

**Este documento está diseñado para ayudar a los centros que abren una sala**

**COVID. Se basa en nuestra poca experiencia y se irá mejorando sobre la marcha.**

- En primer lugar, hay que tener en cuenta que no va a ser fácil y que va a acoger a pacientes que tienen, como han entendido, una patología grave que puede descompensarse muy rápidamente.  
Por consiguiente, es necesario saber, tan pronto como el paciente ingresa, si va a necesitar o no reanimación, y que la información esté fácilmente disponible tanto para el personal médico como para el resto de personal sanitario.  
Por nuestra parte, indicamos en todos los soportes posibles (médicos/orbis, prescripciones DUE/actipidos, comunicaciones escritas/guardias)
  - 1) reanimar,
  - 2) NO RCP: no reanimar pero mantener los tratamientos y cuidados (ATB, anticoagulación, biología),
  - 3) LET (limitación del esfuerzo terapéutico): con prescripción de Midazolam (hipnovel)/morfina, a menudo ya de entrada o en cualquier caso con prescripciones anticipadas que deben ser explicadas al personal de enfermería (evitar llamar al médico residente/de guardia por la noche). Sobre todo no dudar en llamar al equipo móvil de cuidados paliativos.
- En el caso de los pacientes a los que se ha decidido reanimar, hemos considerado con nuestro equipo de reanimación, basándonos en nuestras primeras experiencias, que cuando el paciente requiere oxigenoterapia > 3 l/min para mantener una saturación del 93% o 94%, se debe informar al equipo de reanimación porque entonces el paciente puede empeorar muy rápidamente (en pocas horas), especialmente hacia los D7-S10 de los síntomas. Dependiendo de las organizaciones locales, otra opción es trasladar al paciente a neumología (si estáis en un servicio que no sea neumología y tenéis accesos a tal servicio en vuestro centro).
- Proporcionamos el número de teléfono del control de enfermería en caso de que el personal no llegue lo suficientemente rápido a pesar de que suene el timbre del paciente (para los pacientes "que se pueden reanimar" pero también para el familiar del paciente en LET que eventualmente se queda en la habitación).
- **Prescribir el oxígeno** y la vigilancia de la frecuencia respiratoria (FR), en el programa informático de prescripción, con un objetivo de saturación de O<sub>2</sub> entre el 94-96% y la nota «avisar al médico si el flujo de d'O<sub>2</sub> > 4 a 6L/min para obtener los objetivos de saturación o si la FR > 25 (para adaptarse a la situación)» y formar los/las DUE para que vigilen la FR y la saturación de O<sub>2</sub> +++.
- En general, **no se permite ninguna visita** pero hacemos alguna excepción siempre que podemos para los casos de final de vida en que autorizamos una visita.
- En el momento del ingreso del paciente, los familiares llegan a menudo alarmados. No se les permite la entrada a la unidad y se quedan en la entrada de la unidad. Entonces es necesario darles rápidamente una mascarilla quirúrgica, hablar con ellos, tomar sus datos de contacto y pedirles que vuelvan a casa rápidamente, explicándoles las instrucciones a seguir. Desinfectarse bien las manos (FHA) después de recuperar la bolsa con las pertenencias del paciente.
- Posibilidad de llamar a la persona de confianza de cada paciente todos los días según un horario fijado por los médicos (de 2 a 3 de la tarde antes de los ingresos, por ejemplo) para informar sobre el paciente.

## **ASPECTOS ORGANIZATIVOS EN LA SALA**

- **Se debe programar un redimensionamiento del equipo médico y del resto de personal sanitario.**

