

Enfermería *profesión*

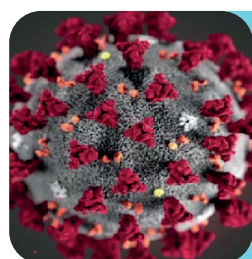
Periódico de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

DIRIGIDO A USUARIOS DE LA SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



Ampliar la presencia de enfermeras reduce la mortalidad hospitalaria

España sigue a la cola de Europa en la tasa de enfermeras en relación a la población que deben atender. Un estudio de Lancet alerta de este peligro



Covid-19 y gripe: ¿Coincidirán en 2021 las campañas de las dos vacunas? Pág.6



Los síntomas de la Covid-19 también cambian con las nuevas cepas Pág. 7



¿Se debe mantener el uso de la mascarilla tras una alta inmunidad? Pág. 8



La importancia de aumentar la ratio de enfermera/pacientes para reducir la mortalidad hospitalaria

Un nuevo estudio realizado por Matthew D. McHugh y Linda H. Aiken y publicado por The Lancet evidencia que ampliar legalmente la presencia de enfermeras contribuye a reducir el riesgo de muerte



V.M.

Invertir en enfermeras es invertir en salud. La pandemia ha demostrado la escasez de enfermeras para cubrir las necesidades de cuidados de toda población. Esta falta de plantilla dificulta la conciliación de la vida profesional y personal para atender a sus familias y personas a su cargo. Esta carencia, acentuada por la crisis sanitaria, debe ser abordada por los poderes públicos con la mejora de la ratio de enfermera por pacientes.

Desde el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) se pide a Sanidad que aplique las medidas de refuerzo en materia de personal para cubrir los permisos y licencias con la adecuada garantía del derecho del personal sanitario a conciliar con su entorno familiar. Especialmente, porque con una ratio de 5,6 enfermeras por cada 1000 habitantes, según los datos del último informe de Recursos Humanos en Enfermería

del Consejo General de Enfermería, la seguridad del paciente en los centros sanitarios se ve comprometida.

Un nuevo estudio publicado por The Lancet y realizado por Matthew D. McHugh y Linda H. Aiken (Efectos de la legislación sobre la relación enfermera paciente) pone en evidencia que ampliar legalmente la presencia de enfermeras contribuye a reducir el riesgo de muerte. Para ello se ha trazado una metodología con el objetivo de sacar conclusiones sobre cómo afecta la dotación de personal a la mortalidad, los reingresos, la duración de la estancia y el coste de esta inversión.

Esta investigación muestra los resultados recogiendo el ejemplo de Queensland (Australia). En 2016, este estado australiano estableció a través de una ley proporciones mínimas de enfermera por paciente: 1 enfermera por 4 pacientes en los turnos de mañana y tarde y de 1 por cada 7 en turnos de noche.

Con estas proporciones, el estudio ha analizado a más de 400.000 pacientes. Estos fueron comparados entre los que procedían de hospitales que estaban sujetos a esta política (27 hospitales de intervención) y aquellos de hospitales que no lo estaban (28 hospitales de comparación) en dos momentos concretos: antes de la implementación y dos años después.

Los resultados a nivel clínico no dejan lugar a dudas. En los hospitales con ratio mínimo se comprobó que la tasa de mortalidad se había reducido hasta un 7% en 30 días. Además, las readmisiones en una semana también fueron menores en un 7% y la duración de la estancia se acortó un 3%.

Por otra parte, a nivel económico el ahorro es mayor cuando hay mayor dotación de profesionales. El coste de contratar a las 167 enfermeras que fueron necesarias para reducir la carga de trabajo sería de más de 27 millones de euros durante los dos años. Sin embargo, el ahorro del presupuesto general de salud que se habría evitado debido a la reducción de reingresos

More nurses results in better healthcare and costs less

A study in Queensland, Australia, has shown that healthcare outcomes improve when nurses are required to care for fewer patients, and that investing in more nurses pays for itself twice over.

