix Penedés Interior.

Vidal Piñol, Montserrat. Enfermera Pediátrica en CAP L'Arboç. ABS Baix Penedés Interior.

Garcia Salayet, Gisela. Enfermera Pediátrica en CAP L'Arboç. ABS Baix Penedés Interior.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de Sars-CoV-2 en 2020 ha supuesto la oportunidad de reorganizar la actividad y el modelo de atención en la consulta de enfermería pediátrica.

En el inicio de la pandemia se planteó la necesidad de facilitar la accesibilidad al servicio de pediatría para dar una respuesta rápida y eficiente a la demanda, sin poner en riesgo la salud del niño ni de su familia. Además, la atención al niño sano, mediante el Protocolo de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en la Edad Pediátrica (PAPPSEP), se vio afectada y siguiendo las directrices del *Departament de Salut de Catalunya* se tuvo que hacer adaptaciones tanto del calendario como del tipo de visitas en nuestro Plan de Contingencia COVID-19.

Dado el momento y los avances tecnológicos, se decidió incorporar el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la práctica diaria. En el trabajo se desarrollará nuestra experiencia en relación al uso de teléfono móvil con una aplicación de mensajería instantánea así como del correo electrónico.

OBJETIVOS

- General:
 - Describir el uso de las TIC en la consulta de Enfermería Pediátrica durante la pandemia de COVID-19
- Específicos:
 - Facilitar la accesibilidad telefónica y telemática.
 - Adaptar el PAPPSEP, reduciendo las visitas presenciales.
 - Valorar las demandas de los usuarios realizadas a través de las TIC.
 - Promover la resolución de consultas, con ayuda de las TIC.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Ámbito de Estudio, población diana

El ámbito de estudio es la atención telefónica y telemática llevada a cabo en la consulta de enfermería pediátrica de un centro de Atención Primaria (CAP) del Área Básica de Salud (ABS) *Baix Penedès Interior*, en la provincia de Tarragona, entre abril y junio de 2020.

La población atendida fue la del conjunto de niños asignados al CAP de L'Arboç, zona rural con 15.102 usuarios, aproximadamente 2.800 de 0 a 14 años, en 2020.

Método y recogida de información

Al inicio de la pandemia se dotó la consulta de enfermería pediátrica con teléfono móvil (con WhatsApp®), tanto para citación como para consultas o seguimientos.

La difusión del nuevo número de teléfono fue amplia a nivel comunitario, conjuntamente con los Ayuntamientos de la zona, mediante carteles (Imagen 1) y en redes sociales.



Imagen 1: Cartel informativo

En cuanto a la resolución de las visitas del niño sano, se realizaron como telefónicas las correspondientes a las revisiones de 1, 9 y 18 meses del PAPPSE-EP, y durante el período de confinamiento total, también la visita de los 6 meses.

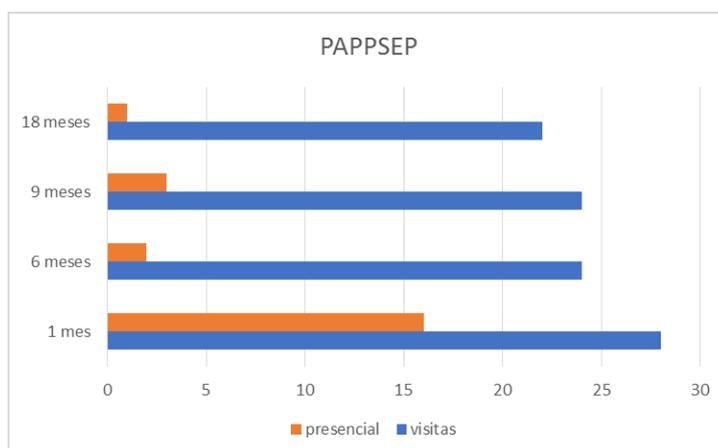
La entrevista realizada a los participantes fue mediante una entrevista semiestructurada con valoración enfermera por patrones y aplicando aquellos cribados posibles, así como adaptando plantillas de visita presencial a formato telefónico. En caso de barrera idiomática, o de detectar alguna señal de alarma, se derivaba a visita presencial.

La recogida de datos y el análisis de los mismos se hicieron a través de una base de datos con el programa *Excel*.

RESULTADOS

El seguimiento del niño sano a los 6, 9 y 18 meses pudo ser mayoritariamente telefónico, sin embargo, más de la mitad de las visitas del mes de vida acabaron siendo presenciales (Imagen 2).

