

Journal Pre-proof

Más que internistas

A Zapatero Gaviria J Marco Martínez

PII: S0014-2565(20)30109-0

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.rce.2020.04.003>

Reference: RCE 1831

To appear in: *Revista clinica espanola*

Received Date: 8 April 2020

Please cite this article as: Zapatero Gaviria A, Marco Martínez J, Más que internistas, *Revista clinica espanola* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.003>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.



Sección: Editorial

Más que internistas

More than just internists

A Zapatero Gaviria

J Marco Martínez

Directores Médicos Hospital de IFEMA

Correspondencia.

antonio.zapatero@salud.madrid.org

Hemos sido muchos. Este es nuestro primer pensamiento. Cuando llegamos a lo que más tarde ha sido bautizado Hospital de IFEMA, sede poco antes de ARCOmadrid, eran los primeros días de esta aciaga primavera y hubo que echar mano de todo. Si los internistas habían sido los encargados de atender a los pacientes infectados por COVID-19, en los inicios de la epidemia en los hospitales del país, pronto se vio que aquello no iba a bastar.

Urgenciólogos, geriatras, digestólogos, cardiólogos, neumólogos, se incorporaron rápidamente a las huestes de especialistas médicos que hacían falta para atender a la oleada de pacientes que desembarcaban en las Urgencias de todos los hospitales y superaban esas dependencias para ocupar hasta el último espacio disponible habilitado como planta de hospitalización.

Y el dispositivo fue creciendo con pediatras, hematólogos, oncólogos... Rodeados de un equipo de cirujanos, rehabilitadores, endocrinos, médicos de todo el hospital que colaboran en solicitar pruebas, escribir las altas, las gestiones con otros hospitales, lo que sea. Equipos químicos capaces de acometer cualquier misión, que se distribuyen el trabajo por las mañanas y que no tienen hora de salida. Todos juntos.

Nos encontramos los pabellones 5, 7 y 9 prácticamente vacíos, y ese primer día se montaron camas y controles de enfermería en el pabellón 5, que iba a ser transitorio, y se recibieron por la tarde noche, los primeros 40 pacientes.

Los aspectos asistenciales pueden esquematizarse. La admisión ejercía dos funciones: la administrativa con filiación y archivo de la información, y la de triaje. Para esto último, establecimos 4 niveles de gravedad:

Grupo 1. Pacientes de UCI (deben cumplir al menos uno):

- Saturación de O₂ < 92-93% con mascarilla-reservorio
- Frecuencia respiratoria > 28 rpm
- Inestabilidad hemodinámica
- Alteración del nivel de conciencia sin otra explicación

Grupo 2. Con criterios de mal pronóstico (deben cumplir al menos uno):

- Infiltrados intersticiales bilaterales
- Insuficiencia respiratoria a la llegada a Urgencias
- D-dimero > 1500 ng/mL

- Comorbilidad cardiopulmonar

Grupo 3. Sin criterios de mal pronóstico a corto plazo:

Grupo 4. Pacientes con limitación para el tratamiento experimental:

- Pacientes con enfermedad de órgano terminal (insuficiencia cardíaca crónica avanzada, enfermedad obstructiva crónica grave, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica grave)
- Paciente con escala clínica de fragilidad (CFS) GDS ≥ 6 ^{ISEP}
- Pacientes con demencia grave
- Pacientes con cáncer en fase terminal
- Paciente con cualquier enfermedad y una expectativa de vida inferior a un año

En el cuarto día de funcionamiento se había conseguido extender el sistema informático a todas las unidades clínicas (llegaron a ser 25 con 50 camas cada una). La historia clínica electrónica se configuró como formularios para facilitar el manejo de los pacientes en un escenario con gran heterogeneidad de médicos de diferente formación. Se creó un formulario de ingreso, de pase de visita y de alta. También se protocolizaron los distintos esquemas de tratamiento.

La metodología de trabajo se estableció en dos turnos, mañana y tarde, con altas en los dos los 7 días de la semana. Por la noche trabajan 2 médicos de SUMA, 2 de SAMUR y 2 médicos hospitalarios de nuestra plantilla que se reparten el trabajo de los dos pabellones.

La instalación final consta de dos pabellones conectados con 550 y 736 camas, y una UCI que admite 16 pacientes hasta un total de 1300 camas. Está complementada por dos salas de radiología de tórax, 5 unidades portátiles, 5 ecógrafos portátiles, un escáner, 5 gasómetros y la posibilidad de realizar analíticas con un mostrador de preanalíticas en cada pabellón y salida de muestras en turno de mañana cada 2 horas. Pueden realizarse determinaciones urgentes en cualquier momento con un coche lanzadera a un gran hospital que nos provee todo este servicio.

