

Què hem après de la COVID-19

SoCMUE ReMUE.c@t

Gener- Agost 2020
Volum 7, núm 1

Dipòsit legal: B 24256-2013.
ISSN: 2339-8604

   @SoCMUE

www.remue.cat

"No vull ser un heroi".....	3
Sanitat privada i Sanitat pública, per un objectiu comú?	4
Atenció Extrahospitalària; De la quotidianietat de l'emergència a la contenció del sistema	5
Decisions difícils: gestionant l'ètica i els valors personals.	7
Quan Lleida va existir gràcies a la COVID	9
Cartes al director	
"Què hem après amb la COVID-19?"	10
El naixement d'una unitat de transport interhospitalari de pacient d'alta complexitat durant la pandèmia	11
Experiencia residentes Pandemia COVID-19	12
¿Qué hemos aprendido del COVID-19?	13
Experiències COVID-19	14
Què hem après de la COVID-19?	15

"No vull ser un heroi"

Emili Gené Tous. Secretari Científic SoCMUE.

Data recepció: 20.06.2020

Data acceptació: 30.06.2020

Mail: emili.gene.tous@gmail.com

Lloc de treball: Servei d'Urgències. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Forma citació: Gené E. *No vull ser un heroi*. ReMUE.c@t 2020;7(1):3-3

La pandèmia de COVID-19 ha estat un fet que molts de nosaltres no haguéssim pensat mai que ens poguéssim arribar amb aquesta magnitud. Venien notícies de lluny i pensàvem, incrèduls de nosaltres, que a casa nostra no ens afectaria, que no arribaria mai i que seguiríem vivint, com fins ara, en la nostra àrea de confort: veient les notícies de la COVID-19 per televisió i preparant els dos congressos de la nostra especialitat #congresurgencies2020 i #20vigo20.

Aquesta pandèmia ha afectat rics i a pobres, a famosos i a desconeguts, a professionals sanitaris i a altres professionals. No ha entès d'edats, ha afectat joves i a grans. La nostra gent gran ha patit de valent, les unitats familiars i les residències han estat els veritables focus de transmissió de la malaltia.

Molts ho han passat amb molt poca simptomatologia, altres han mort. Al llarg d'aquest camí, hem estat confinats, nerviosos i amb molts interrogants sense capacitat per donar-los-hi resposta. Hem après el que és un estat d'emergència i quins són els serveis essencials. Hem vist com l'economia de moltes famílies s'ensorrava. Hem gestionat la por i les incerteses de la nostra població. Doblegada la corba amb el confinament i ara que la pandèmia sembla controlada a casa nostra, és el moment de reflexionar.

És el moment de dir que volem recuperar el prestigi social perdut, però que no volem ser herois. L'heroi ho deixa de ser quan la gent ja no té por i quan als polítics els hi interessen. El prestigi ha de perdurar en el temps més enllà de les 20:00 h de cada nit. Però el veritablement cert, és que des dels Serveis d'Urgències hem visitat a TOTS els pacients que han requerit ingrés a l'hospital i a tots aquells que han vingut als Serveis d'Urgències i que els hem pogut donar d'alta a casa seva. Hem cuidat de la nostra població, l'hem acompanyada en les seves pors i incerteses que, per altra banda, també eren les nostres.

Hem après a reinventar-nos, anar als domicilis de la gent per poder fer el cribratge de la malaltia, hem obert dispositius no habituals per poder fer més i millor, per atendre als pacients. I al final els hem pogut tancar amb sentiments enfrontats. Per una banda l'alegria que suposa tancar-los perquè vol dir que ja no calen perquè ja hem superat aquesta primera onada. Per altra banda,

una gran tristor i ganes de plorar per cada una de les històries personals que hi hem viscut, per les decisions difícils que hem hagut de prendre i per el complicat que ha estat gestionar el dia a dia. Moltes vivències, molts sentiments, moltes hores de feina, MOLT APRESENTATGE.

Hem après que en aquesta pandèmia no hi ha vencedors ni vençuts. No hi ha més protagonistes que els pacients, les seves famílies i el seu dolor. La humilitat hauria de ser una de les virtuts a la vida i més en aquests moments. El que és segur és que els Serveis d'Urgències, vàrem estar, estem i estarem sempre en primera línia, 7 dies a la setmana, 24 hores al dia i 365 dies a l'any. Hem demostrat, el que ja sabíem: el col·lapse dels nostres Serveis no depèn de la porta d'entrada sinó de la porta de sortida. Quan tot l'hospital ha treballat "7/24" hem tingut llits disponibles per poder ingressar als pacients que entraven per la porta.

Hem après a treballar tots plegats, hem estat capaços de canviar els horaris de treball i que tots els professionals sanitaris funcionéssim com un veritable equip. En aquest punt, hem d'agrair la feina feta per als companys d'altres especialitats que han vingut a Urgències i ens han ajudat quan els nostres adjunts estaven a casa de baixa per COVID-19. La manca d'equips de protecció individual de ben segur que ha estat un factor precipitant. Sense la seva ajuda hauria estat impossible poder donar la resposta que hem donat, GRÀCIES.

Ara és el moment de brots verds que estan amenaçats per núvols foscos. És moment de reflexionar i aprendre de les errades:

- Si a Catalunya, hem estat treballant sobre un mateix procés, per què el tractament no ha estat el mateix a tots els centres sanitaris?