Benefits of decreasing workload by one patient per nurse

- Deaths**
30-day mortality rates decreased by 7%
- Readmissions**
7% fewer patients returned to hospital within a week
- Length of stay**
Patients left hospital 3% faster

Financial impact of decreasing workload by one patient per nurse



Read the full paper: McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet* 2021; published online 11 May



y estancias hospitalarias asciende 54 millones de euros, más del doble que el coste de las nuevas contrataciones.

Este estudio se suma a las investigaciones ya publicadas sobre la importancia de tener un número suficiente de enfermeras para evitar la mortalidad de los pacientes hospitalizados.

En este sentido, Linda Aiken, directora del Centro de Resultados de Salud e Investigación Política de la Universidad de Pensilvania, lleva años investigando sobre el asunto con resultados esclarecedores. Además de lo anteriormente citado, la investigadora asegura que una ratio adecuada también reduce la necesidad de ingreso en UCI y las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios y las úlceras por presión. Además de que se incrementa la calidad del cuidado del paciente, su satisfacción y contribuye a que las enfermeras se sientan realizadas y sufran menos desgaste profesional.

Un estudio que también realizó junto al investigador Matthew D. McHugh y otros profesionales (Caso de la proporción enfermera paciente en los hospitales de Queensland) vuelve a reforzar la investigación sobre ratios. Este estudio se publicó en julio de 2020 y llega a conclusiones sobre cómo afecta la proporción paciente enfermera a la mortalidad, la calidad de atención y seguridad del paciente y el agotamiento de las profesionales.

Para ello se realizó una encuesta de enfermería antes de la implementación de ratios de forma legal. De las 28708 enfermeras contactadas, 8412 respondieron suponiendo un 29% de las profesionales. Estos datos se cruzaron con las encuestas a 64 pacientes de los 68 hospitales públicos de Queensland.

Los resultados que arroja este estudio vuelven a corroborar la necesidad de una regularización de ratios. Teniendo en cuenta los 68 hospitales públicos, la proporción media de enfermera paciente se sitúa en un 5,52, siendo de un 5,07 en turnos de mañana y tarde y de un 7% en turnos de noche. La tasa de mortalidad de estos hospitales fue relativamente baja en general (1,13%). Además, cada paciente adicional para las enfermeras se asocia con un 12% más de probabilidades de muerte, un dato que sería multiplicativo (por 2 pacientes adicionales más el riesgo sería del 25%).

La calidad y seguridad del servicio y los resultados laborales variaron en los distintos hospitales en función de la ratio enfermera paciente. Solo el 5% de las enfermeras con una proporción de 4 o menos pacientes calificó

la atención que prestaba su hospital como mala o deficiente. Sin embargo, el 15% de las enfermeras que trabajaban con un promedio de entre 5 y 6 pacientes la calificó como negativa. El 43% de las enfermeras en hospitales con ratio superior a 6 pacientes se mostraron agotadas.

Los estudios han demostrado que los hospitales que mejoraron en dotación de personal sanitario consiguieron reducir la tasa de agotamiento entre sus enfermeras. Un agotamiento al que se le suma insatisfacción lo que repercute de forma directa en una mayor proporción de pacientes insatisfechos. Los indicios de esta investigación demuestran que cuando las enfermeras tienen más tiempo pueden brindar una atención de calidad asumiendo el compromiso directo de hablar con los pacientes y familiares, vigilar las complicaciones y realizar los tratamientos necesarios que, en muchos casos, se ven reducidos o eliminados por la falta de tiempo y recursos.

Como ya afirmaba Linda Aiken en el año 2019 en el Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE): "Las ratios enfermera paciente varían considerablemente entre hospitales en la mayoría de los países, sin justificación científica y con consecuencias negativas tanto para los pacientes como para las enfermeras", señalaba la directora del Centro de Resultados de Salud e Investigación Política de la Universidad de Pensilvania.

En este sentido, el presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, pide un esfuerzo político para regular esta situación: "Las enfermeras necesitan una medida legal que les permita trabajar en condiciones adecuadas en las que el paciente obtenga una atención y cuidado de calidad. Pedimos a las instituciones que reaccionen ante esta petición necesaria. No podemos estar tan lejos de países de nuestro entorno socioeconómico. España necesita, al menos 140.000 enfermeras más para poder prestar una atención digna y eso implica voluntad política y un cambio en las plazas universitarias para cursar el grado de Enfermería".

