

| 112, DIGUI'M?

URGÈNCIES I EMERGÈNCIES A L'HOSPITAL

UNIVERSITARI DE GIRONA DOCTOR JOSEP TRUETA



Jana Segundo i Felip
2n Batxillerat B

Tutora: Margarida Armengol
INS Pla de l'Estany

Banyoles, 10 d'octubre de 2017

ÍNDEX

0. Introducció	2
MARC TEÒRIC	
1. Definició i classificació dels hospitals	7
1.1 Què és un hospital?.....	7
1.1.1 Segons el finançament	7
1.1.2 Segons la complexitat	8
1.1.3 Segons el nivell.....	8
1.1.4 Número de llits.....	9
1.2 Hospital o CAP?	9
1.3 Hospitals a nivell de Catalunya.....	10
2. Història de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta	11
2.1 Canvis de nom	13
2.2 Organització actual	15
2.3 Recerca.....	16
2.4 Docència.....	16
2.5 Organigrama	17
3. Urgències	17
3.1 Entrada a urgències per decisió pròpia	19
3.1.1 Triatge.....	23
3.2 SEM	26
3.2.1 Unitat de suport vital avançat (SVA)	28
3.2.2 Unitat de suport vital bàsic (SVB).....	29
3.2.3 Helicòpters medicalitzats	29
3.2.4 Vehicles d'intervenció ràpida (VIR)	31
4. Urgències pediàtriques	32
5. Reforma i ampliació de les urgències	34
MARC PRÀCTIC	
1. Entrevistes.....	36
1.1 Dr. Toni Juan Pastor	36
1.2 Teia Camps.....	50
1.3 Carles Cerdà.....	57
1.4 Dr. Gerard Casas.....	65
1.5 Xavier Saballs	70
2. Estadística a urgències	73
2.1 Urgències convencionals.....	73
2.2 Urgències pediàtriques	79
Conclusions	85
Agraïments.....	87
Bibliografia	88

0. Introducció

Vaig decidir fer el treball sobre les urgències i emergències a l'hospital Trueta arran de l'experiència que jo vaig viure:

Divendres 13 de maig de 2016.

Em vaig despertar molt contenta. Aquell dia no havia d'anar a l'institut perquè tenia festa i, a més a més, començaven les festes de Porqueres. Tenia moltes ganes d'anar als concerts i, sobretot, de fer l'actuació castellera que cada any fem al recinte de barraques del municipi.

Durant el matí vaig estar per casa fent feina i més tard vaig anar a dinar. Quan vam acabar, el meu pare es va aixecar per anar-se'n a estirar al sofà, quan de cop i volta, li va començar a fer molt mal el pit i el braç esquerre. Li feia tant mal que no va poder arribar al sofà i es va haver d'estirar a terra, entre la cuina i el menjador, cargolant-se de dolor. La meva mare i jo ens pensàvem que estava fent broma i vam esperar uns segons per veure què li passava. Quan la meva mare va veure que allò anava de veritat va anar ràpidament a l'estudi, on té apuntat el número de telèfon del CAP, i hi va trucar. Com que ningú li va contestar, va decidir trucar al 112, ja que temia que no fos un infart. Mentrestant, jo estava al costat del meu pare plorant i sentint-me impotent, ja que no sabia què podia fer per ell.

La meva mare que no veia el que estava passant perquè estava en una altra habitació trucant, m'anava fent a mi les preguntes que li demanaven per telèfon:

- Quin costat li fa mal? Té problemes per respirar? Cap a on va el dolor? Li fa mal l'esquena?... -

Que jo recordi, vaig poder respondre poques de les preguntes que em feia, ja que no podia parar de plorar i cridar "Papa!".

En poc més de 5 minuts va arribar una ambulància a casa, el meu pare ja estava millor. Van decidir fer-li alguna prova a casa mateix, així que el van fer seure al sofà i li van

prendre la pressió, li van fer un electrocardiograma, li van posar una mascareta d'oxigen perquè respire bé... Tot i que ell insistia en què jo fos allà al menjador amb ell perquè veiés que estava bé, mentre li feien aquestes proves, jo estava a la cuina acabant de recollir la taula, ja que em feia cosa veure el meu pare d'aquella manera i no em volia posar a plorar una altra vegada davant d'ell i el personal mèdic.

Mentrestant va arribar un altre cotxe, era el de la metgessa. Només d'entrar li va fer unes quantes preguntes abans de mirar els resultats de les proves. Tot i que el meu pare ja s'anava recuperant i les proves no havien sortit malament, la metgessa va decidir que el millor era que l'ambulància se l'emportés cap al Trueta per poder-li fer més proves i tenir-lo unes hores en observació. Així que el van posar en una cadira de rodes i es van dirigir cap al Trueta.

La meva mare i jo vam deixar-ho tot tal com estava i vam intentar seguir l'ambulància fins a l'hospital, tot i que pel camí la vam perdre, perquè portava la sirena posada i anava a molta velocitat.

En arribar a urgències ens vam acostar al taulell per demanar pel meu pare. Ens van dir que ja havia arribat, que ja era dins i que quan poguéssim entrar ja ens avisarien. De moment ens havíem d'esperar a la sala d'espera i, déu n'hi do la gent que hi havia!

Al cap d'una estona ens van cridar per megafonia i vam poder entrar a veure el meu pare. El vam trobar estirat en una llitera al passadís, ja que els boxs estaven plens, igual que els passadissos. Va venir el metge i ens va explicar que li havien de fer més proves, concretament una analítica molt concreta on es podria veure si hi havia afectació de les cèl·lules del cor. Com que per tenir els resultats d'aquesta analítica havíem d'esperar 3 hores, la meva mare i jo vam tornar a la sala d'espera per decidir si ens quedàvem fins que tinguéssim els resultats o si marxàvem a casa i ja tornàriem més tard. Mentre n'estàvem parlant, m'anava fixant en la gent que arribava a urgències. Alguns arribaven amb ambulància, altres a peu. N'hi havia de més greus que d'altres i de totes les edats. Els que arribaven pel seu compte es dirigien al taulell d'admissions on els demanaven les dades, i els preguntaven què els passava.

Finalment vam decidir que ens n'anàvem a casa i que ja tornariem més tard per saber els resultats de les proves.

Al cap d'unes hores, la meva mare va tornar a l'hospital i, després d'esperar-se una estona, la van cridar per entrar a veure el meu pare. Va tornar a venir el metge i els va comentar que les proves havien sortit bé, però que el protocol a seguir diu que aquesta prova s'ha de fer dues vegades per estar segur que no ha sigut un problema cardíac.

Cap a les 12 de la nit li van dir que tot estava bé, que ja se'n podia anar a casa. Tot apuntava que no era res relacionat amb el cor, però li van programar una sèrie de proves per al dilluns següent: una prova d'esforç, un electrocardiograma i un ecocardiograma. Ens van dir que el més probable era que la causa de tot plegat fos l'estrès.