- Podrem entendre i acceptar que si tenim un nou rebrot de COVID-19, no disposem d'EPIs adients per protegir-nos i que els puguem canviar cada jornada de treball?

La batalla no ha acabat, tan sols ens ha donat una treva. Treballo del que treballa perquè és la meva professió i treballa a on treballa perquè és la meva voluntat. Jo no vull ser un heroi. I tu?

Sanitat privada i Sanitat pública, per un objectiu comú?

Dr. Antonio De Giorgi. Hospital Universitari General de Catalunya, Grup Quirónsalud.

Dra. Cristina Netto. Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari.

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: crisnetmi@gmail.com

Forma citació: De Giorgi A, Netto C. *Sanitat privada i Sanitat pública, per un objectiu comú?*

ReMUE.c@t 2020;7(1):4-4

La sanitat privada, conjuntament amb la pública, està jugant un paper actiu a la lluita contra el SARS-CoV-2, el virus que causa la infecció de COVID-19. A nivell de tot l'Estat i des de l'inici de la crisi, segons es va decretar a l'estat d'alarma, el sistema privat ha aportat 51.373 llits hospitalaris i 266.728 professionals. Els centres privats han atès gairebé a una cinquena part dels pacients ingressats per COVID-19.

A Catalunya, un clar exemple l'ofereix Quirónsalud, que ha assumit fins al maig de 2020 la cura de més de 2000 pacients amb patologies derivades de la infecció per SARS-CoV-2. Per a poder assumir els casos més complexos, aproximadament el 12% dels pacients ingressats, la firma ha doblat la seva capacitat a les Unitats de Cures Intensives.

Els 198 pacients de la Conca d'Òdena, derivats des de l'Hospital d'Igualada a l'Hospital General de Catalunya (HGC) de Sant Cugat del Vallès són una mostra significativa del suport que han ofert les estructures privades al Servei Català de Salut, així com de la seva flexibilitat i capacitat d'adaptació.

L'Hospital General de Catalunya, al principi de la crisi sanitària, va habilitar, en pocs dies, el menjador, unes aules universitàries, unitats de reanimació i blocs quirúrgics, per a poder acollir pacients crítics i semicrítics.

El treball coordinat de les gerències entre centres Quirónsalud va permetre el drenatge de l'Hospital de Sant Cugat i va permetre organitzar una estructura "lliure de COVID-19" a Sabadell, a l'Hospital Quirónsalud del Vallès. La coordinació amb l'Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell ha permès el drenatge del centre amb el trasllat de 106 pacients amb COVID-19 a l'HGC, així com la derivació de pacients amb sospita de COVID-19 des de l'Hospital Quirónsalud del Vallès cap a l'Hospital Parc Taulí, per tal de mantenir el centre "lliure de COVID-19".

A nivell de recursos humans, s'han impulsat noves contractacions a la sanitat privada i s'han mobilitzat professionals d'especialitats amb una activitat assistencial més baixa durant la pandèmia, per tal de donar suport a les unitats amb més pressió assistencial. També s'han creat aliances estratègiques entre hospitals d'aguts i centres privats per a donar suport en l'activitat d'infermeria.

En paral·lel, la sanitat privada ha desenvolupat un pla d'Humanització, buscant la relació diària dels pacients aïllats amb les seves famílies a través de trucades i videotrucades, fomentant els contactes escrits amb la societat civil, el suport psicològic per als professionals i l'acompanyament emocional dels pacients en situació de final de vida i les seves famílies.

La decisió de comptar amb el sistema privat per a una resposta coordinada a la pandèmia i la col·laboració del sector privat és, per a molts experts, un exemple evident de què aquesta interrelació no només és possible, sinó també, necessària.

Elements com la cronicitat, l'envelliment de la població o la innovació tecnològica estan condicionant un increment constant de la inversió al sistema públic de Salut. En aquest context, el sistema privat pot ser un bon soci per a aportar solucions compartides amb l'objectiu de reforçar l'estat del benestar i el sistema sanitari en la seva globalitat.

El sistema sanitari hauria d'abordar una sèrie de reformes que contemplin l'ús de tots els recursos disponibles i això hauria d'anar encaminat a un model de coordinació entre la sanitat pública i la privada sota el paraigua del Servei Català de Salut per tal d'oferir als ciutadans els recursos necessaris en cada moment.

Atenció Extrahospitalària; De la quotidianitat de l'emergència a la contenció del sistema

Sr. Yuri Lázaró. Vocal Comitè Científic SoCMUE

Sra. Marta Paguina. Vocal Comitè Científic SoCMUE

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: iurilazaro@gmail.com

Forma citació: Lázaró Y, Paguina M. *Atenció extrahospitalària: des de la detecció de casos fins a les mesures de confort*. ReMUE.c@t 2020;7(1):5-6

A l'extrahospitalària, una de les nostres tasques és organitzar el caos d'una emergència. En aquest cas, el plantejament de l'emergència era tan complexa que ens ha obligat a reinventar-nos per donar resposta a les noves necessitats i poder afrontar els reptes sobrevinguts com assistencials i en general, com a sistema sanitari. Fet pel qual ha estat imprescindible aprofitar l'aprenentatge d'experiències prèvies i implementar totes aquelles iniciatives que aportaven valor, per oferir una resposta integral a les demandes de servei que ja realitzàvem, així com als nous serveis que hem dut a terme en aquest temps. Són diverses les disciplines en les quals, quan es planteja la resolució d'un problema de magnitud, es dissenyen les solucions part per part, per poder afrontar amb més garanties la resposta integral al problema. Es pot fer l'analogia d'aquesta filosofia també a la gestió de l'emergència, sectoritzant allà on és òptim i possible, compartint la informació i les possibilitats de millora detectades que poden ser útils en la gestió d'altres serveis, mantenint la visió general en cada moment.