California, en Estados Unidos, también supone un ejemplo de regularización de la ratio a través de normativa legal. En 2004, el Estado se convirtió en el primero en establecer una proporción mínima con una 1 enfermera por cada 5 pacientes. En 3 años los beneficios fueron notables: 400 muertes evitadas.

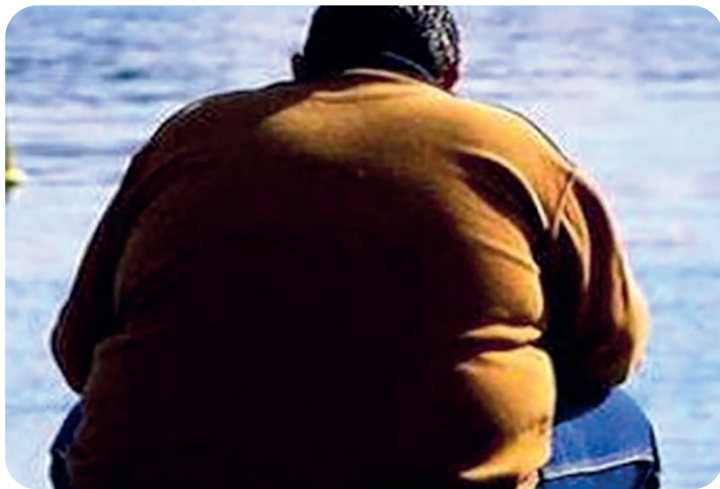
Este ejemplo debe servir para Europa. España ya ha tomado cierta conciencia sobre la necesidad de regular las cifras entre enfermera y paciente. El 15 de diciembre de 2020 se aprobó, en el Congreso de los Diputados, elaborar la Ley de Seguridad del Paciente con un apoyo mayoritario, una norma que, de salir adelante, será pionera en el continente y que fue propuesta por el sindicato de enfermería (SATSE) con el apoyo del CGE. Una iniciativa aplaudida, pero que debe materializarse para poder abandonar el furgón de cola de la enfermería europea, no en la preparación y profesionalidad de las enfermeras, pero sí en cuanto a su número.





La inactividad física duplica las probabilidades de aumentar la gravedad y la hospitalización por Covid-19

Según un estudio del British Journal of Sports Medicine, los pacientes covid que estuvieron constantemente inactivos durante los dos años anteriores a la pandemia tenían más probabilidades de ser ingresados



V.M.

Las conclusiones del reciente estudio de British Journal of Sports Medicine sobre los efectos del sedentarismo en la salud son esclarecedoras y vinculan la gravedad de la Covid-19 al sedentarismo. Los datos del análisis apuntan a que no hacer ejercicio físico ni ninguna actividad deportiva habitualmente duplica el riesgo de desarrollar Covid-19 grave y ser hospitalizado.

La falta de actividad física aumenta un 2,26 veces las probabilidades de hospitalización en pacientes Covid-19 al compararlo con aquellos que sí realizaban ejercicio de forma frecuente. Además, aquellos que realizaban de vez en cuando algún tipo de deporte o ejercicio, mostraron 1,89 veces más probabilidades de ser hospitalizados.

Por otro lado, el estudio también muestra cómo los pacientes sedentarios tienen una probabilidad 1,73 veces mayor de ser ingresados en la UCI que los pacientes que cumplían sistemáticamente las pautas de un ejercicio moderado. Mientras, aquellas personas que señalaron que realizaban alguna actividad deportiva tenían 1,58 más probabilidades de terminar en UCI que los activos.

Del total de 48.440 pacientes positivos analizados, las probabilidades de fallecer por esta en-

fermedad fueron 2,49 veces mayores (IC del 95%: 1,33 a 4,67) para los pacientes que estaban constantemente inactivos en comparación con los pacientes que cumplían con una serie de pautas de actividad física saludable.