- En nuestro caso, tuvimos que doblar el número de residentes, sénior en la sala y el número de enfermeros(as) y auxiliares (uno por cada 4 a 5 pacientes).
  - Es necesario, muy rápidamente, que vuestra administración vea cómo va a poder recuperar el personal reubicado de otros servicios en los que la actividad ha disminuido, o incluso que utilicen la reserva sanitaria.
  - Considerar la implementación rápida de una guardia por edificio
  - Y saber que la carga de trabajo va a ser astronómica especialmente las tardes y los fines de semana. En el caso de los residentes buscar sénior, estamos intentado dejar un día libre a la semana.
- **También es necesario programar un redimensionamiento del material** (recuperando los aparatos para medir la tensión, termómetros (que funcionan mal debido a la desinfección, por lo que hemos pasado a los termómetros individuales «desechables»), glucómetros) de los servicios cuya actividad está disminuyendo, consultas que están desiertas. El mínimo necesario, nos parece, para una sala de 18 camas: 4 dinamómetros, al menos 4 termómetros, 4 glucómetros, 4 pulsioxímetros portátiles y al menos 10 bombas de jeringas eléctricas (se necesitan 2 para el final de la vida y estas hacen falta muy rápidamente). Lo ideal sería tener un pulsioxímetro portátil y un termómetro individual. Esto permite por ejemplo que los residentes/sénior de CV hagan una última ronda de los pacientes con un pulsioxímetro portátil: muy útil++
- En cuanto al uso de los estetoscopios, no hay consenso y tenemos 2 opciones:
- Utilizar estetoscopios desechables que permanecen en las habitaciones: la calidad de la auscultación es muy pobre, lo que resulta problemático en esta patología y, sobre todo, implica poner las olivas, posiblemente llenas de virus, en las orejas. Por lo tanto, los fregamos con solución hidroalcohólica
  - Utilizar vuestro estetoscopio y limpiarlo después con toallitas desinfectantes (o incluso con agua y jabón).
- **Vestirse, desvestirse:** Está disponible un video de 30 min sobre cómo vestirse y desvestirse porque no es muy fácil sobre todo en un situación un poco estresante, y los equipos de higiene están muy solicitados y no se puede formar a todo el personal. En youtube encontraréis unos tutoriales: [https://youtu.be/UHEATN2pN\\_8](https://youtu.be/UHEATN2pN_8) o <https://youtu.be/QFrVBqg82LY>
- Nos ponemos unos pijamas desechables, una mascarilla quirúrgica (sujeta a las modificaciones en las recomendaciones) durante todo el día, que debe cambiarse cada 4 horas.
  - Cuando se hace la ronda para la toma de constantes o la visita, si no hay manchas, ya no nos cambiamos la bata, el gorro, las gafas ni la mascarilla quirúrgica. Esto nos permite ir más rápido (¡o menos lento), gastar menos material y sobre todo evitar los errores.
  - **En cuanto a los guantes:** sólo se recomiendan en caso de contacto con líquidos biológicos. Por lo que se deben retirar al final de la maniobra y realizar una fricción con solución hidroalcohólica (utilizar siempre guantes es un factor de contaminación ambiental, a diferencia de las manos, no se pueden desinfectar). Si se utilizan guantes, los cambiamos usando solución hidroalcohólica en cuanto nos los quitamos.
  - Para los procedimientos invasivos (toma de muestra nasofaríngea, aerosoles), se requiere una mascarilla FFP2. Entonces debemos retirar la bata, el gorro, las gafas y la mascarilla al salir de la habitación.

Un pequeño truco para las gafas (al menos las de la AP-HP): las patillas son ajustables (si se caen, hay que acortarlas). No son desechables y se deben desinfectar (sumergidas durante 10 minutos en una solución desinfectante o unas toallitas).

**Los procedimientos para vestirse y desvestirse se deben enganchar en la puerta y dentro de la habitación para hacer el procedimiento de autocontrol.**

Se debe tener en cuenta en todo momento que las manos son el PRINCIPAL (si no el único) vector de la enfermedad y que **es absolutamente necesario asegurar una higiene de manos intachable**, y no llevarse NUNCA las manos a la cara sin realizar una fricción hidroalcohólica, lo que hacemos inconscientemente decenas de veces por hora.

- En el caso de **las mascarillas quirúrgicas para pacientes: dar preferencia a las mascarillas con goma elástica** en lugar de las de cintas (mucho más fáciles y rápidas de poner al paciente, especialmente cuando lleva O2). En el caso del personal, las opiniones difieren.
  
- **Visitas médicas:** lo que proponemos (para su adaptación)
  - Transferencias médico-DUE del turno de mañana: proponemos que cada binomio DUE se turne en la realización de las transferencias a los médicos para evitar que sean muy numerosos en las zonas.
  - Nos repartimos la visita todas las mañanas: cada paciente es atendido por un solo médico (residente o Sénior). Solo en los casos de ingresos de la víspera o en los casos más difíciles, doblamos (residente + sénior). Al final de la mañana, hacia las doce y media, hacemos un pase de todos los pacientes para validar algunos cuidados y tratamientos.
  - Los residentes tienden a mantener a sus pacientes de un día para otro, pero los sénior "intercambian", de modo que todos los pacientes son atendidos por los sénior en un plazo máximo de 48 a 72 horas (un punto que seguramente se discutirá caso por caso).
  - Antes de la visita, cada médico relee los expedientes de golpe, después va a visitar los pacientes uno a uno sin cambiarse de ropa (evidentemente no se entra ningún documento escrito o electrónico en las habitaciones). Es necesario asegurarse que se hacen las modificaciones en las prescripciones rápidamente después de la visita para no olvidar nada. Posibilidad de tener un binomio (incluso externo) en el exterior que haga las modificaciones.
  - Algunos equipos proponen que el paciente lleve una mascarilla quirúrgica (salvo imposibilidad) cuando un miembro del personal entra en la habitación.
  - Por último, mantened el sentido común clínico en todas las circunstancias (no obviar los diagnósticos diferenciales (embolia pulmonar, paciente trasladado a reanimación que mejora después del tratamiento de un EAP, etc.).
  