Les unitats d'emergències mèdiques tenen experiència en donar resposta a gran varietat de situacions, algunes de les quals són situacions límit i amb una important càrrega d'incertesa. A el centre coordinador sanitari també hi ha bagatge en la gestió d'aquesta incertesa de forma telemàtica, però en ambdós àmbits, aquesta incertesa es va veure desbordada per la situació; aguditzant al màxim les habilitats (tècniques i no tècniques) i la capacitat d'adaptació dels professionals i del sistema, per intentar donar resposta amb les màximes garanties possibles a totes les situacions per les quals se'ns requeria el nostre servei. Davant d'aquesta incertesa, sorgien nombroses iniciatives de molts professionals, que a banda del bon desenvolupament en la seva disciplina, aportaven valor afegit amb l'experiència o inquietuds personals concretes, que oferien la possibilitat de ser recollides i així articular respostes adients al moment. La combinació d'aquestes aportacions de l'atenció

presencial de les unitats i la no presencial del centre coordinador sanitari, ha permès optimitzar molts dels circuits existents per fer front a la quotidianitat de l'emergència, i alhora, crear nous circuits per poder respondre a la nova situació, garantint valoració continua i millora dels mateixos. Davant una situació complexa, les respostes simples moltes vegades no ofereixen garanties d'eficiència. Tan important era respondre als serveis relacionats amb la COVID-19, com optimitzar l'atenció en aquells serveis sense sospita de COVID-19. En aquest sentit moltes de les situacions que anteriorment resolíem amb la recomanació genèrica de trasllat a centre sanitari, donada la situació, s'ha fet l'esforç també en adaptar-se per oferir, a les persones que atenem, la continuïtat assistencial adient o les mesures de confort quan sigui necessari. Per això ha estat imprescindible la implicació dels professionals assistencials i del centre coordinador sanitari, on va ser essencial poder créixer també en personal per poder donar resposta a la ciutadania. Per exemple, amb la creació de la taula de consultoria sanitària especialitzada d'atenció a la fragilitat, que ha permès donar el suport telemàtic per adequar la resposta a les necessitats de cada cas.

Les unitats del Transport Sanitari Urgent (TSU), a causa del confinament, deixaven de fer moltes de les assistències vinculades amb accidents de trànsit, accidents laborals i serveis a vies públiques, però per altre banda, augmentava la complexitat dels serveis als quals havien d'enfrontar-se, tant de les assistències que es feien d'allà on ens alertessin, en les que l'anamnesi inicial esdevenia crucial per reduir l'elevat grau d'incertesa, com en els trasllats entre centres sanitaris. Per aquests trasllats interhospitalaris complexos, es van afegir unitats dedicades exclusivament a aquesta activitat, distribuïdes per tot el territori. Totes les unitats tenen una aplicació a l'Estació Clínica d'Emergències (tauleta), amb la qual es poden dur a terme videotrucades amb els especialistes de sala, i en aquest cas, va aportar molt en l'homogeneïtat i en l'equitat

d'aquests serveis, incorporant al centre coordinador sanitari la figura d'un especialista en l'atenció al malalt crític (intensivista o anestesista), que donava resposta a les diferents consultes mèdiques de les unitats i de centres sanitaris, també amb la possibilitat de realitzar assistència també de forma presencial en una d'aquestes unitats de nova incorporació a qualsevol punt del territori que requereixi. Per donar confiança als nous reptes, el personal assistencial va disposar d'elements de suport com vídeos en els quals es mostraven com procedir en diferents situacions, incorporació d'instruments de valoració clínica com els ecògrafs, o l'actualització de procediments i d'infografies. Per tenir tota aquesta informació a mà, es va disposar de diferents canals de comunicació, com els portals web; el públic i l'intern, així com engegar també la missatgeria directa amb els i les professionals per poder comunicar i facilitar les actualitzacions diàries, per procurar afavorir l'homogeneïtzació en les actuacions arreu del territori, procurant transmetre seguretat i ànims, també en la gestió de la por a la qual vam haver de fer front.

Un dels exemples d'adaptació als nous encàrrecs de serveis ha estat quan, a l'inici de la pandèmia, les unitats d'emergències mèdiques van oferir una solució al sistema sanitari per donar resposta a la necessitat de realitzar frotis. Per aquest propòsit es van crear dos circuits, coordinats des de la central de coordinació sanitària. Per una banda, unitats del TSU que anaven als domicilis i feien l'extracció de la mostra. Per l'altra, les Unitats del TSNU, anaven arreu del territori per distribuir aquestes mostres, garantint el manteniment en les condicions de temperatura necessàries fins a fer-les arribar als laboratoris i assegurant la traçabilitat de les dades dins del sistema sanitari.

Un altre exemple és l'atenció psicològica en situacions d'emergència, de la qual ja se'n disposava abans de la pandèmia, però aquesta nova situació, va crear la necessitat de crear nous circuits per procurar garantir aquesta atenció psicològica generalitzada. Per tal de poder arribar al màxim de persones possibles, es van organitzar "debreefings" amb suport psicològic arreu de territori pels professionals, per intentar detectar riscos i potenciar les accions positives. També es va posar en marxa la web-app en què, després de respondre unes preguntes, aquestes eren valorades per fer el seguiment psicològic d'aquestes persones.