El dilluns, després de fer les proves i mirar els resultats, li van acabar de confirmar: tot estava bé, no havia sigut cap problema del cor. Li van donar l'informe i li van dir que el portés al seu metge de capçalera i li expliqués tot el que li havia passat.

Quan a principis d'octubre de l'any passat ens van dir que havíem de començar a pensar en el treball de recerca no tenia res clar, dubtava entre diferents temes però cap m'acabava de fer el pes. Un dia estava recordant amb la meva mare la història del meu pare. Comentàvem que segur que hi havia una organització molt important darrere de les urgències perquè tot pogués sortir bé. Vaig començar a tenir curiositat pel funcionament de les urgències i em vaig començar a fer preguntes:

- Com es deuen organitzar les urgències? Quin personal hi treballa? Quins horaris fan? Quin tipus d'urgències atenen amb més freqüència? Quins serveis atenen els helicòpters? I les ambulàncies? -... Aquestes són algunes de les preguntes que se'm van ocórrer.

I va ser a partir de fer-me aquestes preguntes que vaig tenir clar quin seria l'objectiu principal del meu treball de recerca : **conèixer el funcionament de les urgències i del sistema d'emergències mèdiques de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep**

Trueta, amb tot el que això comporta; personal sanitari que hi treballa, torns i guàrdies, especialització dels professionals, organització de les urgències d'adults i de les urgències pediàtriques, vehicles medicalitzats (ambulàncies, helicòpter)...

Atès que el meu treball es centrava en l'hospital Trueta, també vaig creure oportú interessar-me per la **història d'aquest hospital**: any de creació, nom de l'hospital, serveis i especialitats mèdiques inicials, número de professionals, número de llits, atenció als pacients,...

Abans de començar a escriure el treball, ja havia buscat informació sobre l'hospital de Girona i els seu servei d'urgències. Val a dir que una de les primeres dificultats amb què em vaig trobar va ser a l'hora de buscar informació concreta sobre les urgències del Trueta. Sí que hi ha informació general però no específica. Per tal de resoldre aquest problema i poder trobar respostes a totes les preguntes que m'havia fet inicialment, vaig haver de fer-ho a partir d'entrevistes a professionals sanitaris que treballen o havien treballat tant en el servei d'urgències com en el d'emergències. També a partir d'un llibre que m'ha regalat el gerent adjunt de l'hospital, a més a més de consultes a pàgines web, articles de premsa, correus, i altres.

També vull comentar que durant el mes de juliol vaig fer l'estada a l'empresa, estada de 70 hores, a l'hospital Trueta. Tot i que havia demanat poder fer aquesta activitat a l'àrea d'urgències, no va ser possible ja que és un servei on els professionals han d'actuar amb molta immediatesa. Tanmateix em van assignar una setmana a l'àrea de cardiologia i una a digestologia. Això em va permetre fer-me una idea global de com treballa el personal sanitari. Durant aquests dies, vaig tenir l'oportunitat d'anar a urgències, ja que el metge que tenia assignat l'havien sol·licitat per atendre un pacient.

A més, també vaig poder viure de primera mà com és una nit a urgències. Vaig estar durant 19 hores a urgències convencionals i una altra nit vaig tenir l'oportunitat d'anar a urgències pediàtriques.

MARC TEÒRIC

1. Definició i classificació dels hospitals

1.1 Què és un hospital?

Un hospital es pot definir com un establiment on es proporciona assistència mèdica i sanitària completa a les persones que pateixen alguna malaltia i que hi acudeixen amb la finalitat de rebre un diagnòstic i un posterior tractament per la seva afecció. Generalment, també és un centre de formació de personal sanitari.

Els hospitals es poden classificar de diverses maneres segons:

- a) el finançament
- b) la complexitat
- c) el seu nivell
- d) el número de llits

1.1.1 Segons el finançament

Si classifiquem els hospitals segons el seu finançament podem diferenciar-los en:

Hospitals públics: subvencionats pel govern. N'és un exemple l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.

Hospitals concertats: són hospitals privats però que la seguretat social en pot contractar alguns serveis com quiròfans, metges especialistes... L'Hospital St. Jaume d'Olot és un hospital concertat.

Hospitals privats: els pacients han de pagar pels serveis rebuts. L'Hospital General de Catalunya és un hospital privat.

1.1.2 Segons la complexitat

Hospitals de baixa complexitat (Tipus 1): s'hi duen a terme activitats de prevenció, consultes de medicina general, atenció d'urgències...

Hospitals de mitja complexitat (Tipus 2): són aquells on s'hi realitza consulta mèdica, hospitalització i atenció d'urgències d'especialitats bàsiques, parts i cesàries, atenció odontològica, consultes de nutrició, psicologia....

Hospitals d'alta complexitat (Tipus 3): són aquells hospitals que van encaminats a rehabilitar els usuaris que han utilitzat els serveis dels hospitals de primer i segon nivell, que presenten malalties d'alta complexitat diagnòstica i/o tractament.

Hospitals d'alta complexitat (Tipus 4): centres d'atenció amb una infraestructura personal que pot cobrir les atencions complexes de tota una població.

1.1.3 Segons el nivell

Nivell 1: hospital complementari: centre que presta serveis a pacients derivats d'un centre de la xarxa del SISCAT¹.

Nivell 2 i 3: hospital general bàsic: centre d'internament de proximitat. Resol els problemes de salut més freqüents. Tenen accés a la tecnologia necessària per atendre els pacients que pateixen una malaltia que no requereix un grau elevat d'especialització.

Es classifiquen en tipus A (nivell 2) o tipus B (nivell 3), en funció del nombre de llits, de quiròfans, activitat de docència...

Nivell 4 i 5: hospital de referència: aquest centres estan destinats a resoldre quasi tots els problemes de salut que poden millorar i curar-se, menys els que necessiten una pràctica especialitzada o recursos tecnològics d'alt nivell.

¹ Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya

Es diferencien en tipus A (nivell 4) i tipus B (nivell 5) en funció de nombre de llits, nombre de llits d'UCI, nombre de quiròfans...

Nivell 6: hospital d'alta complexitat: estan dedicats a resoldre tots els problemes de salut i disposen dels serveis d'alta especialització.

Nivell 7: hospital monogràfic: hospital de referència i d'alta especialització que només atén pacients d'una sola especialitat.

1.1.4 Número de llits

Grup 1: Menys de 200 llits.

Grup 2: de 200 a 500 llits.

Grup 3: de 500 a 1000 llits.

Grup 4: més de 1000 llits.

L'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta pertany als hospitals públics, segons la complexitat, està dins dels tipus 3, segons el nivell es classifica en hospital de referència i segons el número de llits es troba dins del grup 2.

1.2 Hospital o CAP?

Cap² o ambulatori: hi podem trobar intervencions que no requereixen una gran complexitat sanitària ni tecnològica.

