

ressò mont-rogenic

ENTREVISTA A ANTONI CASTRO I GUARDIOLA, EL MONT-ROGENC CAP DEL SERVEI DE MEDICINA INTERNA I MALALTIES INFECCIOSES DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE GIRONA, DOCTOR JOSEP TRUETA

Miquel Anguera, "Beatet"

04-05-2020

(Aquesta entrevista que publiquem a Ressò mont-rogenic, és un resum de la que, sencera, es va publicar al Diari de Girona del propassat 29 d'abril. Pel moment que estem vivint i per la importància del càrrec que ocupa aquest mont-rogenic en el prestigiós hospital de Girona, us en volem fer partícips).



-Quant temps fa que és responsable de la Unitat de Malalties Infeccioses?

Soc el Cap del Servei de Medicina Interna i Malalties Infeccioses de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta des del maig del 2017.

-L'arribada d'un virus tan contagiós com el Covid-19 que ha ocupat més d'un 80% de l'Hospital Trueta ha agreujat les infeccions de tipus nosocomials (no només de Covid-19) a altres pacients?

En el temps que portem immersos en l'assistència massiva a pacients afectes de COVID-19 el nombre de pacients ingressats amb altres patologies a les plantes d'hospitalització, fins ara ha disminuït dràsticament. Això inclou els pacients de les diferents àrees quirúrgiques que són dels més exposats a patir infeccions nosocomials. Així el que hi ha hagut ha estat un descens notable de les infeccions nosocomials habituals en l'hospitalització diguem ordinària. Malgrat tot el nombre de malalts a la Unitat de Cures Intensives ha arribat a augmentar pràcticament un 370% en el moment de la màxima ocupació i actualment estem al voltant de un 300% del que era la capacitat habitual. La incidència de infeccions nosocomials en els pacients amb estades més perllongades a la Unitat de Cures Intensives serà l'habitual però amb aquest augment d'ocupació cal preveure que el nombre absolut d'infeccions nosocomials s'incrementarà. En quant a transmissió nosocomial de la infecció per SARS-CoV-2 a pacients no afectes de COVID-19 ha estat pràcticament nul•la en primer lloc per la baixa ocupació d'aquests altres pacients i al fet de que des del començament es van redistribuir les àrees d'hospitalització en aquelles amb malalts amb COVID-19 i altres que podríem dir "lliures" de la infecció.

-Tenint en compte que la majoria de contagis al personal sanitari és d'origen nosocomial, està prou protegit per afrontar aquest virus?

El personal sanitari de l'hospital i concretament el de Medicina Interna/Infeccioses ja té l'hàbit de protegir-se de diferents infeccions transmissibles des de fa anys. Tenim

protocols molt ben establerts desenvolupats conjuntament amb la Unitat de Medicina Preventiva i la Unitat Bàsica de Prevenció (salut laboral). La diferència està en el nombre absolut de pacients contagiosos que hem d'atendre. Això provoca dos problemes. Per una banda la manca inicial de suficient material de protecció com ha passat arreu del món i que ha obligat a ser molt més eficients en la seva utilització i a trobar noves solucions. En aquest sentit la col·laboració de diferents empreses del territori ha estat de gran ajuda. Per altra banda el fet d'atendre un elevat nombre de pacients amb equips de protecció provoca un important cansament en el personal i això està demostrat que afavoreix una menor concentració i la possibilitat de descuits que poden afavorir infectar-se. Per això hem hagut d'adaptar també les rutines de treball per exemple els metges formen binomis en que un dels dos membres supervisa i dirigeix la posada i retirada dels equips de protecció individuals del company.

-De quina manera es protegeixen la resta de pacients (concretament els immune deprimits com ara els Oncològics) per tal d'evitar que contreguin el virus?