La situació ha fet que molts professionals hem donat el millor de nosaltres mateixos, sent conscients que venien temps en què hauríem d'assumir decisions difícils i que algunes d'elles tenien repercussions importants en l'assistència a la població. Més enllà de la gran quantitat de vides humanes exposades, si entrava en fallida el sistema sanitari, era imprevisible la magnitud del desastre. Gràcies a la implicació de les persones que dia a dia o donen tot en l'atenció a les persones, s'ha pogut aportar tot el valor afegit perquè el caos fos menys caòtic. El gran repte que involucra a

tothom, és estar preparats per les situacions que poden venir a continuació, pel que serà imprescindible aprendre d'aquesta gran sacsejada que hem sofert, de la que ens hem sortit aprenent a cooperar conjuntament per donar respostes, potenciant les bones dinàmiques de treball i evidenciant que per sobre de tot, està la salut de les persones, la nostra salut.

Decisiones difíciles: gestionant l'ètica i els valors personals.

Dra. Emilia Cortés. Vocal Comitè Científic SoCMUE. GdT Bioètica SoCMUE

Dr. Oriol Yuguero. Vocal Comitè Científic SoCMUE. GdT Bioètica SoCMUE

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: emiliacorteslopera@gmail.com

Forma citació: Cortés E, Yuguero O. *Decisiones difíciles: gestionant l'ètica i els valors personals.* SoCMUE.c@t 2020;7(1):7-8

Esta pandemia ha puesto de manifiesto diversos dilemas éticos, algunos retos por afrontar y también elementos positivos que merece la pena destacar.

El primer planteamiento ético que surge es respecto al triaje de pacientes y la necesidad vivida de tener que racionar los recursos porque no había para todos. Había que escoger el mal menor, y basados en una ética utilitarista que intenta favorecer el bienestar para el mayor número de personas posible, se optó por excluir los pacientes con peor pronóstico para destinar los recursos disponibles a los pacientes con más posibilidades de supervivencia, salvar primero a los jóvenes para darles la oportunidad de completar un ciclo vital que los ancianos han completado. Tal vez una definición previa de qué se considera "bienestar" hubiese evitado algunas situaciones complejas. De hecho, por primera vez, todas las sociedades científicas realizaron documentos con recomendaciones éticas para el manejo de los pacientes, para ayudar en la toma de decisiones ante una situación compleja.

Esta desproporción entre los recursos disponibles y los necesitados ha puesto a algunos profesionales de primera línea en situaciones muy difíciles, y en ocasiones incluso ha llevado a conflictos entre aquellos que trataban a pacientes con criterios de ventilación mecánica (urgencias y plantas de hospitalización) y los que habían de asumir a dichos enfermos y no disponían del recurso necesario (uci, unidades de críticos,...). O entre los médicos de un hospital de nivel intermedio que tenían pacientes que requerían traslado a uno de mayor complejidad y los profesionales encargados de coordinar dichos traslados en el Sistema de Emergencias Médicas (SEM). Una vez más ha quedado demostrada la importancia de usar correctamente los términos ante la situación de final de vida. Los profesionales del ámbito de la ética, siempre hemos defendido la importancia de usar el término *adecuación*, en lugar de *limitación* del esfuerzo terapéutico. Solo cabe recordar el revuelo que generó el documento del SEM en el que se hablaba de limitar recursos.

Así se hace difícil sentir que se respeta la igualdad de

trato, incluso recordar que todos los pacientes son dignos, y que esa dignidad debíamos asegurarla los profesionales sanitarios, y más ante la ausencia de acompañamiento de familiares en momentos cruciales y con decisiones muy trascendentes.

Tampoco ha ayudado en absoluto la escasez de equipos de protección individual, de reactivos para el diagnóstico o la velocidad con la que se producían modificaciones en las guías de actuación. La voluntad de curar y tratar de los profesionales ha hecho que se expongan sin protección, siendo España uno de los países con más profesionales contagiados.

Y aún quedan por añadir algunos planteamientos que esta situación ha hecho aflorar:

¿Es ético confinar a la población en su domicilio y evitar su acceso al sistema sanitario cuando no hay capacidad para dar respuesta a domicilio? Hay pacientes que han esperado durante más de 10 días a que algún dispositivo (Primaria, SEM...) se pudiera poner en contacto con ellos para realizar un seguimiento (ni siquiera telefónico), y en alguna desgraciada ocasión ello ha provocado incluso el fallecimiento del enfermo.

¿Es ético desde el punto de la seguridad clínica utilizar fármacos cuya eficacia no está demostrada para el tratamiento de esta enfermedad? Pocas veces como ahora hemos asistido a publicaciones científicas en revistas prestigiosas con una base tan poco sólida, urgidos por la ansiedad colectiva. Sabemos que en la mayoría de casos se solicitaba el consentimiento informado, o al menos la autorización verbal, y que algunos medicamentos solo eran de uso compasivo. ¿Pero hasta qué punto no estábamos tratando nuestro propio malestar -por la sensación de no estar haciendo nada por nuestros pacientes-? Recordemos la máxima de *Primum non nocere*. Y en el supuesto que esos tratamientos utilizados a nivel hospitalario (hidroxicloroquina, lopinavir/ritonavir, tocilizumab ...) con pocas garantías de efectividad se acabasen demostrando útiles ¿por qué no se han utilizado también con los pacientes ancianos confinados en las residencias geriátricas?