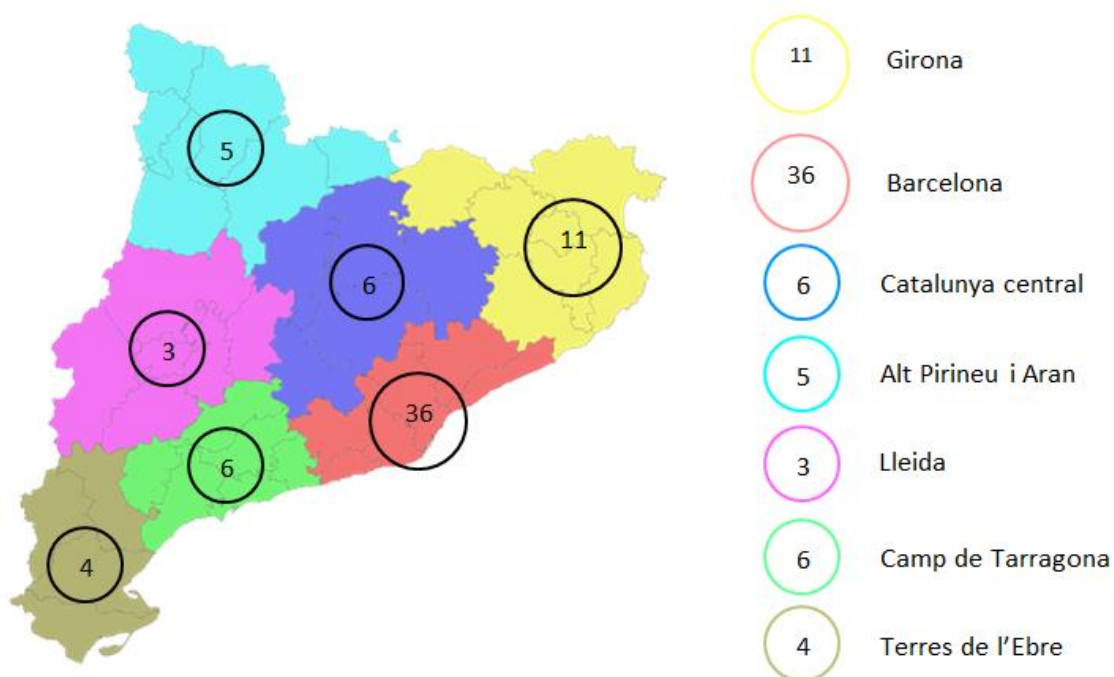
Hospitals: estan destinats a la cura de patologies i traumatismes complexos, tot i que també poden oferir el mateix tipus de tractament que els ambulatoris.

² Centre d'Atenció Primària

Tots els hospitals estan oberts 24h, 365 dies l'any, en canvi no tots els CAPs ho estan.

1.3 Hospitals a nivell de Catalunya.

Catalunya es divideix en un total de 7 regions sanitàries diferents que estan delimitades a partir de factors socioeconòmics, demogràfics i geogràfics. Cada regió està dotada de suficients recursos sanitaris d'atenció primària i d'atenció especialitzada per atendre les necessitats de la població. Al seu torn, cada regió s'ordena en sectors sanitaris, formats per barris o per un o més municipis. Un dels objectius de dividir el territori català d'aquesta manera és l'accessibilitat i l'apropament dels serveis a tota la població.



En el mapa hi podem observar les diferents regions assistencials. Les rodones indiquen el nombre d'hospitals de cada regió i a la llegenda hi ha el nom de cadascuna d'elles.

Els 11 hospitals de la regió de Girona són:

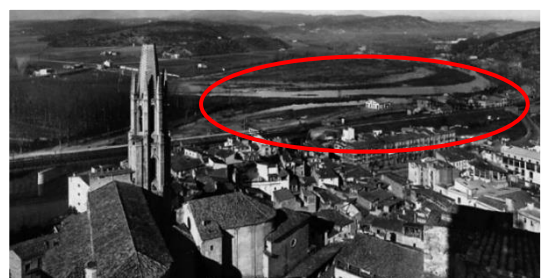
- Hospital de Figueres, Figueres.
- Hospital de Palamós, Palamós.
- Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, Olot.
- Clínica Girona, Girona.
- Hospital de Santa Caterina, Salt.
- Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona, Girona.
- ICO Girona, Girona.
- Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella, Calella³.
- Clínica Salus Infirmorum, Banyoles.
- Hospital de Campdevàrol, Campdevàrol.
- Hospital Comarcal de Blanes, Blanes.

2. Història de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

L'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta és l'hospital de referència de les comarques gironines. Pertany a l'ICS⁴ i actualment té uns 364 llits.

L'edifici es va començar a construir l'any 1950.

El 18 d'agost de l'any 1950 es van comprar uns terrenys situats al terme municipal de Sant Gregori⁵, per poder-hi construir la Residència Sanitària de la Seguridad Social. Tenia una superfície de 17.882 m² i van costar 393.423,25 pessetes.



Terrenys destinats a la construcció de l'hospital

³ Tot i que el municipi de Calella es troba a la província de Barcelona, pertany a la regió sanitària de Girona.

⁴ Institut Català de la Salut

⁵ Inicialment, els terrenys pertanyien al municipi de Sant Gregori, però al 1947 va passar a formar part del terme municipal de Girona degut a que Girona es va annexar els nuclis de Domeny, Sant Ponç i Taialà.

A finals del 1950 que van consistir en moviments de terra i aplanaments.

Al cap de 4 anys, l'estructura externa de l'hospital es va acabar però no va ser fins al 1956 que es va donar per finalitzada la construcció de l'edifici amb un total de 9.000



Noi davant del nou
l'hospital, any 1955

m² edificats en dues plantes soterrades, un soterrani, una planta baixa i deu pisos i amb un total de 291 llits. La primera plantilla estava formada per 150 persones de les quals només 28 eren metges. El valor total de la nova edificació es va estimar en 73.559.571,98 pessetes.



Façana any 1975

Entre els anys 1980 i 1987 es va reformar i ampliar l'hospital, ja que hi havia molts espais morts o mal aprofitats, passadissos massa amples... Les obres varen servir per reformar l'edifici ja construït i afegir-hi avantatges com ara aire condicionat. La remodelació havia de poder duplicar els llits i passar de 340 treballadors als 1300. Les obres van començar l'agost del 1980 però hi va haver complicacions i van durar més del que estava previst. Es van habilitar nous espais per poder acollir els pacients que es van haver de moure dels boxes.



Obres d'ampliació

L'estiu del 1981 la situació era crítica. Era corrent trobar habitacions amb 5 persones o trobar llits dins dels despatxos o laboratoris. La situació era tan precària que es van haver de traslladar pacients a altres centres sanitaris de Girona.