Imagen 2: Gráfico visitas telefónicas PAPPSE-EP



I JORNADA CIENTÍFICA VIRTUAL ACIP & HYGIEA: ENFERMERA PEDIÁTRICA DURANTE EL SARS-COV-2

En cuanto al volumen de llamadas atendidas a través del móvil, en 61 días laborables, se atendieron 304 visitas telefónicas (con una media de 5 al día); y se abrieron 185 hilos de Whatsapp® (3 al día), un 96% de ellos con imágenes asociadas (Imagen 3).



Imagen3: Uso del teléfono móvil

Se logró un grado de resolución telefónico de las demandas del 67% (Imagen 4).

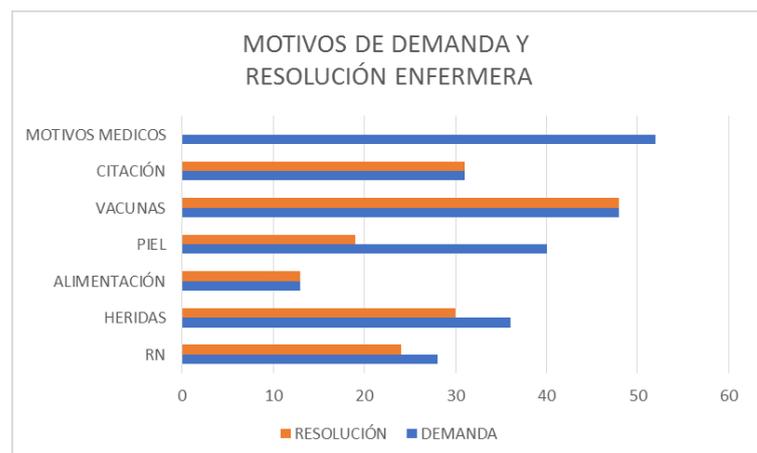


Imagen 4: Grado de resolución telefónica

Los motivos que generaron la demanda se agruparon en categorías (Imagen 6).

Imagen 6: Motivos de demanda y resolución enfermera

Las consultas sobre vacunación, citación y alimentación se resolvieron todas por teléfono por parte de la enfermera pediátrica, y mayoritariamente aquellas que estaban relacionadas con el cuidado del recién nacido (lactancia, cólicos, curas del cordón umbilical, higiene del bebé, sueño, dudas, etc.) así como las heridas.

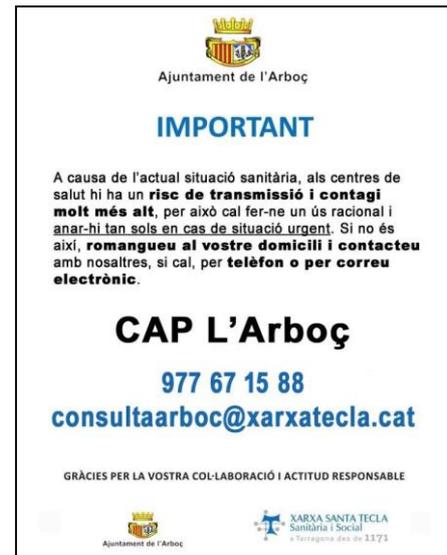


Casi la mitad de los problemas de piel los pudo resolver la enfermera (dermatitis atópica, picaduras) y el resto derivó en una valoración por parte del Pediatra (exantemas, verrugas, impétigo...). Los motivos médicos (fiebre, dolor abdominal, tos, otitis...) pasaron directamente a la agenda del pediatra.

Por otra parte, aunque se activó un correo electrónico para gestionar todas las demandas de los usuarios del ABS, y del cual también se hizo difusión a nivel municipal y a través carteles y redes sociales (Imagen 7), llegaron pocas consultas dirigidas a Pediatría.

El principal uso de la cuenta de correo fue para enviar documentación u hojas de información, dirigidas a los padres, desde la consulta.

Imagen 7: Difusión correo electrónico



CONCLUSIONES

La pandemia ha originado un cambio de modelo de atención en la consulta de enfermería pediátrica, que ha venido para quedarse y ha generado una oportunidad para la actualización y adaptación del uso de las TIC, facilitando el acceso, la rapidez y la resolución.