Com ja he dit prèviament els pacients s'han separat físicament en diferents àrees de l'hospital. També hem intentat que els professionals que atenen pacients amb COVID-19 no atenen altre tipus de malalts sempre que és possible. En tot cas les mesures habituals de higiene i desinfecció abans d'atendre a qualsevol pacient s'han extremat. Els pacients Oncològics depenen d'una altre grup de professionals amb la seva àrea específica d'hospitalització en la que segueixen també aquests mateixos criteris. Fins ara hem intentat posposar en la mesura del que és medicament raonable l'administració intrahospitalària de tractaments immunosupressors també per disminuir el contacte amb l'hospital i el risc de infecció d'aquests pacients.

-De quina manera es fa seguiment a pacients de la seva àrea que se'ls hi ha hagut d'anular proves o visites? Quines afectacions tindran aquests retards i anul·lacions?

No hem deixat de fer el seguiment ambulatori de pacients de Medicina Interna/Infeccioses. Ens hem hagut de readaptar nosaltres i els nostre pacients. Nosaltres donem suport ambulatori a la medicina primària, a altres especialistes i en el seguiment de pacients que han estat ingressats. Per una banda com a cap de servei valoro totes aquelles noves peticions que ens arriben i cada membre de l'equip fa el mateix amb els pacients programats dels que ja en fem seguiment. Amb això decidim si el pacient ha de ser atès presencialment, sense més demora de l'habitual, a l'àrea de consultes externes o pot ser atès telefònicament de forma excepcional i posteriorment reprogramar la seva atenció presencial. Si alguna prova pensem que no es pot posposar contactem amb el servei responsable i la tirem endavant. El que intentem amb tot això és evitar gran nombre de pacients a les sales d'espera de les nostres consultes i en contacte amb nosaltres que tenim més possibilitats de ser font de contagi. Evidentment les visites presencials són una mica més complexes sobretot en el moment de l'exploració física per les mesures de protecció que hem de prendre. Per tant, en el cas de Medicina Interna/Infeccioses l'afectació pels nostres malalts crec que serà raonablement poca. El que haurem de gestionar serà el seguiment de l'elevat nombre de pacients que atenem amb COVID-19 ja que les nostres consultes externes ja estaven al límit de la seva capacitat tant per personal com per espais. Un altre problema és l'activitat quirúrgica i dels gabinets d'exploracions complementàries que estan veient

afectada la seva activitat de forma important i hauran de valorar com gestionar les seves llistes d'espera que ara han quedat molt aturades.

-Com s'ha readaptat la planta que vostè dirigeix davant la crisi sanitària pel que fa a material i personal? Hi segueix havent personal per atendre pacients amb altres infeccions?

L'any 2019 al nostre servei vàrem donar vora de 1300 altes, això és unes 110 altes al mes. Des de l'arribada d'aquesta epidèmia amb la primera pacient que vàrem ingressar el 29 de febrer, avui tot just fa 7 setmanes, hem ingressat fins el dia d'ahir 412 pacients dels quals 303 han estat positius. Si a més li sumem els ingressos per altres motius, això significa que hem triplicat la nostra activitat ordinària d'hospitalització. Ens hem adaptat a aquesta situació ocupant llits bàsicament dels serveis quirúrgics que han pràcticament aturat la seva activitat. En quant als recursos personals també ens hem hagut de multiplicar i reinventar. En aquest sentit és d'agrair l'esforç dels nostres Residents i dels d'altres especialitats mèdiques que han vist aturat el seu pla de formació per dedicar-se plenament a l'assistència d'aquests pacients a la planta i reforçant les guàrdies. També vull expressar el meu profund agraïment als altres serveis de l'hospital que han vist disminuïda o pràcticament aturada la seva activitat ordinària i dels que els seus metges han vingut a reforçar-nos bé assumint l'assistència directa de pacients per part d'especialistes mèdics com donant suport no assistencial per part d'especialistes quirúrgics o no específicament mèdics, en moltes ocasions assumint tasques pràcticament administratives o auxiliars com la supervisió de la posada i retirada dels equips de protecció individual per part dels companys que fan l'assistència, prenent notes o revisant bases de dades. Gràcies de nou a tots ells.

