

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2020.
Volum 27. Número 1. Publicació trimestral

COVID-19

ISSN 1695-8942



9 771695 894007

Annals del Sagrat Cor

Fundats el 1993 pel Dr. Josep M^a Puigdollers Colàs

Editor Jefe / Editor-in-Chief

J. Delàs Amat

Editor Adjunto / Managing Editor

M.J. Sánchez López

Editores Ejecutivos / Executive Editors

M. Aguas Compaired
M. Balcells Riba
E. Gil de Bernabé Ortega
E. Irache Esteban
L. Mata Haya

Editores Asociados / Associate Editors

C. Ortopédica y Traumatología

A. Isidro Llorens

Dermatología

M. Iglesias Sancho

Neumología

O. Parra Ordaz

Neurología

A. Arboix Damunt

Psiquiatría

J. Seguí Montesinos

Radiología

E. Grivé Isern

Comité Editorial / Editorial Board

V. Andreu Solsona

Digestivo, HUSC

J. Bara Casaus

Maxilofacial, Instituto Bara-Gaseni

N. Barrera Aguilera

Urgencias, HUSC

X. Beltrán Ramón

C. Vascular, HUSC

E. Cánovas Robles

ORL, HUSC

J.M. Catalan Borrás

COT, HUSC

R. Coll Colell

Medicina Interna, HUSC

M.J. Conde Martínez

Radiodiagnóstico, HUSC

F. Dachs Cardona

COT, HUSC

V. De Sanctis Briggs

Dolor, HUSC

F. Fernández Monrás

Medicina Interna, HUSC

J. Fibla Alfara

C. Torácica, HUSC

J. Foncillas Corvinos

C. General, HUSC

M. Galdeano Lozano

Neumología, HUSC

M. Granados Plaza

CEIm, H. General de Catalunya.

J. Guitart Vela

Anestesiología, Fundació Plató

A. Lozano Miñana

Medicina Interna, HUSC

M. Martí Ejarque

Enfermería, HUSC

G. Martín Ezquerra

Dermatología, Hospital del Mar

J. Massons Cirera

Neurología, HUSC

L. Molins López-Rodo

C. Torácica, H. Clínic i Provincial

M. Monerri Tabasco

Anestesiología, H. Germans Trias i Pujol

C. Morcillo Serra

Medicina Interna, H. Sanitas CIMA

F. Orient López

Rehabilitación, HUSC

M. Pons Bussom

Farmacia, HUSC

C. Prat Torrevejano

COT, HUSC

V. Querol Borrás

Radiodiagnóstico, HUSC

E. Ramió Montero

Farmacia, Clínica Girona

N. Roca Rossellini

Nutrición, HUSC

R. Salas Campos

Medicina Interna, HUSC

M. Salleras Redonnet

Dermatología, HUSC

I. Valls Massana

Ginecología, HUSC

Comité de Honor

C. Alegre de Miquel

J. Barceló

E. Basilio Bonet

L. Medina Luyo †

P. Umbert Millet

G. Vidal López

EDITORIAL

No ha sido un camino de rosas..... 4

ESPECIAL

COVID al Sagrat Cor..... 5

GLÒRIA ARIAS CUCHI, JOAN MASSONS, CARMEN LOMBARDIA,
NÚRIA RAMÍREZ, LIDIA RIUS, MONTSE VALVERDE, MARIBEL
MÁRQUEZ, JAVIER BELTRÁN, OLGA PARRA, SANTI BARBA,
CARME PRAT, JORDI DELÁS, RAMÓN SOLIVA DOMÍNGUEZ,
DORES SÁNCHEZ CORRETER, ADRIÀ ARBOIX, LETICIA GALOFRÉ,
LAURA TUNEU, PEPA RAFEL, ÀLVAR PIRACÉS BUITRAGO, NÚRIA
PARRA MACIAS, ROSA COLL, NIL LÓPEZ, JÚLIA KOBER, MARINA
GALDEANO LOZANO, JULIO ALFARO ÁLVAREZ, LAURA TEIXIDO,
ANA LOZANO, EDUARDO BASILIO

**Apunts del Comitè de Crisi de
l'Hospital durant la pandèmia.....** 27

JOSEP-MARIA CATALAN BORRÀS

REVISIÓ

**Repercusiones psicológicas y psi-
quiátricas en la población general y
personal sanitario durante la crisis
por COVID-19.....** 35

Repercussions psicològiques i psiquiàtri-
ques en la població general i personal sa-
nitari durant la crisi per COVID-19

*Psychological and psychiatric repercus-
sions in the general population and health
personnel during the COVID-19 crisis*

KIRA DIZ I MISERACHS, BERENICE JARABA ARENAS, MIRIAM COLL
MORA, JUAN SEGUÍ MONTESINOS

SERVEI DE RADIODIAGNÒSTIC

**Hallazgos por imagen de la pandemia
COVID-19: correlación entre placa de
tórax y TC.....** 43

Troballes per imatge de la pandèmia
COVID-19: correlació entre placa de
tòrax i TC

*Imaging findings in the COVID-19 pande-
mic: correlation between chest X-ray and
CT scan*

E.VILA-TRIAS, C. SIMÓN, E. GRIVÉ, J. TOMÁS SALAYA, M.
ROVIRA

**COMUNICAT DE LA REIAL ACADÈMIA
DE MEDICINA DE CATALUNYA (RAMC)
A PROPÒSIT DEL COVID-19.....** 48

Grup de treball coordinat Maria Àngels
Calvo; Bonaventura Clotet, Josep Maria
Gatell, Guillem López Casasnovas, Joan
Monés, Tomàs Pumarola, Lluís Salleras i
Antoni Trilla

IN MEMORIAM

Dr. Luís Medina Luyo..... 50

Annals del Sagrat Cor (ISSN: 1695-8942) és publica trimestralment amb 4 números l'any.

Annals del Sagrat Cor està disponible online a:

<http://www.annalsdelsagratcor.org>

Correspondència: Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. c/ Viladomat 288. 08029 Barcelona.

Tel.: 933.221.111. mail: bibhsc@hscor.com

Disseny i maquetació: Sònia Poch · spoch44@gmail.com

D.L.: B-3794-93

Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor està subjecte a una llicència

Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons



Amb el suport de l'Associació Professional de Metges i Titulats Superiors



APMTS

No ha sido un camino de rosas

No ha sido un camino de rosas, ni mucho menos.

Los siguientes textos responden a la sensación de que han faltado palabras, contacto físico, cuando pasando los días, ha parecido normalizarse todo, menos las posibilidad de reencontrarnos y compartir.

Cuidadores y cuidados. En algunos casos, asumir uno u otro papel ha sido solo una cuestión de tiempo, de sucesivas fases. Nos ha parecido que escribir y leer podía ser la alternativa a estos encuentros que no han sido posibles.

Nos han aplaudido. Pero la fase post Covid se ha instaurado, sin solución de continuidad, para aquellos que han trabajado duro, durante tantos días, sin conceder tregua al cansancio.

Muchos de nosotros han declinado participar. *Sería tan terrible lo que iba a escribir que prefiero no hacerlo*, ha sido una frase repetida. Ojalá se sientan también representados por quienes sí que han escrito y que lo que uno escribe y otro lee sirva para atenuar golpes y noches sin sueño.

El período de marzo a mayo del 2020 ha sido muy duro. No sabemos qué puede ocurrir si vuelve la pandemia. Si sabemos ahora, pero, que esta



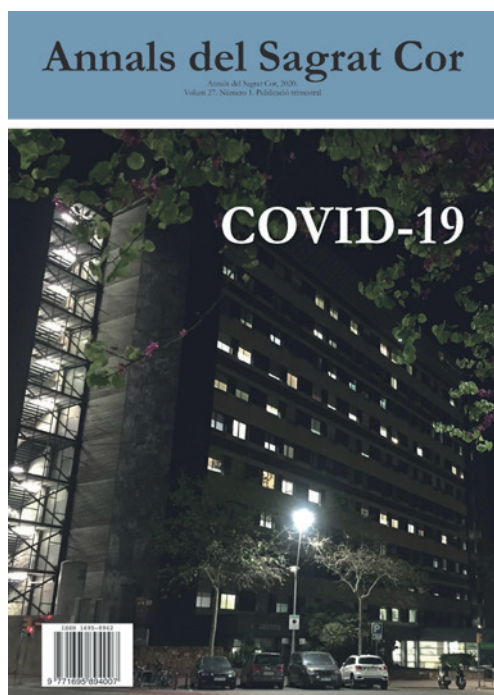
vez todo el mundo ha estado en el sitio que creía que debía ocupar. Un auténtico cordón sanitario entre el virus y la población, sin preguntar por ulteriores compensaciones.

Diferentes profesiones, tareas, especialidades. Al cuarto día la perspectiva era muy diferente al primero. Nos acostumbramos a una enfermedad hasta entonces desconocida, con una evolución en la que

solo servía mantener de la mejor forma a los pacientes y esperar que pasaran los días sin morbilidad. Nos hicimos expertos en afecto y las mejores palabras que se podían usar.

Esos días grises, a menudo fríos y con lluvia, hubo quien creía en un cambio en la sociedad. Mejoras en la sanidad, en la investigación, en la docencia y una jerarquización clara de prioridades. Otros, más racionales, opinaban que poco cambia la sociedad y que olvida pronto. Que cada cual valore quién ha tenido razón.

Estos días hemos reconocido a personas maravillosas que ya estaban a nuestro lado y aunque lo sabíamos, lo hemos evidenciado, más allá de generaciones o tipo de dedicación. La perpetua certeza de que lo mejor del Hospital es su gente.



Visita la pàgina

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/about/>

Les instruccions pels autors estan disponibles a la pàgina web

Las instrucciones para los autores
están disponibles en la página web

*The instructions for authors
are available on the website*

H.U.Sagrat Cor,
façana c/ Viladomat cantonada
amb c/ Londres. 26 de març de 2020,
21:56

COVID-19 al Sagrat Cor

Moments d'angoixa

Glòria Arias Cuchi

Servei d'ORL

Jo, al començament del "caos", em vaig atabalar molt en veure com estava tot l'hospital i vaig pensar, en algun moment, que ens caldria valorar aquests malalts. La nostra tasca va ser més de suport a l'inici, afegint-se la realització de traqueotomia a l'UCI. La veritat és que en cap moment vaig haver de valorar cap malalt, fora de les interconsultes.

Han estat moments d'angoixa, quan per una banda els mitjans de comunicació deien que els hospitals no estaven col·lapsats, per l'altra vèiem la realitat: despatxos i gimnasos convertits en plantes, quiròfans. Reanimacions convertides en UCIs.

És cert que aquestes circumstàncies extremes treuen el millor de cada un, però també el pitjor... Per la qual cosa espero que no ens hi tornem a trobar.



Carta sobre coronavirus

Joan Massons

Servei de Neurologia

Estimats companys i companyes,

Primer de tot dir que aquesta nota representa la meua opinió personal i que no surt de cap instrucció de la Direcció.

Com bé sabeu, ja fa molts anys que treballo a l'Hospital del sagrat Cor i mai havia vist una situació com la que tenim. Aquest hospital ha tingut moltíssims problemes però crec que una de les claus de la nostra resistència ha estat el sentiment de grup que sempre hem tingut metges i metgesses. Tots hem defensat que el gran valor del nostre hospital és el treball en equip i l'estructura jerarquitzada dels diferents serveis. Treballar en equip vol dir col·laborar amb tot el nostre esforç en el bon funcionament del nostre hospital.

Aquests últims dies els serveis d'UCI, Medicina Interna, UCO i anestèsia han patit directament les conseqüències d'aquesta pandèmia mentre la resta, fins ara, hem estat una mica al marge. La situació actual i la que vindrà fa impossible mantenir aquesta situació i ens obliga a tots,

dins de les nostres possibilitats, a implicar-nos en l'assistència d'aquests malalts.

Crec que a partir d'ara hem d'actuar amb responsabilitat i sentit del deure. En aquests moments és imprescindible, sota el meu criteri, seguir les següents consignes:

- Ús racional dels equips de protecció individual (EPI). Aquests equips són limitats i hem d'utilitzar-los de forma responsable. Els EPI de màxima protecció han de limitar-se a l'atenció directa de malalts amb Covid-19. Recomano que mireu el document amb les darreres instruccions del ministeri i un vídeo que explica perquè hem d'utilitzar els diferents equips segons on estem desenvolupant la nostra feina (<https://we.tl/t-F2SvU9JdZV>). Fer ús d'equipaments no necessaris ha de considerar-se una actitud absolutament insolidària. Penseu que la mascareta FP2 dura 8 hores si es fa servir de forma contínua. Si les utilitzem constantment acabarem ben aviat amb totes les reserves.

- Col·laboració directa en l'atenció de malalts ingressats amb Covid. És evident que a tots ens fa respecte i dubtem de les nostres habilitats. Però si no ho fem, els equips actuals claudicaran i de tota manera haurem de fer el mateix sense la supervisió del personal més qualificat. Amb aquesta línia hem d'esperar les instruccions de la Direcció d'operacions per formar els equips que col·laborin amb l'assistència directa. És evident que tenim por, però som metges per damunt de tot. Només per això tenim una obligació que hem de complir.

Una abraçada a tots i totes, i ànims.

Nuestra vivencia durante el COVID-19

Carmen Lombardía, Nuria Ramírez, Lidia Rius, Montse Valverde, Maribel Márquez

Equipo de hospitalización 5ª Planta

La realidad ha superado la ficción, nunca hubiéramos imaginado que algo así pudiera pasar, que nos tendríamos que vestir como si fuéramos astronautas y nos tendríamos que enfrentar a la enfermedad, a la muerte, a nuestro propio miedo, de una forma tan dura.

Al principio no nos lo podíamos creer, será gripe A o B y esas neumonías comunes, no sabíamos a qué nos estábamos enfrentando. En pocos días el hospital se llenó, se abrieron espacios y se habilitaron unidades; nos quedamos enfundados dentro de nuestros equipos de protección individual (EPI), frente a enfermos que desaturaban de forma brusca y se ahogaban. Ninguno tenía acompañantes que nos pudieran avisar y en ocasiones cuando volvíamos a la habitación ya era muy tarde. Otros eran muy mayores, dependientes para todas las necesidades básicas de la vida y en sus camas se atravesaban, se resbalaban, se intentaban levantar solos, con el riesgo que eso conllevaba. No atinaban a llamarnos y no tenían a nadie a su lado para que nos avisaran.

Cuando entrábamos en las habitaciones, los encontrábamos en mal estado. Sólo teníamos dos manos y junto con las otras dos de la compañera intentábamos recomponer la situación, dándoles todo el confort, todo el cariño, que la situación nos permitía, pero no llegábamos y sentíamos impotencia, rabia, miedo a que se ahogaran y no nos diéramos cuenta.

Se reforzó la unidad con una auxiliar más, pero no fue suficiente. La unidad se quedaba coja. Éramos tres por un lado y dos por el otro. A la auxiliar le costaba mucho mover a los pacientes sola, mientras la enfermera preparaba la medicación, y tomaba las constantes velando por mantenerlas estables. Nos sentíamos agotadas, solas, desoladas pero seguíamos día tras día intentándolo.

Cada mañana teníamos que ir a pedir el material para protegernos y proteger a los pacientes, a los compañeros, a nuestras familias. Cuánto miedo, cuánta rabia e impotencia de nuevo. No había suficientes EPI, había días en los que se nos pedía que los limpiáramos con toallitas desinfectantes para poderlos reciclar. Estamos seguras de que no eran conscientes del calor que pasábamos dentro

de ellos, de la sensación de agobio. Echamos de menos que se nos proporcionara un sistema para poderlos dejar colgados en algún sitio, para que se secaran por dentro y se desinfectaran de algún modo. Y sobre todo, se nos hacía un nudo en el estómago al ver los compañeros más jóvenes que los paseaban doblados en bolsa de plástico y los guardaban en la taquilla. Nosotras, con preocupación, íbamos cada día a pedir nuestro EPI.

Los enfermos se sentían solos, cada día con la ayuda de los administrativos intentábamos poner, a los que podíamos, en contacto con sus familias telefónicamente y era gratificante aguantarles el teléfono cerca de su oído, o ponerlos en manos libres, y ver como sonreían al oír la voz de la persona querida. E incluso, cuando el enfermo ya no era consciente de lo que pasaba en su entorno, llamábamos a sus familias y les colocábamos el móvil en la oreja para que el familiar se pudiera despedir a su manera con palabras de amor. Tampoco fue suficiente porque no llegábamos a todos y algunos se quedaban sin poder contactar.



La hora de la comida era también muy frustrante, todos necesitaban ayuda, unos porque se ahogaban, algunos porque eran dependientes y otros porque se sentían desganados y no querían ni intentarlo. Nuestra jornada se acababa y no ter-

minábamos. Veíamos cómo se tenían que tirar muchas bandejas sin apenas empezar, a pesar de nuestros esfuerzos, de nuestra paciencia. No se podía ir deprisa. Cuando se fueron recuperando llegó algo de ayuda para darles de comer y fue un alivio.

Se hacían muchos traslados reagrupando pacientes: por covid, por no covid, por posibles covid, por tipo de cobertura. Era una locura, difícil de llevar, difícil de entender. Recordamos un paciente de 92 años ciego, que nos conocía por la voz. Intentó negarse al traslado, pero no pudo quedarse. Días después supimos que pudo ser dado de alta a casa.

Un par de veces sonó por megafonía la canción de *resistiremos* y hasta nos cogimos de las manos

de algunos enfermos y bailamos para animarlos para animarnos, lloramos y reímos, teníamos que seguir resistiendo a pesar de las dificultades.

Nos sentimos unidos como equipo, en colaboración con todos los estamentos, nos ayudamos, nos apoyamos, unidos por el deseo de dar confort, de recuperar a los máximos pacientes posibles.

También los tuvimos que acompañar en sus últimos momentos, les acariciábamos la cara, les cogíamos de la mano y les decíamos que sus familias nos habían llamado para que les dijéramos que los querían mucho, que todo iba a ir bien, que descansaran tranquilos. En muy pocas ocasiones nos habíamos enfrentado a esta situación en soledad.

Gran sufrimiento

Javier Beltrán

Cirugía Vascular

Me han pedido que intente compartir algunos de los momentos vividos durante esta situación causada por la epidemia del COVID-19.

He ido dándole vueltas al tema, y finalmente me ha decidido el gran sufrimiento físico y emocional que muchos compañeros/as, algunos muy próximos, han experimentado. Ello me ha llevado a establecer mi reflexión en dos partes:

- Sobre el compartir los sentimientos y vivencias durante mi actividad asistencial en el Hospital.
- Sobre el compartir mis sentimientos y vivencias como paciente afectado por el COVID-19.

Antes de entrar en mis reflexiones, quisiera recordar que estamos ante una enfermedad originada por un virus, el coronavirus, ya conocido en la patología infecciosa humana, y que la mayoría de este tipo de virus provoca procesos como son los resfriados comunes. También debemos recordar que algunos coronavirus han tenido una elevada letalidad, como han sido SARS-CoV de China en el 2002 y el MERS-CoV de Arabia Saudita en 2012. Y que el coronavirus SARS-CoV2 es el responsable de la enfermedad que produce el COVID-19 y de la pandemia a nivel mundial en la que nos encontramos actualmente y, aunque nosotros nos encontremos en una fase de desescalada, bautizada por nuestros políticos, sigue afectando a muchas personas de nuestra sociedad y conviviendo entre nosotros.

No voy aquí a entrar a valorar las directrices dadas por la Dirección del Hospital, pero sí quiero destacar que todo el personal sanitario y también el no sanitario del Hospital las asumió y respondió de forma unitaria y sin disentir desde sus puestos habituales de trabajo o desde donde eran reasignados, dada la peculiaridad de la situación a la que nos enfrentábamos.

El primer apartado de mi reflexión, como ya he comentado, es el de compartir los sentimientos y vivencias durante mi actividad asistencial en el Hospital, durante la pandemia. Aquellos días no tuvimos mucho tiempo de pensar o entender lo que estaba sucediendo, era luego, una vez uno llegaba a casa, que cansado física y mentalmente analizaba las situaciones vividas. El Hospital tuvo que reorganizarse, dada la especial situación que teníamos delante, se crearon en el área quirúrgica nuevos boxes de UCI, se improvisaron nuevos espacios con el fin de ir ubicando pacientes, se reasignó el personal en diferentes áreas.

En mi caso particular, los integrantes de mi Servicio nos encargábamos de la reducida actividad que había de nuestra especialidad (algún enfermo ingresado, algún paciente que acudía a consulta externa, pues su situación de salud lo precisaba, alguna exploración hemodinámica vascular que era solicitada para algún paciente ingresado, interconsultas, etc.) y luego pasábamos a reforzar en la 10ª planta al Servicio de Medicina Interna con los enfermos ingresados en dicha planta del Hospital. Realmente se formaron equipos de trabajo multidisciplinarios, integrados por médicos de diversas especialidades, tanto médicas como quirúrgicas, que ayudaban en la atención de los pacientes ingresados, siendo asesorados por los médicos del Servicio de Medicina Interna asignados en aquella planta. Los compañeros de Medicina Interna nos formaron rápidamente en la enfermedad en cuestión, sus diferentes fases y formas clínicas de manifestarse, así como en el tratamiento establecido para los pacientes afectados en ese momento, y en los criterios a la hora de solicitar exploraciones complementarias si se requerían.

Era duro ver el sufrimiento de los pacientes y su sentimiento de soledad, así como escuchar

también el de sus familiares cuando se les informaba de la situación del paciente, algunos casos eran verdaderos dramas humanos. Al mismo tiempo se nos encogía el corazón cuando nos enterábamos que algún compañero/a del Hospital había caído enfermo, y la preocupación se acentuaba cuando nos llegaba la información de que había tenido que ingresar y que la evolución no era todo lo favorable que se esperaba. No he visto en ningún momento miedo, sí preocupación, por parte de los compañeros con los que he trabajado. Posiblemente la relación que se establecía con los pacientes y sus familias, y los detalles de solidaridad entre nosotros mismos, eran el motor principal que motivaba el orientar todo el esfuerzo en el propio paciente y su mejoría. Cuando el resultado era positivo, a todos los implicados nos saltaba en nuestro interior un sentimiento de alegría y emoción y al mismo tiempo de esperanza de que esa situación se superaría. Puedo afirmar que he comprobado directamente que las situaciones de dificultad sacan lo mejor de las personas.

El segundo apartado de mi reflexión es el de compartir mis sentimientos y vivencias como paciente afectado por el COVID-19. Lo primero que quiero dar es mis más sinceras gracias a todas aquellas personas que me atendieron en las dos ocasiones en las que estuve ingresado: compañeros/as de medicina y enfermería que me atendieron en urgencias, aquellos que me trataron durante mi estancia en planta (médicos, enfermería y auxiliares), el personal de limpieza que con una palabra y una sonrisa me alegraban la mañana, los camilleros con su amabilidad y palabras de ánimo en ese trayecto que se hace tan especial entre urgencias y la planta, el personal de cocina y restauración que con la complicidad de enfermería permitían que alguna comida fuera más caprichosa, el personal de radiología (a posteriori me he enterado de la preocupación de algún compañero/a al valorar mis imágenes radiológicas), el personal de Farmacia, administrativos y todos aquellos que seguramente me dejo y que, sin su esfuerzo, el Hospital no hubiera funcionado de la forma en la que lo hizo durante esos días. Todos han demostrado su entrega desinteresada, su gran capacidad profesional, valentía y humanidad.

Aunque en situación normal, en el día a día, nos relacionamos con diferentes compañeros/as durante el desarrollo de nuestro trabajo, al encontrarme enfermo en una camilla en urgencias, o en una cama durante varios días de ingreso hospitalario, me ha confirmado la gran importancia y valor que tiene el trabajo de todos aquellos que formamos parte de nuestro Hospital, habiendo aprendido de las actitudes positivas de muchos compañeros que en situación de normalidad podrían pasar desapercibidos.

Me viene a la memoria alguna situación durante mi segundo ingreso, de la actitud del camille-

ro que me llevó en la camilla, desde urgencias a planta cuando le dije que era la primera vez que iba viendo el techo de los pasillos del Hospital y que mientras subíamos en el ascensor me recordaba a las imágenes de alguna película vista. También he de reconocer la preocupación que experimenté durante ese mismo ingreso al ser consciente de la situación en que la que me encontraba, y del calor humano que me transmitieron los compañeros/as que me visitaron en urgencias y me controlaron en planta. Me dieron tranquilidad y seguridad, estaba en buenas manos. Las pocas visitas recibidas, limitadas por mi situación de salud, se agradecían y también me permitían tener una información de lo que iba pasando en otros lugares.

La persona humana tiene convicciones y sentimientos, que en situaciones como la vivida, te permiten superarlas, no sin dificultad a veces. En mi caso he de reconocer que la humanidad vivida en el propio Hospital y las palabras de ánimo y esperanza de mi familia y amigos, en las conversaciones mantenidas a través del móvil, así como la Fe, me han ayudado de una forma especial.

Como ya he comentado al principio, estamos en una pandemia a nivel mundial que, aunque en estos momentos en nuestro entorno ha permitido relajarnos, sigue afectando a muchas personas de nuestra sociedad y continúa conviviendo entre nosotros. Aunque no lo deseemos, es posible que vengan nuevos brotes, es por ello que espero que todos hayamos aprendido la lección, y que sepamos actuar desde nuestros puestos. Pero a parte del conocimiento y la aplicación de las diferentes técnicas y tratamientos de la Medicina actual, no debemos olvidar la parte humana.

En el momento en el que nos encontramos, nos recomiendan "distanciamiento social", el guardar una distancia física es sin duda una norma importante de prevención del COVID-19, pero eso no quita que aún manteniendo la distancia recomendada podamos transmitir una palabra de ánimo o de consolación, una sonrisa, aunque sea bajo una mascarilla o un guiño de ojo que implica y expresa una actitud sincera.



Petita crònica hospitalària d'una pandèmia

Olga Parra

Metgessa pneumòloga

He de confessar que abans que ens assaltàs aquest desgavell de la pandèmia del coronavirus, per les notícies que ens arribaven de lluny, no vaig saber preveure la magnitud de la tragèdia que ens esperava. Ni jo, ni tants d'altres... I com que vull pensar que no som pas beneïts, potser és que la informació se'ns filtrava o no va ser prou explícita d'entrada, no ho sé...