La visita telefónica constituye una buena estrategia para algunas actividades preventivas y de promoción de la salud. El uso del teléfono y la mensajería instantánea han tenido mayor aceptación que el correo electrónico.

Poder disponer de imágenes en la valoración inicial y en el seguimiento por parte de enfermería ha supuesto una mejora en la eficacia y gestión del tiempo, facilitando a las familias un acceso rápido al servicio sin necesidad de desplazarse.

El uso de las TIC ha reducido riesgos innecesarios, a una posible exposición a la COVID-19, tanto para las familias como para los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Bordón Poderoso C, Jurado Cabezas M, Quiñones Begines I, López Téllez A, Boxó Cifuentes JR. Atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia covid-19. Med fam Andal. 2021. [Internet]. Vol 22;1:34-42. [Consultado el 11 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2021/05/v22n1_original_attTelefCovid.pdf
- Muñoz Seco E. Las consultas por teléfono han llegado para quedarse. Revista AMF: Actualización en medicina de familia. [Internet]. 2020. [Consultado el 12 de mayo de 2020]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2656
- Martín J. Coronavirus: ¿Cómo funciona la consulta telefónica enfermera?. Revista Enfermería21 [Internet]. 2020. [Consultado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/coronavirus-como-funciona-la-consulta-telefonica-enfermera/>

- Ruiz Ciprés R, Groote Murillo, Marín Giménez L, Organero Guerrero L. Papel de Enfermería en la consulta telefónica en tiempos de COVID-19. [Internet]. M,Ocronos. 2020;3(5):565. [Consultado el 11 de mayo de 2021]. Disponible en:<https://revistamedica.com/papel-enfermeria-consulta-telefonica-covid-19/>
- <https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/registres-catalegs/registres/central-poblacio/>

CAPÍTULO 6

ATENCIÓN DE NEONATO MADRE CON SARS-COV-2

Gurrieri Negron, Sarín Ada. Enfermera Pediátrica Unidad SARS-CoV-2 del Hospital Materno-Infantil del Hospital Universitario Vall de Hebrón.

Pérez Bermúdez, Pedro Manuel.*

Gutiérrez Barceló, Maria del Pilar.*

Gálvez Suyón Leydy.*

* Unidad SARS-CoV-2 del Hospital Materno-Infantil del Hospital Universitario Vall de Hebrón. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El coronavirus SARS-CoV-2 es un virus conocido como un síndrome respiratorio agudo coronavirus 2 que se observó por primera vez en Wuhan (Hubei, China) en diciembre de 2019. Este virus es el causante de una enfermedad infecciosa conocida como COVID-19, que provoca infecciones respiratorias a las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado el coronavirus SARS-CoV-2 como una crisis internacional de salud pública.

El virus se transmite por vía respiratoria, de persona a persona, a través de las gotas procedentes de la nariz o de la boca. También pueden caer en un objeto o superficie que posteriormente toca la persona.

En la población pediátrica (de 0 hasta los 18a), la seroprevalencia de contacto con el virus es de 1,56% (IC 95: 0 - 3,12) y su incidencia de la enfermedad clínica (Covid-19) es de 0,8 a 2,1% de la incidencia general, la cual es de 1437/100.000 habitantes. En cuanto a la tasa de mortalidad por Covid-19 en la población pediátrica a nivel mundial, esta es menor al 0,08%.

Como medio de diagnóstico para el COVID, la prueba utilizada, tanto en paciente adulto como en pediátrico, es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Solo variamos la forma de obtención de la muestra, en adultos por escobillón y en pediatría con un aspirado nasofaríngeo.

El hospital Universitario Vall d'Hebron es el hospital de referencia en Cataluña en situación de puerperio y gestación para mujeres diagnosticadas de infección por COVID.

La tasa de infección de coronavirus SARS-CoV-2 en el caso de mujeres embarazadas es similar a la de un adulto. Según los datos que disponemos actualmente el COVID-19 no se transmite de forma vertical (de madre a hijo antes, durante y después del parto). Hasta el momento, los casos de bebé infectado se han dado posteriores al parto.

Los datos de los últimos meses indican que los pacientes con COVID -19 presentan una alteración en su coagulación, a esta alteración se suman los cambios fisiológicos producidos por el embarazo aumentando el riesgo de provocar hipercoagulación, con riesgo de trombosis, pudiendo ser una causa importante de partos prematuros, por complicación materna, necesitando el recién nacido un ingreso en la UCI neonatal.