De igual modo, las probabilidades de fallecer para los pacientes totalmente inactivos fueron muy altas y, en la mayoría de los casos, incluso este hecho podría influir más que otros factores de riesgo de Covid-19, como la edad o patologías previas.

Los investigadores de la Universidad de California recuerdan que tener una constancia a la hora de realizar actividad física está estrechamente asociado con un riesgo reducido de Covid-19 grave entre los adultos contagiados, y por ello insisten a las autoridades sanitarias para que lancen un mensaje a la ciudadanía en el que promuevan la importancia de la actividad física para la salud.

Después de tener en cuenta factores potencialmente influyentes, como la raza, la edad y las afecciones médicas subyacentes, los pacientes con Covid-19 que estaban constantemente inactivos físicamente tenían más del doble de probabilidades de ser ingresados en el hospital.

Respecto a aquellos que registraron más de 150 minutos de ejercicio físicos a la semana, los

inactivos también tenían un 7,3% más de probabilidades de requerir cuidados intensivos y 2,5 veces más probabilidades de morir a causa de la infección.

Quienes estaban constantemente inactivos también tenían un 20% más de probabilidades de ser ingresados en el hospital, un 10% más de probabilidades de requerir cuidados intensivos y un 32% más de morir a causa de la infección.

Este es un estudio observacional y, como tal, no puede establecer la causa. Como ocurre en otros trabajos parecidos, personas que hacen ejercicio suelen cuidar más otros factores ligados a su salud, como la alimentación.

También se basó en las propias evaluaciones de los pacientes sobre su actividad física. Tampoco hubo ninguna medida de la intensidad del ejercicio más allá del umbral de "ejercicio moderado a extenuante" (como una caminata rápida).

En cuanto a las personas encuestadas, no se les preguntó si en los años anteriores habían hecho ejercicio regularmente o no. Sino que se sacaron los datos de lo que habían reconocido en sus visitas al médico entre marzo de 2018 y marzo de 2020.



El perfil de paciente Covid cambia tras las vacunaciones masivas

La media de edad de los enfermos ingresados en UCI se sitúa entre los 70 y los 50 años con factores de riesgo como hipertensión, diabetes y obesidad



V.M.

Las circunstancias han cambiado después de los 15 meses transcurridos desde que se inició la pandemia Covid-19. Según el estudio COVID-19-@Spain, la edad media de los pacientes se situaba entonces en 70 años, con un 25% del total con más de 80. De hecho, el portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), Pablo Ryan, expone que “seis de cada diez eran hombres y más del 70% tenía alguna enfermedad subyacente y más del 25% padecía al menos tres enfermedades de base”.

“La media de edad ha bajado durante los últimos meses 3-4 años, que parece poco, pero es significativamente importante”, apunta el presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), Juan José Tirado.

“Según los informes que nos llegan de enfermeras de Urgencias, en los ingresos se observa como las franjas de edad a las que se está inmunizando no ingresan. La población que disminuye es la comprendida entre 60-65 años. Ahora vemos pacientes a media vacunación o ya vacunados de Covid infectados, pero sin gravedad”, explica Juan José Tirado.

Desde Primaria se apunta también a unos hospitales con un perfil de paciente COVID más joven, diferenciando que este es un perfil que acude a este ámbito dado su estado de gravedad. “El perfil general de la gente que se contagia ahora quizás lo vemos más nosotros porque vemos la mayoría de los casos moderados y leves y son el gran núcleo de contagios, porque por suerte solo un pequeño porcentaje es el que acude al hospital e ingresa”, explica el portavoz COVID-19 de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Lorenzo Armenteros.

El experto también documenta el impacto de la vacunación en la detección de casos en los centros de salud. “El índice de contagio en este grupo es prácticamente inexistente, los mayores de 80 años han desaparecido. Hay CC.AA. sin un solo fallecido desde hace semanas: este es un dato muy importante, la vacuna es muy efectiva y es la solución”, detalla en una entrevista en Gaceta Médica.

