

TÍTULO

SAMU Emergency Medical Team: **Dominica 2021 Mission Report. Manejo de pacientes Críticos COVID-19 en el Hospital St. James**

Autoría:

Álvarez-Macías Alejandro. Facultativo Intensivista SSPA. Asesor Médico Fundación SAMU.

Brigola Andrés. Enfermero máster en Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Acción Humanitaria US. alejandro@samu.es

García Oyarzabal Carlos. Enfermero Emergencias SAMU.

Guerrero Ignacio. Enfermero máster en Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Acción Humanitaria US.

Maribel Álvarez Leiva. Directora Área Hospitalaria SAMU.

Juan González Escalada Álvarez. Director área crítico y emergencias SAMU.

Introducción

Dominica tuvo durante el 2022 una incidencia acumulada de 2673 casos de COVID-19. El número de nuevos casos de COVID-19 en Dominica se incrementó de forma rápidamente (de 71 a 281 casos diarios recientemente, + 854 %), con centenares de trabajadores de la salud infectados, lo que desbordó la capacidad hospitalaria.

Con esta situación ocasionada por la pandemia del COVID-19, se hizo necesario activar los equipos que colaboran con la OPS (Organización Panamericana de la Salud) para brindar asistencia en salud al país en forma de cooperación humanitaria. SAMU aprovecho su amplia experiencia en la pandemia en España para ponerse a disposición de la PAHO y colaborar en el adiestrar y asesorar sanitariamente, se activó una misión de ayuda humanitaria conformada por cuatro profesionales que se desplazaron a Dominica para dar apoyo sanitario en el complejo de salud Saint James.

Objetivo

Detallar la actuación realizada por el Equipo Médico de SAMU First Response en colaboración con la In collaboration con la Pan American Health Organization PAHO en el hospital en el Hospital St. James de Dominica, concretamente en lo referido al manejo de pacientes Críticos COVID-19

Desarrollo

A petición de la PAHO se configuró un equipo de profesionales sanitarios de SAMU First Respond para desplazarse a Dominica al objeto de realizar un asesoramiento y adiestramiento para el manejo de pacientes con Covid19 en el hospital St. James de Dominica.

Se realizó un análisis inicial del contexto mediante 5S; Staff” Evaluación de las capacidades del personal, Stuff” Evaluación de los recursos materiales, “Structure” Debilidades a nivel de infraestructura , “Support” Evaluación del sistema de soporte y logística y System” Evaluación sistema y organización

En primer lugar, se tuvo una reunión con la persona responsable del equipo sanitario para recabar información sobre de la situación actual de la emergencia Covid. Posteriormente tuvo lugar un acto de acogida por parte del Dr.Dechause, jefe médico del dispositivo. Durante los 3 primeros días en el recurso de St.James se procedió a un análisis por parte del equipo de las áreas de reforzamiento y adiestramientocon respecto al manejo de los pacientes crítico.

Posteriormente seguimos un esquema diario estructurado realizando labores asistenciales, organizativas, logísticas y de formativa.

Al inicio de cada turno, las 8:00am, se asistía al cambio de guardia y posteriormente se iniciaban las sesiones clínicas. Tras ésto se realizaba una evaluación diaria por parte de nuestro equipo junto con el personal médico de todos los pacientes, focalizando en los pacientes de mayor severidad. Una vez finalizada dicha evaluación, se asignaba a cada miembro del equipo de enfermería un personal de enfermería local para instrucción en el manejo del paciente y material. Tras la realización de la evaluación inicial y la actividad descrita se realizaba un receso para el almuerzo, salvo necesidad asistencial de algún paciente. Dicho receso constaba de una hora de duración.

Tras el receso el equipo volvía a las actividades asistenciales junto con el personal local, instruyendo de manera práctica a la vez que se supervisaba y ayudaba en la asistencia si era necesario.

Las 17:00pm era la hora fijada para la realización de las sesiones clínicas por parte del personal de enfermería del SAMU EMT y el personal de enfermería local, al finalizar dichas sesiones se reiniciaba la actividad asistencial del equipo siempre con un enfoque de supervisión y docencia. A las 20:00 se realizaban puntualizaciones de cara a la guardia de los pacientes más relevantes y el equipo se replegaba al alojamiento. Una vez en el alojamiento el equipo realizaba un debriefing identificando las debilidades, los puntos de mejora y a partir del día 1 de octubre comenzamos un análisis estadístico sobre el número de pacientes, identificando grupos por sexo, gravedad, estado de vacunación, así como datos de mortalidad de pacientes críticos. Estas anotaciones fueron compartidas con la Dra. Acuña a través de reuniones online a las 18:30pm. Tras la finalización del sitrep diario y el posterior envío a dirección se daba por finalizado el día.