En qualsevol cas, de seguida se'ns va instal·lar, entre un munt d'incerteses, la certesa de l'allau de malalts i de la gravetat d'alguns d'ells, que no només s'acarnissava en "ancians amb patologies prèvies..." Aquest era una mena de mantra que mirava de tranquil·litzar la població general, però no ho podia aconseguir amb nosaltres, que constàvem com pacients de mitjana edat, amb poca o nul·la patologia prèvia, evolucionaven, inopinadament, de manera greu. Mentre vèiem, també, com els recursos sanitaris anaven avançant cap al temut col·lapse del sistema, que diuen que no s'ha produït, però tots sabem que la situació ha condicionat decisions que en unes altres circumstàncies haurien estat diferents.

Davant d'això, arromangar-nos és el que hem fet des de tots els àmbits sanitaris: metges i metgesses, infermeres i infermers, auxiliars, i un llarg etcètera de tots els implicats... I ho hem fet sense grans escarafalls, per convicció, professionalitat i responsabilitat social, perquè és per això que vam escollir aquesta feina, la majoria de nosaltres: per voluntat de servei i perquè és una professió que té un valor intrínsec, independentment de com estigui valorada, conjunturalment, de manera extrínseca.

Malauradament, no se'ns ha cuidat prou. En general. Els protocols, tant de tractament com de protecció individual, sovint s'han vist modificats

en funció de les existències més que de les evidències científiques... Al servei de Pneumologia, en particular (i m'hi refereixo sense cap ànim de protagonisme especial, sinó perquè és el que he viscut de prop i on vaig sobre segur), un 50% de la plantilla de metges hem emmalaltit; en un dels casos, de gravetat. Deixeu-me dir que viure de prop la malaltia greu, en aquestes circumstàncies, de dos companys estimats, un de pneumologia i un altre de medicina interna (no cal dir noms, oi?), ha estat especialment dur i inquietant. Afortunadament, aquest cop, se n'han sortit prou bé.

Tanmateix, la reorganització hospitalària per fer front a la COVID ha fet aflorar el millor de la nostra professió. Ens ha recordat, de fet, que per davant de tot i independentment de l'especialitat, som metges de persones i companys d'altres metges i professionals sanitaris, amb molts dels quals ens hem trobat o descobert. I en cap cas som, ni hem actuat, com un exèrcit, com s'ha dit algun cop. La terminologia militar o bèl·lica desvirtua l'essència: no som ni serem soldats i, per tant, pensem, opinem i actuem i crec que no hem de deixar de fer-ho mai, en favor nostre i dels nostres malalts. Per això, per a la pròxima (si n'hi ha...), vull pensar que haurem après força coses, més enllà dels avenços científics quant a tractaments i vacunes, que estic convençuda que arribaran. Em refereixo més aviat a qüestions en l'àmbit organitzatiu, cura dels professionals i autocrítica a tots nivells. Ja ho diuen que una crisi genera oportunitats: doncs aprofitem-les!

Finalment, vull tenir un record per a tots aquells que tristament han sucumbit i pels quals no hem pogut fer gaire o prou, encara amb la flaire endolada de la seva última primavera.

Pensaments entorn de "la covid"

Santi Barba

Servei de Cirurgia

Des de la distància que em dona la davallada de "la covid" a l'àmbit hospitalari, i el mes llarg que fa des de la implicació a l'assistència durant la pandèmia que ha fet esvaït les pors, i potser minvar el necessari estat d'alerta professional que hem de continuar tenint, les reflexions i valoracions del que ens ha passat encara són prematures, però potser sí encertades per compartir-les en un exercici d'acompanyament comunitari.

Ens vam veure advocats a atendre una situació d'un impacte inusual, desconegut a mesura que passaven els dies, amb una enorme i creixent incertesa en l'evolució i les conseqüències, amb una resposta col·lectiva d'adaptació més que no de previsió, on cadascú ha hagut de respondre en funció del que se li ha demanat.

La meua vivència personal és d'una experiència dura, marcada per la certesa de la manca de preparació professional donada la meua formació,

més que per la por al contagi, que no nego encara, que no va estar determinant; la por a no tractar adequadament els pacients, responenent a la demanda de col·laboració on la vivència de la praxi es dirigia a "fes el que puguïs" ben diferent de l'activitat habitual de "fes el que saps".

Malgrat haver atès pocs pacients hospitalitzats de forma directa, pel meu suport a l'organització i gestió de les persones del servei i de l'àmbit quirúrgic, m'ha afectat des del primer moment l'evolució fatal de molts pacients, la comunicació disminuïda i la solitud dels pacients, la duresa dels torns llargs, la constatació de condicions de treball difícils amb retard en resultats i proves, el material insuficient, el patiment de molts professionals.

Crec que la resposta de tot el personal ha estat extraordinària i molt generosa i segurament la valoració global de la resposta al nostre centre ha estat satisfactòria (amb tots els matisos i retrets que calgui fer), però a mi en particular el nivell de neguit, d'angoixa, d'insomni, de patiment... d'aixecar-me cada dia per complir "amb el deure" com un autòmat, encara em deixa una "ressaca" pesada. Seqüeles que no eliminen la millora de la situació de l'hospital i de la societat, o l'agraïment profund que sento cap a tots els companys que han estat "a primera línia" amb una entrega i professionalitat màxima, que "han fet pinya" col·laborant en tot moment i sovint amb un somriure sota la mascareta.

COVID: informe d'alta

Carme Prat

Servei de Traumatologia

Recordo aquella primera guàrdia Covid de dissabte. Encara fa massa poc perquè la pugui recordar amb cert afecte. No.

La nit anterior me la vaig passar fent apunts subratllats de mil colors, cadascun amb el seu significat, tot plegat més digne d'una estudiant adolescent que no pas d'una veterana...

Aquella nit també vaig treure la pols al fonendoscopi, al pobre li havia caigut la membrana de tants i tants anys de no fer-lo servir: una mica de cinta adhesiva, comprovació d'efectivitat de la reparació casolana fent auto-auscultació cardíaca, i llestos. Encara llevada a les 3 de la matinada -barreja de nervis i preocupació- cercant a internet audios de crepitants.

Pujava a peu (allargant inconscientment el moment d'arribar) a la desena planta d'hospitalització, amb una bossa on hi havia l'EPI, els apunts, el fonendoscopi i també l'esperança de trobar-me amb adjunts/es de Medicina Interna comprensius i amb molta paciència, perquè la professionalitat ja la porten de sèrie.

Vaig somriure internament, quan les dues adjuntes d'àrea quirúrgica que érem allí vam haver d'explicar i ajudar els adjunts de Medicina Interna a posar-se i treure de forma correcta els EPI. En aquell moment em vaig adonar que la pràctica quirúrgica fa de la noció de l'esterilitat una rutina habitual, i que això no és així per a especialitats mèdiques. Segurament seria l'únic bo que podria aportar jo aquell dia.

Tens assignats dotze pacients. Habitacions de dues persones, dos mons sense interacció possible per culpa de la malaltia, les mascaretes, la fressa constant d'oxigen, la por als ulls, l'esperança a la mirada. M'han quedat fotografiades, dins algun lloc de la meva memòria, aquelles pacients ancianes, que quan entraves et pensaves que eren al final del seu camí -ulls tancants, mans esteses so-

bre el llit, gens reactives- i que quan els posaves la palleta a la boca, de cop començaven a xuclar amb desfici l'aigua, alhora que obrien els ulls i per fi et miraven...

He fet de metgessa amb més o menys encert. He sigut pacient i també m'ha tocat ser familiar de pacient crític. He patit por, tristor, ràbia, impotència, buidor, i un horrible sentiment de culpa. He conegut Companyes i Companys, així, amb majúscules. M'emporto això.



Gràcies infinites

Jordi Delás

Medicina Interna

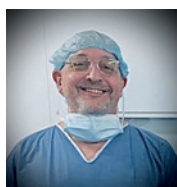
Ve al cap la idea que aquest virus és d'una altra espècie. S'experimenten dolors estranys, en diferents parts del cos. El malestar, cansament, nàusees, la falta de gana s'acompanya de la revelació, per la radiografia, que la pneumònia retalla l'entrada d'oxigen. Febre alta, per la infecció; i una medicació oral dura de prendre, que incideix en les molèsties digestives i la impossibilitat absoluta de prendre aliment.

La dependència sota els llençols troba suport en els àngels de la guarda: infermeres, metges, farmacèutiques, portalliteres, personal de neteja, encarregats de cafeteria i cuina. Vola la imaginació més enllà dels vidres de la finestra. I cada dia hi ha un recorregut, com en una feina; on bec aigua, en un futur, quan ara tot té el mateix sabor de plàstic i medicament; i faig passejades figurades per altres llocs, quan el catèter del sèrum i el tub d'oxigen retallen absolutament el recorregut. Nits llargues, cap avall, esperant que arribi el dia.

La infecció es segueix de la inflamació, i l'extensió pulmonar fa difícil l'arribada de l'oxigen de l'exterior a les artèries. Admirada prudència de l'equip sanitari en la presa de decisions que

aborda els símptomes actuals i intenta prevenir les múltiples facetes de virus i la seva capacitat d'agredir diversos òrgans. Cada nova prova és un algorisme.

Gràcies infinites, el missatge en deixar l'habitació 810. No se sap com acabarà, però el que és segur és que ens cuiden com els àngels.



El viaje a la semilla

Ramón Soliva Domínguez

Cirugía General

Creo que hemos afrontado un reto de una magnitud que no se repite en todas las generaciones y que, por lo mismo, posiblemente no volveremos a asumir en lo que nos queda de vida profesional.

Recuerdo que, durante los días más duros de la pandemia, en las primeras semanas del estado de alarma, me encontré yendo o regresando del hospital a la hora en que empezaban los aplausos, en medio de lo que parecía una ciudad fantasma y experimentaba un sentimiento ambivalente, mezcla de vergüenza por si alguien al verme pudiera pensar que me estaba saltando el confinamiento dando un paseo y, a la vez, agradecimiento, por esa manifestación de reconocimiento, aunque ninguna de ambas sensaciones tenía un sustento demasiado lógico, pues las personas que, en mi camino de casa al trabajo o viceversa, se asomaban a ovacionar el esfuerzo de los profesionales de la salud en esa situación, en realidad no me conocían ni sabían por qué estaba yo caminando por las calles que tenían vedado pisar.

Han sido, quién puede negarlo, semanas duras en lo personal y lo laboral. Los que por las características de nuestras profesiones y oficios hemos tenido que trabajar en primera línea de contacto con esta realidad, lo hicimos asumiendo un sinfín de incógnitas, sin tener claro del todo a qué nos estábamos enfrentando y cómo debíamos hacerlo y, por tanto, en medio de muchas inseguridades e incertidumbres. Como cirujano, es difícil explicar, después de años de especialización y subespecialización, el viaje a la semilla que supone readaptarse a los contenidos de la medicina general y los ritmos del trabajo fuera de quirófano. El nivel de angustia, enfado y frustración no era desdeñable; sentimientos y emociones muy a flor de piel, tristeza, cansancio y llanto fácil y no del todo explicable, han sido parte de nuestra cotidianidad, cuando habitualmente habían sido más bien excepcionales.

Por otro lado, creo que se nos hizo muy evidente lo necesario del relativizar muchísimas cosas y de recolocar todo en la escala del valor real. Mucho de lo que poseemos, y a lo que le atribuimos un gra-

do elevado de importancia, en realidad no lo tiene. También nos hemos dado cuenta de aquello de lo que carecemos. Las horas interminables de obligado recogimiento e introspección deberían también habernos hecho reflexionar acerca de cuán superfluas y prescindibles son muchas de nuestras necesidades y, en cambio, qué poco tiempo le dedicamos a veces a las cosas que realmente merecen la pena.

En el mundo desarrollado en el que tenemos la enorme suerte de vivir, apenas se concibe una

existencia en la que el bienestar no sea un hecho indiscutido; por ello, no podía dejar de pensar que esta situación, aunque forzada, podía resultar de alguna manera positiva al evidenciar-nos cuánto más vulnerables somos como especie de lo que nos hemos estado creyendo y que, sin solidarizarnos los unos con los otros, no solo la vida se convierte en un camino bastante más difícil, sino que hasta la palabra civilización pierde sentido.

Intensitat

Dores Sánchez Corretger

Servei de Medicina Física i Rehabilitació

Podria resumir la meua experiència COVID-19 amb una paraula: intensitat.

Feia temps que en aquesta professió vocacional, que comparteixo amb molts de vosaltres, no sentia tantes emocions diferents i amb la magnitud amb la qual les hem viscut aquests dies...

El nostre dia a dia, que a hores d'ara encara enyorem, ens emmotlla a unes rutines que ens fan viure dins un cert sopor emocional vers l'entorn, el qual fa que normalitzem moltes vivències i les deixem al calaix de la consulta quan tornem cap a casa.

Som metges i per descomptat ens involucrem amb els pacients, però la realitat és que a voltes la burocràcia, els números, i la resta de la vida fora de la feina ens allunyen del més important...

Aquest cop, tot i la paperassa, les distàncies de seguretat i l'EPI, crec que ens hem sentit més a prop que mai dels pacients, de les seves famílies i dels companys de les nostres sales, adaptades o oficials. En el meu cas, més a prop fins i tot de la família que m'esperava a casa, a la que per precaució, i amb tot el dolor del món,

intentava aïllar en la mesura que podia d'aquesta vivència.

Només els que hem estat aquí al peu del canó, o en algun moment fins i tot a l'altra banda, entenem què vol dir això...

Navegant en aquesta barca, enmig del gran diluvi, ens hem comprès millor que mai... amb menys paraules... a través de mirades més intenses, per sobre les mascaretes i de l'EPI.

Teníem clar el port on havíem d'arribar, però no sabíem quant trigaríem, i de vegades tampoc sabíem com hi arribaríem. Hem avançat amb resiliència, sense defallir; tot i anar perdent temporalment alguns mariners que la que podien tornaven a feinejar.

Sempre hi ha hagut algun gest de suport i/o d'ànim inesperat que et recarregava les bateries, hem tingut molts dies que estàvem a mínims... Sortirem més o menys "immunitzats" d'aquesta experiència que ha tret de nosaltres el millor que tenim en molts aspectes. Desitjo que quan arribem a la "normalitat", per tots tan esperada, no tornem a la nostra antiga versió latent preCovid.



Consultes mèdiques telefòniques en temps de COVID: una nova experiència

Adrià Arboix

Servei de Neurologia

Durant aquest temps de pandèmia del COVID-19, hem hagut de prioritzar l'assistència mèdica al malalt ingressat. Amb el confinament obligatori i necessari de la població vulnerable, la consulta telefònica ha representat una eina inicialment incerta però finalment eficaç i positiva.

Malgrat l'elevada tecnificació de la medicina moderna, cal continuar recordant que una bona relació "metge-malalt" és el fonament de la bona pràctica mèdica, i la relació presencial i el contacte directe amb el pacient en representa l'actiu intangible primordial i indispensable.

Amb la pandèmia però, el tancament de l'assistència ambulatoria va provocar la cancel·lació de les visites presencials, situació que va comportar que molts malalts es quedessin amb proves diagnòstiques fetes però no interpretades; altres amb tractaments iniciats però pendents d'optimització terapèutica; i finalment que alguns tinguessin símptomes i dubtes sani-

taris. La consulta telefònica va permetre resoldre una part d'aquests inconvenients que ocasionaven intranquil·litat, patiment i angonya.

L'experiència crec que ha estat gratificant per a molts pacients –així ho han expressat– doncs han trobat un suport mèdic necessari i han agraït la possibilitat de poder parlar telefònicament amb el metge en uns moments d'excepcional risc sanitari i de molta incertesa.

Per als professionals mèdics, aquesta crisi els ha donat l'oportunitat de practicar de forma continuada la consulta telefònica, utilitzada fins ara de forma excepcional i puntual. Ha estat doncs una tasca nova, però útil i gratificant, que la pandèmia ha fet necessària i que ha ensenyat que les visites no presencials també poden tenir a partir d'ara un rol significatiu –en forma de consulta telefònica o de *telemedicina*– en determinats aspectes de l'assistència mèdica ambulatoria normalitzada.

Experiencia en el servicio de farmacia durante periodo COVID-19

Leticia Galofré

Servicio de Farmacia

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró el estado de pandemia por SARS-CoV-2. En una primera fase, los objetivos fueron ralentizar la transmisión y asegurar que el sistema sanitario tuviera la capacidad para tratar el máximo número de pacientes posible (contención y mitigación). Para ello, además de adoptar las medidas establecidas en la declaración del estado de alarma en nuestro país, en el hospital se empezaron a tomar medidas de seguridad.

A partir del 16 de marzo en el servicio de farmacia (SF) nos dividimos en 2 grupos de trabajo, lo más equilibrados posibles, con el objetivo de no coincidir todo el personal, evitar contagios masivos y asegurar de esta forma una atención continua a la elevada carga asistencial del centro.

Durante el periodo crítico de la pandemia, entre el 16 de marzo y el 27 de abril de 2020, el hospital fue referente en COVID-19 y asumió un número masivo de ingresos en un periodo muy corto de tiempo.

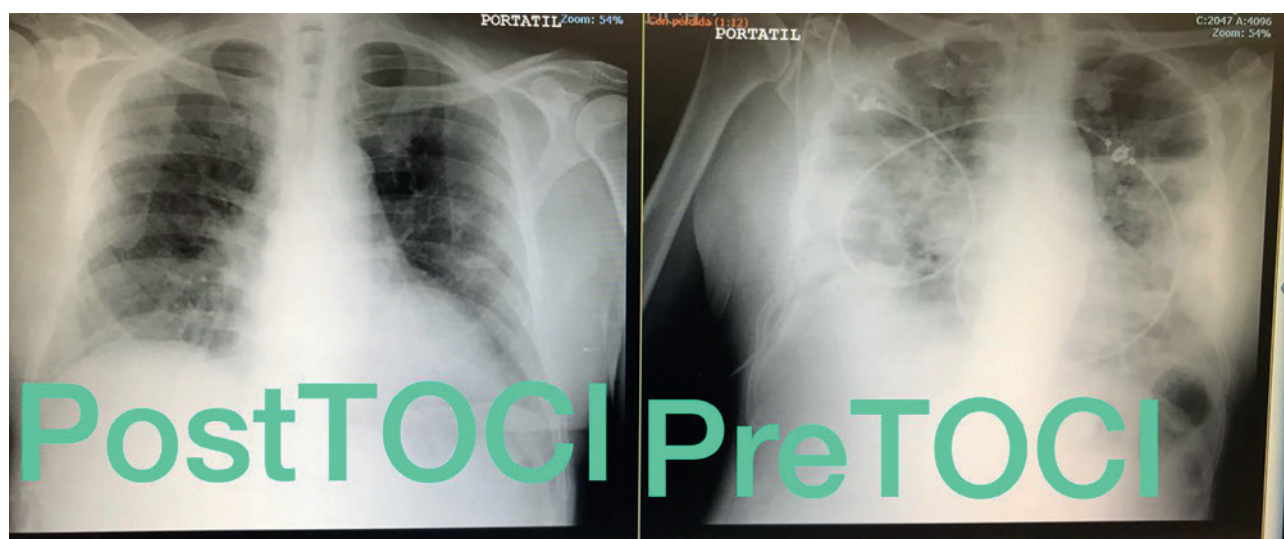
Se registró un incremento de las estancias de un 23,2% respecto el mismo periodo del año anterior (un 93,7% en UCI), duplicando casi el nú-

mero de camas requeridas y asumiendo desde farmacia un incremento de la validación de tratamientos de un 129,3% respecto el mismo periodo del año anterior.

En este contexto, el hospital, y por consiguiente nuestro servicio, sufrieron una necesidad de transformación inmediata. El SF como servicio central es una pieza clave para que el complejo engranaje del hospital funcione, por lo que nos adaptamos junto al resto del hospital en tiempo récord al escenario de la pandemia.

Para ello se habilitaron nuevas áreas, no acondicionadas y destinadas habitualmente a otros fines (quirófano, despachos médicos, salas de rehabilitación...). Esto trajo consigo una serie de complicaciones, especialmente las primeras semanas, ya que para farmacia es primordial conocer a los pacientes, su ubicación y su tratamiento para poder validarlo, prepararlo y dispensarlo, y en esta situación no era posible.

Se desconocía la localización de muchos de los pacientes, la ubicación de dichas áreas y las extensiones para poder contactar por teléfono con enfermería, sumándole que el programa de vali-



dación de los tratamientos (Casiopea) tampoco detectaba a los pacientes ubicados en las nuevas áreas adaptadas.

Habitualmente se dispensa la medicación a todas las plantas de forma diaria en cajetines acondicionados y cada planta tiene creado un stock de medicación que se revisa y mantiene al día según las necesidades. Fue necesario crear nuevos stocks para todas estas nuevas unidades y se recopilaban cajetines antiguos o se llegó a dispensar en bolsas de plástico por no disponer de carros suficientes para dispensar la medicación.

Asimismo se desinfectaron a diario los cajetines de los pacientes que llegaban a farmacia de las plantas, se restringió el acceso a farmacia de pacientes, se limitó el uso en papel de recetas y documentos y se trabajó siempre con mascarilla y con uso frecuente de solución hidroalcohólica.

El número de pacientes casi doblaba el habitual y la división en equipos implicó que el personal presencial fuera la mitad, por lo que fue primordial el trabajo en equipo, reorganizarse y ajustarse a las necesidades del momento. Se aumentó la disponibilidad horaria de todos los trabajadores del servicio, para poder cubrir el mayor tiempo posible de la jornada y adelantar trabajo de madrugada como nunca antes se había hecho.

Los farmacéuticos trabajamos de forma presencial y telemática. Los presentes en la farmacia, habitualmente especializados en un área de trabajo, llevábamos a cabo cualquier tarea según las medicación a las plantas por falta de celadores, se atendieron las solicitudes de enfermería, se preparó medicación para los pacientes de alta a residencias y hotel salud, y se modificó la rotación de residentes para poder implicarlos en estas tareas, entre otros. Mientras los farmacéuticos que teletrabajaban se encargaron de validar la medicación de los pacientes ingresados e imprimir los listados de medicación para poder prepararla. Estuvimos en todo momento en contacto vía WhatsApp todo el servicio para coordinarnos.

Los técnicos doblaron los turnos, trabajando a semanas alternas y los administrativos combinaron trabajo presencial y teletrabajo. Todos sumamos horas extras a nuestra jornada laboral para

poder sacar adelante todo el trabajo y aún así requerimos de apoyo extra, pues se contrató a un técnico de refuerzo y nos ayudó personal de otras áreas del hospital en tareas más mecánicas como el reenvasado de medicación (se incrementó en 5 horas semanales aproximadamente el tiempo invertido en reenvasado).

Se atendieron durante este periodo cientos de llamadas de pacientes con medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria, solicitando ayuda y con muchas dudas respecto a su tratamiento. Al ser pacientes inmunodeprimidos la mayoría, no podían salir de casa para venir a recoger la medicación o no sabían si podían hacerlo y nos solicitaban certificados de permiso, y también dudaban en si debían seguir con el tratamiento dada la situación. En coordinación con los servicios médicos implicados se hicieron las recomendaciones acordadas a los pacientes.

Se atendieron durante este periodo a un total de 451 pacientes externos, asumiendo un total de 600 dispensaciones, y realizando atención farmacéutica a un 9,5% de los pacientes.

Así mismo se puso en marcha un sistema de envío de medicación a domicilio o a oficinas de farmacia de barrio, con ayuda del colegio de farmacéuticos, de compañías de transporte y de voluntarios. Se alargó el periodo de dispensación de medicación de un mes a dos meses en los casos que fue posible, para disminuir el número de visitas de los pacientes al hospital.

A la vez formamos parte del comité de crisis creado en el hospital para afrontar esta situación, aportando y sumando al resto del equipo, conociendo de primera mano la situación diaria del hospital (ocupación de camas, situación de la UCI, contactos con CatSalut, situación hotel salud...).

Se adaptó desde el SF el protocolo de tratamiento para la COVID-19 a la guía farmacoterapéutica y particularidades de nuestro centro (por ejemplo el uso de lineolid en vez de teicoplanina, o la no utilización de lopinavir/ritonavir en la UCI para evitar un aumento de morbilidad); se establecieron estrategias de uso racional de la medicación (reducción del número de días de tratamiento de hidroxicloroquina de 10 a 5 días); se

solicitó medicació estrangera al ministerio por desabastecimiento nacional y se facilitó la estandarización de las prescripciones electrónicas de los médicos añadiendo el protocolo covid19 al programa de prescripción electrónica (Casiopea 2).

Durante este periodo vivimos una serie de limitaciones importantes como son la falta de recursos (desabastecimientos continuos de medicación), la falta de información, el desconocimiento de la enfermedad y la incertidumbre causada por los continuos cambios en los protocolos para tratar la COVID-19.

Esta situación, a pesar de generar un aumento del estrés y la carga emocional, permitió la adquisición de competencias como el uso racional de los recursos en un periodo de altas restricciones, la propuesta de alternativas terapéuticas en situación de desabastecimientos, el trabajo en equipos multidisciplinarios en una situación de crisis, la

gestión del estrés y la carga emocional y la capacidad de afrontar futuras situaciones de elevada exigencia.

Fuimos capaces de adaptarnos en un tiempo récord a una situación imprevista para dar respuesta a las necesidades de nuestros pacientes.

Esta crisis nos ayudará a ser mejores profesionales y mejores personas.

En años de práctica profesional hospitalaria, ninguno de nosotros recuerda un momento en el que el sentimiento de solidaridad, de equipo sin fisuras, de dedicación sin titubeos y de cumplimiento del deber, más allá de cualquier riesgo personal, se haya puesto de manifiesto de esta manera.

Nuestro servicio, sale de esta prueba con mayor flexibilidad personal y laboral y con un claro orgullo de equipo.

Gracias a todos, todos somos HUSC.

Espurnes de tendresa en mig del caos

Laura Tuneu

Endocrinologia

Les espurnes de tendresa són aquí i allí, són per tot arreu com petites cuquetes de llum voladores que s'acompanyen d'una brisa, fina, fresca i renovadora com la de les nits d'estiu. Són detalls de generositat, de complicitat, de bondat, a vegades minsos que sorgeixen espontàniament i que van de cor a cor, amb la càrrega explosiva de l'amor.