- **Turno enfermeros:** los DUE hacen las rondas en binomios principalmente: uno vestido en la habitación, otro fuera para el registro cronológico de la FR (en caso de que no se pueda llevar encima un reloj), apuntar las constantes, traer los elementos que faltan.
  
- **Instalación de material al exterior de la habitación:**
  - **Un colgador en el exterior** para el material limpio: mascarillas quirúrgicas/FFP2, gafas limpias, gorros, guantes, batas de manga larga, solución hidroalcohólica,

- **Un carrito en el exterior** para la sala: la bandeja desinfectante (incluso toallitas) para las gafas, vuestro estetoscopio con unas toallitas para el picaporte
  - Si es posible, también se necesita una mesa o equivalente en la entrada de la habitación (para colocar bandejas, etc., sin necesidad de vestirse completamente, cuando el paciente es autónomo).
- **Instalación de material en el interior de la habitación:**
    - Cubo amarillo DASRI, por sus siglas en francés, (evitar el sistema que se abre al pie porque hace un mecanismo de aerosol y preferir los cubetas simples)
    - Una hoja de papel A4 con un bolígrafo enganchado (un lápiz con esparadrapo alrededor y 30 cm más desenrollados son suficientes) para anotar las constantes (zona sucia pero que permite que se pueda ver sin vestirse): esta hoja es especialmente importante cuando los médicos visitan; como en los viejos tiempos, permite tener un resumen de las constantes todos los días en un solo documento en la habitación
    - Mascarillas(s) para el paciente (en función de su estado)
  - Damos el teléfono del control de enfermería a los pacientes (cartel en las habitaciones), lo que les hace sentir seguros, les permite resolver algunos problemas sencillos sin tener que vestirse, etc. También se pueden llamar (por ejemplo, psicoterapia de apoyo, preguntas de los trabajadores sociales, etc.). Por lo tanto tenemos una agenda con los números de teléfono de cada habitación en el despacho de los médicos y en el de los/as DUE.
  - Evidentemente es siempre mejor disponer de habitaciones individuales pero **también se pueden atender los pacientes infectados por COVID en habitaciones dobles.**
  - **Marcamos con nuestros nombres los pijamas e idealmente también las batas** (con un esparadrapo y un rotulador negro es suficiente). Los pacientes están estresados y ven pasar a personas vestidas de azul o verde, con mascarillas que no pueden identificar si son hombre/mujer, médico/DUE, ya conocido/desconocido... Muy desconcertante, especialmente para las personas mayores. Resulta difícil hasta para nosotros identificar los diferentes miembros de nuestros equipos muy reorganizados.
  - Pedir a los externos o a los que estén algo disponibles (?) que pasen 15 minutos al día con cada persona mayor/dependiente para "conversar" y mantener una apariencia de vida relacional. Debemos intentar estar atentos porque muy rápidamente, la atención a estos pacientes se vuelve subóptima (pacientes que no se sientan en el sillón, poca o ninguna ayuda para comer...) en cuanto la carga de cuidados es grande. Si es posible, ayudar al paciente para que llame a su familia por Facetime/Skype/WhatsApp.
  - **Sobre todo, limpiar/desinfectar +++ en todas partes y todo el tiempo** (picaportes, teléfonos, teclados, ratones, interruptores, etc). Es un buen momento para ordenar el despacho de los residentes.
  - **Ventilar las habitaciones** (habitaciones con posibilidades de abrir las ventanas sin abrirlas de par en par (prevención de suicidios), despachos) para reducir la circulación del virus +++. Las recomendaciones (mínimas) son abrir las ventanas durante 10 minutos cada hora. Hay que tener cuidado, en algunos edificios (generalmente recientes), las recomendaciones pueden ser diferentes: por lo tanto, consultar con los servicios técnicos.

Las **puertas de las habitaciones están normalmente cerradas pero, de hecho, se pueden dejar abiertas si fuera necesario** porque la transmisión es por gotas.