Con respecto a la actuación asistencial clínica, se atendieron un total de 54 pacientes con las características epidemiológicas descritas anteriormente, se realizaron la canalización de vías venosa centrales con intubación orotraqueal, usos de Ventilación Mécanica No Invasiva VMNI. Se instó a mantener los pacientes críticos correctamente monitorizados desde su ingreso en la Unidad. Se incentivó el uso de gráficas de evolución localizadas a pie de cama. En ellas se anotan los signos vitales y el balance hídrico del paciente. Asimismo, se recomendó canalizar en los pacientes críticos una vía central. Se ayudó durante la toma y registro ordenado de las constantes vitales, así como a su interpretación. Se estimuló la realización de electrocardiogramas a aquellos pacientes que tuvieran alteraciones del ritmo en su monitor, asistiendo durante su obtención y durante su interpretación.

Se animó a valorar la idoneidad de los dispositivos de oxigenoterapia y ventilación en base a la saturación y al estado clínico del paciente; así como a solicitar ayuda de Terapia Respiratoria para la valoración conjunta y la optimización de la ventilación del paciente. Se prestó apoyo durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar y se trazaron planes de cuidados postparada cardiorrespiratoria.

Para la **Capacitación**, se configuró dos grupos; uno con el personal médico y otro con el de enfermería. La formación de los profesionales médicos corría a cargo del Dr. Álvarez-Macías y el personal de enfermería a cargo del equipo de enfermería de SAMU EMT. Se ha intentó que la formación fuera inminentemente práctica in situ, a pie de cama complementado con un calendario de sesiones clínicas. Dichas sesiones se dividieron en una sesión inicial teórica del manejo ventilatorio del paciente covid19 y posteriormente se realizaron sesiones interactivas de aprendizaje basado en problemas. En dichas sesiones se presentaban casos clínicos con datos

e imágenes de manera interactiva y se discutía el procedimiento de actuación reforzando dichas decisiones en las recomendaciones de la PAHO y las últimas guías de UCI sobre el paciente crítico.

A pie de cama se instruyó al personal médico focalizando principalmente en:

1. Intubación orotraqueal e instrumentalización del paciente crítico.
2. Manejo del ventilador en sus distintas modalidades invasivas y no invasivas.
3. Elección adecuada de fármacos, dosis y sueroterapia.
4. Balance hídrico y control de diuresis.
5. Valoración de la estabilidad hemodinámica.
6. Control de la glucemia y valoración de la nutrición.

Por parte del personal de enfermería se realizaron sesiones clínicas de manera programada a las 17:00pm de la tarde, dichas sesiones abordaron los siguientes tópicos:

1. Movilización del paciente crítico.
2. Canalización y cuidado de la vía venosa periférica.
3. Material de intubación, Sondaje nasogástrico y aspiraciones.

Áreas de Mejoras

- Organización y distribución de funciones y tareas entre profesionales.
- Priorización en la atención a pacientes según gravedad de estos, mejorando la admisión de pacientes con adecuado triage en la unidad.
- Sistemática de aseos de pacientes, nutrición y administración de medicación deficientes.
- Fortalecimiento de medidas básicas de higiene y medidas de control de infecciones.
- Coordinación entre las peticiones y los flujos de suministros.
- Realización de una correcta alta de pacientes sin criterios de ingreso en el recurso.
- Mejor señalización de los boxes.
- Organización estructurada y clasificada de la medicación. Y del carro de parada.
- Espacios más higiénicos y limpios.
- Almacenamiento mejorando el almacenamiento y la distribución.
- Identificación del personal mediante rotulación en EPI.
- Fortalecer los conocimientos adquiridos en el manejo de bombas de perfusión y en el manejo de VMNI.
- Hábito de reactivación del material utilizado.
- Mejorar el seguimiento y supervisión del paciente crítico.
- Incrementar la instrucción de los profesionales en el manejo de pacientes críticos y sobre todo y especialmente en las maniobras de RCP avanzada.

Balance de la misión

Al tratarse de una misión de corta duración y con desconocimiento previo tanto de los recursos materiales como de las capacidades del personal, los primeros días fueron fundamentales para constatar los puntos críticos. Conforme avanzó la misión el personal se ha mostrado más receptivo a la mejora, siempre con cierta variabilidad interpersonal con algunos miembros algo más reticentes al cambio.

Este prototipo de misión con un grupo reducido, pero altamente cualificado y experimentado para socializar conocimientos y colaborar en el adiestramiento sanitario, podría servir de

referente para misiones cuyos objetivos sean el identificar áreas de mejora siempre y cuando se complemente con recursos y con posibilidad de realizar capacitaciones y asistencias en temas específicos. No obstante, cabe reseñar que para que se produzca una verdadera la capacitación o los cambios en actuaciones del personal el adiestramiento debe ser perdurables en el tiempo. Es decir, la actualización y la formación continuada es imprescindible para dar una respuesta de calidad.