La incidencia de casos de COVID -19 en la población infantil es baja y el número de recién nacidos infectados es escaso, suelen ser asintomáticos o presentar sintomatología leve. Para mantener en el

entorno sanitario la seguridad del paciente recién nacido deberemos extremar las precauciones para evitar la transmisión de la infección en su cuidado: mantener una correcta higiene de manos, colocarse mascarilla a la hora de manipular al bebé, mantener la distancia aun llevando la mascarilla puesta, limpiar superficies que estén en contacto con el recién nacido y mantener la restricción de entradas en la habitación según el protocolo hospitalario.

Al recién nacido de madre COVID+ se le realizan las determinaciones de aspirado y analíticas según el protocolo hospitalario. Los facultativos que atienden al recién nacido pertenecen a la unidad de patología infecciosa e inmunodeficiencia de pediatría (UPIIP), que se creó en enero de 1996 y se configura como una unidad de hospitalización dedicada al estudio y tratamiento de las enfermedades pediátricas de origen infeccioso.

OBJETIVO

Exponer por medio de un caso clínico los cuidados al recién nacido hijo de madre COVID positivo, con el fin de dar a conocer el funcionamiento de la unidad COVID de un hospital de referencia y poder seguir el comportamiento del virus en el recién nacido manteniendo el vínculo familiar padres- recién nacido y su alimentación con lactancia materna.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Bebé sano que ingresa a la unidad de COVID, situada en la planta 9 del Hospital Pediátrico y de la Mujer del Hospital Universitario Vall de Hebrón, procedente de sala de partos con su madre, PCR positiva frente a Covid-19. En la sala de Partos se le realiza una exploración pediátrica, en la que se pide una muestra de aspirado nasofaríngeo para determinación de PCR de primera instancia.

Al llegar a planta se realiza identificación activa del bebé y la madre, verificando las pulseras identificativas. Instalamos a madre e hijo en habitación con el padre / acompañante, e iniciamos los cuidados básicos (1) del recién nacido explicados a continuación, cuidados específicos para neonato de madre COVID (2) se detallaran después y favorecemos el contacto madre e hijo aplicando las medidas de prevención (3) frente a la transmisión del virus según protocolo. Fomentamos la lactancia materna y brindamos educación sanitaria para todas las dudas que puedan surgir.

Fomentamos la reagrupación familiar e intentamos que haya núcleo familiar (madre - padre con su hijo) para el niño es un derecho, como se describe en la Carta Europea de Derechos de los niños y niñas hospitalizados. Si el padre no tiene síntomas que lo incapaciten para quedarse en la habitación de la unidad junto con la madre y su hijo, se facilita que esté con ellos en situación de acompañante y manteniendo la situación de aislamiento que indica el protocolo. El padre no debe salir de la habitación por eso el hospital proporciona lo necesario para cubrir sus necesidades de higiene/eliminación, descanso, prevención del COVID, cambio de mascarilla cada 24h, y se cubren sus necesidades de alimentación. Las dietas de los acompañantes se solicitan por correo electrónico a la responsable de dietética, habiendo cumplimentado previamente una donde se incluyen los datos de la paciente ingresada para confirmar habitación y recogiendo datos de posibles alergias u intolerancias del acompañante. Este documento deberá estar firmado por el acompañante/padre. En el aplicativo de dietas, se introduce en suplemento de la paciente ingresada, el concepto *dieta familiar autorizada*.

Transcurridas 48h de vida y después de la realización de los cuidados, pruebas y controles que precisan los recién nacidos se valora el alta de la unidad para ir a domicilio con sus padres. En el alta a domicilio se le citará para realizar los potenciales evocados auditivos corticales (PEAC) y continuará con un seguimiento por parte del equipo médico de la UPIIP.

Explicaremos signos y síntomas de alarma; fiebre, inapetencia, lloro incontrolable, dificultad respiratoria (aleteo nasal, tiraje intercostal,...)