Sempre hi són, però en el caos, la incertesa, i la por aquestes espurnes alimenten tant com els caldos de l'àvia o els petons de mare. Aquests dies n'he vist diverses, i no perquè les cerqui, sinó perquè en l'èpica de la pandèmia o del confinament, es presenten evidents, marcant territori i obrint-se pas dins la boira de la buidor i l'encongiment general.

I com que parlar amb abstracte és només un ritual mental, us vull explicar, quines espurnes de tendresa m'han arribat i reiniciat per dins de manera immediata.

PRIMERA ESPURNA

Recordo amb nitidesa la imatge de la Gemma amb el seu cromosoma de més, tota ben asseguda, quieta i endreçada en la seva butaca d'urgències. Ella, com totes les altres persones que l'acompanyen a la sala de primeres cures, té sospita de Covid. Però és l'única que es manté serena i connectada a la poció màgica de les paraules que la seva mare li fa arribar per mòbil. Mentre tot segueix el ritme lent que comporta el col·lapse, un degoteig constant de casos es van apilant a l'espera de proves, de llit, de medicament o de metge. És un ritme caribeny dins d'una



atmosfera feixuga. I quan en aquest micro món, arriba el torn dels sopars, de sobte una certa alegria tenyeix les cares dels malalts; alguns cerquen omplir-se la boca amb alguna cosa calenta que li reforci l'ànima, d'altres els dona sensació d'estar

fent alguna cosa guaridora per si mateixos, i els més grans pensen que si et donen menjar és que no estàs tant greu. Malauradament, el caos és capritxós i no arriben totes les safates. En manca una. La Gemma fa tard i es queda sense. Li noto amb una mirada de desconsol mentre escolta a la seva mare pel mòbil que li recorda que ja és gran i que no es troba en un hotel.

Quina ràbia, penso en veu alta, i la senyora que fa net de virus el meu despatx, em diu, què et fa ràbia? Jo li contesto: ràbia que la Gemma s'hagi quedat sense sopar. Ella em mira i somriu sota els plàstics que la cobreixen; tranquil·la tinc un bikini. Dos minuts més tard apareix amb un bikini calent embolcallat de manera casolana, el porta a la Gemma i li diu; Gemma per tu teníem un sopar millor i la Gemma aixeca el bikini com qui aixeca un trofeu que sap que mereix mentre per sota se sent la veu de la seva mare que des del mòbil repeteix com si fos un himne, Gemma dóna les gràcies.

SEGONA ESPURNA

L'Eva és psiquiatra des que va néixer i no ho sabíem, el destí la va conduir com un fil invisible, fins a convertir-la en la doctora de les ànimes torturades. Guarir i animar és el millor que sap fer, i és que la seva mirada de llum i el seu pensament bondadós fan també molta feina. L'Eva té un cos viatger, un cor empàtic i sap de patiments. De fet, els detecta tan ràpid que jo diria que els oïa. Les emocions dels altres no se li escapen, i a vegades les seves la sobrepassen, però tan aviat com pot es recupera, i continua el seu camí com si res no hagués passat.



Ella, com molts d'altres metges aquests dies de pandèmia, s'ha hagut de reinventar fent tasques que no són les seves en condicions de vulnerabilitat extrema, i tot això elevat a la potència que comporta la responsabilitat i la por de tractar pacients amb una malaltia nova, extremadament contagiosa i imprevisible. L'Eva, com tots els seus companys, no discuteix, va a la feina carregada d'angoixa i de nous coneixements que ha assolit

en un tres un no res. Es més, hi va un dia abans per impregnar-se de les tasques que la poden fer més àgil.

Ella sempre ho vol fer bé, costi que el costi. I ho fa bé, és metòdica, llesta i bona companya. Però ai! El primer dia que se submergeix dins el seu escafandre de plàstic, viu el panorama desolador, oïa les angoixes solitàries, el clic detector de patiments se satura i l'Eva s'esmuny sobre els seus peus i cau tota rodona, com una fulla caduca a la tardor. Un exèrcit d'infermeres la recullen, l'atenen, la recuperen i la conviden a reposar. L'Eva se'n va a la saleta i allí com que es coneix i s'estima, es re-connecta amb ella, i es refà, de manera que posa el marcador a zero i torna a començar, que no ha estat res. Sempre és la novetat, quan l'impacte de l'excés d'empatia la deixa, circumstancialment, uns segons fora de joc però després, creix i es fa més forta i es prepara per a totes les batalles que toca viure.

TERCERA ESPURNA

Portava dies donant males notícies per telèfon a una família arrasada pel coronavirus. Cada dia, la trucada de rigor se'm feia feixuga, no només perquè no tenia res bo a dir-los, sinó perquè a l'altra banda del fil, les meves paraules sonaven com una sentència i em retornaven a l'orella en forma trons de desesperació i angoixa. Era sens dubte la part més difícil d'aquesta pacient. La senyora Dolors que havia viscut més de 85 anys, els deu darrers sense ser-hi, ara s'estava morint i la seva família no ho podia suportar. La senyora Dolors cada dia estava una miqueta pitjor, però en el silenci del seu confinament mental, no es queixava, no obria la boca, no plorava, no cridava, només mostrava un lleuger panteix que responia dolçament a l'oxigen i la morfina. S'anava apagant com una flor d'estiu. Un dia vaig trucar per avisar que la mort era qüestió d'hores i va ser llavors quan la primogènita de la família va demanar-me entre plors desconsolats poder-se acomiadar d'ella, ja que ni tan sols havia pogut fer-li un petó quan va venir l'ambulància. Vaig consultar com es podia fer i després de muntar un verdader dispositiu de seguretat viral, la vaig tornar a trucar. I li vaig dir: Anna pot venir a acomiadar-se de la seva mare. Ho tenim tot a punt, la mascareta, la bata... Vingui, la vestirem i li direm com ho ha de fer. L'Anna va emmudir i després d'un llarg silenci va contestar: moltes gràcies doctora, però crec que prefereixo recordar a la meua mare tal com era abans d'ingressar. Li vaig donar una mà: no s'amoïni, acomiadar-se només és una opció, la seva mare se'n va tranquil·la i amb confort.

QUARTA ESPURNA:

La Margarita està perfectament asseguda a la cadira de l'habitació mirant l'armari que comparteix amb l'Àngels que es troba a l'altra banda, enllitada i sostinguda per l'oxigen. La Margarita es troba bé, i tot i que encara té el virus, el seu cos està

com una rosa. Margarita, li dic; és el moment d'anar a casa, ja pots marxar, recorda, però, que no pots fer vida normal, i que has d'estar 15 dies sense sortir, he parlat amb les teves filles, i hem quedat que et portaran el menjar i tot el que et calgui. La Margarita, em mira i em diu: perfecte a casa tinc de tot, una bona tele, un bon llit i molt més espai, així que em va molt bé marxar, només una cosa; envia'm a gent que em netegi la casa, no puc suportar la pols. Sorpresa per la resposta, faig veure que no l'he escoltat, i ella que és més llesta que una guilla em segueix amb la mirada i em diu: "Doctora, escolti'm, tot i que tinc moltes ganes de marxar no aniré a casa, si abans no me la fan netejar".

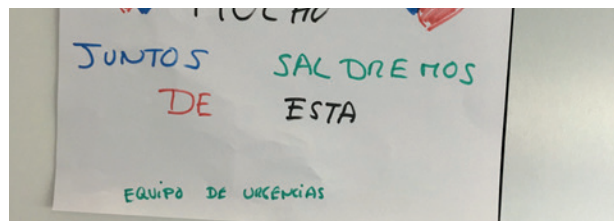


Me la miro i li dic una mica ofesa: "Margarita, estàs prou bé, pots marxar, si a casa teva hi ha pols no passa res, la malaltia no empitjora amb la pols. En tot cas, si la vols fer netejar això us ho heu de muntar vosaltres, l'hospital no pot atendre aquestes ximpleries." La Margarita sense apujar el to em reclama: "Ho entenc perfectament, fes el favor d'avisar a l'assistent social de Manso i que des d'allà m'ho arreglin." Ja ofesa del tot li dic: "Crec que és millor que et quedis i mentrestant arregla aquests assumptes amb la teva família. Dono la discussió per acabada." Ja fa dies que no discuteixo per res. I em menjo el que considero ofenses amb la mateixa agilitat em m'empasso el

café matinal, cap dins que fa baixada. Així i tot, no deixa de sorprendre'm la reacció de la Margarita quan li he volgut donar l'alta. No me l'esperava aquesta, i a estones perdudes vaig reflexionant. I quan sóc al llit, i les vivències del dia passen com una pel·lícula que no vull veure, entenc el que li passa a la Margarita. Senzillament té por. És cert que a casa seva hi ha tota la pols que quinze dies d'absència pot acumular-se, però el que li fa realment por és que aquesta pols cobreixi tots els records de vida compartida amb l'home amb qui va fer el viatge d'anada a l'hospital, però mai no podrà fer de tornada. És la por de retornar a una vida que ja no hi és. En aquell moment l'entenc i li dic mentalment a la Margarita: "Tens raó demanarem neteja a la infermera del dol."

CINQUENA ESPURNA:

La Mari i en Paco portaven més de mitja vida junts. Junts havien criat els seus fills, i pujat un negoci. Junts dormien, menjaven i passejaven. Junts havien viscut amb més o menys encert les envestides i bel·leses de la vida i junts van emmalaltir i havien pujat a l'habitació 617 de l'hospital que tenien més a prop de casa. Quan els visitava, la Mari parlava per tots dos: doctora, demani'm a mi que en Paco sempre ha estat de poques paraules, i en Paco des de l'altra banda ens mirava encongit i silenciós. La Mari no feia més passes que de la cadira al llit i del llit i la cadira, però la seva força se sentia com una llevantada d'agost, i la seva recuperació era descaradament evident. En Paco anava cent passes darrere seu, i al seu ritme, anava fent. Un matí quan vaig arribar, vaig trobar la Mari al mateix llit que en Paco, estaven estirats com dos adolescents que s'acaben de conèixer i sense saber què dir, només vaig ser capaç de pronunciar: "Mari vigila de no caure, que això sí que seria un problema". Ella em va contestar: "doctora, ens estem acomiadant, el Paco diu que marxarem tots dos aviat, jo cap a casa i ell cap al cel." Jo li vaig respondre: "Vostè sí que marxarà aviat cap a casa, potser demà, però en Paco, ara per ara va fent, de fet ha millorat." La Mari em veu tremolosa, i va respondre: "Jo penso com vostè, però en Paco no ho veu així i... poques vegades s'equivoca." No vaig dir res més i em vaig dedicar a explorar-los amb més detall sense trobar-hi canvis. A mitja tarda, quan estaven fent la migdiada, el Paco va complir la seva paraula.



Carta al Sagrat Cor

Pepa Rafel

Cardiologia

Estimat Sagrat Cor,

Voldria dir-te tantes coses.... Ets al bell mig de l'Eixample de Barcelona, en un edifici amb molta història, has estat de la mà de molts amos diferents; vas ser construït amb un propòsit: atendre, cuidar i millorar la salut dels que et necessiten, ja siguin veïns, turistes, gent d'aquí i d'allà, mutuaristes i persones del Servei Català de Salut.



El passat mes de març ens trobàvem preparant la rebuda de la primera onada de la pandèmia que ens tocava viure. Vam haver d'aprendre de pressa a identificar els nous pacients contagiats de COVID19, i a com cuidar-los, tractar-los, protegir-los i protegir-nos, i, també, com suportar el virus. Junts i entre tots, després d'una pluja de "papers" que recollien les experiències d'arreu del món, vàrem fer els passos per adaptar-nos a la situació, cadascú de nosaltres -repcionistes, cuiners, portalliteres, personal de neteja, personal de farmàcia, auxiliars, sanitaris, metges, internistes, cirurgians, oftalmòlegs, dermatòlegs... etc.-. Tots vàrem sortir del nostre cau o petita parcel·la, i, coordinant-nos vàrem fer front a la pandèmia que afectava els nostres veïns, famílies, visitants, avis, joves... Cadascú amb les seves històries. De totes les històries recordarem els detalls d'un "món de petits mons". Això no obstant, quan les escoltàvem, malgrat les nostres disfresses de protecció (EPIS), calia ser més propers que mai. Els ulls havien d'espavilar-se per comunicar confiança i amagar la por.

Protocols, corredisses, incerteses, confidències, febres, descomposicions, ofecs, mals de cap, aïllament que es compaginaven amb trucades i/o videoconferències amb els familiars i amics dels pacients afectats per comunicar de vegades tranquil·litat, de vegades males notícies.

Un dia revisava l'ECG d'un pacient per vigilar la toxicitat d'un fàrmac (Hidroxicloroquina) i, cinc

dies després del seguiment ja havia mort. Un altre dia portava fruita madura a una pacient que no volia menjar res més que kiwis, a la setmana següent també ens deixava.

Un dia coneixia a l'àvia que tenia 6 néts, em relatava els noms de tots ells per ordre de naixement, i a la setmana següent, aquells infants ja no tenien àvia.

Un altre dia, vaig conèixer un home que era lluny de casa seva, només volia poder tornar-hi i celebrar el 80è aniversari de la seva mare, però ja no hi va ser a temps.

Quan ja coneixíem les històries, els gustos, els noms de fills, néts, nebots, germans, i també les darreres voluntats, penediments, desitjos i il·lusions de cadascun dels nostres pacients, alguns marxaven -sortosament- cap a casa o a l'Hotel Salut (nom que li donaven als hotels d'acollida fins a complir la quarantena i retornar al nucli familiar); i d'altres no hi van tornar mai més....

Molts companys contagiats emmalaltien i varen passar de cuidadors a cuidats, amb les mateixes incerteses, tractaments experimentals i dubtosos remeis, mentre la resta havíem de seguir vetllant per les persones ingressades amb el patiment afegit que suposava saber que, aquest cop, la Covid19 també afectava un company. Durant aquells dies, coneixíem una mica més de prop la seva història i quan finalment superaven els dies crítics, amb emoció, ens alliberàvem una mica del patiment i continuàvem treballant, sense oblidar, però, que potser l'endemà seríem nosaltres qui necessitaríem ser cuidats.

Portem dins el nostre cor a totes i cadascuna de les persones que hem atès durant aquesta pandèmia; cuidades i estimades, seguiran presents dins nostre. Avui, tot i que ens pesen les que ja no hi són, seguim endavant per totes les que queden.



Ha aflorat un esperit de generositat que ens ha permès no perdre l'ànim ni tan sols als dies assenyalats de Sant Josep, Setmana Santa, Sant Jordi, aniversaris que han quedat pendents de celebrar, perquè sabíem que ens teníem els uns als altres i que sols no som res. Perquè tot i que sabíem que les eines per fer front a aquest virus no eren suficients, que els remeis eren incerts -també els resultats, inclús els protocols- hem continuat treballant junts per tirar endavant.

Ara ja, passada la primera onada, ens trobem seguint fent la nostra feina, endreçant l'hospital, tornant a poc a poc als nostres petits departaments, però sabent que quelcom ha vingut per quedar-se entre nosaltres; no només la Covid19, sinó un sentiment de companyonia i germanor a l'equip. Emocionalment, més o menys trasbalsats, continuem reconfortats perquè malgrat tot, cuidadors i cuidats som conscients de tot el que hem viscut i hem après. Ara ens sabem més forts que mai, com allò que diuen que "no hi ha mariner expert en un mar en calma".

Personalment, estic convençuda de què tot el viscut ens ha transformat, ens ha fet millors persones i professionals, i d'això, jo, me'n sento orgullosa perquè ha estat tota una demostració d'amor i coratge per part de tot el meu equip. Gràcies a tots.



Reflexions davant del mirall

Àlvar Piracés Buitrago

Urgències

Barcelona, 31 de maig de 2020, 08:00 hores del matí.

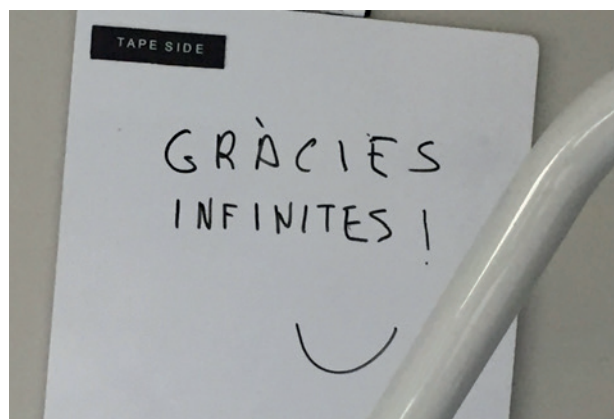
És el meu darrer dia de guàrdia al Servei d'Urgències de l'Hospital Sagrat Cor. M'acomio dels que han estat els meus companys de feina durant els darrers dos mesos de lluita. Vaig cap al vestidor i, un cop m'he canviat la roba, em rento la cara. Em miro al mirall i no veig la persona que va creuar les portes de l'Hospital dos mesos enrere. Se m'escapa un petit somriure carregat de grans emocions. Ja no sóc el "recent graduat" que sentia que la situació li venia gran.

En signar el meu contracte, la realitat va superar la ficció. D'entre els escenaris en què m'havia imaginat exercint com a metge, mai havia inclòs una pandèmia mundial. Tots els Serveis de l'Hospital funcionaven a marxes forçades i a Urgències teníem l'afegit de ser la "porta d'entrada". Un punt del circuit on la incògnita de si els pacients patien la infecció per COVID19 havia de ser resolta per nosaltres. A partir d'aquí, el meu nou dia a dia va passar a ser una barreja de gran responsabilitat i d'incertesa.

Havia de donar el millor de mi mateix en tot moment. Sentia que necessitava estar a l'altura d'una nova feina on els protocols a seguir varia-

ven constantment. Moltes situacions eren com resoldre una pregunta d'examen d'un temari que ningú s'havia estudiat. A tot això se sumava una enorme dificultat emocional quan vèiem que, malgrat les fortes mesures establertes, els pacients seguien arribant i els companys s'anaven contagi-

D'aquesta situació he sortit reforçat professionalment i personal. Ha estat una experiència que m'ha fet ser més conscient de la gran diferència que podem marcar en la societat com a metges.



#LancetGate: Vinagre para las heridas o el caso de la hidroxiclороquina para el coronavirus

Nuria Parra Macias

Dirección Unidad de Innovación Clínica y Promoción de la Salud

A estas alturas de pandemia mundial de coronavirus, palabras como confinamiento, desescalada, respirador o cloroquina se han ganado un hueco a pulso en la jerga popular. Con un presidente de los Estados Unidos de América que parece que toma cloroquina como si fuese un Sugus, aquellos clásicos caramelos cuadrados infantiles con envoltorios coloreados cual fichas de parchís, ¿quién tiene dudas sobre este fármaco? En cuanto a su popularidad, nadie. En cuanto a su controvertido efecto, todo el mundo. Y no precisamente por excluirse de las publicaciones científicas.

Cada uno cuenta la película según le va. Así, desde las primeras publicaciones de los médicos chinos en Wuhan que sugerían su utilidad en la lucha contra la enfermedad causada por el coronavirus, pasando por los no menos mediáticos resultados de Didier Raoult en Francia, hasta el ya conocido #LancetGate, vamos de la orden a la contraorden, volviendo loca a la mismísima Organización Mundial de la Salud, que llegó incluso a paralizar durante días uno de los brazos de tratamiento de su ensayo clínico mundial (Solidarity Trial) en el que se estudian los efectos de distintos fármacos en el tratamiento contra el coronavirus. Otros centros de investigación siguieron este mismo ejemplo. Decisiones con importantes consecuencias en plena pandemia, mientras la carrera por encontrar una solución eficaz está en pleno apogeo.

Con los resultados *del estudio observacional recientemente publicado en la revista científica The Lancet*, en los que se sugería que la hidroxiclороquina y la cloroquina no solo no beneficiaba a los pacientes con covid-19, sino que incluso tenía efectos dañinos, basado en datos de más de 960.000 pacientes ingresados en hospitales de todos los continentes, pase de mí el cáliz de contraer la covid-19 y tratarme con alguno de estos fármacos. A fin de cuentas, un millón de lemmings no pueden estar equivocados. ¿O sí? Sí, si toman el camino equivocado, deslumbrados por un foco tan potente como la enorme muestra sobre la que se han calculado estos resultados.

Esta potente base de datos es precisamente la que ha hecho saltar la alarma. Una inmensa base de la cual nadie o casi nadie había oído hablar hasta el momento. Por una simple razón: la empresa de Illinois que administra dicha información parece haber salido de la nada en tan solo unos meses. Sapan Desai, director general de Surgisphere y antiguo cirujano, asegura que fue fundada en 2009 y que trabaja desde hace

años recolectando estas informaciones médicas ultra-sensibles.

Sin embargo, en LinkedIn, en el perfil de la empresa solo aparecen cinco empleados quienes, a excepción de Sapan Desai, se unieron a la compañía en 2020. El perfil de los colaboradores de Surgisphere no da la impresión de ser un equipo a la vanguardia en cuanto a innovación tecnológica en el ámbito de la salud, ya que según la investigación que ha llevado por su cuenta el periódico británico 'The Guardian', "uno de ellos escribía antes novelas de ciencia ficción mientras que otra era modelo y recepcionista".

¿DATOS FALSOS?

¿Cómo un equipo tan pequeño pudo obtener entre tantos hospitales los datos médicos de una cantidad tan grande de pacientes? Esa es la pregunta del millón para Peter Ellis, un estadístico australiano que también centró su atención sobre el particular caso de la pequeña empresa de Illinois, en una larga entrada de blog. Tanto por el enorme volumen de datos conseguidos en tiempo récord (por más que técnicamente los métodos de Big Data permitan el análisis, los permisos para agregar estos datos no se consiguen en tiempo récord), como por la precisión de datos para continentes como el africano, donde el reporte de los gobiernos oficiales no alcanza el mismo grado de detalle, llevan a pensar que probablemente los datos proporcionados para el artículo fueron 'fabricados'.

¿ERRORES DE MÉTODO?

En cuanto al artículo, metodológicamente cuenta con deficiencias de principiante. En esencia, se ha pretendido cocinar un plato único por muchos cocineros con la libertad de que cada cual utilice su receta. La ausencia de un protocolo que guíase la pauta de administración del fármaco ha propiciado una verdadera torre de babel de dosis y duraciones de tratamiento, en participantes cada cuál más heterogéneos (orígenes, gravedad, factores de riesgo, etc.).

El invento de introducirlo todo en una coctelera y agitar sólo ha conseguido más vinagre para las heridas. La hidroxiclороquina no necesitaba este nuevo escándalo. La comunidad científica tampoco y menos aún los afectados por covid-19.

Experiència i vivència, pandèmia COVID-19

Rosa Coll

Servei de Medicina Interna

Quan Jordi Delás amb la seva "seducció innata" em va insinuar escriure unes línies sobre l'experiència viscuda arran de la pandèmia per la Covid-19, tres mesos després de l'inici al març, vaig pensar que poc més podria dir del que haguessin escrit i expressat la resta de companys que també participen en aquesta edició de la revista de l'hospital. Així i tot, també vaig pensar que m'estava donant l'oportunitat de fer un repàs de tot el viscut aquesta temporada.

Tot s'activa de manera urgent i amb resposta immediata una nit de diumenge. Un primer cas confirmat a urgències fa saltar l'alarma. Es comunica immediatament a la Direcció que no dubta ni un instant en transmetre-ho, i tots diem: "Volem anar a l'hospital, hem d'anar a l'hospital". I això vam fer, presentant-nos al servei d'urgències el mateix diumenge a les 22:30 h. Anna Cruz, Raúl Muñiz, Mónica González i jo mateixa.

Des d'aquell diumenge i fins avui, la dedicació i l'exercici de la responsabilitat ha estat màxima. Personalment ho he fet i ho tornaria a fer mil vegades, per responsabilitat, perquè la situació ho requeria i per solidaritat.

Ha estat un període viscut amb una intensitat extrema.

Ha estat un període únic i irrepetible.

Ha estat una oportunitat per treballar amb els professionals de qualsevol especialitat junts, en equip, prenent dures decisions i compartint experiències i valors humans que ens han ajudat a sentir-nos més acompanyats, això seria bo que perdurés en el temps. Implicant-nos al màxim, i demostrant vocació i humanitat, hem aconseguit coses inimaginables.

Tothom ha participat i s'ha implicat fent més del que li pertocava estrictament en el seu lloc de treball habitual, ha aportat solucions, i ha aprofitat tots els recursos disponibles o imaginables des del xat *Covid-19 assistencial* (creat per Glòria Garcia) on s'informava dels resultats més urgents. Aquesta ha estat una eina de comunicació important per a interconsultes i protocols... Gairebé 100 metges hi han format part.

Tots els metges de qualsevol especialitat han participat presencialment a planta, formant part d'equips liderats per internista o pneumòleg. Altres han fet consultes telefòniques i informat als familiars. I a urgències, principal porta d'entrada, s'han adaptat tots els horaris de treball per a ser més eficients i poder descansar més hores entre jornada i jornada, amb una alta implicació dels MIR (quin aprenentatge!).

Infermeria no cal dir com s'han deixat la pell i l'ànima a peu de llit dels malalts, especialment els crítics a UCRI, UCI, quiròfan i reanimació. El personal de consulta s'ha incorporat al ritme, horari, i necessitats dels pacients de l'hospital.



Auxiliars que han pres cura personal dels qui havien perdut autonomia.

Lliterers que han multiplicat els moviments de pacients dins l'hospital, amb noves ubicacions en espais que mai havíem imaginat.

Administratius que han enregistrat dades, facilitat telèfons de contacte...

El personal de laboratori que només amb la reorganització per preparar i transportar totes les mostres per la PCR Covid 19, ha mostrat un esforç i una flexibilitat molt eficient.

No fa gaires dies he pres consciència que hi ha hagut una professional que ha teletreballat durant gairebé 100 dies consecutius, davant l'ordinador, monitorant tots els resultats de les PCR pacient per pacient.

Radiologia ha convertit totes les radiografies de tòrax en portàtils i s'han pogut organitzar per informar-les totes.

Farmàcia ha subministrat fàrmacs, sedants, etc... Activant nous protocols alternatius de sedació davant la pressa.