“Estamos viendo núcleos familiares donde hay un contagio masivo” continúa Armenteros. Antes había personas dentro de estas unidades que conseguían librar este contagio “porque la carga viral era pequeña” o “porque se hacía un diagnóstico muy temprano y un aislamiento precoz”, añade.

Una situación que se debe a una mayor prevalencia de la cepa británica en suelo nacional. El grado de transmisibilidad aumenta en el caso de esta variante (50-70%) así como sucede también en la californiana (20%) y sudafricana. De ahí que la mejor forma de frenar su aparición es la vacunación.

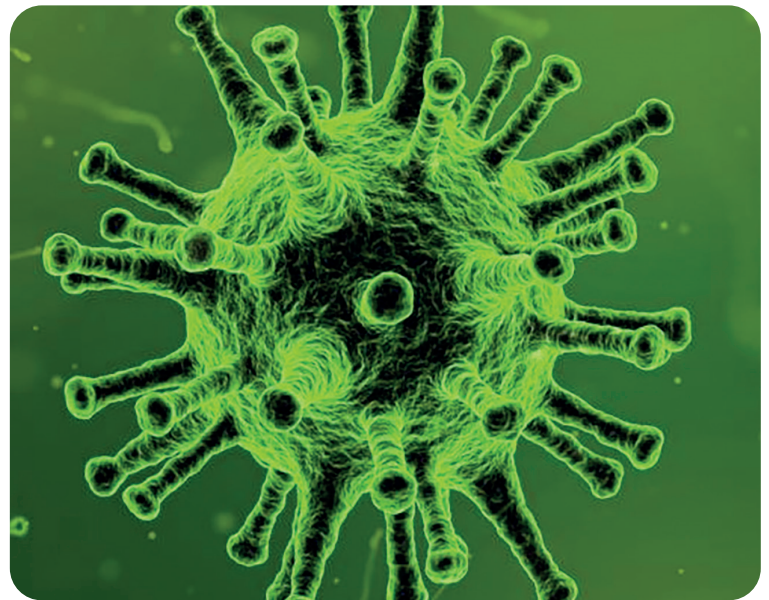
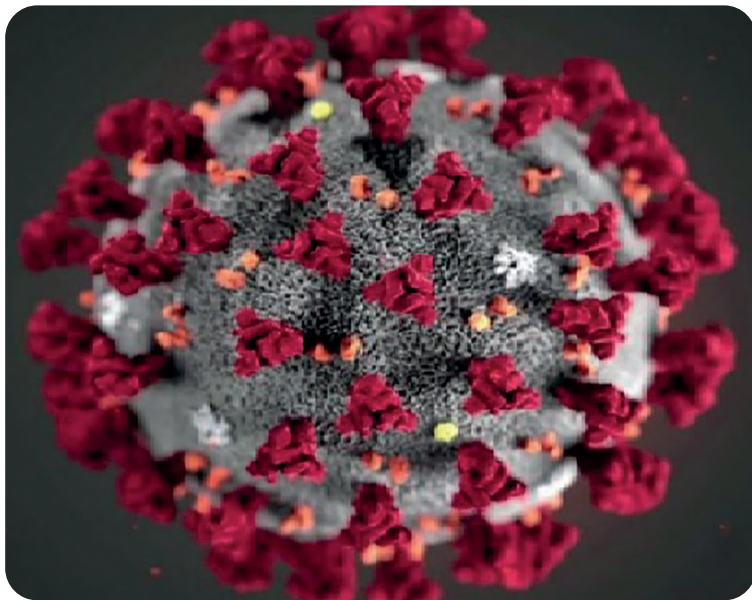
Los enfermos que llegan al hospital e ingresan, con todo, siguen presentando los mismos problemas que ya ocurrían anteriormente. Hay una parte de ellos que necesita soporte respiratorio y cuidados intensivos. Aun así, la cuestión más importante es que en el nuevo perfil de paciente Covid, porque son más jóvenes, con una mayor resistencia.

Según la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), el perfil de paciente que precisa de UCI presenta factores de riesgo tales como hipertensión, diabetes y obesidad. Estas comorbilidades siguen siendo así las mismas que se observaban al comienzo con la pandemia, además de la EPOC y una mayor presencia de personas muy fumadoras.