-Com ha canviat des de l'inici de la pandèmia la manera d'atendre i hospitalitzar els pacients de Covid-19? (a nivell d'equips de protecció, material disponible per fer diagnòstics, personal especialitzat).

La manera d'atendre als pacients ha patit una metamorfosi absoluta. La feina de l'internista es centra molt en la visió integral de la persona en quant als seus problemes aguts però també tenint en compte i integrant tots els seus problemes de salut presents i passats. Per això tenim especial cura de pacients pluripatològics a sovint d'edat avançada. També ens dediquem a moltes malalties minoritàries a vegades de diagnòstic i tractament complexes que precisen un exercici intel·lectual important i estimulants. Tot això comporta un contacte molt proper i amb força dedicació de temps a cada pacient. La COVID-19 ha trencat aquest esquema. El comportament de la malaltia l'hem après ràpidament amb un parell de patrons molt similars en tots els pacients i, en aquest sentit, s'ha convertit en una feina molt repetitiva i protocol·litzada amb poc marge per la variació. Això té el perill de passar per alt alguns petits fets diferencials que poden ser rellevants en l'evolució del pacient. Per altra banda hem perdut molt el contacte amb el pacient, l'hem de visitar molt protegits, difícilment ens podrà reconèixer, i amb el mínim temps possible per evitar el nostre propi contagi. Tampoc tenim contacte físic amb les famílies, pràcticament només telefònic. Per tant també hem tingut d'adaptar tot l'aspecte comunicatiu. Mai reconeixem prou l'esforç que estan fent infermeres, auxiliars i zeladors. Viuen en primera línia i de forma continuada l'assistència als pacients amb un gran desgast físic, per haver de portar una gran part de la jornada els equips de protecció individual, i també desgast emocional ja que són les que viuen contínuament de forma directa el patiment dels pacients dels que són el principal contacte amb el món exterior. No oblidem al personal de la neteja peça central en el

control de la infecció i sotmeses a un sobre esforç degut a un elevat moviment de l'ocupació de les habitacions i treballant vestint feixucs equips de protecció individual. A sovint tots sentim impotència per no poder alleujar el patiment emocional que els suposa aquest aïllament als pacients. En aquest sentit també agraïm l'ajuda dels equips de psicologia amb els que col·laborem.

-Seguint parlant de personal especialitzat, hi havia algú especialista en coronavirus fins ara a l'hospital?

Personal especialitzat en Coronavirus no hi havia ni aquí ni a la majoria de centres arreu del món. Els Coronavirus en el nostre entorn fins ara només provocaven quadres catarrals banals i mai en fèiem el diagnòstic específic. El personal especialitzat en Coronavirus és el que es dedica a la recerca virològica, no els clínics.

-En l'àmbit de les malalties contagioses, a quins precedents podríem situar el Covid-19?

En el nostre àmbit territorial té paral·lelismes bàsicament amb la grip que està distribuïda també a nivell mundial. En regions molt concretes del món hi ha altres malalties provocades per coronavirus com són la síndrome respiratòria aguda greu (SARS) i la síndrome respiratòria de l'orient mitjà (MERS). Tots són virus bàsicament respiratoris que poden provocar pneumònia molt greu i la mort, també la grip. La diferència amb la grip seria la taxa de transmissibilitat que es considera que és al voltant de 3 casos nous per cada infectat pel SARS-CoV-2 que provoca la COVID-19 i de 1.5 pel virus de la grip. També la letalitat o taxa de mortalitat que es calcula al voltant del 5% pel SARS-CoV-2 i de 1 al 23 per 100.000 en la grip depenent dels anys i l'efectivitat de la vacuna. Això s'explica entre altres motius pel fet de que fa molt de temps que estem en contacte amb el virus de la grip i en disposem de vacuna en canvi el SARS-CoV-2 és un virus nou per la humanitat i encara no en tenim defenses naturals ni adquirides.

-Quina opinió li mereixia l'expansió del virus quan encara no havia arribat a Europa? Ha canviat la seva percepció?