Electromedicina ha revisat i reparat els diferents aparells, vetllant pel seu bon funcionament.



El personal de neteja que s'ha mostrat una alta implicació i ganes d'ajudar i facilitar l'assistència directa, també s'han vist més exposades de l'habitual. La gestió dels residus es van multiplicar.

Restauració (cuina i cafeteria, els menús dels pacients han requerit una altra organització i no cal dir el tracte deferent als més assistencials. Ens han cuidat i han vetllat pels nostres gustos, engruixint les racions quan fèiem cara de famèlics i cansats. També ens han regalat el cafè amb un somriure.

Administració i admissions han treballat per agilitzar-ho tot.

Atenció al client, ha sabut contenir els familiars preocupats i nerviosos per no poder visitar els pacients. I ha acompanyat en el dolor quan ja no hi havia possibilitat de tornar a casa....

Seguretat ha vetllat per la seguretat de tots....

Magatzem i compres ha subministrat tot el material necessari i aconseguit EPIS al millor ritme possible per garantir-ne la disponibilitat.

Serveis generals, manteniment ha donat servei a totes les incidències, aconseguint i distribuint bombones d'oxigen, llits... i infinitat de detalls en

les instal·lacions inapreciables en el dia a dia però imprescindibles.

Informàtica presencial i teletreball han demostrat que saben treballar en equip: ampliant el mapa de llits, agilitzant consultes telemàtiques, etc....

Tot el personal de qualsevol estament en teletreball també ha estat essencial en el funcionament de l'hospital.

Agraïment especial a l'extraordinària tasca de l'equip de Psiquiatria i psicòlegs que des del primer dia ens han acompanyat i ofert el seu suport que a l'inici no crèiem necessari i que ara, encara ara, segueix sent necessari i important, sinó més que a l'inici.

La Direcció que immediatament va respondre i constituir el Comitè de crisi amb reunions diàries amb representants de tots els estaments per coordinar-nos diàriament en funció de les necessitats.



Segurament m'hauré deixat algú, però us asseguro que en el meu cor i pensament després d'aquesta experiència només em queda agrair a la vida que seguim amb vida tots els treballadors de l'hospital, més units, més coneixedors dels nostres punts febles i forts.

I per damunt de tot, aprofito aquesta oportunitat per demanar disculpes si en l'efervescència de la feina he pogut molestar o ofendre a algú, mai he volgut molestar a ningú.

Per últim donar les gràcies a tothom. Gràcies a tots, s'ha treballat en equip i tothom hi ha contribuït aportant el millor de si mateix. He après molt de tots i segueixo aprenent cada dia, i això em motiva per seguir treballant amb entusiasme i energia. Gràcies.

Gràcies, gràcies... i esperem que no hi hagi cap rebrot important, però sense dubtar-ho "ho tornaria a fer", això si amb l'aprenentatge d'aquests 3 mesos i amb la voluntat de no repetir els errors.

Coronavirus y xenofobia: dos pandemias que van de la mano

Nil López y Júlia Kober

Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona

«Coronavirus» es un término que hasta hace poco la mayor parte de la población desconocía. Después de más de dos meses de confinamiento, se ha convertido en una palabra tan común como lo son las expresiones “lavar manos” o “ponerse guantes”. Las utilizamos en nuestro día a día, las oímos en las noticias a todas horas e influencia nuestra vida actual más que cualquier otra cosa. Una de las formas en las que la Covid-19 ha impactado en nuestra sociedad es el miedo, un miedo que a veces es racional y muchas otras, completamente irracional.

Uno de estos miedos irracionales que se ha despertado en el ciudadano de a pie está dirigido a la población asiática (1). La xenofobia siempre ha sido un problema a tratar por la sociedad occidental, pero cuando se mezcla con la paranoia que causa una pandemia mundial como es la del COVID-19, el resultado es aún peor.

No es esta la primera vez que vemos cómo una enfermedad es racializada y todo un pueblo es estigmatizado y rechazado por algo completamente ajeno a su control. La epidemia del Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS) en 2003 que también se originó en China (Guangdong) o la epidemia de Ébola originada en África en 2014 son solo algunos ejemplos actuales de esta tendencia (2).



Es curioso el hecho de que solamente las enfermedades que vienen de lugares lejanos, que se originan en países cuyo mayor sector de la población es no caucásico, sean aquellas que acaban con toda clase de prejuicios de este modo. El H1N1 originado en los Estados Unidos EE. UU. o la enfermedad de las vacas locas, por ejemplo,

no suscitaron una reacción étnica de tal magnitud.

Vemos un claro ejemplo de este fenómeno en las continuas declaraciones del presidente de los Estados Unidos de América. «*Chinese virus*» (3) es el término utilizado por Donald Trump para referirse al COVID-19 que se ha extendido por todo el globo, estigmatizando de este modo a la población de ascendencia asiática, que en el país que él mismo preside conforma el 5,6% de los ciudadanos (4).

Esta situación llama, pues, a que todos hagamos una reflexión. Recordemos esos primeros días y semanas en los que el coronavirus aún era una novedad y aún estaba lejos. ¿Qué fue lo que pensamos después del bombardeo constante de imágenes de gente asiática con mascarillas por todos los medios? ¿Qué fue lo primero que nos vino a la cabeza cuando vimos a alguien, un vecino, el panadero, un amigo o un desconocido de ojos rasgado estornudar? El coronavirus se ha extendido por todo el mundo y, junto a él, se ha extendido un miedo irracional que ha despertado algo que siempre ha estado ahí, latente en muchos de nosotros. Así pues, es también nuestro trabajo desprendernos de todos estos prejuicios y vernos los unos a los otros como lo que realmente somos: seres humanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Human Rights Watch. Covid-19 fueling anti-Asian racism and xenophobia worldwide. [Internet] [consultado el 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide>
2. The Verge. The new coronavirus is not an excuse to be racist. [Internet] [consultado el 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.theverge.com/2020/2/4/21121358/coronavirus-racism-social-media-east-asian-chinese-xenophobia>
3. CGTN. Racism spreads online, offline amid COVID-19 outbreak, fueled by Trump. [Internet] [consultado el 22/05/2020]. Disponible en: <https://news.cgtn.com/news/2020-05-17/Racism-spreads-online-offline-amid-COVID-19-outbreak-fueled-by-Trump-QyZvhMFYD6/index.html>
4. US Department of Health and Human Services. Office of Minority Health. Asian American. [Internet] [consultado el 22/05/2020]. Disponible en: <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=3&lvlid=63>

“Per més vida”

Marina Galdeano Lozano i Julio Alfaro Alvarez

Servei de Pneumologia

Quan va començar la pandèmia ens vam haver de reestructurar a tots nivells. Al Servei de Pneumologia vam convertir les nostres consultes externes en una centraleta telefònica, resolíem dubtes i pors (principalment dels nostres pacients crònics), i l'UCRI es va estirar (de 6 a 11 llits) gràcies a la transformació de la Unitat del Son que ens és veïna.

A l'UCRI, els 11 llits amb pacients “semicrítics” eren portats per un pneumòleg amb torn de 12 hores. Nosaltres seguíem sent un punt d'entrada i de sortida de l'UCI, amb tot el que això implicava.

Van començar les nostres pors amb l'aparició d'un virus del qual poc sabíem i no esperàvem que arribés amb tanta contagiositat. Nosaltres, equipats per ser “no invasius” vam haver de transformar els nostres equips: respiradors, alt flux, tubuladures, vàlvules espiratòries, nebulitzacions, pressions òptimes, interfases... Sabíem que els nostres equips, que tants beneficis han aportat als nostres pacients en altres ocasions, ara ens podien perjudicar.



I després els dubtes: “quin tractament fem?”, “quina evidència hi ha?”, “ens trobem en situació de pandèmia, fem un protocol?” Hem de tenir molt present que no coneixem (ningú, ni enlloc) aquest virus, les evidències provenen dels estudis fets amb MERS i altres coronavirus, on fins i tot hi ha que conclouen que fàrmacs que hem fet servir generen efectes perjudicials. Quan mires el nivell de qualitat d'aquests estudis, tots són de ‘baixa evidència’ (provenen de cohorts, casos-controls o reports de casos; però sense assaigs clínics aleatoritzats en mostres potents).

La COVID-19 ha demostrat que no és com els altres coronavirus... si no és igual clínicament que els altres coronavirus, podem dir que si no hi ha evidència és sinònim de que no funciona aplicant interpretacions extretes d'altres virus? En estudis realitzats en situació d'una pandèmia que només fa 4 mesos que hi és? Davant d'aquests interrogants, des de l'UCRI vam iniciar una recollida de pacients (en la que encara hi treballem) i vam parlar amb els nostres hospitals veïns valorant experiències. Vam llegir i rellegir estudis i descripcions.

Tenim clar, però, alguns aspectes. I si poguéssim tirar enrere, ja no fariem igual certes coses. Ens agradaria poder allargar durant el màxim temps possible les nostres teràpies no invasives. Sabem, perquè l'evidència aquí sí que la tenim, que l'ús de la ventilació mecànica invasiva porta associats riscos clars i ha de ser considerada l'última opció (miopatia, infeccions associades al respirador, weannings complicats, nafres pel decúbit). I si haguéssim “frenat” més el virus? I si haguéssim començat tractaments abans independentment de l'evidència?

De la nit al dia, a casa nostra vam passar de fer-nos preguntes a tractar els nostres pacients (l'UCRI); d'explicar als familiars les opcions terapèutiques i tranquil·litzar a pacients crònics per telèfon, a ser rebedors de trucades i explicar-nos altres protocols.

Va arribar el dia en què qui rebia la trucada a casa era jo... amb aquest tractament i l'altre... però “la nostra fi és no intubar-lo” (em deien)... perquè cada vegada en tenim més evidència...”

La COVID ha sigut un mestre dur i sense escrúpols. Hem hagut d'aprendre i reprendre moltes coses, però com deia el poeta Martí i Pol: “Amara't d'horitzons. Cansat i tot, en cada gest et sentiràs renéixer.”

Somriures torts

Laura Teixidó

Psicòloga

Anaven a ser tres mesos genials a Los Àngeles (Califòrnia, EEUU). Curs d'anglès complet i activitats amb locals, immersió lingüística assegurada que m'ajudaria a acabar la tesi. Onades, cortesia de l'oceà pacífic, sempre a punt. Escapades de cap de setmana pels voltants i llargs vespres tastant les infinites cerveses artesanals de la zona. Aquesta era l'expectativa, la realitat, però, va ser una altra.

Vaig arribar un 3 de març. Allà encara no en parlaven però les notícies de casa i els grups de WhatsApp començaven a anar plens. Recordo que de camí a la prova d'accés al curs d'anglès, li explicava a la meua companya de classe que amb totes les mesures i coneixements d'avui en dia, segur que en breu controlaríem la situació. N'estava segura. De veritat.

Llavors tot va anar molt de pressa.

La primera videotrucada amb la família confinada va marcar un abans i un després. Diven-dres, onze del matí i tots a casa... Els vaig veure el somriure tort només saludar-me i assegurar-me que estaven tots *molt bé*, "només seran un parell de setmanes i ja estarà solucionat". Que no em preocupés i gaudís molt de l'inici del curs. En l'explicar que l'havien suspès, els somriures es van torçar del tot.

Tot i que les notícies locals ja s'emplenaven de casos, només recomanaven mantenir la distància i la desinfecció de mans (allà tot són recomana-

cions, cap norma ferma). A poc a poc, van anar apareixent casos i van tancar alguns comerços, espais i serveis. Mentre deia als meus familiars i amics que tot anava bé, que no patissin, pensava en els prestatges buits del supermercat, en la insuficient cobertura de salut que havia assegurat, en què compartia casa amb moltes altres persones i en els correus que la companyia aèria m'enviava dia sí, dia també, cancel·lant els vols de tornada a casa. Suposo que tenia el somriure tan tort com el de tots els meus, que a l'altra banda de la pantalla, em seguien assegurant que tots estaven bé.

Tres mesos més tard, després de nou itineraris anul·lats, vaig poder tornar en una combinació de tres vols i quasi tres dies de viatge.

Ara amb perspectiva, veig que varen ser uns mesos d'angoixa, d'incertesa, de preocupació multiplicada pels 10.000 km de distància, de replantejament de creences que semblaven intocables, de reubicar prioritats, de fragilitat, de fer pinya amb la meua parella com mai havíem pogut imaginar i sobretot, de donar una ullada ben endins meu. Penso que vaig tenir la immensa sort d'estar ben acompanyada, i també de viure als afores del nucli urbà, envoltada de cases familiars que asseguraven poca densitat de població, transport públic inexistent i parcs espaiosos on se'm va permetre sortir a fer esport de tant en tant.

Dono gràcies, de debò.

Sobreviviré

Eduardo Basilio

Cirurgià

El domingo 15 de Marzo iniciamos, mi esposa y yo, un síndrome diarreico inusual dado que era deposición líquida única al día, y que atribuimos a una reciente comida en restaurante.

El martes 17 seguimos con nuestro proceso diarreico, pero mi esposa inició un cuadro neurológico caracterizado por cefalea y confusión progresiva. Desde hacía 4 años sufría la enfermedad de Alzheimer, pero fue empeorando, presentando agitación progresiva, irritabilidad, trastornos del sueño, ansiedad, incoordinación motora y fases delirantes. El día 19, durante la noche, falleció, sospechando que el responsable era el coronavirus, sin haber tiempo u ocasión de confirmarlo.

A los 4 días de su muerte, inicié un síndrome febril con sensación intensa de fatiga, congestión nasal, anorexia, continuando el síndrome diarreí-

co y sin tos. Se me aconsejó seguir tratamiento domiciliario y no ingreso hospitalario. Se realizó PCR. Positivo.

La fiebre remitió al 4º día con pérdida de 5 kilos, atrofia muscular generalizada y fatiga intensa. Al pertenecer a un grupo de riesgo, era consciente de que podría complicarse el proceso, aunque lo que más me preocupaba era la previsible contaminación familiar, que se presentó en mis tres hijos, si bien con sintomatología leve.

A los dos meses de evolución y lenta mejoría, presenté una disnea de esfuerzo, por lo que se me realizó una TC de tórax que evidenció las secuelas típicas de una neumonía bilateral del coronavirus y ya poseo anticuerpos IgG.

No existe evidencia de la procedencia del coronavirus. A los tres meses aún no me he recuperado de la enfermedad pero.... ¡Sobreviviré!

Cómo he vivido la pandemia del coronavirus

Ana Lozano Miñana

Internista

¿Pandemia del coronavirus? Pues creo que la mejor descripción: la peor de mis pesadillas

Una terrible sensación de impotencia como nunca había sentido. Recién licenciada en la década de los ochenta, viví la eclosión del HIV y entonces fue terrible, pero no hubo un pico de casos como hemos tenido con la Covid-19.

Con este virus la gente empeora rápidamente sin respuesta al tratamiento, sin poder hacer nada. El paciente que había dejado el día anterior y que creía que superaría la enfermedad y por tanto había sido optimista al informar por teléfono a la familia, al cabo de 24 horas ya no estaba, había fallecido y poco a poco esta terrible enfermedad me sumergió en una realidad totalmente desconocida.

Además de la impotencia de desconocer el tratamiento, la evolución, el pronóstico, de ir la enfermedad muy por delante de nuestro conocimiento, lo más terrible era la soledad de los pacientes, el distanciamiento de sus familiares, la incomunicación. Tener que dar la información, las malas noticias por teléfono, no poner cara a los familiares con los que hablabas, la angustia de esas personas que estaban en cuarentena en su casa, en ocasiones con varios familiares ingresados en diferentes hospitales, graves, en UCI, es-

perando todo el día las llamadas de información de los hospitales.

De cómo te explicaban la evolución de sus otros familiares, de qué habían fallecido, intentar consolar y la palabra que más oías era Gracias. Gracias por lo que estáis haciendo y realmente hacíamos lo que podíamos pero esa sensación de que no era suficiente nos acompañaba todos los días a casa.

Indudablemente que además de la impotencia me acompañaba el miedo, el miedo a enfermar, el miedo a morir, a llevar el virus a mi familia, a que ellos enfermaran. Cuando hablaba con mi familia o mis amigos (nunca había hecho tantas videollamadas en mi vida) explicaba la cruda realidad para que fueran conscientes e hicieran bien el confinamiento.

Las palabras más empleadas durante esta pandemia: enfermedad, muerte, soledad, desolación, impotencia, miedo, rabia, confinamiento aislamiento y un largo etcétera no son suficientes para expresar lo que sentí durante los días más duros de la pandemia.

Algo que ya sabía, pertenezco al mejor colectivo profesional del mundo que es el de los sanitarios.

Gracias a todos.



Apunts del Comitè de Crisi de l'Hospital durant la pandèmia

Josep-Maria Catalan Borràs

President de la Junta Facultativa

Durant les dues primeres setmanes de març, quan ja era evident que la COVID-19 ens queia a sobre, diversos companys dels serveis quirúrgics em van traslladar les seves inquietuds respecte a la continuïtat de la programació quirúrgica no urgent i de les visites ambulatories igualment no imprescindibles.

Consultant per la xarxa el decret d'estat d'alarma, les ordres del Ministeri de Sanitat i les resolucions del Departament de Salut, vaig veure al web del COMB que la seva Àrea Professional ofería assessoria en línia. És així com vaig fer diverses consultes tant telemàtiques com telefòniques, especialment amb el secretari de la Junta de Govern del Col·legi.

Arran i assabentada d'aquestes gestions, la Direcció de l'Hospital va creure convenient que la Junta Facultativa fos representada al Comitè de Crisi COVID-19 que es constituí llavors. Vaig participar en les reunions d'aquest Comitè que es reuní diàriament a les 11 hores, a la sala d'actes de l'annex de la setena planta d'hospitalització fins al 22 d'abril; a partir d'aquella data els dilluns, dimecres i divendres fins al 4 de maig, i finalment un cop per setmana.

Això va coincidir amb els canvis en l'activitat professional dels meus companys de servei, que van abandonar les seves tasques habituals a quiròfans i consultoris, i van passar a reforçar els col·legues dels serveis mèdics a les diferents plantes i altres dependències habilitades successivament per a convertir el nostre Sagrat Cor en un hospital-COVID.

A un servei gran com el de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (COT), tan acostumat al treball en equip, el fet de no veure'ns tots diàriament de bon matí a les 8 hores a sessió clínica, no rentar-nos junts a quiròfans, no coincidir a la sala de guixos dels consultoris, trobant-nos dispersats per diferents plantes d'hospitalització: els uns, atenent les consultes telefòniques que es van organitzar, els altres igualment separats a diferents plantes de consultoris, ens augmentà la sensació d'aïllament i la set de notícies, especialment aquells primers dies on la crua realitat obligava a improvisar decisions i modificar plans.

Vaig pensar a agafar apunts del que es tractava al Comitè de Crisi per després transcriure'ls a un xat que es va crear al servei, específic per a les qüestions COVID-19 que ens afectessin, i així ho vaig fer. Puc dir que els companys de COT van valorar positivament el fet de rebre cada dia informació de primera mà i estalviar-se possibles *fake news*. No sabíem gaire de l'enemic que ens envaïa, però sí que en el futur sabríem en quina situació real ens varem trobar per lluitar contra el coronavirus. Aquesta és la transcripció d'aquelles notes, des del 19 de març fins al 4 de maig.

19 DE MARÇ

1) L'Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC) té compromesos amb el SEM (Servei d'Emergències Mèdiques) d'avui a diumenge 22: 8 llits d'UCI, 14 de semicrítics i 30 de convencionals.

2) A mesura que vagin desocupant-se llits d'asseguradores, augmentaran els destinats a SCS. Si calgués, a la llarga, es derivarien inclús pacients SCS-no COVID a altres centres privats del grup Quirón.

3) Avui dia tenim 21 pacients positius i 48 sospitosos (aquí o a casa). La demora en els resultats de la prova és de +/- 36 hores, si es pogués escurçar, estalviaríem equips de protecció individual (EPI).

4) Han disminuït molt les visites de medicina a Urgències, però els que venen gairebé tots es queden.

5) Es comenta la conveniència o no d'utilitzar hidroxicloroquina en pacients COVID-positius pre-UCI per a evitar haver d'arribar a la ventilació mecànica.

6) Hi ha un model nou de consentiment per aquests pacients i el comitè d'ètica i el servei de psicologia estan elaborant altres protocols.

7) RRHH informa de 103 treballadors a casa, 7 positius, 52 en vigilància i 41 per determinar. 30 són metges (ahir eren 34), 37 infermers, 27 auxiliars, 9 altres. Hi ha 45-50 empleats sans teletreballant a casa.

8) Es fan gestions amb pàrquings per a poder aparcar gratis els que hagin de venir.

20 DE MARÇ

1) Tenim 69 pacients aïllats, dels quals 37 positius i 32 sospites. Ja hi ha un primer intubat a quiròfan que era a UCRI i hi ha 2 candidats més.

2) Es plantegen greus dilemes ètics a l'hora d'intubar o no, l'Hospital Clínic (HCP) està treballant un esborrany que s'està consensuant, de moment els nostres intensivistes consensuen les indicacions, es pot arribar a seleccionar intubacions per expectativa de temps amb qualitat de vida.

3) L'HCP ja ha començat a posar habitacions dobles amb COVIDs i nosaltres també ho farem. També es planteja la possibilitat de ventilar a 2 pacients amb un únic aparell, s'ha de veure tècnicament quina seguretat té.

4) D'EPIs anem bé pel cap de setmana tot i que les existències de bates d'exploració han baixat aquesta setmana de 10.000 a 3.000. Està pendent una compra massiva d'EPIs del CatSalut per l'Eixample Esquerre.

5) Relacions Humanes (RRHH): 109 treballadors a casa, 55 en vigilància activa, 8 COVID positius, 46 pendants de resultats cribratge PCR (ahir es van fer 12 i avui van per 14), segueix la demora de 36 hores per a obtenir resultats. La setmana vinent tota la infermeria de CCEE ja serà a plantes i es reincorporen baixes negatives.

6) Des del 18 de març cap familiar pot visitar a un malalt de COVID ingressat positiu o en sospita. Es comenta de permetre una única visita premortem.

7) A l'HCP tenen 300 positius ingressats i 120 positius a domicili, aviat disposaran d'un hotel. L'HCP ens enviarà, els 4 dies vinents, 80 pacients positius o amb sospita, començant per 20 aquesta tarda. Medicina Interna necessitarà reforços de guardia la setmana que ve, d'especialitats mèdiques (endocrinologia, pneumologia, hematologia, digestiu, neurologia) i la següent setmana potser d'especialitats quirúrgiques.

8) Maternitat i pediatria de la Vall d'Hebron tanquen i se'n van a St. Joan de Déu.

23 DE MARÇ

1) RRHH: a domicili hi ha 42 treballadors confinats. A part, tenim 22 positius i 30 pendents de resultat de la PCR, en total 94 baixes. Si la PCR és negativa, al setè dia dels 14 d'aïllament pots tornar a treballar. Si al cap de 14 dies segueix positiva, t'han de seguir fent proves fins que es negativitzi. A les PCRs del personal surt aproximadament un 25% de positius.

2) Tenim ingressats 106 pacients positius i 26 sospites. 5 ingressats han sortit negatius però també hi ha falsos negatius. Hi ha 15 a UCI (dels quals 5 a quiròfans), 3 a semicrítics i 7 a semicrítics de la vuitena.

3) El Director comenta el que ja sabem de l'agrupament de pacients per plantes i la seva classificació en tres únics grups (COVID, noCOVID mèdics i noCOVID quirúrgics). Avui s'estan doblant els llits de la 6a i després es farà a la 8a, etc. Als despatxos de pediatria de la planta baixa de Londres es faran habitacions per pacients noCOVID autònoms (hauran d'anar al lavabo al passadís). A l'hospital de dia es posaran llits d'hotel fent-se una àrea de prealta de COVIDs. S'aniran afegint llits a altres dependències finalitzant a rehabilitació (RHB). Hi haurà un hotel compartit amb HCP. Dels 80 pacients que s'esperaven del Clínic des de divendres només ha arribat la meitat de moment. Ahir a Urgències van haver-hi uns 20 ingressos amb sospita COVID i 8 normals.

4) UCI: determinats pacients en decúbit pron responen millor, aquests anirien a reanimació.

5) L'HCP des de la setmana passada no té més remei que ajuntar positius amb sospites, i això ens passarà igual a nosaltres. Es farà inventari de respiradors (queden els d'endoscòpies, etc.) i se n'han demanat més. S'han comprat 50 llits.

6) hi haurà un pool administratiu a plantes per telefonar i informar fins a 3 cops al dia a les famílies dels aïllats donat que no els poden veure.

7) EPIs: anem justets, fatal de bates d'exploració, queden per a dos dies. El Catsalut ja va enviant material, divendres 248 bates, FP2 400, FP3 20. N'esperem més de la central de compres del Grup Quirón.

Es comenta de reciclar algunes bates de plàstic Hartman reesterilitzant-les amb l'autoclau de plasma (les que no tinguin cel·lulosa). S'està informant

a tots els torns sobre l'ús adequat dels equips. Comencen a faltar bombes enterals i parenterals.

8) Hi haurà psicòlegs de la casa per a tots els professionals que els necessitin.

24 DE MARÇ

1) S'acaba de doblar de llits la 9a amb COVIDs confirmats. Els de la 8a no COVIDs baixaran a la 3a. Demà s'habilitarà la zona de pediatria de Londres per a pacients autònoms com es va explicar. El cap de setmana vinent es preveu que caldrà mobilitzar més personal.

2) Feta la revisió de respiradors en desús, es pot disposar de 5 més. UCI informa que han extubat un primer pacient COVID. Disposem d'uns 80 llits per ocupar. D'hotel tindrem disponibilitat de 230 llits.

3) Ja s'està informant protocolitzadament i de forma telefònica als migdies a les famílies dels aïllats. S'hauria d'establir circuit d'avís als CAPs de les altes d'hospitalització que donem perquè facin seguiment.

4) EPIs: entre avui i demà arriben estocs per a tirar 4-5 dies. La prova de re-esterilitzar bates impermeables no ha funcionat amb plasma però sí amb vapor a 130º i així es farà.