Covid-19 y gripe: ¿Coincidirán en 2021 las campañas de las dos vacunas?

Los expertos apuestan por que el SARS-CoV-2 se convierta en un virus respiratorio endémico, como la gripe, y ven muy probable que coincidan sus vacunaciones en otoño



REDACCIÓN.

La influenza (gripe) y la Covid-19 son enfermedades respiratorias contagiosas, pero son provocadas por virus diferentes. La Covid-19 es causada por la infección del coronavirus (llamado SARS-CoV-2) y la gripe es causada por la infección con los virus de la influenza.

La Covid-19 se propaga más fácilmente que la influenza y causa problemas más graves. Hasta el punto de que las personas pueden tardar más en presentar síntomas y ser contagiosas por más tiempo. Dado que algunos de los síntomas de la influenza y la Covid-19 son similares, puede ser difícil distinguir entre ambas enfermedades basándose sólo en los síntomas, y podría ser necesario realizar una prueba de detección para ayudar a confirmar el diagnóstico.

Tras más de un año de pandemia, los expertos apuestan por un SARS-CoV-2 que mute y se convierta en un virus respiratorio endémico, como la gripe. Por eso es muy probable que coincidan las dos campañas de vacunación en el tiempo en otoño. La publicación especializada en cuestiones sanitarias, Redacción Médica, ha consultado a una serie de expertos que concluyen que la vacunación simultánea de la gripe y de la Covid-19 para este año supondría un protocolo razonable.

El vicepresidente de la Asociación Española de

Vacunología, Fernando Moraga-Llop, explica que ambas vacunas se pondrían con una diferencia de 15 días "como medida de precaución, pero no tiene por qué haber ningún problema". "De hecho, aunque pocos, este año también se vacunó de la gripe a personas que, al cabo de poco tiempo, se inmunizaron frente al Covid-19", señala.

Es probable que la vacuna de la gripe coincida con la tercera dosis --la dosis de refuerzo--, que según su impresión "estará reservado, en principio, a personas de riesgo, en las que se estime que pueda haber pérdida muy importante de anticuerpos, como por ejemplo las inmunodeprimidas o las mayores de 80 años".

"Otro tema diferente es si alguna de esas tres variantes que más preocupan --la británica, la sudafricana y la brasileña-- se escapen de la inmunidad vacunal o apareciese otra que sea totalmente resistente. En este caso ya hablaríamos de una tercera dosis, pero con una nueva vacuna. Hay laboratorios, como por ejemplo Astrazeneca, que al ver que su antídoto no era tan eficaz contra la variante sudafricana comenzó a desarrollar una nueva vacuna contra esta", detalla Moraga-Llop.

En el caso de las vacunas de ARN mensajero, el especialista explica que "parece ser que es relativamente sencillo el cambiar una variante por otra o incluir varias variantes, de forma que iríamos a

vacunas multivalentes". "Es una hipótesis, pero creo que lo más probable es que de momento se utilice la misma vacuna, exceptuando algunos lugares, salvo que las variantes en circulación obliguen a poner una nueva", añade.

La vocal de la Sociedad Española de Inmunología, Carmen Martín Alonso, tiene otra hipótesis: si se confirma que la Covid es estacional, algunas de las compañías farmacéuticas propongan alguna formulación combinada. "Es una perspectiva de lo que puede suceder. Puede que no para este invierno, pero sí para el siguiente", apunta.

La inmunóloga apunta a que algún país ya ha planteado si puede haber problemas al inocular al tiempo la de la gripe y la de la Covid-19. "Como no hay estudios concretos sobre si se pueden administrar juntas o no, se aplica el famoso principio de prudencia", asegura.

Por su parte, los fabricantes de la mayoría de la mayoría de las vacunas frente a la Covid-19 señalan que se distancie una semana. "En algún país en el que ha coincidido la proliferación de los dos virus han dejado dos semanas. Pero ese sería el problema más complicado: el espaciar esas dos semanas por si acaso llegara a haber alguna interferencia, entendido esto como algo poco probable", matiza la experta.