Otros dispositivos montados en el pabellón incluyen: dos grandes salas de trabajo para personal médico, una sala panelada con 4 espacios donde los pacientes en situación de agonía pueden estar acompañados por sus familias y un espacio dedicado a triaje y admisión.

Al ingreso la información recogida incluye:

- Nombre
- Hospital de procedencia
- Fecha de nacimiento
- Descripción de la neumonía
- PCR COVID (resultado)
- Constantes en Urgencias de hospital de procedencia (frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, frecuencia cardíaca, nivel de consciencia, presión arterial) y a la llegada al centro
- Días desde el inicio de los síntomas
- Comorbilidad significativa

- Analítica en Urgencias: leucocitos, linfocitos, PCR, d-dimero, PCT (si disponible), lactato, creatinina, LDH
- Escala clínica de fragilidad (CFS)
- Clasificación triaje: grupo 1, 2, 3 o 4
- En pacientes del grupo 1 o 2 se realiza ECG y calcula intervalo QT

Sobre el tratamiento, es el propio equipo médico el que lo ha ido discutiendo y modificando diariamente en función de la literatura que, día a día, va estando disponible en la red. Posteriormente, se actualiza en los protocolos de la historia clínica para ser implementado por todo el personal médico involucrado.

También se creó desde el inicio un servicio de información a familiares atendido por médicos que han superado la prueba MIR. Funciona mediante acceso a los comentarios evolutivos de la historia clínica electrónica. El contenido es escueto, pero cercano. La media es de 600 casos diarios y está conectada con atención psicológica en caso de demanda del médico o enfermera responsable o del propio informador.

El dispositivo cuenta también con una farmacia hospitalaria, que surte a las distintas unidades clínicas por la mañana y según necesidad, además de una unidad logística con un inmenso almacén que gestiona pedidos y recibe donaciones. IFEMA pone a disposición todas sus instalaciones, algo fundamental: seguridad, limpieza, personal...

Durante la puesta en marcha del hospital, fue necesario escribir de forma dinámica todos los circuitos a medida que surgía cada necesidad (circuitos de alta, circuitos de éxito, de pedidos a farmacia, de solicitud de analítica), así hasta más de 20 que quedaron disponibles en la historia clínica electrónica. Es infinita la lista de detalles que hubo que organizar, disponer y prever para que todo funcionase. Una estructura no diseñada como hospital, que hubo que montar contra reloj, que se llenó a ojos vista, primero de trabajadores y luego de pacientes. Para algunos milagroso, para otros un resultado en el que fuimos creyendo cada día más.

Y aquí estuvo la clave; recurrir a todo tipo de profesionales, no solo internistas. Médicos de atención primaria, especialistas médicos, pediatras y especialistas quirúrgicos se unieron al proyecto. Establecimos equipos formados por 1 médico hospitalario, que lideraba, rodeado por 4 médicos de atención primaria con un ratio de 50 pacientes que era el tamaño de nuestros controles de enfermería. La noche se cubrió inicialmente con médicos del SUMMA hasta que se incorporaron también médicos hospitalarios. Y funcionó.

En total dispusimos de 392 médicos, de ellos 260 de atención primaria, 81 de hospitales, 24 del SUMMA, 2 del SAMUR y 25 médicos recién licenciados que actuaban de informadores. Además, 436 enfermeras —353 de atención primaria—, 357 auxiliares de clínica y 228 celadores. A su vez se contrataron técnicos de radiología y de laboratorio. También se montó en tiempo récord una farmacia del hospital conectada a la historia clínica electrónica, para prescripción electrónica y gestión de stocks.

A estos equipos se unieron cirujanos que ayudaron a elaborar las altas y especialistas médicos de todas las especialidades: oncólogos, pediatras, cardiólogos, neumólogos o geriatras se han mostrado valiosísimos. Como se ha mencionado, desde el principio, se creó una historia clínica electrónica y también, desde el inicio, decidimos trabajar al máximo con formularios para facilitar las cosas. Se han protocolizado los tratamientos en la herramienta de prescripción,

también las analíticas que había que solicitar. Esta metodología, sin duda, facilitó la incorporación de médicos de toda procedencia con diferentes rutinas de trabajo.

A los 15 días ya habíamos recibido más de 2500 ingresos y se habían dado más de 1500 altas.

No ha sido cosa de internistas, ni de infectólogos ni de virólogos ni de epidemiólogos. Ni de otros muchos «loquesealogs». Lo que desde aquí queremos subrayar, y es la razón de este editorial, es la importancia que han tenido los médicos en general, como profesionales, sin distinción de categoría, de especialidad o de procedencia, en la lucha y segura victoria contra esta epidemia maldita que nos ha tocado vivir. Por supuesto también la del resto de categorías profesionales y de los diferentes dispositivos asistenciales que han empujado con nosotros para lanzar y mantener este proyecto.

Journal Pre-proof