5) Farmàcia: des del ministeri es limita la distribució d'hidroxicloroquina (tenim) i de lopinavir (tindrem demà o dijous). S'està en contacte amb farmàcia HCP per a ajudar-nos. També hi ha desabastiment d'azitromicina EV, s'administrarà oral als no intubats.

6) Seguim justos de bombes d'infusió perquè cada pacient està amb una mitjana de 3 o 4.

7) Hi ha menys treballadors a casa, uns 96, entre malalts no diagnosticats i positius.

8) Radiologia cataloga d'informació urgent totes les plaques de tòrax.

25 DE MARÇ

1) Ahir van haver-hi 65 nous ingressos COVID. S'està obrint pediatria Londres per a 12 pacients noCOVID autònoms amb llits d'hotel. Està obert l'annex d'Urgències amb sospites. Tindrem llits de les clíniques Planas i Barraquer. Probablement el cap de setmana ja hi haurà llits a RHB.

2) 174 ingressats són positius, 77 sospites a l'espera de resultats.

18 a UCIs dels quals 8 a quiròfan i 1 a rehabilitació, intubats. A UCIs falten fungibles d'alt flux. S'estan buscant zones diàfanes per a múltiples respiradors amb control remot. La UCSI també podria acabar sent UCI. Avui els positius que surtin a la 10a ja s'hi quedaran (deixa de ser noCOVID). Queden noCOVID 1a i 3a. Ahir també es van afegir els 14 llits d'MC de la 2a amb sospites (problema als seus ordinadors no Casiopea).

3) A farmàcia ha arribat Kaletra. Azitro de Pfizer no hi ha però serà Kern. Betaferon deixen de distribuir.

4) Catsalut no subministra EPIs (ahir havien d'haver arribat), es comentarà a la reunió d'avui amb ells. Altres proveïdors serveixen amb compta-

gotes. També hi ha escassetat de reactiu per a la PCR. Els qui fem cures a consultes externes, hem de vigilar el material perquè no es podrà reposar fàcilment.

5) Es contractaran alumnes de quart d'infermeria com a auxiliars d'infermeria.

6) RRHH: hi ha 104 treballadors a casa, 32 positius, 43 pendents. Dels quals: 32 metges, 33 infermeres, 28 auxiliars, 3 lliterers, 3 administratius, etc.



26 DE MARÇ

1) RRHH: Falten 20 infermeres per aquest cap de setmana. Però s'han reincorporat 30 baixes del personal. 2 o 3 prejubilats i unes 20 persones de Quirón Previsión també col·laboraran.

2) Pacients COVID = 310: 200 positius i 110 sospites. A diferència del que es pretenia, a pediatria Londres seran COVIDs altables. La UCSI està plena de pacients que pugen directament d'urgències.

3) EPIs: malament de bates d'exploració bàsiques, de la resta hem millorat (ahir Catsalut va servir).

4) Farmàcia: no hi ha Kaletra, s'espera demà. Comença a baixar massa l'estoc d'azitro. També anem malament de propofol i midazolam. Ídem en bombones portàtils d'oxigen, s'emporten 85 buides i tornen 30 plenes, demanem 100 i ofereixen 20... S'han demanat bombes d'infusió a les clíniques que ens han deixat llits.

27 DE MARÇ

1) pacients: 170 positius i 174 sospites, menys de 50 noCOVID, 14 èxits.

Espais: RHB habilitat. Falten llits, hi ha pacients que fa 3 dies que són a lliteres.

Es preveuen uns 30 ingressos diaris directes per urgències més els que envia l'HCP. Calen altes. Comencen trasllats a hotel.

2) RRHH: baixes 93 treballadors a casa, dels quals 41 positius: metges 28 (16), infermers 31 (10), auxiliars 23 (11), lliterers 4 (3), etc.

3) EPIs: tranquils fins dimarts. S'ha provat de reesterilitzar les FP3 embossades nominalment i surt bé.

4) Farmàcia: molt justos d'azitro i a sobre les altes a hotel han de marxar amb medicació.

5) UCI: queden 5 respiradors i els que es puguin anar extubant, però el cap de setmana es poden quedar sense i llavors el dilema ètic és elevat.

30 DE MARÇ

1) RRHH: 89 baixes. S'han fet 124 PCRs de les quals 41 han estat positives, 33 pendents de classificar, 15 aïllats.

2) EPIs: Només queden 8 FP3 i no hi ha terminis d'entrega, resta bé. La re-esterilització nominal d'FP3 amb plasma i de bates impermeables ha sortit bé, veurem si aguanten més d'un cicle. Portaran 4000 impermeables de Port Aventura.

3) Farmàcia: malament de midazolam i diazepam però demà arriba estoc. També justos de fentanil. Han millorat estocs d'azitro i Kaletra. També s'ha demanat més sevo i ketamina.

4) Pacients: tenim 407 ingressats, dels quals menys de 50 són noCOVID. El proper espai a habilitar serà el gimnàs de RHB MC on cabrien 24 llits. Hi ha 13 cadàvers al depòsit i a la sala d'autòpsies, perquè les darreres 24 hores han mort 9, i el seu drenatge va molt lent per col·lapse de funeràries, etc.

5) Atenció pacient i família: potser se centralitzarà la informació telefònica a un equip amb metge i administratiu.

6) UCI: al límit de ventiladors i sedants. S'intuben 3 ó 4 al dia. El cap de setmana s'han extubat 4. L'extubat passa 1 dia a UCRI i al següent ja va a planta.

Els intensivistes que passen el tràngol del triatge de pacients per respiradors tenen tot el suport de Direcció Mèdica i Assistencial i del Comitè d'Ètica.

31 DE MARÇ

1) Pacients: 430 llits ocupats, dels quals 283 a plantes d'hospitalització (1a i 3a noCOVID, 5a i 7a sospites) i 85 a llocs extres (malalts prealta a hotel a pediatria, cirurgia bariàtrica, CV, etc.). Cal ordenar els circuits entre aquests recintes.

El percentatge d'ingressos diaris de CatSalut per urgències ha augmentat del 12 al 30%. A UCI hi ha 10 pacients i 14 tubs a bloc quirúrgic (BQ). Queden 3 respiradors i 2 servos a electro-medicina. A la reunió d'ahir de Direcció amb HCP, ells ja han derivat un centenar a l'hotel, però els hi costa molt drenar pacients perquè -com nosaltres- no troben prou autònoms. Tampoc s'estan trobant prou infermers i auxiliars per cobrir tots els espais que s'obren. Ràtio HCP = 1 inf + 1 aux / 16 pacs. Ràtio HUSC = 1 inf / 12 + 1 aux / 7 (+/-). Direcció torna a mostrar en públic l'admiració per infermeria i auxiliars del bloc quirúrgic que es troben al límit de la resistència psíquica. ORL serà el servei responsable de telefonar per informar a les famílies a migdia; al vespre telefonen administratius. L'antic arxiu del costat de Farmàcia serà el segon dipòsit de cadàvers.

2) RRHH: ha augmentat a 100 el personal de baixa, uns 40 són positius.

3) UCI: ahir es va aconseguir una nova extubació, entre avui i demà es preveuen dues o tres més.

4) Farmàcia: Aquest matí no hi havia noradrenalina i ens han deixat de la Clínica del Vallès.

5) Rx: a l'espera de més xassís, perquè els portàtils són vells i per tant no digitals i han passat de fer unes 10 plaques/dia a 80-90 (per d'avaries).

6) EPIs: comença el circuit d'FFP3 nominals reesterilitzades amb plasma i de bates impermeables reesterilitzades al vapor a 135°.

1 D'ABRIL

1) Pacients: 415 ingressats, dels quals 44 noCOVID. 10 intubats a UCI + 6 a BQ + 8 a REA. 3 a BQ amb màscara d'alt flux.

Ahir 57 ingressos i 47 altes (40 a domicili i 7 èxits), per tant encara saldo negatiu d'ingressos/altes. Sobre el tema dels trasllats a hotel, queda en stand by per dificultats d'ells, però tenim identificats 30 candidats per anar-hi.

2) RRHH: 93 baixes, 40 positius, 3 ingressats. Gairebé el 90% de les segones PCR's surten negatives. Avui s'han fet 17 segones i 7 primeres. Hi ha hospitals on no fan prova a cap treballador, cap a casa i llestos.

3)EPIs: entre ahir i avui altres hospitals del grup Quirón ens han prestat 60 FFP3.

Dissabte van arribar 50 viseres i avui arriben més viseres i 120 FFP3 més.

De guants i bates impermeables hem recuperat els estocs habituals.

4) Farmàcia: avui escasseja remifentanil però hi ha com a alternativa fentanil.

5) Trucades famílies: només es faran a primera hora a les dels ingressos nous (per atenció al client) i a tothom a migdia (pels metges). La major part de pacients ingressats però truquen a la família directament amb els seus mòbils.

6) Amb el pas dels dies creix la demanda de consultes externes per part dels altres pacients i l'hospital s'està organitzant per a obrir consultes telefòniques en els casos o serveis en què es pugui fer.

2 D'ABRIL

1) Pacients 407, 330 positius, 50 sospites. Ahir encara 41 ingressos i només 34 altes, de les quals 7 èxits (27 els últims 3 dies). Edat mitjana dels pacients ingressats al març = 75 anys, 15 anys superior a la mitjana del grup Quirón.

2) UCI: durant la pandèmia porten acumulats a UCI 45 ingressos, ara tenen 25. Extubats a planta en bon estat 9. 2 més pendents de sortir avui. A UCI acumulen 6 èxits però CAP extubat ha mort. El ritme d'intubació els 2 últims dies ha baixat i preveuen 1-2/dia a partir d'ara.

3) Catsalut ha portat llits d'hotel i baranes per muntar a la 1a de consultoris drenatge de pacients alts a residències i CSSs i que donada la situació d'aquests centres és millor que no hi tornin per ara; així s'alliberarien més llits d'hospitalització.

4) RRHH: 102 treballadors aïllats, 43 positius. Dels 102, 32 metges, 32 infermers, 25 auxiliars, 6

l·literers dels quals 5 positius. S'han fet 250 PCR's (inclou Clínica del Vallès). Ahir només 6 segones PCR's positives, als darrers 2 dies cap 1ª PCR positiva. Els tests ràpids s'han provat al Valle i NO funcionen (sensibilitat només 30%), a L'HCP tampoc els fan. La Dra. García proposa i així es decideix unànimement que als ingressos procedents de residències i als quirúrgics se'ls faci els frotis sistemàticament.

5) Dermatologia ha donat cremes pels problemes cutanis facials que origina l'ús continuat d'EPIs. Les FFP3 es reben a comptagotes, avui arriben 43.

6) Farmàcia: avui ha arribat atracuri i rocuroni.

A partir d'avui les comandes de farmàcia es fan a través del ministeri.

7) Infermeria: els horaris seran de 12 hores (en majors 50 anys això serà voluntari).

Sembla que sortirà al BOE que els estudiants d'infermeria de quart es podran contractar com infermers i no auxiliars com fins ara. El ministeri també busca infermeria a Sud-amèrica. Els hotels-salut funcionaran amb infermeria de primària que també haurà de fer 12 hores.

8) El servei de neteja ha estat reforçat amb 19 persones més.

3 D'ABRIL

0) Primer dia que a la reunió es nota un clima més distès, amb alguns intercanvis de somriures i menys preses per part de tothom.

1) Pacients: L'afluència per urgències ens està minvant, com a L'HCP i altres; fins abans d'ahir fèiem 50/55 ingressos diaris, ahir 28. Tenim 27 llits lliures. A l'hotel salut hi ha 100 pacients sobre una capacitat de 600 perquè no tenen RRHH, són infermers de primària que doblem torns CAP-hotel. Ahir vam oferir 10 places al HCP i només van venir 5, ells també estan amb menys pressió. Hauré de començar a pensar en unitats postCOVID per a pacients no altables per diferents motius mèdics o socials.

2) Informació a les famílies: també ha afluïtat la demanda dels primers dies perquè ara tenen la seguretat que els truquem nosaltres.

3) UCI: també millor, intubaven 4-5 pacients al dia i ahir ja només 2.

4) EPIs: bastant normalitzats, al magatzem territorial corporatiu del grup ha arribat mig milió de mascaretes quirúrgiques. Alemanya està desbloquejant l'exportació i dilluns arriben FFP3 de la casa 3M. També han arribat 250 escovillons.

5) Farmàcia també millor excepte el poc remifentanil.

6) RRHH: 80 treballadors a casa (ahir 100).

6 D'ABRIL

1) Pacients: 386 ingressats. Encara 30 ingressats a crítics.

Pensen a tenir una planta post-COVID que podria ser la setena. Ahir vam tenir només 23 ingressos i ja 27 altes (19 + 8 èxits). Més del 70% dels èxits acumulats de l'HUSC tenen més de 80 anys.

Avui també ja ens han donat 5 llits de centres socio-sanitaris (CSS). El drenatge a hotel de moment és zero.

2) RRHH: 74 treballadors a casa, 32 positius.

3) Entrarem a un assaig multicèntric de quimioprofilaxi: estudi cec amb quatre opcions de tractament:

- hidroxicloriguina
- Truvada (2 antiretrovirals)
- hidroxicloriguina + Truvada
- placebo

Es començaran a reclutar els voluntaris (d'entre el personal sanitari en contacte amb COVIDs) aquestes dues setmanes vinents; hauran de fer el tractament durant 12 setmanes. Aviat es publicaran els criteris d'inclusió.

4) EPIs: en general ja anem bé, el més flux les bates però CatSalut ens ha portat 30.000 mascaretes quirúrgiques, 6.000 FFP2, 400 FFP3, 500 pantalles, i també gel de mans hidroalcohòlic.

7 D'ABRIL

1) Pacients: hi haurà molts trasllats de pacients COVID negatius de la 10a, 6a i 4a cap a la 2a (hi ha uns 14 negatius escampats.) Ahir vam tenir 31 ingressos per urgències, 20 amb simptomatologia COVID i 11 noCOVID. Tenim uns 40 malalts pendents d'hotel, hem proposat a CatSalut gestionar nosaltres una planta de l'hotel amb els nostres infermers. Llavors podríem tancar pediatria i CV. Tenim 26 intubats, dels quals 9 al Bloc Quirúrgic, 6 a Reanimació. Ahir es van extubar 2 pacients. Ens podrien derivar pacients-UCI de comarcals on no hi ha autèntiques UCIs (Calella, Blanes...); ahir van venir 6 de Mollet on només tenen semicrítics.

Avui han arribat 9 ventiladors amb pinta de domiciliaris amb instruccions en alemany que hem de veure perquè serveixen realment. Tot i que la pressió assistencial es mantindrà a àrees de crítics però baixarà a la resta, no és previsible programació quirúrgica fins passat el 20 d'abril, però la dilació en cirurgia major anirà molt més enllà.

2) EPIs: anem bé de tot, avui CatSalut ens ha entregat 500 FFP3 més.

El personal administratiu, de manteniment i de cuina ha demanat de no anar amb els seus uniformes habituals que no es netegen cada dia, i podran anar amb pijama+bata+guants+FFP1.

3) Farmàcia: avui han entrat 7 caixes de Kaletra però es preveu escassetat per la setmana vinent, tot i que no sembla imprescindible.

4) Trucades famílies funcionen bé. S'ha de vigilar amb les pertinences dels difunts (hi ha hagut 2 casos de desaparició, baixen en doble bossa etiquetada al dipòsit de cadàvers 2).

5) RRHH: avui 77 treballadors en aïllament domiciliari.

26 positius, dels quals 20 metges, 26 infermers, 16 auxiliars, 4 lliterers, 6 administratius, 1 de farmàcia. S'han fet en total des del principi 273 controls, dels que només 4 han desenvolupat clínica greu.

8 D'ABRIL

0) Parlo a part amb el Director Mèdic i li comento que activitat no presencial telefònica l'estem fent des del principi de la crisi ja abans d'existir les noves agendes, i que el problema és que aquesta activitat i la de cures, visites restants, imprevistes, etc. no quedi enregistrada per ingressos, tot i que nosaltres fem formularis de tots aquests casos. Em diu que és conscient que no és culpa nostra, és del registre.

1) Pacients: 368 ingressats, uns 230 positius. A UCI 10, BQ 17, UCRI 14. Tenim uns 60 pacients totals d'asseguradores (haviem tocat fons a 35). Està passant l'esperable, augmenta la demanda d'ingrés de pacients noCOVID habituals previs (amb patologies cròniques). Ja no calen tants espais afegits a hospitalització, es tancarà bariàtrica i CV, encara oberts: pediatria i Umain. Plantegen anar concentrant els negatius que van augmentant a la 8a (a més de les ja existents).

El SEM centralitza els trasllats de comarcals explicats ahir, i de moment no ha vingut cap més.

2) RRHH: aïllats 81 treballadors a casa, dels quals 31 són positius i d'aquests hi ha 4 ingressats. Dels 81, 23 metges i 27 infermers. Sembla que els nous tests els farà Quirón Previsión i no seran frots però serologies. Preocupen les lesions cutànies facials per EPIs de personal d'infermeria i Dermatologia farà seguiment.

3) EPIs: bé, tenim de sobres per 1a setmana.

4) Farmàcia: ahir escassetat de nutrició enteral, el laboratori proveïdor va trencar estoc, hi ha alternatives. Alguns sedants escassegen i es va canviant la pauta.

9 D'ABRIL

1) pacients: 373, 236 positius, 84 sospites, resta noCOVID. En haver passat les residències d'avis de tot Catalunya del Departament de Treball al de Salut, aquest ha decidit traslladar avis a hospitals. A Barcelona hi ha unes 300 residències que podran derivar avis a dos hospitals referents, el Clínic i nosaltres. Per tant no tencarem els espais que ahir dèiem de tancar. Ahir ja ens van arribar 7 estadants de residències.

La 1a de París es mantindrà muntada per avis que no calgui tenir a planta.

Plantes noCOVID 1a, 2a, 3a. A la 10a hi ha bastants negatius i potser es deixarà per a negatius en comptes de la 8a.

2) RRHH: 83 treballadors aïllats, 31 positius, dels quals 27 asimptomàtics o lleus a casa i 4 ingressats. Direcció Assistencial vol fer tests d'immunitat (quan es pugui) a tot el personal i no només als que hagin estat aïllats.

3) UCI: Porten acumulats un total de 15 extubats, dels quals 2 s'han hagut de reintubar. Els hi queden 2-4 ventiladors disponibles/dia. Calculen la seva mortalitat $\leq 35\%$ (inferior a la mitjana d'altres centres).

4) EPIs/magatzem: bé excepte de calç pels respiradors de quiròfan, Dräger no en té ni demanant-la a Alemanya. Els cartutxos que a quiròfan duraven 2-3 dies ara duren 1, porten gastats 80 cartutxos

en menys de 10 dies, ens queden 15-20 cartutxos d'Intersurgical. Hi ha l'alternativa teòrica dels respiradors domiciliaris que van arribar, però falta aco-
blar adaptadors d'oxigen i vàlvules respiratòries.

5) Farmàcia bé, ahir van aparèixer més de 50 capses de Kaletra demanades de fa setmanes. Tam-
bé s'ha solucionat la manca de dexmedetomidina, remifentanil i nutrició parenteral.

14 D'ABRIL

Pacients ingressats 336, amb dificultats a l'hora de moure'ls i quadrar plantes amb positius i ne-
gatius. Intentaran buidar de positius 5a i 7a per a omplir-les de clínics i residències. S'està organitzant neteja i desinfecció d'espais amb empresa externa. Es començarà per annex d'urgències i reanimació, després es farien quiròfans i UCSI. Segueix l'embús en pacients per a CSSs, pel que es mantindrà dis-
ponible la 1a. Ingressos de residències: DV 7, ds 5, DM 5, dl 0, DM 0. 15 intubats: 9-10 a UCI (1 amb diàlisi) i 5 a quiròfans. Van havent-hi menys ingres-
sos UCI però molt complexos i de mal pronòstic. Di-
recció Assistencial per tercer cop explicita el mag-
nífic treball del personal de l'àrea quirúrgica, de-
fensant-lo de qualsevol dubte sobre alguna infecció creuada que hagi pogut haver-hi. Aproximadament un 10% dels nostres pacients haurien de poder-se drenar a CSSs. Tenim 17 pacients de residències a l'espera d'instruccions de CatSalut. Hem aconseguit només tres o quatre trasllats més a hotel.

2) EPIs bé. Justos de bates però CatSalut envia molts bussos (avui 1200).

3) Farmàcia: només va haver-hi escassetat d'ampolles d'amiodarona però només cal en arrit-
mies greus a UCI.

4) RRHH: 36 positius, 67 aïllats a domicili i 28 en vigilància activa. Tenim ja 700 tests d'anticossos to-
tals i uns 150 que diferencien IgG i IgM. Es faria el test de totals i si surt positiu, llavors es faria l'altre; els resultats es tindrien en una hora. Es rebran tests suficients per a tota la plantilla, començant-se a fer pel personal de 1a línia. Se n'encarregaran com les PCRs, el Dr. Gutiérrez i la Sra. Laura Caba.

15 D'ABRIL

Pacients: tenim 334 ingressats, dels quals 200 po-
sitius i d'aquests 15 intubats. Els darrers cinc dies no augmenta el cens però estem estancats, ahir per exemple 38 altes i 34 ingressos, i necessitaríem anar alliberant espais, entre altres coses, per reempren-
dre les cirurgies de neoplàsies. Caldrà tornar a tenir una UCI-noCOVID, que podria muntar-se a REA o a UCRI. I valorar obrir o no 1ª planta com a "residèn-
cia" dins l'hospital per a alliberar llits de plantes.

2) EPIs bé.

3) Farmàcia bé.

4) RRHH: 94 treballadors aïllats, dels quals 36 positius, 38 en vigilància activa a casa i 20 pendents de classificar amb resultats de 1a o 2a PCR.

Demà hi haurà comunicat explicant circuit i pro-
cediment de les anàlisis VOLUNTÀRIES de sang del personal, que es faran:

1r a urgències
2n a quiròfan
3r a UCI i crítics
4t a plantes
Etc.

Diu que tenen un 86'7% de sensibilitat i un 97% d'especificitat.

S'encarregarà el mateix equip Dr. Gutiérrez -
Sra. Caba.

5) Atenció famílies: pot entrar 1 familiar sem-
pre a fer l'acompanyament durant l'agonia. Estan havent-hi robatoris (darrera setmana 5), seguretat està alerta i els Mossos ho saben.

16 D'ABRIL

1) Pacients: cert estancament de la situació per la dificultat del drenatge. Pendents de si es pot fer un "petit CSS" a l'HUSC perquè l'hotel no acaba de funcio-
nar, tot i haver ofert nosaltres de portar personal nostre a l'hotel. La REA ja està desinfectada.

2) RRHH: encara 94 treballadors a casa, amb 34 positius. S'endarrereixen els tests immunològics, avui sembla que no els farà l'equip Gutiérrez-Caba sinó centres de Quirón Prevención (hi ha diversos a Barcelona), quan es pugui, per la centralització dels tests disponibles, sembla que vigilen per la polèmica prèvia de laboratoris que els feien particularment, perquè no tots els hospitals han dit que els farien... (a Platón els han fet per bona relació amb el HCP que també els fa, els hospitals de l'ICS no).

3) EPIs bé.

4) Farmàcia bé, recuperant estocs.

5) A l'estudi EPICOS s'han apuntat 5 persones, tot i els correus enviats a tot el personal.

17 D'ABRIL

1) Pacients: 337 ingressats, dels quals 220 CO-
VIDs, continua l'estancament, ahir 23 altes (inclou 6 èxits) però 25 ingressos. És possible que avui es buidin els quiròfans perquè hi haurà 4 boxes lliures a UCI i es preveuen 2 èxits. Però no s'atreveixen a desinfectar encara per si repunta la xifra. Umain, pediatria, vascular, gimnàs RHB, annex d'urgències són espais ja buits. L'annex d'urgències pendent de desinfecció. S'estan retornant llits a clínica del Vallès, bombes a Teknon, etc.

2) RRHH: treballadors aïllats 69 (25 menys per-
què els ha arribat el bolcat d'altres de la SS). Hi ha 13 ILTs per altres patologies incompatibles amb treball-COVID.

En vigilància activa 34, només 2 nous d'ahir pendents de classificar. Continua constatant-se la presència de grups de diferents col·lectius (met-
ges, infermeria, neteja...) massa junts i no tothom amb EPIs al bar, es valora un altre cop l'opció de treure taules i cadires, però es creu que llavors l'incompliment del social distancing es traslladaria a altres llocs com offices, sales d'estar, etc. Es de-
mana col·laboració perquè quan s'investiga l'origen dels nous contactes positius, no hi ha fallades en les proteccions durant la feina sinó durant els mo-
ments de relaxació. Els tests immunològics volun-

taris finalment començarien la setmana vinent i es farien a un miler de treballadors, uns 25 al dia (cada test pot durar uns 20-30 minuts), a un centre proper (Josep Tarradellas) de prevenció, aniran telefonant.

3) EPIs bé.

4) Farmàcia bé.

5) Atenció a les famílies: ahir va haver-hi un altre robatori. Es canviarà el circuit de recollida i registre de pertinences.

20 D'ABRIL

1) Pacients 297, avui és el segon dia per sota de 300. Plantes 1, 2, 3, 4 noCOVID, en aquestes es passa a protecció amb mascareta quirúrgica i guants. D'espais atípics fora plantes només queden pacients a UCSI. 250 són positius o sospites. Ahir 19 ingressos i 20 altes, de les quals 8 èxitus COVID i un noCOVID. Tenim instruccions de CatSalut per a reintegrar pacients a residències, tenim uns 100 pacients de residències, difícil drenatge. S'intentarà que el personal de l'àrea mèdica vagi deixant l'horari de 12 hores. Estem coordinats amb HCP, Plató, Quirón i Dexeus per a procedir similarment a l'hora d'anar recuperant l'activitat noCOVID (especialment la quirúrgica, HCP ha mantingut fins ara 2 Q i obrirà 2 més).

2) UCI: Preparada UCI noCOVID a 1ª (ex-neonats) tot i que potser no caldrà.

REA desinfectada. Des de 17-4-20 tarda al Bloc Quirúrgic, no hi ha cap pacient.

A UCRI, 5 pacients.