Durant el 1982 tot seguia igual; cada vegada era més difícil compaginar les obres amb les activitats hospitalàries i a més a més, van aparèixer problemes econòmics i es van haver de congelar les obres. Finalment, es van tornar a reprendre tot i que a un ritme lent i, a poc a poc, es van anar obrint les diferents unitats. El pressupost final quasi doblava l'inicial. Es va passar de 1.188.612.981 pessetes a més de 2.200 milions de pessetes.

Les obres es van donar per acabades el 22 de gener de 1987.

2.1 Canvis de nom

Durant tot aquest temps l'Hospital va anar canviant de nom:

- **13 d'abril de 1956.** Inauguració amb el nom de "*Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad de Gerona*" (SOE) amb la intenció de donar atenció a beneficiaris de la Seguretat Social, és a dir, a persones sense mitjans econòmics.
- **Any 1959.** L'edifici es va dir "*Residencia Sanitaria de la Seguridad Social General Álvarez de Castro*".
Álvarez de Castro va ser un general que va defensar la ciutat de Girona durant la Guerra del Francès⁶.
- **Principis de l'any 1989.** Els Serveis Territorials de Sanitat de la Generalitat a Girona va proposar un altre canvi de nom. Creien que la figura del general era

⁶ Entrada de les tropes napoleòniques a Catalunya. Amb la conquesta de Girona va començar l'autèntica conquesta de Catalunya.

poc indicada pel centre sanitari de referència de les comarques gironines, a més a més no era català ni gironí i no tenia cap relació amb la medicina.



Josep Trueta
Raspall

Les alternatives que es van proposar van ser els noms de cinc metges per donar el nou nom a l'hospital. Els candidats eren: Ramon Turró i Darder, metge nascut accidentalment a Girona; Gaspar de Casal, que va néixer el 1680 a Girona; Rudolf Matas, que va viure de petit a Sant Feliu de Guíxols; Bonastruch de Porta, metge i rabí de l'aljama de Girona que va néixer en aquesta mateixa ciutat; i finalment, Josep Trueta i Raspall (1897 – 1977), metge que va néixer a Barcelona. Va

ser un cirurgià que durant la guerra civil va desenvolupar un innovador procediment per tractar fractures i ferides obertes. Des d'un bon principi va ser el candidat amb més possibilitats de ser escollit per donar el nou nom a l'hospital, ja que era una de les figures més eminents de la medicina catalana del segle, amb una vinculació especial a les terres gironines.

- **4 de maig de 1990.** Es fa el canvi oficial de nom. L'hospital va passar a dir-se *"Hospital de Girona Dr. Josep Trueta"*. No obstant això, va haver-hi un altre canvi de nom al cap de 6 anys.
- **Any 1996.** S'adopta el nom definitiu: *"Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta"*, tot i que encara ara hi ha gent que utilitza el nom de *"Residència"*. Va ser nomenat *universitari* pel fet que es va signar un conveni amb la UdG perquè els alumnes de la universitat poguessin impartir estudis en el mateix hospital.

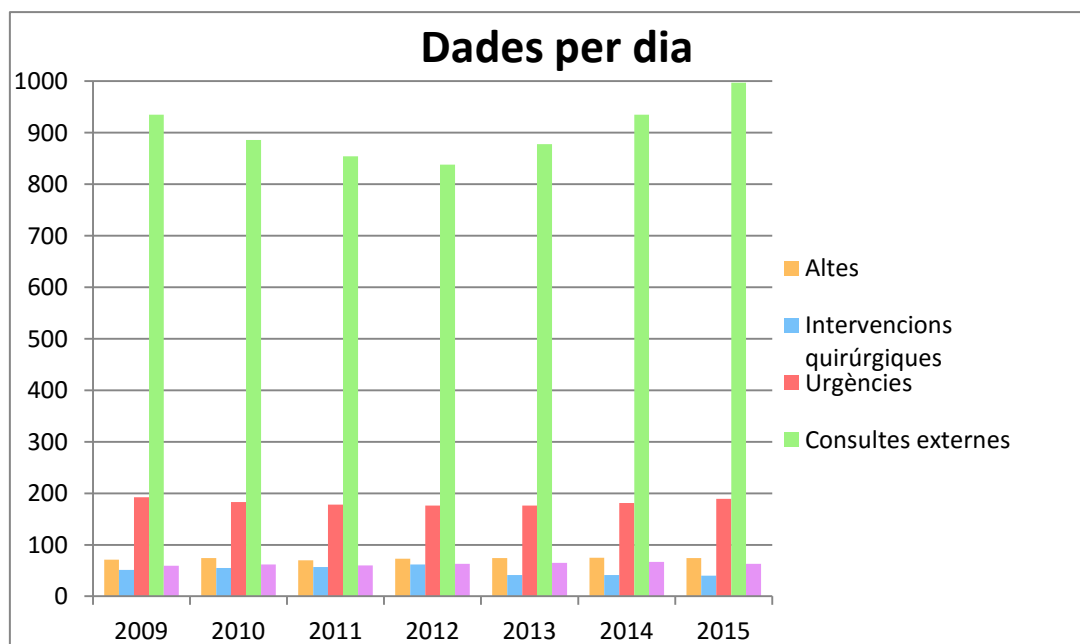
2.2 Organització actual

Actualment l'hospital està organitzat en un total de 10 plantes, la planta principal i un soterrani. Cada planta està dividida en 3 sectors diferents (A, B i C)

L'hospital disposa de 364 llits, 11 quiròfans i té una plantilla d'uns 1.500 professionals. Cada any atenen més de 17.000 ingressos, fan més de 15.000 operacions, 200.000 visites a consultes externes i atenen més de 60.000 urgències.



Façana actual



En aquest gràfic podem observar les activitats diàries i com han evolucionat al llarg dels anys.

2.3 Recerca

Una altra branca important de l'hospital és la recerca. L'any 1995 es va crear la Fundació Doctor Josep Trueta per desenvolupar, promoure i difondre la recerca biomèdica i millorar el diagnòstic, la prevenció i el tractament de les malalties.



Logotip IdiBGi

Existeix un institut de recerca, l'IdiBGi⁷, situat al Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, que agrupa la recerca que es fa a la demarcació de Girona; principalment de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, de l'Atenció primària de l'ICS, de l'institut d'Assistència Sanitària, de l'Institut de Diagnòstic per la Imatge, de l'Institut Català d'Oncologia i de la Universitat de Girona. A més a més existeix una unitat de recerca específica de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.

2.4 Docència

Avui en dia, la relació de l'Hospital amb la docència és un dels seus aspectes més rellevants, ja que s'hi imparteixen també estudis de pregrau per a estudiants d'infermeria de la UdG i des de l'any 2008 també de medicina. També es fa formació de postgrau per a estudiants de medicina des de l'any 1978 i llevadores internes residents.