Los síntomas de la Covid-19 también cambian y se agudizan con las nuevas cepas y variantes del virus

Cerca del 56% de los que presentaron una prueba positiva sufrieron letargo; el 30% dolor de garganta; y hasta un 11,2% náuseas o vómitos. La diarrea fue común en el 20% de los afectados

V.M.

La aparición de nuevas variantes del SARS-CoV-2 (mutaciones), aparentemente más contagiosas, han favorecido a que la pandemia continúe. Al inicio de la crisis sanitaria, entre el amplio abanico de síntomas del coronavirus que conocemos actualmente, los más comunes eran fiebre, tos y pérdida del gusto u olfato. Ahora, un nuevo estudio, publicado en *International Journal of Audiology*, muestra que el coronavirus también ha modificado sus síntomas. De hecho, los especialistas advierten de que las nuevas cepas pueden afectar al oído con la pérdida de audición, generar vértigos o acúfeno (percepción de ruidos o zumbidos en el oído).

Los investigadores creen que estos síntomas auditivos del coronavirus podrían deberse a que el coronavirus esté dañando directamente los tejidos del sistema auditivo. Otra teoría con mucho peso es que sea una consecuencia del estrés. Tanto el estrés como la ansiedad suelen relacionarse frecuentemente con el acúfeno.

Y es que los síntomas de la Covid-19 han ido cambiando a lo largo de estos más de 15 meses. Aproximadamente una de cada cuatro personas que tenían evidencia de una infección anterior por Covid-19 eran completamente asintomáticas. El otro 40% no tenía uno de los tres síntomas clásicos: fiebre, tos seca persistente o pérdida del sentido del gusto u olfato.

La pérdida del sentido del gusto o del olfato fue el síntoma más común relacionado con una infección pasada, seguido de fiebre y escalofríos. Cerca del 56% de los que presentaron una prueba positiva sufrieron letargo; el 30% dolor de garganta; y hasta un 11,2% náuseas o vómitos. La diarrea fue común en el 20% de los afectados.

La investigación también identificó diferencias significativas en la seroprevalencia por edad. Las personas de 50 años o más tenían constantemente menos probabilidades de haber sido infectadas, con un porcentaje positivo en diferentes grupos de edad que variaba del 13,5% entre los menores de 30 años al 6,7% entre los mayores de 70 años.

El estudio de serología SARS-CoV-2 del biobanco del Reino Unido, financiado por el Departamento de Salud y Asistencia Social, analizó muestras de sangre mensuales de casi 19.000 personas entre el 27 de mayo y el 4 de diciembre de 2020. Así también descubrió que el 99% de los participantes que dieron positivo en la infección retuvo los anticuerpos durante tres



meses después de haber sido infectada. El 88% lo hizo durante al menos seis meses.

Durante el período de estudio, los investigadores encontraron que la proporción de la población con anticuerpos contra el SARS-CoV-2 aumentó del 6,6% (mayo y junio) al 8,8% (noviembre y diciembre). Durante este tiempo, 453 personas fueron identificadas recientemente con una prueba positiva, la mayoría de ellas a partir de septiembre.

Naomi Allen, jefa científica del biobanco de Reino Unido y profesora de Epidemiología en la Universidad de Oxford, señala que “este importante estudio ha revelado que la mayoría de las personas retienen anticuerpos detectables durante al menos seis meses después de la infección con el coronavirus”.

“Aunque no podemos estar seguros de cómo esto se relaciona con la inmunidad, los resultados sugieren que las personas pueden estar protegidas contra infecciones posteriores durante al menos seis meses después de la infección natural. Un seguimiento más prolongado nos permitirá determinar cuánto tiempo es probable que dure dicha protección”, añade.



¿Se debe mantener la mascarilla después de que haya un porcentaje inmunidad considerable?

Tras anunciar Fernando Simón que se va a ir relajando el uso de la protección facial, los expertos abogan por mantenerla en espacios con poca ventilación o en espacios con aglomeraciones de personas



V.M.