3) RRHH: 67 baixes a casa, 27 positius, 37 en vigilància i 3 pendents de classificació. Finalment es faran tests ràpids VOLUNTARIS amb gota de sang (no extracció EV com semblava). Es començaran a citar telefònicament avui o demà començant com es va dir pel personal d'urgències, UCI, etc., i es podran fer al despatx de vigilància de la salut de l'HUSC, no caldrà anar al centre de Tarradellas.

- Si tot <-> ⇒ es pot treballar.
- Si IgG <+> ⇒ es pot treballar.
- Si IgM <+> ⇒ a casa 15 dies amb baixa laboral.

És protocol centralitzat del Grup Quirón.

4) EPIs, Farmàcia i informació a famílies bé.

21 D'ABRIL

1) pacients: 7 a UCI COVID intubats, 2 a UCI noCOVID de la 1a, 8 a UCRI (ahir 11). Empat ingressos-altes a 25. Pacients de residències més de 70 directes + 28 passats per urgències nostres o del Clínic, sumen un centenar. Avui es desinfecten Bloc Quirúrgic, UCSI i RHB nostra de París. S'ha d'unificar la uniformitat d'EPIs en funció de si estem a planta COVID o noCOVID, p ex a la 4a s'ha detectat barreja d'equips. També s'ha de protocolitzar l'acompanyament de les famílies, sobretot hi ha dubtes a plantes noCOVID on és fàcil relaxar les normes. Les cadires de les sales d'espera de CCEE

es marcaran perquè tothom mantingui les distàncies de seguretat.

2) RRHH: 65 treballadors a casa, dels quals 32 positius.

Sobre el tema dels tests d'empresa: han tornat (els de Quirón Prevenció) a canviar de format: primer es farà el test total (15') i si aquest és positiu, llavors es faran IgGs i IgMs (15' més). Demà Direcció presentarà pla d'acció per a reprendre l'activitat noCOVID, començant per clínica del dolor i endoscòpies digestives la setmana vinent. Avui hi ha reunió amb els serveis quirúrgics per a reprendre els procediments quirúrgics no necessàriament neoplàsics; sempre coordinats amb el nostre entorn (HCP i altres).

3) EPIs i farmàcia seguim bé. No cal reutilitzar tant les bates impermeables nominals perquè ja en tenim estoc.

22 D'ABRIL

1) pacients: 294 ingressats, dels quals 235 positius, 17 sospites, resta noCOVID.

Ahir encara de 26 ingressos 18 van ser COVIDs.

Es preveu estancament durant un parell de setmanes.

Divendres comencen els cultius de l'àrea quirúrgica (quiròfans, reanimació, UCSI).

Properament començaran també ecocardiografies, intravítreas, etc.

Però hem d'aconseguir que el flux de pacients als espais comuns no sigui massiu com abans; potser farem 1a visita presencial, i en canvi visita successiva per a informar sobre els resultats de les proves, indicar procediments, etc. telemàtica.

El ministeri de Sanitat ha enregistrat la nostra activitat HUSC ACUMULADA:

Taula 1. Activitat HUSC acumulada. Font Ministeri de Sanitat

-2427 PCR's realitzades.
-1180 PCR's positives.
-792 hospitalitzats.
-105 ingressats a UCI.
-486 altes.
-178 èxits.

2) RRHH: 65 treballadors a casa, dels quals 22 positius.

Estan començant a telefonar de Quirón Prevenció per citar pels tests ràpids.

En aquest punt, explico al comitè la inquietud del servei de COT, en el sentit que l'addenda al consentiment informat diu que l'equip quirúrgic ha estat sotmès a anàlisis per a descartar COVID, cosa que seria mentir en un document legal.

Tant Direcció Mèdica com Assistencial veuen que tenim raó, prenen nota per tal que als quirúrgics se'ls pugui fer les anàlisis abans de reprendre l'activitat a quiròfans.

3) EPIs i farmàcia bé.

4) Donada la millora en general de la situació els darrers dies, aquest comitè deixa de reunir-se cada dia i passa a fer-ho dilluns, dimecres i divendres.

24 D'ABRIL

1) pacients: ahir 40 altes, de les quals 31 COVIDs i 3 èxits. Ingressos només 19, dels quals 13 COVIDs. Estancament a UCI. Ahir es va tornar als horaris habituals dels metges. En sortir aquest tema, la Dra. Coll afirma explícitament i textual que "les especialitats no mèdiques han fet un sobreforç molt i molt important" i vol que quedi constància.

2) RRHH: ahir 65 treballadors de baixa, avui 58, dels quals 26 positius, 30 en vigilància activa, 2 pendants de classificar.

3) EPIs i farmàcia bé. Caldrà un protocol d'utilització d'EPIs per a CCEE, si és que a mitjans de maig es van obrint més progressivament.

4) Informació famílies: a plantes noCOVID s'estableix horari de visites de 13:30 a 16:30 hores; els familiars visitants aniran identificats amb etiquetes que se'ls facilitaran en quedar enregistrats a recepció.

5) Tema "culebrón" tests COVID: Ahir es van aturar per no haver arribat suficient nombre. Teòricament avui arriben tots els tests, se n'han de fer uns 2000, entre uns 1400 treballadors propis i uns 600 de les restants empreses que treballen a l'HUSC i externs mercantils, etc. Es farà directament el test IgG-IgM. Per raons bàsicament logístiques es faran repartits entre Quirón Prevenció i Health Diagnostics (laboratori). Als metges ens tocarà al laboratori i mitjançant venoclisi.

Es seguirà el protocol establert per Salut Laboral: Si IgM <+>, immediatament te'n vas cap a casa i llavors el metge de vigilància de la salut de Quirón Prevenció et truca per telèfon i et cita per a fer PCR. Quirón Prevenció gestionarà un sistema únic de base de dades amb el software propi OHS, no tenim eines informàtiques alternatives per a no perdre la traçabilitat.

27 D'ABRIL

1) pacients: ahir 44 urgències de les quals 24 no van ingressar. 20 ingressos (aproximadament la meitat COVIDs) però només 8 altes. Èxits dissabte 0, diumenge 4. Sembla que el nou pacient tipus que arriba no està tan greu com dies enrere. De tota manera es faran previsions a UCI per si hi ha repunts.

2) EPIs: no se sap perquè s'ha disparat el consum d'FP2 i FP3 (300 en dos dies), tot i que només es distribueixen a la 5a i a quiròfan. També s'ha vist personal amb màxima protecció (bussos, ulleres, etc.) per espais noCOVID. I continua detectant-se massa acumulació de personal a cafeteria. Es farà seguiment i s'indicarà a seguretat que faci complir el social distancing.

3) Farmàcia bé.

4) Manteniment desinfectarà totes les plantes que es van utilitzar a París i Londres, i retornarem la 2a a MC. Anem retornant material a la Clínica del Vallès, Clínica Planas, etc. També s'enretiraran els llits de la 1a de CCEE.

5) RRHH: 59 treballadors de baixa, dels quals 27 positius.

Avui han començat els tests i de moment han sortit 4 ó 5 IgM <+>.

0) En un apart, la Dra. Coll em demana si he tramès al servei de COT el seu públic reconeixement a la feina dels traumatòlegs aquestes setmanes, i li dic que sí.

29 D'ABRIL

1) pacients: estacionaris a l'equilibri altes/baixes. Ahir van ingressar més noCOVIDs que COVIDs, però d'aquests encara ingressen uns 10 al dia. Negativitzarem la 6a i començarem l'activitat quirúrgica programada la setmana de l'11 de maig (els cultius de quiròfans van avançant satisfactòriament). El SCS està acabant un document d'instruccions de desescalat per a reprendre l'activitat quirúrgica. Tenim una llista d'espera quirúrgica de 3300 pacients, dels quals uns 900 de mútues i la resta SCS. La llista de l'any passat era pitjor. A tots els pacients a operar se'ls farà PCR. S'està treballant un protocol de definició i separació d'espais COVID/noCOVID, la senyalística de les sales d'espera, etc. També hi haurà equips separats d'infermeria. Les CCEE seran el darrer espai a reobrir totalment, encara no s'obriran del tot les agendes de consultes presencials. Hi haurà reunions amb els caps de servei per a reorganitzar i distribuir les visites entre presencials, telemàtiques, etc.

2) RRHH: s'han fet 641 tests en 2 dies, 320 a HD i 321 a QP. Només han sortit positius 26 (aquests sumats als quals ja eren baixes sumen 50 empleats a casa).

De PCRs a personal laboral s'havien fet unes quatre-centes.

3) EPIs: reserves per a 8 dies, tot i que els proveïdors segueixen intervinguts pel ministeri.

4) Farmàcia bé.

5) Atenció a famílies: sembla superat el problema dels robatoris des que va canviar el circuit de custòdia de pertinences.

4 DE MAIG

1) pacients 253, dels quals 121 COVID o sospites i 132 noCOVID. UCI 5-6 COVID i 2-3 noCOVID.

2) RRHH 71 baixes, 42 positius, 15 en vigilància activa, 15 pendants de reincorporar.

Tests HCP aprox. 11% <+> sobre >500.

Tests HUSC aprox. 10% <+> sobre >1000.

Població gral. aprox. 4% <+>.

□ hi ha COVID per a estona...

3) EPIs i farmàcia bé. Famílies bé.

Estudi EPICOS s'han apuntat 9 (a la Jiménez Díaz 4).

A partir d'ara només hi haurà Comitè de Crisi setmanal els dimecres a les 11 (començant el dia 13).

Taula 2. Tests serològics. Activitat 4-5-20

Tests	Positius
Tests Hospital Clínic	Aprox. 11% <+> sobre >500.
Tests HUSC	Aprox. 10% <+> sobre >1000
Tests Població gral	Aprox. 4% <+>.

Revisió

Repercusiones psicológicas y psiquiátricas en la población general y personal sanitario durante la crisis por COVID-19

Repercussions psicològiques i psiquiàtriques en la població general i personal sanitari durant la crisi per COVID-19

Psychological and psychiatric repercussions in the general population and health personnel during the COVID-19 crisis

Kira Diz i Miserachs, Berenice Jaraba Arenas, Miriam Coll Mora, Juan Seguí Montesinos

Servicio de Psiquiatria, Hospital Universitario Sagrat Cor

RESUMEN

Introducción y objetivo. El brote por coronavirus 2019 (COVID-19) ha puesto a los profesionales de la salud, especialmente aquellos que se encuentran en primera línea, bajo una gran presión, con riesgo de experimentar agotamiento, trastornos psicológicos, estigmatización, insomnio, depresión y ansiedad. Pero las consecuencias a nivel psicológico también están afectando a la población en general, a adultos y a niños. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura que permita identificar los problemas psicológicos a fin de desarrollar intervenciones útiles que eviten la aparición de patologías severas en el futuro.

Método. Revisión narrativa de las repercusiones psicológicas y psiquiátricas en población general y personal sanitario, a través de búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Google Scholar, PubMed y Dialnet.

Resultados. Se han compilado 45 trabajos que cumplían los requisitos de inclusión.

Conclusión. Se detectan altos niveles de estrés, ansiedad y sintomatología depresiva que podrían tener implicaciones significativas a largo plazo.

RESUM

Introducció i objectius. El brot per coronavirus 2019 (COVID-19) ha posat als professionals de la salut, especialment aquells que es troben a primera línia, sota una gran pressió, amb risc d'experimentar esgotament, trastorns psicològics, estigmatització, insomni, depressió i ansietat. Però les conseqüències en l'àmbit psicològic també estan afectant la població en general, adults i nens. L'objectiu d'aquest treball és realitzar una revisió de la literatura que permeti identificar els problemes psicològics a fi de desenvolupar intervencions útils que evitin l'aparició de patologies severes en el futur.

Palabras clave: Coronavirus; COVID-19; Personal sanitario; Salud mental; Pandemia.

Paraules clau: Coronavirus; COVID-19; Personal sanitari; Salut Mental; Pandèmia.

Keywords: Coronavirus; COVID-19; Health Personnel; Mental Health; Pandemics.

Correspondencia: kiradizmiserachs@gmail.com

Recibido: 30-junio-2020

Aceptado: 16-julio-2020

Diz Miserachs K, Jaraba Arenas B, Coll Mora M, Seguí Montesinos J. Repercusiones psicológicas y psiquiátricas en la población general y personal sanitario durante la crisis por COVID-19. Ann Sagrat Cor 2020;27(1): 35-42.

Mètode. Revisió narrativa de les repercussions psicològiques i psiquiàtriques en població general i personal sanitari, a través de cerca bibliogràfica a les bases de dades: Google Scholar, PubMed i Dialnet.

Resultats. S'han inclòs 45 treballs que complien els requisits d'inclusió.

Conclusió. Es detecta l'experimentació d'alts nivells d'estrès, ansietat i simptomatologia depressiva que podrien tenir implicacions significatives a llarg termini.

ABSTRACT

Introduction and objectives. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak is putting healthcare professionals, especially those in the frontline, under extreme pressures, with a high risk of experiencing physical exhaustion, psychological disturbances, stigmatization, insomnia, depression and anxiety. But the consequences at the psychological level are also affecting the general population, adults and children. The aim of this work is to conduct a review of the literature to identify psychological problems in order to develop useful interventions

that will prevent the appearance of severe pathologies in the future.

Method. Narrative review of the psychological and psychiatric repercussions in the general population and health personnel, through a bibliographic search in the databases: Google Scholar, PubMed and Dialnet.

Results. 45 papers that met the inclusion criteria were included.

Conclusion. Experimentation of high levels of stress, anxiety and depressive symptoms is detected and could have significant long-term implications

INTRODUCCIÓN

La nueva pandemia por COVID-19 está ocasionada por el virus denominado SARS-CoV-2 que forma parte de la extensa familia de coronavirus descubierta en la década de los 60. Oficialmente, en diciembre de 2019, en un mercado de la ciudad de Wuhan (séptima ciudad más grande de China) se inició la epidemia. En enero de 2020, científicos chinos aislaron un nuevo coronavirus (Shih y Sun, 2020). La hipótesis más razonable es que el SARS-CoV-2 provenga de los murciélagos, aunque todavía son necesarios estudios adicionales puesto que estos mamíferos podrían ser únicamente los intermediarios de la enfermedad. Lu *et al* (2020) determinaron que se trataba de un nuevo tipo de virus, de la familia *Coronaviridae*, emparentado con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y con el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) aunque distinto a ambos. Los investigadores del artículo postulan que “el análisis filogenético de estos genomas de 2019-nCoV y de otros coronavirus se utilizó para determinar la historia evolutiva del virus y ayudar a inferir su probable origen. Se realizó un modelado de homología para explorar las probables propiedades de unión al receptor del virus”.

La sintomatología que provoca ataca principalmente al sistema respiratorio y puede aparecer en un período de incubación de entre aproximadamente 5 y 14 días. Los síntomas más comunes son fiebre, tos seca y fatiga. Secundariamente también puede causar diarrea, cefaleas, disnea, hemoptisis y linfopenia (Hussin y Siddappa, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) notificó que, además de la sintomatología primaria, existen otros síntomas tales como dolores musculares, congestión nasal, conjuntivitis, dolor de garganta, anosmia, erupciones cutáneas y cambios de color en los dedos de las manos o los pies. También se ha registrado dificultad para respirar, dolor o presión en el pecho y la incapacidad para hablar o moverse. “El virus que causa el COVID-19 se transmite, principalmente, a través de gotículas generadas por una persona infectada al toser, estornudar o respirar. Estas gotículas son demasiado pesadas para permanecer suspendidas en el aire y caen rápidamente sobre el suelo o las superficies. Puede infectarse al inhalar el virus si está cerca de una persona con COVID-19 o si, tras tocar una su-

perficie contaminada, se toca los ojos, la nariz o la boca” (OMS, 2020)¹.

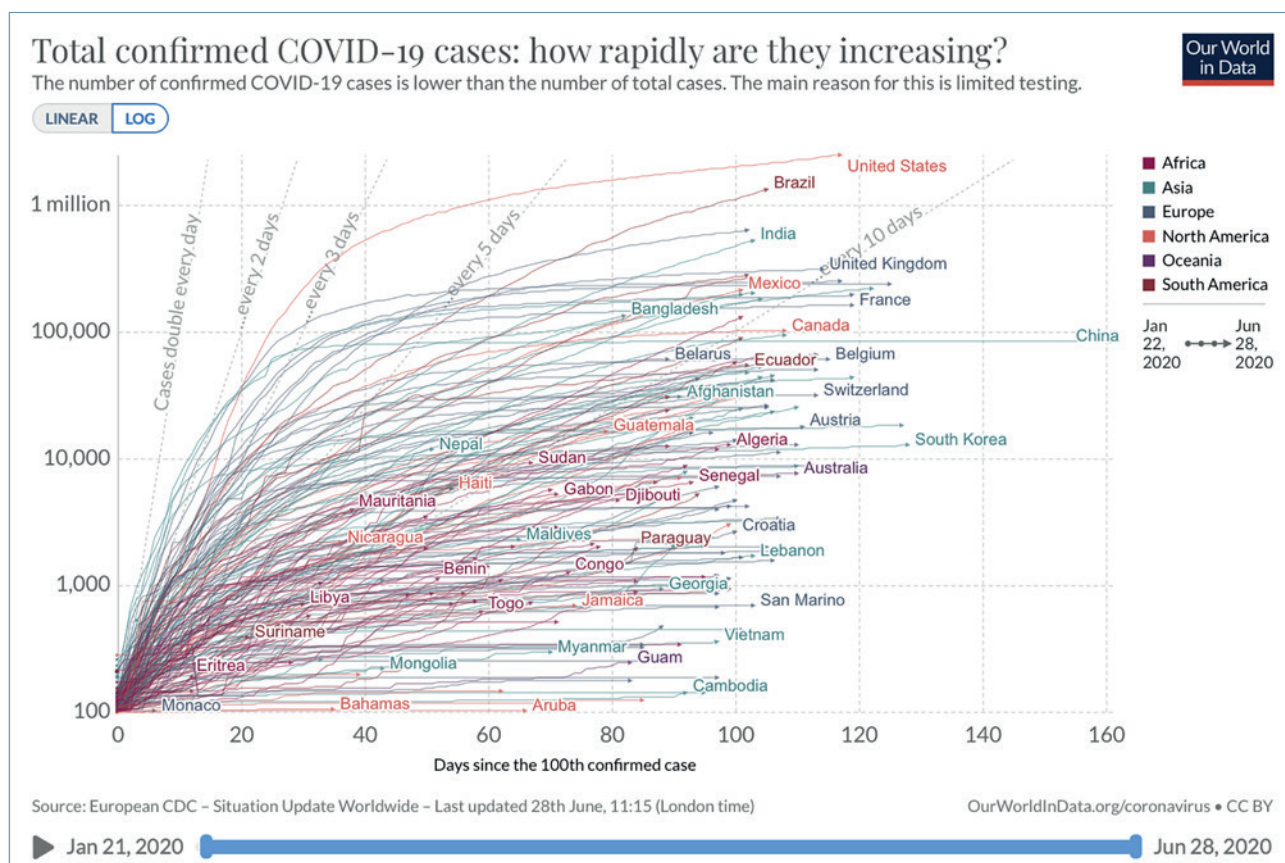
El riesgo se eleva tras un contacto prolongado, siendo menos probable con contactos casuales. Puede existir riesgo de pacientes asintomáticos e incluso a partir de personas en periodo de incubación de la enfermedad (Trilla, 2020). También cabe la posibilidad de transmisión a partir de superficies infectadas, habiéndose descrito recientemente que el SARS-CoV-2 puede persistir en plásticos y acero inoxidable hasta 72 horas (Van Doremalen *et al*, 2020).

La infección por SARS-CoV-2 puede producir una neumonía intersticial y, en muchos casos, daño irreversible en el tejido pulmonar que genera secuelas graves, pudiendo conducir a la muerte (Xu, An, Lv, Yin, Zhang, *et al.*, 2020). También se han descrito afectaciones del sistema nervioso central, enfermedades neurológicas, daño musculoesquelético, encefalopatía hemorrágica y el síndrome de Guillain-Barré, entre otras (Leon, Bender y Velázquez, 2020). Algunos de estos síntomas aparecen preferentemente en los pacientes clínicamente más graves, aunque también se conocen casos de presentación neurológica en pacientes sin síntomas respiratorios.

Durante el primer mes de expansión, en estado de epidemia, surgieron alrededor de 80.000 casos en China. A nivel mundial, se propagó con gran celeridad hacia Corea del Sur, Irán, Italia, España, Francia, Alemania y Japón, esta última en menor medida. Dados los niveles alarmantes de propagación y gravedad, el Director General de la OMS decreta el 11 de marzo de 2020 el cambio de estado de epidemia a pandemia. Posteriormente, la pandemia creció exponencialmente hasta los últimos datos que reflejan que, a día de hoy, los países más perjudicados son: EEUU, Brasil, Rusia, India, Gran Bretaña y España, entre otros (Figura 1).

A nivel mundial, los casos confirmados de COVID-19 son 9.843.073 personas siendo el continente predominante América con 4.933.972 casos y el menor continente afectado, Oceanía con 213.032 casos (OMS, 2020). Europa se sitúa en la tercera posición a nivel continental con 2.656.437 casos. Los casos de fallecimiento a nivel mundial se sitúan, a junio de 2020, en 495.760 personas.

1 Organización Mundial de la Salud (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público. Consultado el 22 de Junio en <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Figura 1. European Center for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en>

América de nuevo registra el mayor número de víctimas mortales con un total de 241.931 personas (OMS, 2020).

En España se han diagnosticado 248.770 casos, con 28.341 han fallecidos (OMS, 2020). La Actualización 150 del Ministerio de Sanidad de España recoge que, hasta la fecha, los casos que han precisado hospitalización han sido 125.105 de los cuales 11.658 han sido derivados a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por sintomatología grave. Según un análisis provisional (44% de la muestra total), las diferencias por edad y sexo no han sido estadísticamente significativas. Sin embargo, existe un leve predominio de mayor afectación en hombres que en mujeres 54,3% frente a 45,7% de casos (OMS, 2020).

Los grupos con mayor riesgo fueron personas mayores de 60 años, con enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas, inmunodepresión y/o embarazo (Ministerio de Sanidad; Diario Farma, 2020).

En cuanto a las medidas de prevención, la OMS recomienda el lavarse las manos con frecuencia, ya sea con agua y jabón o con gel hidroalcohólico; adoptar medidas de higiene respiratoria, como cubrirse boca y nariz con el codo al toser o estornudar, además de desinfectar las manos posteriormente y no reutilizar el mismo pañuelo; mantener el distanciamiento social de, al menos, de un metro con otras personas; evitar el contacto de las manos con ojos, nariz y boca. En caso de que

tenga síntomas de fiebre, tos y/o dificultad para respirar, debe de solicitar ayuda médica. Aunque no tenga síntomas y haya viajado a poblaciones con brotes de COVID-19, informar a las autoridades médicas y realizar cuarentena en el domicilio. Finalmente, mantenerse informado y seguir las recomendaciones de los profesionales sanitarios.

España, ante la declaración de pandemia, adoptó medidas inmediatas para hacer frente a la emergencia sanitaria. El BOE expuso mediante comunicado oficial: "el artículo cuatro, apartado b), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, habilita al Gobierno para, en el ejercicio de las facultades que le atribuye el artículo 116.2 de la Constitución, declarar el estado de alarma, en todo o parte del territorio nacional, cuando se produzcan crisis sanitarias que supongan alteraciones graves de la normalidad"². En el BOE de 14 de marzo de 2020, se dispusieron una serie de medidas cautelares para todos los españoles, declarando el estado de alarma en todo el territorio, con una duración inicial de 15 días naturales. Ello conllevó limitación de la libertad de circulación de las personas, permitiendo únicamente el desplazamiento por necesidad (compra de alimentos, acudir al médico o farmacia, por el cuidado de mayores y

² Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de estados de alarma. *Boletín Oficial del Estado*, 3692, de 14 de marzo de 2020. Consultado el 22 de junio de 2020 en <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>

fuerza mayor) o trabajo. Se suspendió la actividad educativa presencial, la actividad comercial, establecimientos deportivos y recreativos, clausura de los lugares de culto, así como la hostelería y la restauración. También se impusieron medidas sancionadoras, para todos aquellos que incumplieran u opusieran resistencia a las órdenes de las autoridades competentes en el estado de alarma.

A fecha 20 de mayo de 2020, el BOE publicó la regulación del uso de la mascarilla cuando no hubiera posibilidad de mantener la distancia interpersonal de, al menos, dos metros. Establecía, igualmente, que todas las personas mayores de 6 años deberían usar mascarilla en la vía pública, en espacios al aire libre y cualquier espacio cerrado de uso público.

En el contexto de incertidumbre fruto de la pandemia, causada por un coronavirus desconocido, que ha conllevado un confinamiento severo para la población general y un aumento de presión laboral en el ámbito sanitario, es previsible que el COVID-19 conlleve impactos psicológicos para los trabajadores sanitarios y para la salud en general. Ello hará necesario prever acciones que mitiguen estos impactos en la salud mental, protegiendo y promoviendo el bienestar psicológico de la población y trabajadores de la salud. El objetivo de este estudio es describir los trabajos actuales sobre diagnóstico y afectación sintomatológica a nivel psicológico y psiquiátrico, a fin de poder afrontar su prevención y tratamiento.

MÉTODO

Esta investigación, de corte cualitativo, trata de una revisión narrativa de las repercusiones psicológicas y psiquiátricas en población general y personal sanitario de la pandemia. La recogida de información se ha llevado a cabo en las bases de

datos: Google Scholar, PubMed y Dialnet.

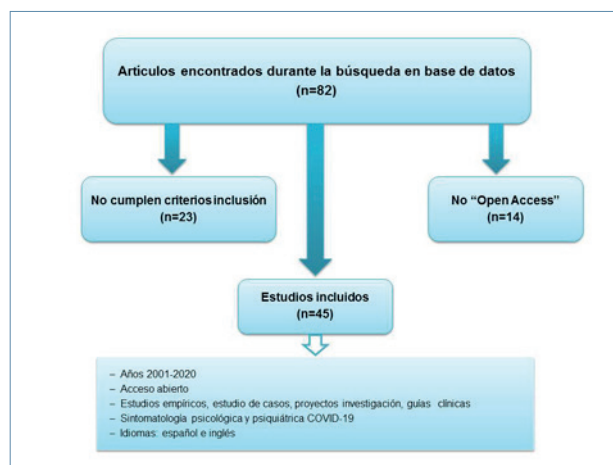
Para la búsqueda se emplearon los siguientes términos: coronavirus, pandemia, psicología, psiquiatría, sanidad y confinamiento.