Quan van començar els casos a la Xina vàrem pensar que seria una nova epidèmia localitzada a l'est com va ser el SARS. Al veure els primers casos a Itàlia la meua percepció va canviar però encara teníem l'experiència de l'Ebola de la que malgrat la gran alarma que va provocar només es van viure uns pocs casos importats. Quan va arribar aquí, malgrat inicialment només es considerava una malaltia importada que només afectaria a contactes traçables que venien de la Xina, ja es va veure que seria una epidèmia amb tota la seva plenitud i perills, a Itàlia ja s'havia perdut aquesta traçabilitat.

-Què és el que fa aquest virus tan contagiós?

Aquest aspecte encara és motiu de recerca. Els estudis indiquen que la proteïna que forma les espícules de la superfície del virus (d'aquí el nom de coronavirus) té una gran afinitat per determinats receptors presents en molts tipus diferents de cèl·lules humanes especialment a nivell pulmonar i activen una sèrie de processos enzimàtics que el converteix en un virus molt eficient en entrar en aquestes cèl·lules causant-ne la seva

infecció. Un altre aspecte és que es transmet directament de persona a persona tant per la via aèria com per contacte. En el primer cas per micra gotes d'origen respiratori que contenen el virus i que resten flotant en l'aire durant un període perllongat de temps, això podria explicar que persones asimptomàtiques (sense tos ni esternuts p.ex.) puguin ser contagioses. També es vehicula en gotes més grosses de curt recorregut però que cauen en superfícies en les que pot sobreviure durant molt de tems, en algunes fins a 3 o 4 dies, si tenim contacte amb aquestes superfícies i posteriorment amb les nostres mucoses podem adquirir el virus.

-Com a expert en malalties infeccioses, creu que aquest virus es quedarà entre nosaltres?

La meua opinió és que si ha arribat és per quedar-se. Potser cap malaltia transmissible ha desaparegut espontàniament. Algunes s'han eradicat, o pràcticament, per l'acció del coneixement i les mesures de salut pública com les vacunacions, desinsectacions, higiene, tractament de residus o canvis d'hàbits com exemples. Altres les hem cronificat amb una baixa letalitat amb tractaments farmacològics com pot ser el cas de la SIDA. Haurem d'aprendre a controlar-lo de forma similar a la grip, amb un programa de vacunació i mesures per evitar el contagi durant les èpoques d'epidèmia. En aquest sentit també és una incògnita si tindrà un comportament estacional com la grip o no, si aquest últim és el cas, el control efectiu de la malaltia segurament no el tindrem fins que aconseguim la vacuna. Si trobem algun tractament eficaç contra la malaltia també ajudarà a controlar-ne la seva activitat, en aquest sentit recordem que sempre ens ha costat molt més trobar fàrmacs eficaços contra els virus que contra altres microorganismes com són els bacteris.

-Hi ha algun motiu científic que expliqui l'aparició d'una malaltia infecciosa a tot el món d'aquesta magnitud?

Encara hem de conèixer molts aspectes de la malaltia, alguns ja els he explicat abans. Pensem que no fa ni mig any que ha aparegut aquesta malaltia al món, això en epidemiologia, en l'evolució i en la natura és un temps pràcticament inapreciable. Tenim pressa però malgrat el desenvolupament actual de la ciència tot necessita el seu temps.

(L'Antoni Castro Guardiola, nascut a Mont-roig on hi va viure molts anys de la seva vida, dels que li queden uns bons records i on ha deixat petjada com tota la seva família. Qui no recorda la seva participació en l'Associació de Joves Roca Ferma, el seu pas pel Club Atlètic Mont-roig, o bé la seva pertinença a la "Rondalla Fent Camí" de música, els anys 70 i 80? Per tot això, i més, volem agrair a l'Antoni la seva total predisposició a publicar la seva entrevista a Ressò mont-roigenc. Avui en dia quan algú li pregunta d'on és, sempre respon: "de Mont-roig!!". Gràcies Toni, per la teva gran tasca al Josep Trueta i fins sempre!!)