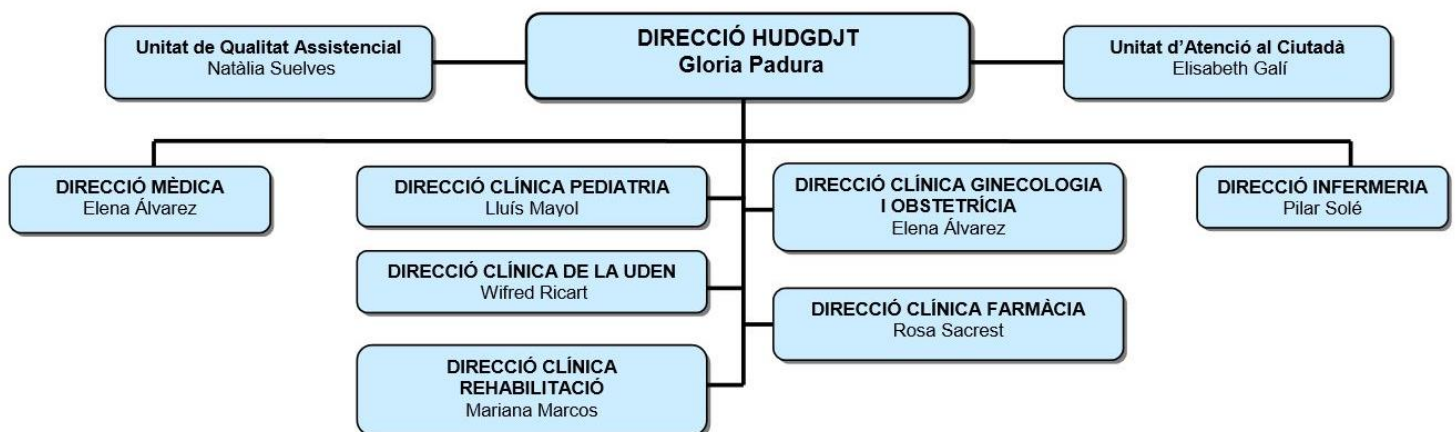
L'any 1996 es va signar un conveni amb la Universitat de Girona que va consolidar la vocació de l'Hospital com a centre formatiu, motiu pel qual va adoptar el seu nom actual i definitiu.

⁷ Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta

2.5 Organigrama

Segons el DIEC, un organigrama és una representació esquemàtica dels diferents elements d'una empresa o organització, amb les seves funcions i la relació que hi ha entre ells.

L'organigrama de l'hospital Trueta és el següent:



3. Urgències

En moltes ocasions hem escoltat les paraules *urgència* i *emergència*. Però, hi ha alguna diferència?, es una qüestió de matís?, depèn de qui parla utilitza una o altra expressió?.

Si parlem en termes mèdics, una *urgència* és una situació que necessita consulta sanitària (mèdica) dins un període de temps raonable (dins de les 2 o 3 hores), però en la qual no hi ha risc vital.

Exemples d'urgències: crisi nerviosa, còlic nefrític, febre molt alta,...

En canvi una *emergència* és una situació crítica de perill evident per a la vida del pacient que implica risc vital i que requereix una actuació immediata.

Exemples d'emergències: pèrdua de coneixement, hemorràgies, infart de miocardi, ictus, convulsions, accidents de trànsit, dificultats per respirar, grans cremades,...

En aquests casos cal trucar al 112 o anar ràpidament al servei d'urgències més proper.

El servei d'urgències a l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta està estructurat de la següent manera:

El personal està repartit en 4 equips:

Equip A i equip B: format pels professionals que atenen els pacients que estan als boxs.

Equip C: tracta pacients crítics i pacients que estan a l'hospital de dia. Són pacients que necessiten observació i monitoratge.

Equip R: es fa càrrec de pacients amb problemes "banals".

A vegades cal un 5è equip, l'equip D, que reforça l'equip A i el B, i si cal a l'equip C.

Els metges residents es distribueixen entre l'equip A i el B i tots reforcen sempre l'equip R.

Personal i torns

El número de professionals sanitaris que treballen en aquesta unitat depèn del dia de la setmana i també de la temporada de l'any.

Personal

a) Metges:

- durant el dia sol haver-hi 4 o 5 metges adjunts i 1 o 2 metges residents.
- durant la nit hi ha 2 metges adjunts (dilluns i divendres pot haver-hi un 3r metge de reforç) i 4 metges residents, 2 de primer any i 2 d'anys superiors.

b) Infermers

Normalment hi ha un infermer per equip (A, B, C i R).

Torns

a) Metges adjunts:

Fan 12 o 13 torns al mes de 12 hores (de 9 h a 21 h o de 10 h a 22 h), que poden repartir-se com els convingui. A vegades s'ajunten 2 torns i acaben fent una guàrdia seguida de 24 hores. Aquests metges solen ser de medicina familiar tot i que actualment a l'hospital J. Trueta hi ha especialistes de medicina interna i d'oncologia.

b) Metges residents:

Aquests metges comencen la guàrdia d'urgències a les 15 h i l'acaben a les 9 h del matí del dia següent. Són metges que, abans de començar aquesta guàrdia, han estat treballant a planta des de les 8 h fins a les 15 h; això vol dir que estan treballant 25 hores seguides, i a vegades **sense dormir**. També cal remarcar que la guàrdia realment no s'acaba a les 9 h ja que en aquesta hora es fa el "passe" de guàrdia on es visita el pacient i s'informa els metges del torn següent de la patologia de cada cas.

c) Infermers:

Aquest personal treballa a urgències en torns de 8 hores.

Hi ha 3 torns: de 8 h a 15 h, de 15 h a 22 h i de 22 h a 8 h.

3.1 Entrada a urgències per decisió pròpia

El primer que ha de fer una persona quan arriba a urgències és acostar-se al taulell administratiu on li demanaran les següents dades:

- Nom i cognoms
- Data i hora d'entrada
- Sexe i edat
- Procedència
- CIP⁸



Localització del CIP a la targeta sanitària

⁸ Codi d'Identificació Personal

Després d'haver donat totes aquestes dades, se la dirigeix a una sala on hi ha un infermer que s'encarregarà de fer el triatge⁹. A partir d'aquí i, depenent del nivell d'urgència, la visitarà un metge o li caldrà una mica de paciència i anar a la sala d'espera fins que la cridin.

Aquesta part és la que menys agrada, ja que el temps d'espera sempre es fa etern sobretot si pensem que estem molt malalts i no som atesos.

Cal remarcar que les urgències s'atenen per ordre de gravetat i no d'arribada. Així que, si s'ha d'esperar molta estona vol dir s'estan atenent casos més greus.

ENQUESTES PLAENSA¹⁰

El pla d'enquestes de satisfacció és un projecte que té com a objectiu avaluar la qualitat de servei i el grau de satisfacció dels usuaris dels diferents serveis sanitaris públics.