- **Cuidados básicos del recién nacido:**

- Termorregulación: dado que después del nacimiento la temperatura profunda del cuerpo y la piel del recién nacido a término puede disminuir 0.1/0.3°C por minuto, con lo que debemos mantener al recién nacido en estabilidad térmica. La OMS considera valores normales entre 36.8 y 37.5°C.
- Posición del bebe: conviene evitar el prono si no hay vigilancia estrecha, favorecer alineación corporal y realizar cambios de posición frecuentes.
- Alimentación del recién nacido: fomentamos la lactancia materna, la OMS, UNICEF y la Academy of Breastfeeding Medicine recomiendan mantener la lactancia incluyendo a las madres con infección por SARS - CoV-2 y en caso de que los padres no la deseen se realiza educación sanitaria para la preparación y administración de lactancia artificial.
- Cuidados del cordón umbilical: está dirigida a favorecer la cicatrización del cordón umbilical y la prevención de posibles infecciones.
- Higiene del recién nacido, sin inmersión para proteger la zona umbilical.
- Control del peso al ingreso y cada 24h. Determinación de medidas antropométricas al ingreso.
- Prevención de cardiopatías congénitas a las 12h de vida.
- Cribado de metabulopatías a las 48h de vida (PDP). Los PDP se deben colocar en doble bolsa para que quede en cuarentena y se puedan enviar al Hospital Clínic de Barcelona (lugar habitual de realización).
- Control de micciones y deposiciones.

- **Cuidados del recién nacido específicos que tienen madre COVID-19:**

- Aspirado nasofaríngeo al nacimiento (preferentemente en sala de partos)
- Serología de sangre capilar del talón aprovechando la realización del PDP o aprovechando una analítica de las 6 o 24h de vida.
- PCR- SARS- CoV-2 en sangre aprovechando la realización del PDP o si hay analíticas previas.
- Si la PCR es positiva o la serología, se recogerá orina, heces y leche materna para realizar prueba SARS-CoV2
- Potenciales evocados auditivos corticales (PEAC), citaremos al alta.
- Continuará seguimiento por el equipo médico de infecciosas al alta, al mes de vida del recién nacido.

- **Prevención frente a la transmisión del virus CoV-2, en planta de covid y puerperio:**

- Lavado de manos frecuente, antes de manipular al recién nacido.
- Mantener la mascarilla en cualquier manipulación del recién nacido.
- Taparse la boca y la nariz a la hora de toser o estornudar con pañuelo de un solo uso y inmediatamente lavarse las manos
- Mantener la distancia de dos metros con el recién nacido si no se lleva la mascarilla
- Limpieza de superficies para que pueda entrar en contacto con el bebe. Unas 4 veces al día.

- En la habitación el personal irá con bata plastificada, guantes y mascarilla. Tendrá cerca gel hidroalcohólico.

RESULTADOS

En la unidad COVID, situada en la planta 9 del Hospital Pediátrico y de la Mujer del Hospital Universitario Vall d'Hebron, durante el 2020 se han atendido a 130 recién nacidos sanos que sus madres tienen una PCR positiva a SARS-CoV-2 al ingreso. No hay datos de recién nacidos sanos que se hayan contagiado en la unidad mientras estaban ingresados.

En la visita sucesiva en las consultas externas de UPIIP se observa que no hay ningún caso de complicación en los 130 recién nacidos atendidos cuyas madres fueron en su momento positivas a la hora del parto.

En el estudio INTERCOVID, coordinado desde la Universidad de Oxford y donde ha participado el Hospital Pediátrico y de la Mujer del Hospital Universitario Vall de Hebron, se observa un mayor número de mujeres con preeclampsia/eclampsia/síndrome de HELLP, dando un mayor número de partos prematuros y bebés con bajo peso que terminan en UCIN unos 7 días o más. En consecuencia, estos pacientes no acuden a la unidad de hospitalización específica.

En nuestro hospital, no se ha comprobado ningún caso de recién nacido positivo. Sin embargo, en INTERCOVID observaron que de 416 nacidos de madres SAR- CoV-2 positivo, tan solo 54 bebés (12,9%) dieron positivo con un parto tipo cesárea, el estudio no explica cuando se realizan las pruebas, ni cuantos días tienen los recién nacidos, ni si mantuvieron las medidas de prevención en el ingreso.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia como unidad COVID de referencia no se han observado casos de complicaciones en el recién nacido durante el ingreso. En los pacientes positivos que acuden desde su domicilio con pocos días de vida, se desconoce si el contagio se produjo antes, durante o después del nacimiento. En general, los pacientes pediátricos menores de 1 año suelen ser asintomáticos o presentar síntomas leves con una rápida recuperación.

Se ha podido garantizar el derecho del recién nacido a su núcleo familiar a estar unidos. Así como promover a su alimentación con lactancia materna a pesar del aislamiento. El padre ha podido estar con su mujer y su hijo, realizando los cuidados que precisaban los dos, siendo el cuidador principal de ambos. Se le ha podido formar y enseñar, acompañándole en sus necesidades de cuidador y potenciando ambos roles.