También son evidentes la inequidad de recursos entre centros de la misma comunidad, o entre las distintas comunidades autónomas y la escasa coordinación entre comunidades cuando las camas de Cuidados Intensivos estaban vacías a un lado y a rebosar en el otro.

Y nos quedan temas como la ética deontológica en lo que respecta a competencias y capacitación de profesionales que con la mejor voluntad han estado en primera línea atendiendo pacientes COVID (cirujanos, oftalmólogos, traumatólogos, etc.). Así como el uso indiscriminado de imágenes de pacientes, fotos en grupo con EPIS que en ocasiones parecían frivolar la gran tarea realizada en estos meses de extrema dificultad.

Pero también hay elementos positivos que han quedado más evidentes que nunca, como ha sido la solidaridad civil con pacientes aislados o para fabricar EPIS, el trabajo en equipo incluso con personal de otras unidades, los éxitos celebrados (pacientes dados de alta a los que se les hacía el pasillo), la aportación de voluntarios y jubilados, la capacidad de auto organización a través de redes sociales entre distintos centros hospitalarios de alguna comunidad autónoma donde los dirigentes sanitarios no han hecho su trabajo de planificación y coordinación a la velocidad requerida, o el reconocimiento social hacia los sanitarios que de golpe se ha puesto de manifiesto de forma incansable cada tarde a las 8.

Y entre los retos pendientes, la labor ingente que tenemos por delante en lo que a gestión emocional y tratamiento del burnout se refiere. Pero el más importante es el deber ético de realizar una buena planificación, transparente, democrática, coherente entre hospitales y comunidades autónomas. Es fundamental que de forma anticipada se prevea la adecuación de recursos humanos y técnicos, y que desde luego no será posible si no se sanean de una vez por todas las cuentas de una sanidad pública a la que el coronavirus ha causado un test de estrés que el sistema difícilmente aguante por segunda vez. Tal y como dijo el secretario general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus “la salud no es un gasto; es una inversión”. ¿Será la ética la clave de bóveda del sistema?

Quan Lleida va existir gràcies a la COVID

Dr. Oriol Yuguero.

Vocal Comitè Científic SoCMUE. Servei d'Urgències. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: oriol.yuguero@gmail.com

Forma citació: Yuguero O. Quan Lleida va existir gràcies a la COVID. ReMUE.c@t 2020;7(1):9-9

Tot just faltaven uns dies per acabar el mes de Juny, quan la guàrdia va ser semblant a les viscudes aquelles primeres setmanes de Març. Ja no existien fases ni confinaments, i semblava que la COVID19 era una malaltia superada. Però no, aquella nit va ser esgotadora i l'endemà vam fer saltar totes les alarmes. La major part de la direcció de l'Hospital ens mirava incrèduls. No podia ser. Aquest cop amb l'experiència del mes de Març el Servei d'Urgències ens vam organitzar per fer front a una segona onada.

Durant els mesos d'estiu havíem decidit que fariem menys vacances cadascú per garantir que tothom en pugui fer. Això ens va permetre mantenir les dotacions de personal i assumir el volum de pacients que va venir.

En 2 setmanes la transmissió comunitària va augmentar espectacularment, i els pacients que venien també. Per sort, la majoria de pacients que ateníem eren joves, sense factors de risc i venien en els primers dies de símptomes, pel que la majoria podien marxar al seu domicili, i la pressió sobre els ingressos no era molt alta. Però hi havia a més dos factors. El primer, que tota la patologia no COVID continuava venint a l'hospital i l'activitat assistencial de l'hospital no s'acabava d'aturar. El segon, que hi havia pacients per la seva situació social no podien realitzar el confinament a casa seva o perquè no en tenien o perquè convivia moltes persones. Això va obligar a crear una xarxa de recursos socials per evitar que encara augmentessin més els casos comunitaris.

Però no n'hi havia prou, i finalment va arribar la decisió més temuda. Ens van tornar a confinar, primer perimetralment i després de forma més estricta. L'impacte econòmic per Lleida encara no ha estat descrit, però l'emocional va ser molt fort. Molts de nosaltres vam fer les vacances confinats a casa després d'estar sense parar des del mes de Març, i més veient que molts ciutadans seguien amb les seves vacances a platja, muntanya...

Però el confinament va ser efectiu i la transmissió comunitària va començar a baixar. Els ingressos es mantenien, però també el volum d'altres era molt elevat, ja que en aquesta ocasió els pacients d'UCI no van ser tants i la mortalitat era molt menor.

Ara quan la resta de Catalunya sembla que té rebrotos el

nostre territori respira, temporalment. Hem hagut de consolidar circuits, proves diagnòstiques ràpides en ple brot i amb un hospital en obres que es preparava per a una segona onada a la tardor. I el Servei d'Urgències va aguantar la tensió. Els companys d'Atenció primària han fet una gran tasca de seguiment, i sobretot el Servei d'Urgències d'Atenció Primària que va arribar a visitar més de 500 pacients en un dia. Hem estat a la vista de tots, i crec que altre cop, l'actitud i tasca dels professionals d'Urgències ha estat exemplar. Per sort, quan escric aquestes ratlles tots els professionals han pogut gaudir d'almenys 15 dies de vacances, hem desconnectat i podem continuar preparant-nos pel que pugui venir. Nosaltres hem estat a l'altura, altre cop, ara faltaria veure si la resta també ho estan.