- **En la medida de lo posible, se deben evitar los aerosoles** y sólo mantener las indicaciones imperativas (asma descompensada principalmente): priorizar el uso de una cámara de inhalación (4 inhalaciones de Ventolin en la cámara de inhalación/4 horas como máximo) cuando sea posible.
- Pequeño problema práctico: ¿qué hago con mi teléfono? Nuestras opciones:
  - o Mantener la bata sobre el pijama (y dejarla en el despacho de residentes/médicos).
  - o Llevar una riñonera debajo del pijama y unos auriculares inalámbricos (?)
  - o Grapar encima del pijama un «guante de baño» de papel/algodón.
  - o No responder durante el tratamiento. Realizar una fricción con solución hidroalcohólica antes y después de utilizar el teléfono.

### **ASPECTOS ORGANIZATIVOS GENERALES**

- Además de los correos electrónicos que intercambiamos (muy numerosos), mantenemos **reuniones diarias** (todas por teléfono, porque ya no tenemos reuniones presenciales, los casos de transmisiones dentro de los equipos son muy frecuentes). Esto permite estar informado muy regularmente de lo que se ha comentado en las reuniones de crisis de la mañana y del mediodía y mantener a los equipos informados. Es importante saber que todo evoluciona muy rápidamente y que lo que es cierto por la mañana ya no lo es por la tarde y así sucesivamente.
- **También se deben tomar medidas para que los cuidadores puedan dejar a sus hijos en la escuela o para que se les proporcionen servicios de guardería**, principalmente como se ha hecho en la Asistencia Pública y, más ampliamente, al menos en la zona de París y sus alrededores. Algunos recurren a jóvenes estudiantes voluntarios. Este es un punto importante.
- **Para las comidas**, lo ideal es comer solo en su despacho (por lo tanto, traeros un plato apetitoso, escuchad música para mantener un buen estado de ánimo). Para el resto de profesionales sanitarios, evitar que haya más de 5 en el office, y respetar una distancia de un metro entre las personas. El personal sanitario o médico contacto de covid+ debe comer solo.
- **Gestión del estrés**
  - o **Hemos implementado unas sesiones de hipnosis y de consultas psicológicas** a través de los sénior de nuestro servicio y nuestro psicólogo porque el nivel de estrés es importante.
  - o Hemos transformado nuestra sala del equipo en una sala relax: esterillas de yoga, tenis de mesa (con mascarilla quirúrgica) [cuidado: los participantes tienden a quitárselas], 5 personas como máximo.
  - o Nos «mimamos»: chocolate, chucherías, bollería algunas mañanas.
  - o Tono y gestos tranquilos: no corremos, no alzamos la voz...
  - o Todos estamos particularmente atentos los unos de los otros porque el estrés es intenso, con especial atención a los externos y los estudiantes de enfermería.
- **Para las direcciones: conectar el wifi, acceso gratuito a las televisiones.** Esto facilita al paciente hacer Facetime/Skype/WhatsApp con su familia.

## **GESTIÓN DE PACIENTES EN FINAL DE VIDA**

- Por lo tanto, esto debe preverse desde el principio (ver más arriba).
- Los datos de la persona de confianza y los de las que hay que avisar deben indicarse claramente en el expediente.
- Visita del/de los familiar(es):
  - o Darles una mascarilla antes de entrar a la unidad si no la llevan ya.
  - o Tuvimos un primer paciente en final de vida que tenía 3 hijas y por eso autorizamos 3 visitas que hicimos sucesivamente, lo que no fue una buena idea porque requiere más tiempo del personal (cada vez hay que enseñar cómo vestirse y desvestirse ayudando a la persona) y durante este tiempo, las personas que han estado en contacto están esperando en el pasillo contaminando potencialmente las superficies o el personal que pasa. Por último, es probablemente menos ansiogénico para la familia estar juntos en la habitación que solos.
- **Cuando la sedación es eficaz y el paciente está cómodo, se debe reducir** el flujo O2 a un máximo de 4l porque la oxigenoterapia ya es de interés para el paciente (entonces se utiliza principalmente para la familia) y a dosis elevadas aumenta el riesgo de transmisión (riesgo de imitación de una aerosolización).
- Por último, tener a disposición el procedimiento específico para el fallecimiento (retirada del marcapasos, etc...)

**Finalmente, protegeros en la medida de lo posible, tomaros un momento para vosotros cada día, ¡os lo merecéis!**



**ÁNIMOS A TODOS (todo irá bien).**

**El equipo de medicina interna, Hospital Cochin en París,  
(especialmente Nathalie Costedoat-Chalumeau, Luc Mouthon, Tali-Anne Szwebel, Nathalie Morel, Nadjime Ismail)**

**Camille Taille (neomología, hôpital Bichat en París)**

**Los equipos de higiene AP-HP**

**Y otros que han dado sus consejos y trucos**