Por lo general, el recién nacido ha sido dado de alta conjuntamente con la madre pendiente de una primera consulta pediátrica de control y pendiente de realización de PEACTION, para ambas se les dará cita previa. Se realiza educación sanitaria a la madre y padre explicando signos y síntomas de alarma a tener en cuenta para el recién nacido.

Como conclusión, podemos afirmar que se ha logrado mantener una situación de cierta normalidad con medidas adaptadas a la situación sanitaria actual y alrededor de los cuidados en el puerperio con unas madres que estaban viviendo una situación de salud con momentos complicados, con cansancio por situación de post-parto y combatiendo una infección.

Las pacientes y acompañantes verbalizan al alta una gran satisfacción en la atención por de haber podido vivir unidos esta situación, por poder cuidar ambos al recién nacido, por continuar juntos potenciando el vínculo paterno filial y por mantener la lactancia materna como alimentación principal del recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

- España EN. ESTUDIOENE-COVID:CUARTARONDA [Internet]. Gob.es. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/15.12151220163348113.pdf>
- Aeped.es. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/covid-19_en_pediatria_valoracion_critica_de_la_evidencia_rev_ext.pdf
- Vhebron.es:8080. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: http://servwww.cs.vhebron.es:8080/documents/9904922/13933305/B.043.03_01LM_151218.pdf/16b47532-1942-42be-97fb-3b4086653655
- Vhebron.es:8080. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: http://servwww.cs.vhebron.es:8080/documents/9904922/9978190/B_081_01+Higiene+de+mans_30-10-17.pdf/a398b965-a552-447c-82e0-09fb2cd1dc34
- Vhebron.es:8080. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: http://servwww.cs.vhebron.es:8080/documents/9904922/13933305/B_110_02_+posicio+nado%28versi%C3%B3%20definitiva%29%2016-11-17.pdf/8f8db484-9d83-4d44-b46a-63d46d36ccd4
- Vhebron.es:8080. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: http://servwww.cs.vhebron.es:8080/documents/9904922/13933305/C.021.04+PDeteccio+Preco%C3%A7_2-10-16.pdf/1deebd47-604f-47e4-a64a-3d3bf0d12aac
- Vhebron.es:8080. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: http://servwww.cs.vhebron.es:8080/documents/9904922/13933305/C.023.06_MOSTRA+PCR+ADULT+SARS-COV-2_3-9-20.pdf/2d5149bb-9d4b-47fc-b5f1-dddec358ab02
- Vhebron.es:8080. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: http://servwww.cs.vhebron.es:8080/documents/9904922/13933305/C_031_03-C.04.05_CURA+DEL+MELIC_unificat_13-11-18.pdf/bece8422-ebe4-4be8-928a-25a3d0e0ff1e
- Gob.es. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/recomendaciones_sanitarias_06_COVID-19.pdf
- Vallhebron.com. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://intranet.vallhebron.com/sites/default/files/2020-10/protocol-actuacio%CC%81-sospita-casos-COVID-19-HUVH-270820.pdf?dt=1616065383>
- Soriano-Arandes A, Gatell A, Serrano P, Biosca M, Campillo F, Capdevila R, et al. Transmissió SARS-CoV-2 domèstica i nens: un estudi prospectiu de xarxa. Clin Infect Dis [Internet]. 2021 [citado el 2021 el 14 de maig]; Disponible a: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab228/6168547>

- De març de 16. Informació per a dones embarassades i les seves famílies [Internet]. Vallhebron.com. [citado el 14 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://hospital.vallhebron.com/sites/default/files/informacio-embarassades-families.pdf>
- Com evitar el contagi del coronavirus SARS-CoV-2 [Internet]. Vallhebron.com. 2021 [citado el 14 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://hospital.vallhebron.com/ca/consells-de-salut/com-evitar-el-contagi-del-coronavirus-sars-cov-2>
- Villar J, Ariff S, Gunier RB, et al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection: The INTERCOVID Multinational Cohort Study. *JAMA Pediatr*. Published online April 22, 2021. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.1050



I JORNADA CIENTÍFICA VIRTUAL ACIP & HYGIEA

Enfermera Pediátrica durante el SARS-CoV-2

27-mayo-2021