"Què hem après amb la COVID-19?"

Dra. Carme Campos Gràcia¹, Dra. Núria Martí Company¹, Dr. Josep Antoni Pijuan Cirera¹, Dra. Araceli González Arias¹, Dra. Alexandra Santuré Sinfreu¹, Dra. Maria Batyreva Tofaniuk¹.

¹Metges Adjunts del Servei d'Urgències del Parc Taulí, Hospital Universitari

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: ccamposg@tauli.cat

Forma citació: Campos C, Martí N, Pijuan JA, González A, Santuré A, Batyreva M.

Que hem après amb la COVID19?. ReMUE.c@t 2020;7(1):10-10

Hem après a treballar atònits, entre centenars de malalts, desbordats física i emocionalment. Incrèduls al principi, espantats en molts moments. La sensació era d'estar a l'infern.

Hem après que és imprescindible adaptar espais i personal a la demanda que se't presenta. Quan s'aconsegueix un mínim equilibri entre les dues parts, controles la situació.

Hem après que quan hi ha unes indicacions "estàndards" per tots els pacients, el triatge avançat d'infermeria permetia millorar i accelerar la seva atenció: la petició des de triatge d'analítica + Rx tòrax + PCR COVID va ser molt útil en el moment àlgic del pic.

Els equips assistencials formats per companys de diferents especialitats ha estat la nota més positiva d'aquesta etapa: professionals no avesats en el maneig del malalt mèdic i complexa a urgències van ser imprescindibles per afrontar aquesta situació, vam treballar tots colze a colze. La nostra relació ha canviat per a millor i ara no som companys sinó amics.

Per a ser eficaços hem hagut d'aplicar noves guies d'actuació a marxes forçades que podien variar d'un dia a l'altre: consultar diàriament a la nostra intranet, el WhatsApp del nostre grup de professionals per la seva immediatesa i alguna vídeo-conferència han estat d'aquestes noves eines d'ajuda i coordinació que han vingut per quedar-se.

Hem seguit uns protocols de tractament que a posteriori s'han demostrat ineficaços, però en moments d'incertesa calen directrius a seguir.

Amb aquesta nova malaltia ens hem vist abocats a no poder actuar sempre basant-nos en una ferma evidència científica si no més aviat a intentar donar una resposta ràpida a símptomes i complicacions que veiem aparèixer. Diuen que el Sistema Sanitari s'ha hagut de reinventar. D'acord, hem après a fer-ho, però seguim preferint el mètode científic

El naixement d'una unitat de transport interhospitalari de pacient d'alta complexitat durant la pandèmia

Daniel Valenzuela, Infermer assistencial SEM

Ramón Garrido Massana, TES assistencial SEM. Membre de SoCTES

Data recepció: 20.06.2020

Data acceptació: 30.06.2020

mail: danielvalenzuela@gencat.cat

Forma citació: Valenzuela D, Garrido R. *El naixement d'una unitat de transport interhospitalari de pacient d'alta complexitat durant la pandèmia*. ReMUE.c@t 2020;7(1):11-11

Poc a dir i molt a explicar, tot el que envolta a aquesta unitat va néixer en un dels moments més durs que hem viscut en molts anys, tant a nivell personal com social. Si preguntéssim a cadascú dels que han posat el seu gra de sorra perquè aquesta unitat veiés la llum, no disposaríem d'espai material per explicar un conjunt quasi infinit d'experiències i emocions. Així doncs, intentarem resumir el que ha suposat aquesta unitat, que va arribar en l'època més convulsa i que té moltes ganes de quedar-se.

L'EC-10 és la unitat de la qual parlem, una ambulància destinada al trasllat de pacients d'alta complexitat, pacients crítics que requereixen un conjunt de dispositius per al seu tractament que fan que el seu trasllat entre hospitals sigui un veritable repte.

Era un projecte que ja datava de temps enrere, la idea ja es coneixia feia anys amb l'augment de trasllats interhospitalaris amb pacients portadors de dispositius d'assistència tant pulmonar com cardíaca, entre d'altres. Va ser a mitjans de març aproximadament quan la unitat va iniciar el seu funcionament. No sabríem dir si era el millor moment, però no tenim dubte que va ser el més necessari. L'augment de trasllats que va suposar la pandèmia COVID-19 va fer el moment idoni per fer l'entrada en escena, i així va ser.

Amb molta incertesa, amb moltes pors, amb moltes expectatives, amb poques referències però a la vegada amb moltes ganes i, sobretot, amb un equip humà que donaria el millor de si mateix. Era el moment de posar en pràctica en una ambulància, tot el que havíem après en les unitats de crítics dels millors hospitals de Barcelona.

L'EC-10 està coordinada per un equip directiu, el qual ha assentat les bases sobre la que es manté aquesta unitat, són els fonaments d'aquest projecte. Hi haurà aspectes que possiblement s'haguessin pogut fer millor i d'altres, immillorables. Però estem completament segurs que la intenció era la de formar un equip que donés resposta a la saturació del sistema sanitari de la millor manera possible. Per una altra banda, aquest projecte està format pels pilars bàsics: els/les

Tècnics/ques d'Emergències Sanitàries TES, infermers/es, metges/metgesses, la Unitat de Coordinació Operativa UCO i la taula d'interhospitalari de la Central de Coordinació Sanitària CECOS. Aquests pilars es troben en un llenç en blanc sobre el que plasmar els seus coneixements, per fer d'aquesta una unitat referent.