El director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias del Ministerio de Sanidad, Fernando Simón no ha dado "dar fechas concretas", pero hace unos días confirmó que "pronto" se podrán ir dando "pasos concretos" que pueden ir "relativamente rápido" de cara a relajar el uso de mascarillas en exteriores. "Tenemos ya 7,2 millones de personas vacunadas con la pauta completa y al menos 15 millones con al menos una dosis. Es muy posible que en exteriores, en no muchos días, se pueda reducir el uso de la mascarilla", justificó al ser preguntado directamente por este asunto, sobre el que ya se han pronunciado en los últimos días diferentes líderes políticos dentro y fuera de España.

Y es que la protección facial se ha convertido en un instrumento omnipresente en la sociedad desde el inicio de la emergencia como herramienta para frenar el avance del Covid-19. Ahora, cuando se cumple más de un año desde el comienzo de la pandemia mundial, se está estudiando relajar esta medida. Desde el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades se ha lanzado las primeras recomendaciones para relajar el uso de mascarillas, así como de otras normas como la distancia física o la realización de test o cuarentenas

a medida que avanza la campaña de vacunación.

Aunque el abandono de la mascarilla está generando incertidumbre entre los profesionales sanitarios, quienes tienen la firme sospecha de que las mascarillas continuarán siendo un objeto utilizado entre la población. Y es que muchos de ellos consideran que su uso debe continuar siendo obligatorio en determinados ámbitos y situaciones, incluso una vez que acabe la crisis sanitaria.

Desde el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) se aboga por mantener el uso racional de la mascarilla a medio y largo plazo, hasta que la situación epidemiológica de la Covid-19 se encuentre completamente controlada. No se debe olvidar que las vacunas disponibles en la actualidad frente a la Covid-19 no evitan que los vacunados sigan pudiendo infectar. Por otra parte, el papel de los aerosoles en la transmisión del SARS-CoV-2 está avalado por la evidencia científica y frente a esto, las mascarillas son de gran eficacia. A medio plazo, creemos que debe mantenerse su uso en espacios cerrados, en medios de transporte y en centros médicos.

El CECOVA también añade que, en determinadas circunstancias, deberían utilizarse en espacios abiertos muy concurridos donde sea más difícil mantener la distancia de seguridad, como con-

ciertos al aire libre, eventos deportivos, o celebraciones multitudinarias. No en vano, la experiencia de estos meses nos ha mostrado que, además, han sido muy útiles en la reducción de la habitual epidemia de gripe y de las alergias respiratorias.

Aunque las últimas recomendaciones del Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC) apuntan a que los avances en la inmunización pueden comenzar a suponer una relajación del uso de las mascarillas, se debe prestar especial atención a las personas con un factor de riesgo de enfermedad grave o con patologías crónicas.

Para el CECOVA, tanto el uso de mascarillas como la distancia de seguridad siguen siendo, por el momento, medidas prudentes en espacios públicos y grandes concentraciones independientemente del estatus de vacunación.

Las mismas fuentes del consejo autonómico valenciano apuntan la necesidad de valorar cada caso a futuro, con el fin de proteger sobre todo a los grupos más vulnerables, en especial en el caso de espacios cerrados, públicos muy concurridos y especialmente en personas con ciertas patologías que supongan factores de riesgo.

El presidente de la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (Anenvac), José Antonio Forcada Segarra, considera que tenemos que adquirir una cultura oriental, que consiste en protegernos de las infecciones respiratorias. "Sabemos que esas infecciones respiratorias empiezan, principalmente, durante el otoño y que se mantienen durante todo el invierno. Debería consolidarse esa cultura de la protección respiratoria", matiza.

El enfermero experto en vacunas es consciente de que "hay muchísima gente en contra", pero apuesta por hacer entender a la población que la finalidad del uso de la mascarilla no es otro que la protección. El presidente de Anenvac está a favor de que, después de la pandemia, la obligatoriedad de la mascarilla se establezca en determinadas circunstancias. Es decir, en cualquier sitio con aglomeraciones de personas y donde no haya una circulación de aire suficiente.