La selección de documentos se ha realizado de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: A) Publicaciones comprendidas entre los años 2001 y 2020. B) Los artículos estén disponibles en abierto. C) Tipo de documento: estudios empíricos, estudios de casos, guías clínicas D) Sintomatología psicológica y psiquiátrica del COVID-19. E) Artículos en español e inglés.

RESULTADOS

La búsqueda en bases de datos proporcionó un total de 82 artículos. Tras la revisión del título y abstract, se seleccionaron 45 publicaciones que cumplieran con todos los criterios de inclusión (Figura 2).

Figura 2



La Tabla 1 proporciona el resumen de los resultados más relevantes de la revisión.

Estudio	Población	Metodología	Número participantes	Objetivo de estudio	Resultados
Bai <i>et al.</i>	Personal sanitario	Estudio investigación	338	Estrés y reacciones durante el cuidado del personal sanitario involucrados en crisis SARS.	De la muestra total se encuentra: 17 (5%) con trastorno de estrés agudo. 66 (20%) han sido estigmatizados y rechazados en hospital. 20 (9%) aparece resistencia a trabajar.
Brooks <i>et al.</i>	Población general	Revisión bibliográfica	-	Impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo.	El impacto psicológico más importante ha sido el miedo al contagio, sentimientos de frustración y aburrimiento. Falta encubrimiento necesidades básicas y pauta actuación precisa. Casos rechazo social por ser individuo infectado por COVID19.
García	Población general	Artículo de opinión	-	Afectaciones psicológicas a largo plazo por la crisis sanitaria del coronavirus.	La vivencia del COVID-19 puede dificultar la resiliencia de las personas y afectar a la capacidad superar o aceptar situaciones traumáticas. Implica entrar en un bucle de sufrimiento en el que se reviven los peores acontecimientos de esta etapa (fallecimiento de un familiar, amigo...).

Estudio	Población	Metodología	Número participantes	Objetivo de estudio	Resultados
Geller <i>et al.</i>	Población general	Artículo revista científica	-	Pacientes con Problemas Mentales Severos durante el COVID-19: Qué tiene que saber los psiquiatras	Observación de síntomas (paranoia, delirios, alucinaciones, déficits cognitivos, desorganización, ansiedad y estrés postraumático), comorbilidades (pacientes con problemas mentales severos con un 53% de esta población fumadora), medicamentos (antipsicóticos, ansiolíticos, efectos secundarios y medicación interactiva).
International OCD Foundation	Población general	Guía de apoyo	-	Técnicas de autocuidado, reducción de ansiedad y estrés.	La salud mental es importante y debemos cuidarla: ser amable con uno mismo, limitar el uso de redes e información, seguir en contacto con familiares y amigos, mantén contacto con tus sentimientos, continúa con una rutina o crea nuevos hábitos saludables, encuentra algo positivo al día, etc.
Jacobson	Población parental	Artículo revista científica	-	Autocuidado en tiempos del coronavirus.	Buscar tiempos para uno mismo, priorizar hábitos saludables, ser realista, establecer límites, realizar actividades satisfactorias.
Lai <i>et al.</i>	Personal sanitario	Estudio investigación	1257	Factores asociados a los resultados de salud mental entre trabajadores sanitarios expuesto a la enfermedad del coronavirus 2019.	Sintomatología de personal sanitario en Wuhan: Depresión 634 (50,4%), Ansiedad 560 (44,6%), Insomnio 427 (34,0%), Distrés 899 (71,5%)
Lee <i>et al.</i>	Población hospitalaria	Estudio investigación	2003: trabajadores no sanitarios n=49; n= 30 trabajadores sanitarios. 2004: trabajadores no sanitarios n=63; n=33). Sujetos control comunitarios emparejados durante brote (n=145) y en 2004 (n=112).	Estrés y Distrés Psicológico entre los sobrevivientes de SARS 1 año después del brote.	2003. Supervivientes de SARS obtuvieron estrés más elevado durante el brote comparado con el grupo control (19,8 y 17,9 respectivamente). 2004. Supervivientes de SARS obtuvieron depresión, ansiedad y estrés postraumático. Un 64% obtuvo comorbilidad psiquiátrica.
Liu <i>et al.</i>	Población infantil	Revisión bibliográfica	-	Afectaciones a largo plazo de niños durante la pandemia de COVID-19.	Los niños que han sido distanciados de sus padres o cuidadores a lo largo de la cuarentena o que han padecido un duelo, son más vulnerables a desarrollar patologías de carácter psicológico y, por ello, más susceptibles a requerir apoyo psicológico.
Maunder <i>et al.</i>	Población hospitalaria	Estudio de casos	19	Impacto psicológico y ocupacional inmediato del brote de SARS de 2003 en un hospital universitario.	Período de 4 semanas: 19 personas desarrollaron SARS, incluidos 11 trabajadores de salud.
Mira <i>et al.</i>	Personal sanitario	Guía de apoyo y actuación	-	Guía para planificar actuaciones cómo prevención y abordaje de reacciones de estrés agudo en personal sanitario.	Estrés agudo si se presenta sintomatología de frustración, desconcierto, miedo, irritabilidad, desapego, abatimiento afectivo, etc. Si persiste a diario, muchos casos derivan en síndromes ansioso-depresivos y psicopatizaciones. Si la sintomatología perdura más de 6 meses, se puede desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático.
Oliver <i>et al.</i>	Población general	Estudio investigación	156,614	Encuesta de Impacto Covid19: evaluación pulso pandemia en España.	18% informaron tener contacto con alguien infectado. 15% trabajadores de pequeñas empresas banca rota. 19% pérdida significativa ahorros. 19% que dieron positivo, debido a contacto con otros clientes positivos.

Estudio	Población	Metodología	Número participantes	Objetivo de estudio	Resultados
Orgilés <i>et al.</i>	Población infantil	Estudio investigación	1143	Estudio de los efectos psicológicos inmediatos en niños que se ha producido a causa de la cuarentena por COVID-19.	El 89% de los niños presenta alteraciones conductuales o emocionales como resultado del confinamiento.
Plena Inclusión	Población con discapacidad intelectual	Guía de apoyo	-	Convivencia segura para personas con discapacidad intelectual.	Proporciona información sobre cómo tener en casa una convivencia segura, cómo pedir u ofrecer apoyo en casa, cómo realizar un buen aislamiento y cómo seguir las medidas necesarias de higiene contra el virus.
Sociedad Española Psiquiatría (SEP)	Personal sanitario	Guía de actuación	-	Retos y reacciones de estrés a los que se enfrenta el personal sanitario durante la crisis del COVID-19.	La SEP proporciona al personal sanitario unas pautas dirigidas hacia las necesidades de soporte emocional: cuidar de uno mismo y animar a otros al autocuidado. Manteniendo así la capacidad de cuidar a los pacientes.
Sprang <i>et al.</i>	Población familiar	Estudio investigación	398	Trastorno de Estrés Postraumático en padres e hijos, relacionado con desastres sanitarios.	La población que ha sufrido y vivido una cuarentena a lo largo de una pandemia, es más propensa a padecer un Trastorno de Estrés Agudo.
Wang <i>et al.</i>	Población infantil	Revisión bibliográfica	220 millones	Impacto psicológico en niños durante la cuarentena por COVID-19 en China.	Los factores más implicados en el bienestar físico de los niños durante el confinamiento es la pérdida de hábitos y rutinas y el estrés psicosocial.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio ha sido realizar una revisión bibliográfica sobre las repercusiones psicológicas y psiquiátricas de la crisis COVID 19, en el personal sanitario, y en la población general (adultos y niños).

Estudios previos realizados durante el brote SARS en 2003, informaron de reacciones psicológicas adversas en trabajadores de salud, tales como el miedo al contagio e infección a sus familiares y amigos (Maunder, Hunter, Vincent *et al.*, 2003). Incluso se observaron reticencias a trabajar (Bai, Lin, Lin, Chen, Chue y Chou, 2004).

La experimentación de altos niveles de estrés, ansiedad y sintomatología depresiva podrían tener implicaciones significativas a largo plazo (Lee, Wong, McAlonan, *et al.*, 2007). Geller (2020) realiza un estudio más exhaustivo sobre las repercusiones en individuos con enfermedades mentales graves (EMG) con COVID-19. Éstas, durante la infección o incluso una vez remitida, podrían presentar sintomatología de carácter psicótico (paranoia, delirios, alucinaciones, desorganización) e incluso déficits cognitivos, ansiedad e incremento de sustancias tóxicas. Así, se ha observado un empeoramiento sustancial respecto la investigación postulada en el 2007.

Estudios actuales concuerdan con las investigaciones anteriores respecto a las afectaciones psicológicas, sociales y laborales provocadas por la crisis sanitaria, incorporando medidas preventivas y rigurosas para la no expansión del virus.

Investigaciones relacionadas con el personal sanitario, añaden sintomatología depresiva, an-

siosa, insomnio y distrés (Lai, *et al.*, 2020). Mira, *et al.* (2020), concluyen que, además podrían presentarse posteriormente síndromes ansioso-depresivos, psicopatizaciones y, en casos más severos, derivar en un trastorno de estrés post-traumático (Geller, *et al.* 2020; García, 2020).

Brooks (2020) extrapola la información de Maunder (2003) sobre el personal sanitario y miedo al contagio hacia la población general exhibiendo, en mayor medida, sensación de frustración, aburrimiento y falta de información.

Adicionalmente, esta revisión propone la relevancia de tener presente la afectación a nivel psicológico de la relación padres e hijos. Wang, *et al.* (2020) concluyeron que la población infantil en China había desarrollado una pérdida de hábitos y rutinas debido al confinamiento, conllevado estrés psicosocial. Otro estudio en población española, determina que el 89% de la población infantil ya ha presentado, debido a la cuarentena, alteraciones conductuales y/o emocionales.

Liu *et al.*, (2020) refieren que si estos niños además se han visto distanciados, separados o han padecido el duelo de su cuidador principal, serán más vulnerables a desarrollar psicopatologías como es el caso del estrés postraumático (Sprang, *et al.* 2020).

Finalmente, debido a toda la repercusión a nivel socio-económico (Oliver *et al.*, 2020), que ha supuesto un gran impacto financiero, con un decaimiento de la situación laboral, pérdida de ahorros y banca rota en pequeñas empresas, se deben recomendar de manera vehemente buenas prácticas de autocuidado para la promoción de una adecuada salud mental y una calidad de vida funcional, a fin de saber cómo actuar frente

a esta o ante próximas crisis de emergencia de salud (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

Las guías de apoyo son fundamentales para ser amable con uno mismo, limitar el uso de redes sociales e información, seguir en contacto con familiares y amistades, conectar con las emociones, tener una buena rutina y hábitos, ser realista, establecer límites y realizar actividades placenteras (International OCD Foundation, 2020; Jacobson, 2020). Ello es aplicable, sobre todo, a la población más vulnerable y personas con discapacidad intelectual, a las que se debe proporcionar información sobre una convivencia segura, pedir u ofrecer apoyo en casa y realizar un buen aislamiento (Plena Inclusión, 2020).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bai, Y., Lin, C.C., Lin, C.Y., Chen, J.Y., Chue, C.M., Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Serv.* 2004;55(9):1055-1057.
2. Boletín Oficial del Estado (2020). Disposición 3692 del BOE nº3692 a fecha 14 marzo de 2020. Consultado el 22 de junio de 2020 en <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>
3. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(912-920).
4. García, M. (2020). Estrés postraumático y ansiedad por el COVID: síntomas y cómo combatirlos 'desde dentro'. Consultado el 27 de junio de 2020 en https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2020-05-07/estres-postraumatico-ansiedad-coronavirus_2582528/
5. Geller, J. y Abi Zeid Daou, M. (2020). Patients with SMI in the Age of COVID-1: What Psychiatrists Need to Know. *Psychiatric News* <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2020.4b39>
6. Gobierno de España (2020). Información acerca del uso de hidroxiclороquina para el tratamiento de COVID-19. Consultado el 27 de Junio en <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/laaemps/2020-laaemps/informacion-acerca-del-uso-de-hidroxiclороquina-para-el-tratamiento-de-covid-19/?lang=ca>
7. Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., ; Xu, J. y Gu, X. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
8. Hussin, A.R., Siddappa, N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Sciende direct*. doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433
9. International OCD Foundation (2020). Coronavirus (COVID-19): Recursos para la Comunidad TOC y Comunidad de Trastornos Relacionados. Consultado el 21 de junio de 2020 en <https://iocdf.org/es/covid19/>
10. Investigación Neurorehabilitación (2020). ¿Cuáles son los principales síntomas neurológicos en personas infectadas por COVID 19?. Consultado 26 de junio en <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/cuales-son-los-principales-sintomas-neurológicos-en-personas-infectadas-por-covid19/>
11. Jacobson, R. (2020). El autocuidado en los tiempos del coronavirus. *Child Mind Institut*. Consultado el 21 de junio de 2020 en <https://childmind.org/article/el-autocuidado-en-los-tiempos-del-coronavirus/>
12. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., y Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
13. Lee, A.M., Wong, J.G., McAlonan, G.M, et al. (2007) Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry* 52(4):233-240.
14. León-Castellón, R., Bender del Busto, J., y Velázquez-Pérez, L. (2020). Ciencias biomédicas. Artículo de revisión Afectación del sistema nervioso por la COVID-19. *Anales de La Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), 0-3.
15. Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de estados de alarma. *Boletín Oficial del Estado*, 3692, de 14 de marzo de 2020. Consultado el 22 de junio de 2020 en <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>
16. Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J. y Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*. doi:10.1016/S2352-4642(20)30096-1
17. Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., Tan, W., et al. (2020). Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*, 395(10224), 565-574.
18. Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., y Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Cmaj*, 168(10), 1245-1251.
19. Ministerio de Sanidad de España (2020). Actualización nº 150. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) a fecha 28 de junio de 2020. Consultado 29 de junio en https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_68_COVID-19.pdf
20. Ministerio de Sanidad de España (2020). Actualización nº 68. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) a fecha 7 de abril de 2020. Consultado el 18 de junio de 2020 en https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_150_COVID-19.pdf
21. Ministerio de Sanidad de España (2020). El BOE publica hoy la Orden que regula el uso obligatorio de mascarilla cuando no sea posible mantener la distancia interpersonal de 2 metros. Consultado el 23 de junio de 2020 en <https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4929>
22. Ministerio de Sanidad de España (2020). Información Científica-Técnica: Enfermedad por COVID-19. Actualización del 2 de junio de 2020. Consultado el

- 19 de Junio de 2020 en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>
23. Mira, J.J., Cobos, M., Martínez, O. B., y Domínguez, M.J., Astier, M.P., Pérez, P., Carrillo Murcia, I. et al. (2020). Reflexiones y recomendaciones para planificar actuaciones para la prevención y abordaje de Reacciones de Estrés Agudo en trabajadores sanitarios y otro personal de apoyo a la labor sanitaria con motivo de la crisis ocasionada por COVID-19. *Hospital Universitario Fundación Alcorcón*, 2.
 24. Nicks, B.A. (2020). COVID-19 (SARS-CoV-2): una nueva pandemia. Consultado el 19 de 2020 en <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000118>
 25. Oliver, N., Barber, X., Roomp, K., & Roomp, K. (2020). The Covid19 Impact Survey: Assessing the Pulse of the COVID-19 Pandemic in Spain via 24 questions. arXiv:2004.01014
 27. Organización Mundial de la Salud (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público. Consultado el 22 de junio de 2020 en <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
 28. Organización Mundial de la Salud (2020). Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 160. Consultado el 19 de junio de 2020 en https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200628-covid-19-sitrep-160.pdf?sfvrsn=2fe1c658_
 29. Organización Mundial de la Salud (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Consultado el 16 de junio de 2020 en <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
 30. Organización Mundial de la Salud (2020). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Consultado el 19 de junio de 2020 en <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
 31. Orgilés, M., Morales, A., Delveccio, E., Mazzesci, M., y Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. doi:10.31234/osf.io/5bpzf
 32. Plena Inclusión España (2020). Guía de Apoyo En Casa Durante El Coronavirus, 51. Consultado el 25 de junio de 2020 en https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/guia_apoyos_en_casa_durante_el_coronavirus.pdf
 33. Redacción Médica (2020). Coronavirus: la OMS considera “muy real” la amenaza de una pandemia mundial. Consultado el 17 de junio de 2020 en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-oms-considera-muy-real-amenaza-pandemia-mundial-3498>
 34. Redacción Médica (2020). Coronavirus: origen, evolución y por qué no es igual que el SARS y el MERS. Consultado el 18 de junio de 2020 en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-origen-evolucion-por-que-no-es-igual-sars-mers-1429>
 35. Roser, M., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., y Hasell, J. (2020) “Coronavirus Pandemic (COVID-19)”. Consultado el 28 junio de 2020 en <https://ourworldindata.org/coronavirus>
 36. Sánchez-Oro, R., Torres Nuez, J., & Martínez-Sanz, G. (2020). Radiological findings for diagnosis of SARS-CoV-2 pneumonia (COVID-19). La radiología en el diagnóstico de la neumonía por SARS-CoV-2 (COVID-19). *Medicina clínica*, 155(1), 36–40.
 37. Sato, K., Mano, T., Iwata, A., y Toda, T. (2020). Neuropsychiatric adverse events of chloroquine: a real-world pharmacovigilance study using the FDA Adverse Event Reporting System (FAERS) database. *Bioscience trends*, 14(2), 139-143. doi.org/10.5582/bst.2020.03082
 38. Shih, G. Sun, L.H (2020). China identifies new strain of coronavirus as source of pneumonia outbreak. The Washington Post. Consultado el 17 de junio de 2020 en www.washingtonpost.com
 39. Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). Cuidando la salud mental del personal sanitario. *Sociedad Española de Psiquiatría*, 1–4.
 40. Sprang, G., Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep* 7(1):105-110. doi:10.1017/dmp.2013.22
 41. Van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., Williamson, B. N., Lloyd-Smith, J.O. et al. (2020). Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*, 382(16), 1564-1567.
 42. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.
 43. Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J. y Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395(10228), 945-947.
 44. Xu, Y.H., Dong, J.H., An, W.M., Lv, X.Y., Yin, X.P., Zhang, J.Z., et al. (2020) Clinical and computed tomographic imaging features of novel coronavirus pneumonia caused by SARS-CoV-2. *J Infect* 80(4):394-400.

Hallazgos por imagen de la pandemia COVID-19: correlación entre placa de tórax y TC

Troballes per imatge de la pandèmia COVID-19: correlació entre placa de tòrax i TC

Imaging findings in the COVID-19 pandemic: correlation between chest X-ray and CT scan

Elisabet Vila-Trias, Cristina Simón, Elisenda Grivé, José Tomás Salaya, Mariana Rovira

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor

INTRODUCCIÓN

El COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019) es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), previamente conocido como nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV), una cepa de coronavirus. Los coronavirus pertenecen a la familia *Coronaviridae* y al orden Nidovirales, una familia que incluye desde los virus que causan el resfriado común hasta el síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA).

Los primeros casos se registraron en Wuhan, la capital de la provincia china de Hubei, a finales de diciembre del 2019, antes de extenderse mundialmente. El brote fue reconocido por la OMS como una pandemia y emergencia sanitaria global el 30 de enero del 2020 [1,2,4,6].

Aunque el virus proviene de los murciélagos, la infección es considerada una zoonosis indirecta ya que se transmite directamente de persona a persona, como el resfriado común, a través del contacto con gotitas y secreciones del tracto respiratorio superior de las personas infectadas, al toser o estornudar. Se cree que el virus se originó en el mercado de mariscos de Huanan [1,4].

Este virus se presenta con manifestaciones sistémicas y/o respiratorias. Algunas personas infectadas con SARS-CoV-2 no presentan clínica y pueden ser portadoras asintomáticas.

Los signos y síntomas clínicos son inespecíficos: fiebre (85-90%), tos seca (65-70%), alteraciones del gusto y del olfato (40-50%), fatiga (35-40%), tos productiva (30-35%) y dificultad para respirar (15-20%). La gravedad de la enfermedad puede ser desde leve (sin síntomas, tos seca, fiebre o febrícula) hasta moderada-grave (disnea, hipoxia, afectación >50% pulmones) o crítica (insuficiencia respiratoria, shock, FMO¹) [4,6].

Palabras clave: COVID-19; Diagnóstico por imagen; Pandemia; Radiografía torácica; Tomografía Computarizada.

Paraules clau: COVID-19; Diagnòstic per imatge; Pandèmia; Radiografia del tòrax; Tomografia computada.

Keywords: COVID-19; Diagnostic imaging; Pandemics; Radiography, Thoracic; Tomography, X-ray computed.

Correspondencia: elisenda.grive@hscor.com

Recibido: 17-junio-2020

Aceptado: 23-junio-2020

Vila-Trias E, Simón C, Grivé E, Tomás Salaya J, Rovira M. Hallazgos por imagen de la pandemia COVID-19: correlación entre placa de tórax y TC. *Ann Sagrat Cor* 2020;27(1): 43-47.

Un pequeño número de pacientes puede presentar hemoptisis o complicaciones cardiovasculares como trombo-embolismos pulmonares. Los hombros de edad avanzada con comorbilidades previas tienen más probabilidades de insuficiencia respiratoria por daño alveolar severo. Alrededor del 20% de los casos son graves y la mortalidad es aproximadamente del 3% [1].

Generalmente muchos pacientes presentan linfopenia y/o trombocitopenia, con un alargamiento del tiempo de tromboplastina parcial activado y una elevación de la PCR [6].

El R0 o número básico de reproducción del COVID-19 se ha estimado entre 2,2 y 3,28, es decir, que por cada individuo infectado, aparecen entre dos y tres nuevas infecciones. El período de incubación se calculó de aproximadamente cinco días, aunque puede llegar a ser de dos semanas (el 97.5% presenta síntomas a los 11 días después de la infección) [4].

El diagnóstico definitivo del COVID-19 requiere una prueba de RT-PCR positiva. La TC de tórax ha demostrado que no es la mejor opción para la confirmación del diagnóstico, pero que resulta útil

1 Fracaso multi-orgánico

para evaluar las complicaciones de la enfermedad. Los hallazgos por imagen no son específicos y se parecen a los de la propia NAC² y NO³, de distribución bilateral, periférica y basal [2,3,4,6].

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS COVID-19

El estudio de la radiología torácica es a menudo clave para la evaluación de pacientes con sospecha de infección por COVID-19. El reconocimiento rápido de la enfermedad es clave para garantizar el aislamiento rápido de los pacientes y evitar nuevos contagios.

En un principio se propuso que la TC de tórax podía ser una herramienta útil para detectar precozmente los casos de COVID-19. Actualmente se desaconseja el uso de la TC como herramienta de detección primaria [1,4]. Según una declaración de consenso de la Sociedad Fleischner publicada el 7 de abril del 2020,

- La prueba de imagen en pacientes con sospecha de COVID-19 que presenten síntomas leves no está indicada, a menos que estén en riesgo de progresión de la enfermedad.
- La imagen está indicada en un paciente COVID-19 positivo si presenta un empeoramiento de su estado respiratorio o existe una sospecha de complicación.
- En un entorno con recursos limitados, la imagen como método de triaje en pacientes con sospecha de COVID-19 sólo está indicada si el paciente presenta síntomas severos y una alta probabilidad de enfermedad.

Aunque la placa de tórax sea menos sensible que la TC, ésta suele ser la primera prueba que se realiza en pacientes con sospecha de COVID-19. Se prefiere el uso de unidades portátiles para evitar el traslado de pacientes por el Hospital [4].

Las radiografías de tórax pueden ser normales en estadios precoces de la enfermedad. Los hallazgos más extensos se encuentran a los 10-12 días del inicio de los síntomas, siendo los más frecuentes las **opacidades del espacio aéreo**, descritas como **consolidaciones o densidades**, distribuidas de forma **periférica, bilateral y predominantemente en ambas bases pulmonares**. El derrame pleural no es un hallazgo asociado al COVID-19 [2-6].

En la TC, el principal hallazgo que encontramos son las **opacidades o densidades en vidrio deslustrado (GGO⁴) bilaterales, subpleurales, periféricas y de predominio en ambas bases pulmonares (88%)**. Con frecuencia, también se encuentra el patrón en empedrado o *crazy paving*, consistente en engrosamiento interlobulillar y GGO. También son frecuentes las dilataciones vasculares, bronquiectasias por tracción, bandas subpleurales y la distorsión arquitectural.

El derrame pleural o pericárdico, adenopatías,

cavitación, nódulos, patrón *tree-in-bud*, neumotórax o la distribución central de las opacidades no son hallazgos frecuentes en ésta enfermedad. Existe solapamiento entre los hallazgos de la neumonía por COVID-19 con los de otras neumonías virales [2-6].

La gravedad de la afectación pulmonar en la TC se correlaciona muy bien con la gravedad de la enfermedad del paciente. El radiólogo efectúa una evaluación de la gravedad mediante una estimación visual de los hallazgos en cada uno de los cinco lóbulos pulmonares:

0. Sin afectación del lóbulo.
1. <5% afectación del lóbulo (mínimo).
2. 5-25% afectación del lóbulo (leve).
3. 26-49% afectación del lóbulo (moderado).
4. 50-75% afectación del lóbulo (grave).
5. >75% de afectación del lóbulo (muy grave).

La suma de la puntuación en cada lóbulo (hay ocho cinco lóbulos pulmonares) resulta en un valor entre 0 (no afectación) y 25 (máxima afectación) [1,4,5]

También se ha diseñado un sistema de clasificación basado en los hallazgos de la TC para pacientes con sospecha de infección por COVID-19, propuesto por radiólogos de los Países Bajos. Este sistema se ha llamado CO-RADS y según el nivel de sospecha por imagen se clasifica en CO-RADS 1 (muy baja sospecha) hasta CO-RADS 6 (PCR positiva). La variación inter-observador que existe entre CO-RADS 2, 3 y 4 sigue siendo alta y tiene un valor predictivo negativo bajo.