A continuació es poden veure diferents gràfics que he elaborat a partir dels resultats obtinguts en enquestes que s'han fet als pacients d'urgències per valorar la satisfacció amb l'atenció urgent hospitalària.

➤ GRÀFIC 1

Mostra el % de satisfacció pel que fa a les preguntes P5 i P7 tenint en compte els resultats obtinguts entre els anys 2013 i 2016.

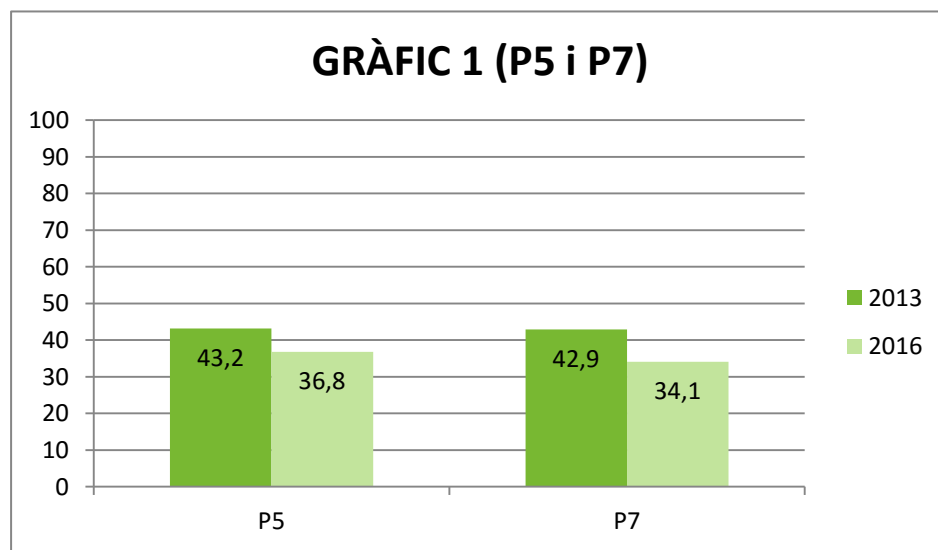
P5: Mentre estava a la sala d'espera, el van informar a vostè o als seus acompanyants del temps que s'hauria d'esperar?

P7: Com valora el temps que va haver d'esperar a la sala d'espera, fins que el va veure el metge?

⁹ Triage. Veure apartat 3.1.1.

³ Pla d'enquestes de satisfacció

Gràfic comparatiu entre els anys 2013 i 2016 dels aspectes esmentats anteriorment a l'hospital Trueta:



Podem veure com les persones enquestades no estan massa contentes si tenim en compte aquests dos aspectes, informació i temps d'espera. A més, en els 3 anys de diferència que hi ha entre una enquesta i l'altra, es pot veure que la situació ha empitjorat.

L'hospital Trueta, l'any 2013 quedava per darrere de l'Hospital de Campdevàrol i l'Hospital de Palamós quant a la informació del temps d'espera, amb un 43,2% de satisfacció. Aquest mateix percentatge va minvar fins al 36,8% l'any 2016, i es va situar penúltim d'entre els vuit hospitals enquestats de l'àrea assistencial gironina.

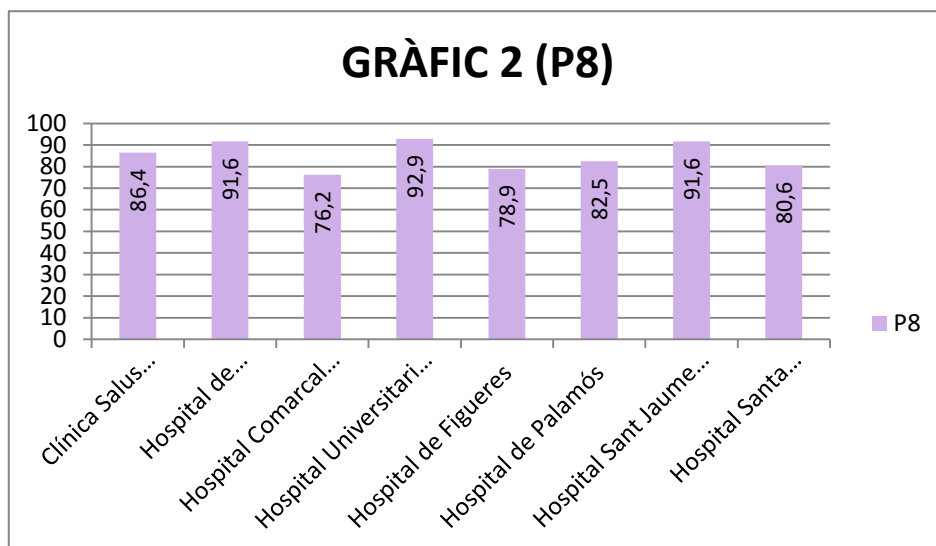
Referent al segon aspecte, temps d'espera fins a veure el metge, l'any 2016, l'hospital Trueta era el menys ben valorat amb un percentatge de 34,1%.

➤ GRÀFIC 2

Mostra el % de satisfacció a la P8. Els resultats s'han obtingut de diferents hospitals de la província de Girona l'any 2013.

P8: Què opina del temps que li va dedicar el metge?

Gràfic comparatiu entre diferents hospitals de l'àrea assistencial gironina l'any 2013.



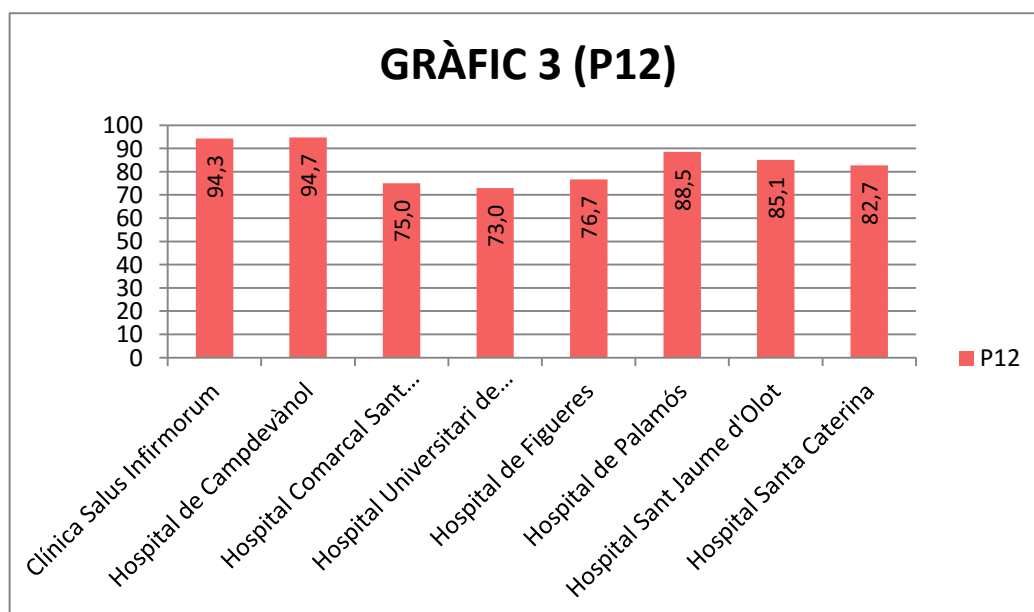
En aquest cas és important comparar entre els hospitals de Girona i no només amb el Trueta. L'any 2013, el Trueta era l'hospital més ben valorat quant el temps de dedicació del metge amb un 92,9%.