La idea va començar de tal manera; una unitat de Suport Vital Avançat amb infermeria formada per dos TES i un infermer/a. La clau d'afegir un TES de més resideix en què, en cada trasllat de pacient COVID +, el protocol de vestir-se, desvestir-se i netejar la unitat és molt escrupolós, ja que el risc de contagi d'aquests pacients és molt alt. Per tant, un/a TES s'encarrega de la conducció i supervisió a l'hora de la posada i retirada d'Equips de Protecció Individual EPIs i l'altre té la funció d'assistir i ajudar a l'infermer/a dins la cabina assistencial durant el trasllat i transferència.

Per una altra banda, aquesta unitat té la capacitat de medicalitzar-se. Com? Molt fàcil, el metge/metgessa que es troba a la Taula d'Interhospitalari de la CECOS, té la potestat de poder pujar a la unitat cada vegada que sorgeixi un trasllat que es consideri tributari de medicalitzar. Per tant, és un gran avantatge. Tenim una unitat amb infermers/res, que té la capacitat de transformar-se en medicalitzada, així la capacitat d'actuació es multiplica.

Podem dir amb tota seguretat, que fins el dia d'avui, hem viscut els moments més durs de les nostres vides, laboralment parlant, però això no ha fet que ens vinguéssim a menys, al contrari, tots i totes hem donat i seguim donant el millor de nosaltres per acabar sumant i afegint la nostra qualitat intrínseca al pacient, que és al cap i a la fi, el *leitmotiv* d'aquesta unitat.

Experiencia residentes Pandemia COVID-19

M. Carmen Luna Muñoz

Residente de medicina de familia y comunitaria de 4º año. Hospital Joan XXIII.

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: mclunamunoz@gmail.com

Forma citació: Luna MC. *Experiencia residentes pandemia COVID19*. ReMUE.c@t 2020;7(1):12-12

Estado de alarma, esas fueron las tres palabras que jamás antes había escuchado y nunca hubiese dicho que cambiarían tanto mi vida. Mediados de marzo de 2020; yo, residente de tercer año de medicina de familia y comunitaria, había vuelto a reiniciar mi rotación en atención primaria tras dos meses en la unidad de cuidados intensivos donde ya el COVID 19 planeaba sobre nuestras cabezas. Caos, así se definen los primeros momentos donde ante cualquier síntoma se realizaban llamadas masivas al *Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya* (SUVEC). Posteriormente se iniciaron medidas para minimizar los riesgos de contagio en los servicios de primera línea. Se definieron grupos de trabajo para no relacionarnos entre nosotros en caso de existir algún contagio asintomático y en mi caso junto a los residentes de segundo año me destinaron a urgencias hospitalarias a diferencia de los residentes de primer y cuarto año que se dirigieron a

atención primaria en el ambulatorio y dando soporte a residencias de la tercera edad. Nos acostumbramos a pasear por las calles desiertas con destino a nuestros lugares de trabajo, a trabajar con compañeros que antes casi ni nos relacionábamos, nos apoyamos los unos en los otros durante esta dura situación en la que parecía que no había respuestas correctas ni erróneas, inicialmente incluso dudábamos si habría equipos de protección a la altura de la situación. Poco a poco el marco iba tomando forma, la sociedad se volcó con los que antes nunca habían sido comprendidos, la seguridad en el trabajo era la norma y el miedo se fue disipando. No negaré que existió tensión dentro del equipo sanitario, sin embargo creo que esta pandemia nos ha servido para limar asperezas y trabajar en equipo más que nunca, como una cadena de montaje, donde cada pieza es indispensable.

¿Qué hemos aprendido del COVID-19?

José Gabriel Porras, Isaura Grau, Meritxell Davins, Roser Arenós, Lourdes Parra, María Isabel de Lourdes

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: josegabriel.porrasruiz@sanitatintegral.org

Forma citació: Porras JG, Grau I, Davins M, Arenós R, Parra L, De Lourdes MI.

¿Qué hemos aprendido del COVID19?. ReMUE.c@t 2020;7(1):13-13

En este resumen se evidencia, con una muestra de más de 600 pacientes, que ante una nueva enfermedad como es la infección por SARS-CoV-2, es importante que los pacientes que han recibido el alta de Urgencias puedan empoderarse en el seguimiento de su propia enfermedad. La aplicación creada permite un seguimiento 24/7 para que el control evolutivo sea adecuado y personalizado. Además, gracias a una escala novedosa y original (COVID CSI EVAU), ideada conjuntamente con el departamento de innovación&E-Health, se permite al facultativo de urgencias tomar decisiones en tiempo real basadas en criterios clínicos, radiológicos y analíticos para un alta segura. Aplicando la innovación informática, el equipo de profesionales que hace el seguimiento tiene un margen de control seguro, eficiente y eficaz de los pacientes, detectando la aparición precoz de complicaciones y evitando reconsultas al propio servicio de Urgencias.

Davant la situació de pandèmia s'ha generat un increment d'activitat assistencial en els Serveis d'Urgències (SUH). Els hospitals hem reaccionat ràpidament creant protocols assistencials i models d'autogestió per fer front a la crisi.