PRESENTACIÓN DE CASOS DE NUESTRO HOSPITAL-UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO

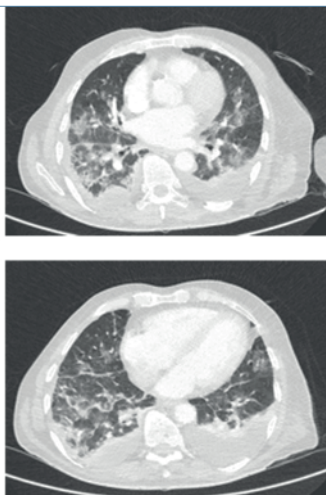
CASO 1

Uno de los primeros casos que vimos cuando se iniciaba la pandemia a principios de marzo fue el de un varón de 88 años, con antecedentes de fibrilación auricular e hipertensión arterial. Acudió el 04/03 a urgencias por un cuadro de cinco días de evolución con dolor en hemitórax derecho y picos febriles de hasta 38º.

La placa se realizó el 9 de marzo al ingreso del paciente, y muestra opacidades alveolares bilaterales y difusas, de localización periférica de predominio derecho (figura 1). El paciente ingresó en el Hospital, realizándose seguimiento con radiografías de tórax.

Las imágenes de la TC son del 13 de marzo, observándose áreas de aumento de densidad en vidrio deslustrado de predominio en bases pulmonares –el hallazgo más frecuentemente encontrado– algunas de aspecto consolidativo con zonas de *crazy paving*, todo ello muy sugestivo de infección por coronavirus. Se visualiza derrame pleural bilateral, no causado por la infección sino por la insuficiencia cardíaca que presentaba el paciente (Figuras 2, 3 y 4).

2 Neumonía adquirida en la comunidad
3 Neumonía organizada
4 Ground-Glass-Opacities

Figura 1. Placa de tórax del 04/03/2020.**Figuras 2,3 y 4.**

Cortes de TC de tórax del 09/03/2020 en el que se ven las densidades en GGO en ambas bases pulmonares, de distribución bilateral y difusa, sugestivas de infección por COVID-19.

CASO 2

Mujer de 72 años que acude a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 24 horas de evolución. Se le realizó una TC de abdomen para descartar colecistitis aguda. En las bases pulmonares se observan áreas de aumento de densidad en vidrio deslustrado, de predominio bilateral, sugestivas de infección por COVID-19 (Figura 5).

Figura 5. TC de tórax realizado el 18/03/2020, en las bases pulmonares se observan las densidades pulmonares en vidrio deslustrado sugestivas de infección por COVID-19.

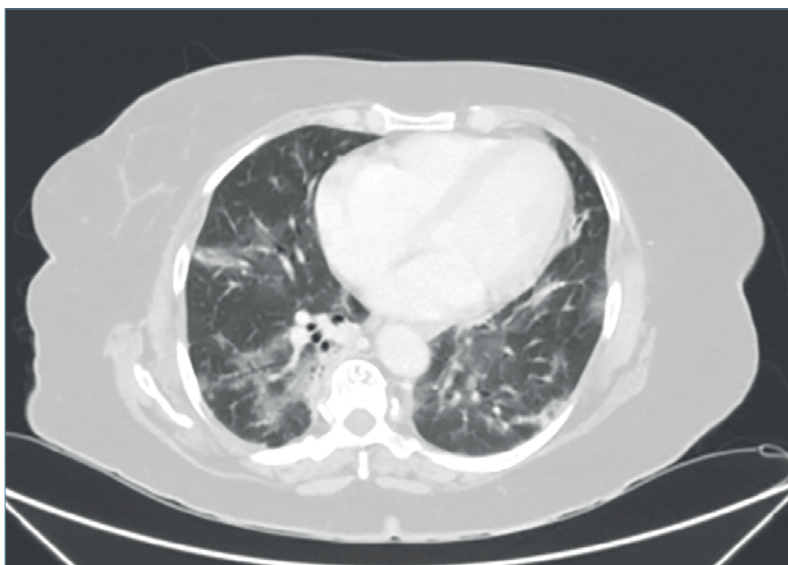
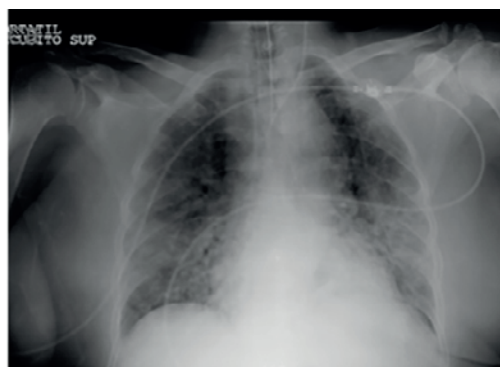


Figura 6. Placa de tórax del 20/03/2020. Densidades pulmonares difusas, en ambos hemitórax, mal definidas.

Figura 7. Placa de tórax del 21/03/2020. Mejoría de las densidades que se visualizaban en RX previa.



La paciente ingresó en el hospital y se le realizó seguimiento con placa de tórax.

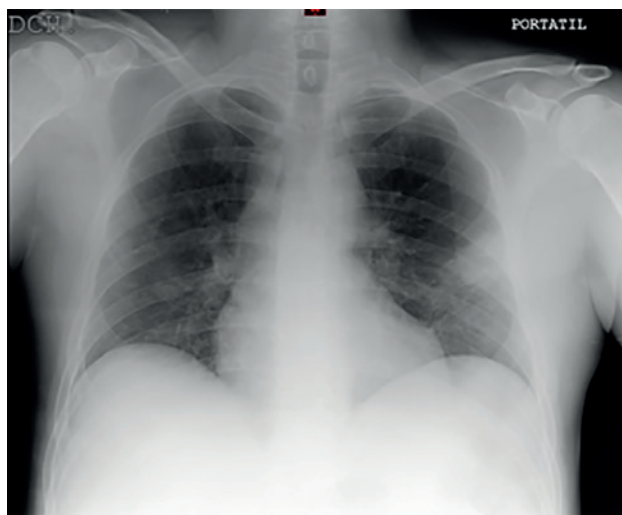
La primera placa realizada el día 20 de marzo muestra unas opacidades alveolares difusas, algunas de aspecto pseudonodular y mal definidas (Figura 6), y en la siguiente placa realizada al día siguiente se observa una mejoría de dichas densidades (Figura 7).

CASO 3

Varón de 62 años que acude a Urgencias por disnea de medianos esfuerzos en domicilio, con tos y hemoptisis asociado a febrícula.

Se le pide una placa y una TC de tórax para descartar TEP (Figuras 7, 8, 9 y 10).

Figura 8. Placa de tórax caso 3. Consolidación alveolar periférica en hemitórax izquierdo.



La placa muestra una consolidación alveolar en hemicampo izquierdo, de distribución periférica, de morfología triangular (Figura 8). En la figura 8 se visualiza el patrón en empedrado o *crazy paving*, en pulmón izquierdo.

Figura 9, 10 y 11. Cortes axiales y coronal del caso 3. Opacidades pulmonares en vidrio deslustrado, bilaterales y subpleurales, sugestivas de infección por COVID-19.



En los cortes de TC mostrados se observan unas consolidaciones pulmonares en vidrio deslustrado de distribución periférica, subpleural y bilateral, asociadas a engrosamiento interlobular o *crazy paving* (Figuras 9, 10 y 11).

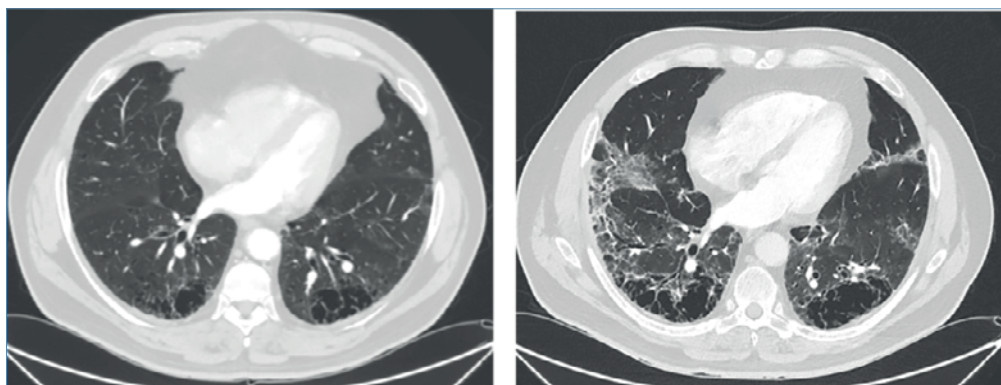
CASO 4

Finalmente, este caso ilustra las secuelas que puede dejar la infección por COVID-19. Varón de 61 años diabético, hipertenso y EPOC que consultó a urgencias en abril por febrícula de 10 días de evolución, intensa cefalea, mialgias y tos seca que los últimos días asocia disnea de reposo. El paciente tenía una TC previa de enero que mostraba leve enfisema bulloso posterior basal bilateral, con mínima dilatación bronquial, sin otros hallazgos relevantes (Figura 12).

En la TC realizada el 13/04 se evidencia el enfisema buloso postero-bibasal que ha progresado comparativamente con el TC previo de enero, asociando engrosamiento mural y septal. Además, se observan bronquiectasias difusas bilaterales con dilatación vascular distal (hallazgos de infección por COVID-19) con aparición de panalización subpleural en lóbulos superiores y densidades en vidrio deslustrado lo que nos podría indicar que la infección por COVID-19 empeora el enfisema y puede llegar a producir fibrosis pulmonar. No se visualizaron signos de TEP (Figura 13) [5].

Figura 12. TC del 09/01/2020 que muestra leve enfisema buloso postero-bibasal, con mínima dilatación bronquial.

Figura 13. TC del 13/04/2020 que muestra una clara progresión del enfisema buloso que se evidenciaba en TC previa, con aparición de bronquiectasias y dilataciones vasculares, junto con un patrón intersticial de panalización con vidrio deslustrado en probable relación a fibrosis pulmonar como secuela del COVID-19.



CONCLUSIONES

En los pacientes recuperados de COVID-19, se han identificado cuatro etapas de evolución en las TC de tórax desde el inicio de los síntomas:

- etapa temprana (0-4 días),
- etapa progresiva (5-8 días),
- etapa pico (9-13 días) y
- etapa de absorción (>14 días).

Los hallazgos pulmonares iniciales de la TC de tórax son pequeñas opacidades en vidrio deslustrado o GGO de localización subpleural y periférica, generalmente bilateral (etapa temprana), que van aumentando de tamaño, asociándose progresivamente a *crazy paving* y consolidación (etapa progresiva).

El área de consolidación llega a su pico máximo, dos semanas después del inicio de los síntomas, con disminución de vidrio deslustrado y aparición de bandas residuales parenquimatosas (etapa pico).

Transcurridas éstas dos semanas, las lesiones se van absorbiendo gradualmente, desapareciendo completamente, o bien dejando un extenso patrón en vidrio deslustrado residual, bandas parenquimatosas subpleurales y en algunos casos, progresando hasta la fibrosis pulmonar o la cavitación (etapa de absorción) [5].

Durante la pandemia, cualquier opacidad pulmonar sospechosa podía ser atribuible a neumonía por COVID-19. Puede tratarse de opacidades unilaterales muy sutiles hasta extensas consolidaciones difusas bilaterales.

La infección por COVID-19 se debería sospechar ante cualquier alteración parenquimatosa en la placa o en la TC de tórax que pueda ser sugestiva de infección, especialmente si es bilateral, periférica o basal.

Reconocer los patrones de imagen en cada etapa de la infección es fundamental, no solo para comprender las características fisiopatológicas y la historia natural del virus, sino para predecir la progresión de la enfermedad y anticiparse al desarrollo de complicaciones. Eventualmente, y dado que la infección se sigue extendiendo, se deberá estudiar a los pacientes en fase crónica y con secuelas derivadas de la enfermedad [1].

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernheim A, Mei X, Huang M, et al. Chest CT Findings in Coronavirus Disease-19 (COVID-19): Relationship to Duration of Infection. *Radiology*. 2020;295:685-91.
2. Chung M, Bernheim A, Mei X, et al. CT Imaging features of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). *Radiology*. 2020; 295:202-7.
3. Radiology Assistant (Internet). Educational Site of the Radiological Society of the Netherlands. Robin Smithius. COVID-19 Imaging Findings. Disponible en: <https://radiologyassistant.nl/chest/lk-jg1>
4. Radiopaedia (Internet). Melbourne: Radiopaedia.org;©2005-2019. Daniel J Bell et al. COVID-19. Disponible en: <https://radiopaedia.org/articles/covid-19-3>
5. Pan F, Ye T, Sun P, et al. Time Course of Lung Changes at Chest CT during Recovery from Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Radiology*. 2020; 295:715-21.
6. Zi Yue Zu, Di Jiang M, Peng Peng Xu, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): a perspective from China. *Radiology*. 2020. doi: 10.1148/radiol.2020200490

Grup de treball coordinat per la Dra. Maria Àngels Calvo amb els Drs. Bonaventura Clotet, Josep Maria Gatell, Guillem López Casasnovas, Joan Monés, Tomàs Pumarola, Lluís Salleras i Antoni Trilla

La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, davant la greu situació sanitària actual, i atenent a les seves funcions i responsabilitats envers la societat com a òrgan consultiu de les administracions sanitària i de justícia i també com a impulsora de debats sobre qüestions sanitàries d'actualitat, vol aportar les següents consideracions:

La pandèmia, desencadenada pel SARS-CoV-2, en la qual estem tots immersos, ja és una veritable catàstrofe mèdica, social i econòmica que ha anat avançant a una velocitat i gravetat difícil de preveure i amb pocs precedents. Però aquesta pandèmia, que ha confinat la població, no la podem definir d'inesperada. Molts experts havien pronosticat noves epidèmies o pandèmies (després de la grip, SARS, MERS o Ebola), però cap dirigent ni institució autonòmica, estatal o supraestatal va fer gaire ressò d'aquestes previsions. La crisi sanitària ha adquirit una dimensió a escala mundial, amb milions (2,6 milions a 22 d'abril) de persones infectades, milers (177.000) de morts i amb la incògnita del nombre de persones asimptomàtiques (possiblement deu vegades més que les diagnosticades) que han estat, també, un focus distribuïdor molt important del SARS-CoV-2. Sens dubte, aconseguir salvar vides i protegir tothom, sense excepció, és ara per ara l'objectiu principal. Tot i que no podem oblidar el desastre econòmic i social derivat, que és indiscutible i mereix l'anàlisi d'especialistes en la matèria, la salvaguarda d'aquest objectiu no admet transaccions.

L'origen del virus és animal, però el vector de contagi en aquesta pandèmia és, sens dubte, l'esser humà. El SARS-CoV-2 es transmet bàsicament per les gotícules de Pflügge (que emetem en respirar, esternudar o tossir) i també per contacte amb objectes o superfícies contaminades, sent capaç de disseminar-se a altres persones, i d'elles a d'altres i així successivament, de manera exponencial. Sense mesures de confinament o distanciament social cada persona pot infectar de 2 a 4 persones del seu entorn. La fàcil mobilitat de la gent en el món actual fruit de la globalització, que tants beneficis pot reportar, està sent una col·laboradora necessària, alhora que còmplice involuntària, del SARS-CoV-2 per aconseguir una expansió veloç i incontrolada.

Davant l'avenç imparable del problema, les autoritats a escala mundial van haver d'acceptar la realitat i en un cop de timó sense precedents es van proposar, com ja anaven reclamant els experts internacionals, l'objectiu d'aplanar la corba de nous casos d'infecció amb la finalitat de: 1) disminuir la càrrega i pressió sobre un sistema sanitari ja per si mateix sobresaturat i 2) minimitzar la possibilitat

de contagi persona-persona, pel fet de controlar el seu moviment a través del confinament i mesures de distanciament social per a tothom o per als infectats.

Els resultats de les estrictes mesures de confinament només es veuen de forma diferida, de manera que per conèixer l'eficàcia del confinament han de transcórrer de 2 a 3 setmanes des de l'inici. No sabem mai què hauria passat sense el confinament total i també hem d'admetre que països que han aplicat altres estratègies (tests massius de diagnòstic i aïllar només els infectats) han pogut controlar la disseminació del SARS-CoV-2.

Finalment, l'avenç de la pandèmia ha posat de manifest que algunes de les dades més dramàtiques s'han evidenciat en les residències geriàtriques. En elles se sumen tots els factors que predisposen a la facilitat de transmissió, i que s'han agreujat per la falta d'elements de protecció i de sistemes de diagnòstic. En molts casos eren més "hotels" que hospitals i potser el concepte de residència geriàtrica haurà de replantejar-se en el futur. No realitzar proves de diagnòstic (per decisió dels responsables sanitaris o per manca de disponibilitat) implica no poder conèixer l'estat real de la propagació de la pandèmia i en conseqüència no poder prendre mesures imprescindibles que facilitarien el coneixement real de l'estat de salut de les persones i la capacitat de poder ser difusores de la malaltia.

Els professionals sanitaris als hospitals han afrontat el repte d'intentar controlar l'evolució d'una malaltia potencialment molt greu amb mesures només simptomàtiques o pal·liatives. Ara per ara, no es disposa de cap medicament que hagi demostrat eficàcia contra el SARS-CoV-2 en estudis ben controlats i que hagi estat aprovat per aquesta indicació. És recomanable fer servir medicaments amb eficàcia no demostrada només en el context d'assajos clínics ben controlats. Cal tenir en compte que, si bé és cert que els infectats són quantitativament els casos ara més elevats i imprevistos que ingressen als hospitals, no per això poden deixar de ser atesos la resta de pacients afectats de diverses morbiditats, que en tot cas han de mantenir-se aïllats dels contagiats anteriors. S'han hagut d'endarrerir intervencions quirúrgiques, proves de diagnòstic, tractaments ajornables fins al moment sense aparent perill evident pels pacients, per tal d'evitar contagis i col·lapses hospitalaris. Però aquesta situació comporta, sens dubte, la necessitat d'un replantejament seriós a curt termini.

La majoria de constitucions democràtiques estableixen que "tothom té dret a la vida i a la integritat física i moral", amb un intent d'establir una

garantia ètica, amb suport jurídic, de no transgredir el principi d'igualtat d'oportunitats, en rebre atenció mèdica sense consideracions d'origen, edat, sexe o nivell social. Paral·lelament, els codis de deontologia mèdica obliguen el metge a prestar atenció preferent a la salut del pacient, sense interferències religioses, ideològiques, econòmiques, de raça o condició social, ni pel temor d'un possible contagi del professional sanitari. Però alhora, ha de ser prioritària la protecció d'aquest, entre altres raons per no minvar els recursos imprescindibles per atendre els pacients, protecció que ha estat clarament insuficient durant l'actual pandèmia pel SARS-CoV-2 a molts països, també a Espanya, que ha comportat de moment més de

30.000 sanitaris contagiats i ha causat la mort d'almenys 35 professionals en actiu. El distrès respiratori (fracàs pulmonar resultant d'una reacció immunològica exagerada davant del virus) és una situació clínica infreqüent en els infectats, però greu amb elevada mortalitat i és en aquests pacients en els quals està indicada la ventilació mecànica a les unitats d'intensius. La situació de pandèmia pot dur en ocasions a un desequilibri entre necessitats de ventilació mecànica i recursos disponibles. Cal fer tots els esforços que calgui per incrementar-los, però sinó fos possible, la solidaritat entre hospitals és absolutament crucial, per prioritzar el bé comú per sobre de l'individual. Però, quan fracassin tots els esforços, és necessari i lícit haver de prioritzar els pacients que requereixen ventilació mecànica sobre la base del principi de justícia, amb protocols que contemplin unes regles que ajudin el professional a prendre decisions justes i transparents, però tenint en consideració les circumstàncies individuals de cada pacient. Per a aquest professional pot ser tant angoixant no tenir cap protocol com estar limitat a uns criteris generals que pot considerar en un cas concret poc ètics i fins i tot injustos. Quan sigui el cas d'aquestes darreres circumstàncies, és molt convenient requerir l'opinió el més consensuada possible entre el personal mèdic i/o d'algun/s representant/s del Comitè d'Ètica Assistencial.

Un altre aspecte fonamental que cal tenir en compte, i sobre el qual els experts ens posen en alerta, és que el confinament de la població davant d'una epidèmia com la d'ara mateix requereix una decidida estratègia amb l'adopció de mesures, quan es consideri que l'aïllament pot ser aixecat, per "maximitzar-ne l'eficàcia". Urgeixen mesures actives per evitar l'aparició d'un possible segon brot. Un estudi internacional conclou que cal combinar polítiques de contenció passives amb d'altres més agressives. Sense cap dubte, es refereixen a actuacions com la realització de proves de diagnòstic a gran escala, l'aïllament de persones amb símptomes i la identificació dels seus contactes. Per fer front als rebrots que es puguin desencadenar, cal afavorir la resposta immunitària i per això és imprescindible disposar de vacunes i de tractaments a més d'aquelles mesures preventives que han de ser el pilar bàsic de la lluita contra qualsevol malaltia d'origen infeccios. I ara tenim davant nostre un nou repte: afrontar de manera prudent i amb la màxima seguretat el desconfinament. Aquest ha de ser

un procés gradual, en funció del nivell de risc de cada grup de població i de cada àrea geogràfica i cal que estigui en constant avaluació per prevenir, en la mesura del possible, un potencial nou brot.

Així mateix, considerem inqüestionable poder comptar amb un pressupost que permeti:

1) disposar d'una sanitat moderna, forta i adequada en la capacitat de resposta i flexible davant de les noves necessitats que exigeix l'atenció de la salut de les persones; 2) establir un sistema de prevenció adequat a la nova realitat tenint especialment en compte els grups de risc com poden ser les persones grans i els infants entre d'altres, i 3) incentivar la investigació en vacunes, sèrums, tractaments i models de predicció de malalties infeccioses d'una manera seriosa i honesta amb estudis epidemiològics basats en l'evidència científica.

Des de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, volem també deixar constància que és de justícia reconèixer la tasca d'entrega absoluta del personal sanitari (mèdic, d'infermeria, auxiliars i d'altres) que sense distinció d'especialitat ni categoria professional s'ha bolcat de forma exemplar en l'ajuda als pacients, posant en perill la seva pròpia salut i fins i tot la vida. Al seu costat, i en el seu quefer diari, la tasca dels veterinaris ha permès assegurar des de l'atenció i tractament dels animals de companyia a la producció d'aliments i el seu control sanitari. També cal remarcar la tasca de la indústria farmacèutica i dels farmacèutics que en la producció i distribució de fàrmacs són imprescindibles per mantenir i millorar la salut i on exerceixen un paper insubstituïble. La llista d'agraïments seria interminable: policia i forces de seguretat, taxistes, venedors, agricultors, comunicadors, personal dels serveis de neteja i de desinfecció i un llarg etcètera de tasques imprescindibles perquè al costat del personal sanitari sigui possible atendre les víctimes de la pandèmia i tota la població en general. Menció també especial als investigadors, que amb el seu treball incansable aporten esperança a la recerca de possibles solucions. Assajant nous i vells fàrmacs (com a profilaxi preexposició, tractament o profilaxi postexposició) o proposant noves possibles vacunes, ja en fase d'estudi clínic en alguns casos, i que permetran confrontar els nous coronavirus del futur. S'esperen alguns resultats abans de final d'any. I, en darrer lloc, però no per això menys important, l'agraïment a tots els ciutadans, ja que sense la seva col·laboració i conscienciació no és possible vèncer la pandèmia originada pel SARS-CoV-2, que ha vingut a modificar la nostra rutina i a demostrar-nos que, realment, no hi ha enemic petit.

En definitiva, quan la pandèmia estigui controlada començarà una gran tasca que requerirà probablement canviar o adaptar algunes de les prioritats, amb efectes sobre com entenem la sociabilitat, l'economia, la cura de les persones grans, i molts altres aspectes que s'hauran de revisar. Però no podem perdre l'esperança que aquests canvis ajudin a fer un món molt millor. Estem ben convençuts que amb la col·laboració honesta de tothom, polítics per una banda i científics, professionals i la societat civil per l'altra, ho aconseguirem!

Dr. Luís Medina Luyo



Luis Medina nació el 18 de marzo de 1938 en Lima (Perú). Realizó sus estudios en la Universidad de San Marcos en Lima, Universidad de Valencia y Universidad de Barcelona.

Llegó a Valencia en el año 1965. Posteriormente se trasladó, ya junto a su esposa, a Barcelona en 1970. En ese mismo año, se incorporó al Servei de Medicina Interna del Hospital Sagrat Cor, con el Dr. Puigdollers como jefe y con grandes compañeros. Trabajó en intensa colaboración con el Dr. Jordi Gummà y muy especialmente con el Dr. Puigdollers, incluso después de 1993, cuando

dejaron la asistencia para dedicarse exclusivamente a la docencia y la investigación.

El Dr. Medina ha sido un apasionado de la epidemiología clínica.

Una persona de gran valor, y también colaborador habitual de *Annals del Sagrat Cor*, formando parte del Comité de Honor. Recientemente se ha publicado un resumen de la tesis doctoral de su hija, la Dra. Carmen Medina Mallén, precisamente sobre docencia, la metodología del Blended-learning. Luis Medina falleció en nuestro Hospital el mes de abril.

XXVI Sessions de la Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona Curs acadèmic 2020-2021.



Direcció: Dr Adrià Arboix

Amb el suport de la Societat Catalana de Neurologia i El Grup d'Estudi de Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia.

Sala d'actes de l' Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona (setena planta).

"Reunió del Comitè d'Experts en Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia".

Commemoració del 25è aniversari del registre d'ictus de la Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona

En memòria del Professor JL Marti Vilalta

**6 de Novembre de 2020 (divendres)
HORARI : 8.30h**

Programa

Benvinguda. Dr. Joan Massons. Neurologia. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

"Cas clínic interessant". Dra. Laura Diez, Dr. Enric Verges, Dra. Victòria Ros. Neurologia. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

"Crisis comicials en els ictus: avenços i controvèrsies". Dr. Francisco Gil. Neurologia. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

"Registre d'ictus de l'Hospital del Sagrat Cor: què ens ha ensenyat?" Dr. Adrià Arboix. Neurologia. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

"Actualització en els estudis dels petits infarts subcorticals amb tècniques de neuroimatge avançada". Dr. Salvatore Rudilosso. Neurologia. Hospital Clínic i Provincial, Barcelona

Cloenda d'aniversari



Tot sortirà bé