➤ GRÀFIC 3

Mostra el % de satisfacció a la P12

P12: Com valora les condicions del lloc on va estar mentre l'atenien?

Els resultats s'han obtingut de diferents hospitals de la província de Girona l'any 2013.



En aquest cas, l'hospital Trueta es posiciona en l'últim lloc amb només un percentatge del 73% de satisfacció.

3.1.1 Triage

Segons la pàgina web de l'hospital, "Les Urgències a l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta donen assistència sanitària a qualsevol persona que ho necessiti durant les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any". Per poder atendre totes aquestes persones, el sistema d'urgències té un sistema de prioritització: el triatge.

Segons un article de *Nació Digital*¹¹, el triatge és el mètode de selecció i classificació de pacients, basat en les seves necessitats i els recursos disponibles.

Al món hi ha un total de 5 sistemes de triatge diferents. En el cas de Catalunya, es fa servir el sistema MAT¹², que és una adaptació del sistema canadenc i està vigent des que es va validar a Andorra ara fa 20 anys. A hores d'ara està implantat bàsicament als hospitals de tot l'Estat.

Aquest mètode té el suport d'un programa informàtic de manera que, quan la infermera que es troba a la recepció rep un pacient, amb només unes quantes preguntes, el programa informàtic l'orienta per decidir a quin nivell pertany la urgència, i a més a més, li dona una aproximació del temps que pot passar el pacient sense ser atès i no patir cap risc vital.

Algunes de les persones que van a urgències provenen de CAPs¹³, però, moltes d'elles, hi acudeixen per voluntat pròpia. L'objectiu del servei és oferir una atenció sanitària resolutiva, segura i de qualitat a tots els usuaris.

El servei d'urgències està organitzat amb un sistema de triatge que permet classificar els pacients en cinc nivells diferents segons el grau d'urgència de la gravetat del seu problema, sense tenir en compte l'ordre d'arribada dels malalts.

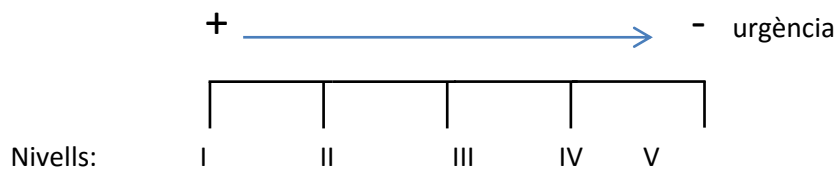
¹¹ <http://www.naciodigital.cat/elripolles/noticia/23335/triatge/servei/urgencies>

¹² Model Andorrà de Triage

¹³ Centres d'Atenció Primària

NIVELLS DE TRIATGE (5 nivells)

El número I correspon als casos que són una urgència vital i, a partir d'aquí, es fa una escala gradual fins a arribar al nivell V, que és el menys urgent.



Els nivells de triatge establerts segons la gravetat i temps d'atenció són:

Nivell I. REANIMACIÓ: Quan hi ha risc vital, per tant, s'ha d'actuar amb total rapidesa; es dona atenció immediata. Això comporta que els hospitals tinguin boxs que estiguin quasi sempre buits per poder atendre les urgències d'aquest nivell tan bon punt arriben. Un cop aquell pacient s'ha estabilitzat, s'ha de procurar que amb el mínim temps possible es pugui treure d'aquell box, perquè si arriba un altre malalt pugui ser atès de la mateixa manera que ho ha estat ell.

Nivell II. EMERGÈNCIA: Les urgències que es classifiquen en aquest nivell també són molt urgents i amb un risc vital previsible, per tant, també han de ser ateses amb molt poc temps. Així doncs, els hospitals tenen uns altres boxs amb la mateixa funció que els del nivell anterior per poder cobrir les urgències d'aquest nivell. L'assistència es pot fer esperar entre 20 i 30 minuts.

Nivell III. URGÈNCIA: Situacions urgents que poden ser de risc vital. L'atenció ha de ser inferior a una hora.

Alguns dels pacients que estan dins la franja del nivell 3 podran ser atesos i derivats a casa seva però, "de tots els malalts que estan en aquesta franja, sempre hi ha un percentatge que no es podrà resoldre amb una sèrie d'hores, sinó que potser necessitaran 8, 12, 14, 16 h... aquests malalts són el que es diu tributaris d'observació. És per això que la majoria de serveis d'urgències hospitalàries tenen una àrea específica que es diu unitat d'observació". Afirmar el Doctor Toni Juan¹⁴.

¹⁴ Veure entrevista pàgina 36

Nivell IV. MENYS URGENT: Potencialment complexes però sense risc vital. L'atenció es dona en 3 o 4 hores.

Nivell V. NO URGENT: Situacions no urgents sense risc per al pacient. El temps d'espera pot ser superior a 4 hores.

En la majoria dels casos, una persona amb un nivell de triatge 4 i 5 pot ser atesa en un CAP, on també hi ha un equip assistencial per atendre les visites urgents.

Una vegada el professional sanitari ha avaluat la urgència del pacient, i depenent de la gravetat, pot ser que aquest s'hagi d'esperar a la sala d'espera. El metge/infermera que els ha valorat cal que vagi revalorant-los de tant en tant fins que passin dins el box d'urgències.

Des de principis del 2015, l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, disposa de pantalles informatives a la sala d'espera que tenen la finalitat d'orientar el temps d'espera estimat per ser atès. En concret, s'hi pot veure el temps d'espera de diferents especialitats referents als nivells IV i V. El temps es calcula a partir del temps que ha esperat l'últim pacient visitat. A més, també indiquen quantes persones s'estan atenent de cada especialitat en un mateix nivell.

Especialitat	Pacients assignats als nivells IV i V	Temps d'espera*
Urgències	2	0 h 11 min
General	-	-
Obstetrícia i ginecologia	-	0 h 28 min
Pediatria	-	1 h 12 min
Traumatologia	-	-

* Temps calculat a partir del temps real que ha esperat l'últim pacient visitat en l'última hora. Tot i així, el vostre temps d'espera pot ser diferent. Si no consta cap temps d'espera és perquè durant la darrera hora no s'ha atès cap pacient dels nivells IV o V.