El nostre objectiu va ser garantir que un grup de pacients que es trobaven estables clínicament poguessin ser donats d'alta amb seguretat ja hi havia un seguiment posterior per al mateix Servei. Els pacients van estar apoderats en el control diari de l'evolució de la seva malaltia des del seu domicili, a través d'una APP i amb un control mèdic telefònic. Els pacients van rebre diàriament a les 9:00 h un missatge als seus dispositius mòbils per accedir a un qüestionari de control diari. Durant el matí, el pacient havia de respondre a 5 preguntes relacionades amb la seva evolució clínica. Les respostes van anar directament a sistemes d'informació de l'hospital i es van guardar en el curs clínic del pacient. El grup UCIES-TeleCovid-CSI va poder veure com es trobava el pacient gràcies a un quadre de control de dades on es diferenciaven 3 estats d'alarma:

-Estat d'alarma vermell: Detecta que hi ha un empitjorament en alguna de les respostes.

- Estat d'alarma groc: El pacient no ha respost el qüestionari.

-Estat d'alarma verd: El pacient ha respost el qüestionari i totes les respostes estan bé, no hi ha empitjorament clínic.

Si l'evolució no és favorable, es truca directament. Si es considera que el pacient necessita atenció sanitària, se li dirigeix al dispositiu assistencial adequat quan el pacient supera els 14 dies d'inici dels símptomes aquest seguiment es deriva a l'Equip d'Atenció Primària del territori.

De la COVID-19 hem après que la integració de les noves tecnologies en la medicina d'Urgències aporta innombrables beneficis per als pacients, humanitzant l'assistència i aconsegueix resultats òptims pel funcionament del mateix SUH.

Experiències COVID-19

Eduard González Navarro, TES assistencial USVA SEM

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: edugon68@gmail.com

Forma citació: González E. *Experiències COVID19*. ReMUE.c@t 2020;7(1):14-14

Sóc TES adscrit a una unitat de Suport Vital Avançat concertada ubicada en un hospital comarcal. L'inici de tot plegat el vaig viure confinat a casa, casualment em trobava de baixa per una operació al dit de la mà. Vaig incorporar-me a mitjans d'abril. Recordo perfectament arribar a un hospital irreconeixible. Havien canviat la base SEM, donat que la planta on està ubicada va ser destinada a atendre els pacients amb la COVID. L'hospital l'havia ubicat en un nou espai amb unes instal·lacions provisionals i poc confortables. Tot i haver seguit amb atenció i estudiar tots els protocols d'actuació assistencials, tenia nervis i por. Por, perquè m'incorporava amb el dol recent per la mort del meu pare a conseqüència d'aquest maleït coronavirus. Por, perquè no sabia molt bé a què m'enfrontava i quines conseqüències tindria treballar 24 hores amb una situació sense precedents, mai viscuda, més enllà d'algun simulacre i l'amenaça d'Ebola el 2014. La nova ubicació SEM a l'hospital tampoc ajudava, unes instal·lacions velles, amb poc espai de treball i descans i lluny de l'ambulància em causava estrès, fet que em mantenia en una alerta constant. Vaig trobar una ambulància també desconeguda, disfressada amb plàstics i envaïda per diversos materials de neteja i desinfecció.

Han canviat els rols assistencials, la majoria de serveis són assistits per metges i infermeria, i els tècnics hem passat a realitzar tasques de suport, subministrant material a demanda segons la tipologia de servei, així com ajudant durant el procés de neteja i descontaminació de personal i de la mateixa l'ambulància. Què he après? Que som un equip i que hem de confiar en nosaltres, que a l'escola de l'experiència les lliçons costen cares, i l'únic camí per millorar el nostre pas per situacions desconegudes és aprendre de les vivències més dures.

Què hem après de la COVID-19?

Sandra Inestal Jareño. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: sinesja@gmail.com

Forma citació: Inestal S. *Què hem après de la COVID-19?*. ReMUE.c@t 2020;7(1):15-15

Després de 12 anys treballant al servei d'urgències de l'Hospital Sant Pau i Santa Tecla, personalment he après a estar a l'altre costat; he fet de pacient.

El mes d'abril vaig estar 6 dies ingressada per pneumònia COVID-19 positiu a la planta de Medicina Interna de l'hospital on treballa, compartint habitació amb un metge resident que tenia el mateix diagnòstic que el meu. L'experiència em va fer descobrir sentiments i emocions gairebé desconegudes per mi en aquell moment: va aparèixer la por, por a empitjorar i a no saber què passaria; també vaig experimentar la tristesa, tristesa de no poder estar a primera línia mentre els meus companys estaven treballant de valent; vaig entendre què és la incertesa quan ets pacient i estàs pendent de resultats i encara tens l'esperança que no serà res.

Però totes les meves companyes i companys sempre tenien una rialla per a nosaltres quan entraven a l'habitació. Ens cuidaven i mimaven com si estiguéssim a casa. Només tinc paraules d'agraïment per a totes elles!

Aquests mesos hem après que aquest virus no entén de classes, ni de sexe, ni tampoc d'edats, ja que els pacients joves també es podien complicar. Però el més important de tot, és que com a personal sanitari hem sabut somriure sota la mascareta, malgrat que hem dut la cara quasi tapada; no hem pogut evitar sentir molta satisfacció pel fet de poder cuidar aquelles persones que ho necessitaven.