Consorci de Col·laboració Departament de Salut
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

Pantalla ubicada a la sala d'espera d'urgències de l'hospital Trueta

CURIOSITAT: Un article del *Diari de Girona*¹⁵ que data del 12 de juny de 2012 afirma que, aquell any, el Trueta havia sigut l'hospital més ràpid de Catalunya a l'hora d'atendre les urgències, amb una mitjana de 5 minuts i 16 segons quant al temps d'espera.

3.2 SEM

El SEM és el Sistema d'Emergències Mèdiques que treballa a Catalunya.

És una empresa pública que depèn del Departament de Salut i està adscrita al Servei Català de la Salut de Catalunya. Tot i que aquest servei és extern a l'hospital, trobo que és prou important com per tractar-lo en el treball.

El seu principal objectiu és donar resposta assistencial a les emergències sanitàries extrahospitalàries i a les urgències, mitjançant el telèfon 112, de la manera més ràpida i eficient. Tanmateix ofereix consells de salut i informació sanitària telefònica a través del telèfon 061.

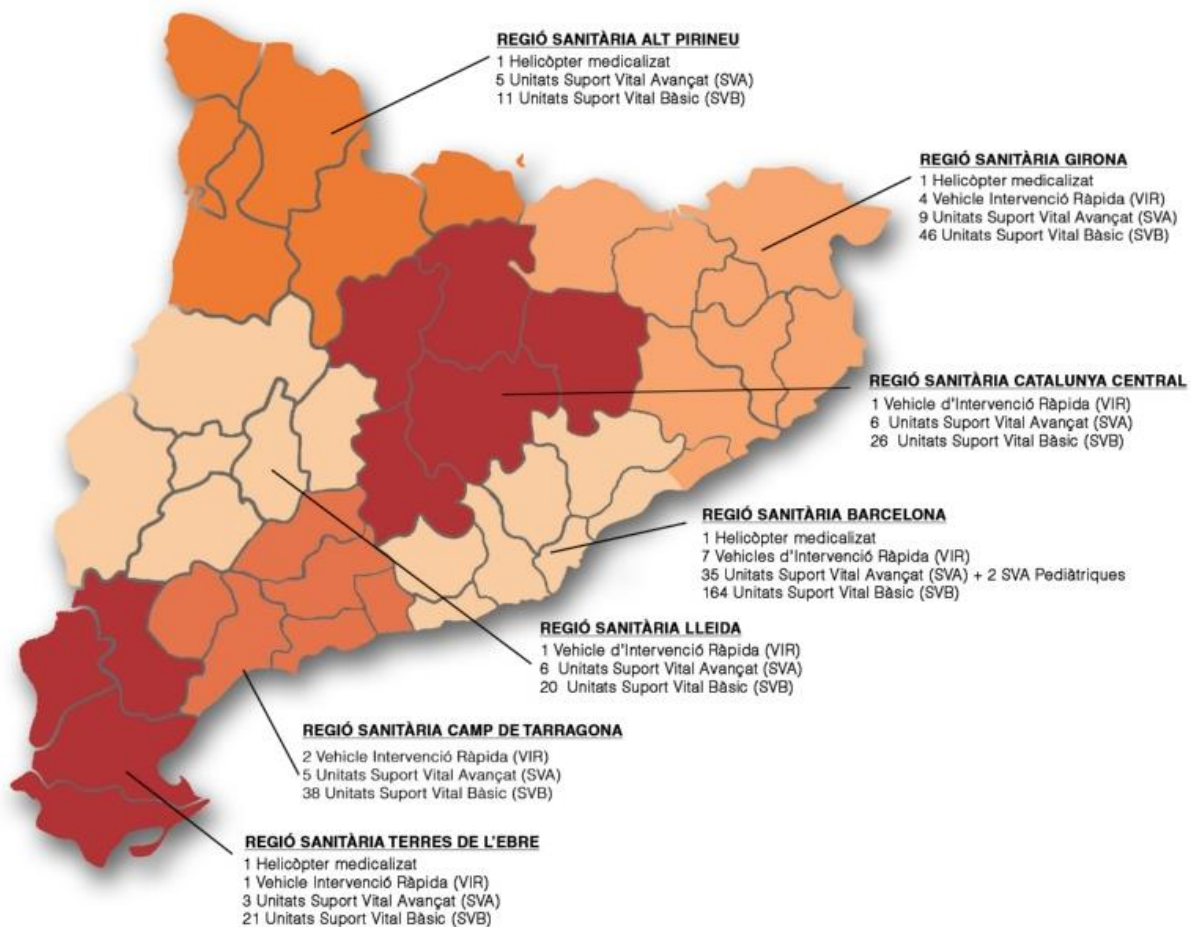
Aquest servei està format per un equip de professionals integrat per metges, infermers, tècnics de transport sanitari, gestors de recursos i teleoperadors. Està actiu les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Compta amb més de 200 professionals, metges, infermers i tècnics, i rep quasi 500 alertes diàries.

El procés assistencial es desenvolupa en dos àmbits diferents.

1. En les Centrals de Coordinació Sanitària (CECOS) que és on es reben i es gestionen les trucades i segons la demanda d'assistència, es dona resposta ja sigui en forma de consell telefònic o mobilitzant el recurs més adient en cada situació i patologia. Les 3 CECOS que hi ha a Catalunya es troben a l'Hospitalet de Llobregat, Reus i Barcelona.
2. En els recursos mòbils (ambulàncies, helicòpters i vehicles d'atenció continuada) repartits per tot el territori.

¹⁵ <http://www.diaridegirona.cat/comarques/2012/06/12/urgencies-lhospital-josep-trueta-mes-rapides/566961.html>

En el següent mapa es pot llegir els tipus de recursos que presentes les diferents regions sanitàries.



Febrer 2017

El telèfon d'emergències (112) només s'ha de fer servir, tal com indica el seu nom, quan hi ha una emergència. Si no es fa servir correctament pot provocar sobrecàrregues, i trucades que realment són emergències no poden ser ateses.

Què s'ha de fer abans de trucar?

Abans de trucar ens hem de preguntar si la vida de la víctima perilla, si movent-la se li pot causar més mal i si la situació aconsella la presència del personal sanitari del SEM.

Què s'ha de fer durant la trucada?

Encara que sigui difícil, durant la trucada, és molt important mantenir la calma. Un cop t'han agafat la trucada cal dir què ha passat, el lloc on ha passat i el nombre i les condicions en què es troben les víctimes.

Què s'ha de fer després de la trucada?

Si l'operador ha donat alguna instrucció, cal dur-la a terme. No s'ha de moure la víctima, només s'ha de fer en cas que es trobi en perill. En cas d'haver-hi més d'una persona, una d'elles hauria de sortir a buscar el vehicle d'emergència.

El SEM disposa de 4 recursos diferents, 3 dels quals són terrestres i un aeri. Aquestes unitats són SVA, SVB, helicòpter medicalitzat i VIR.

3.2.1 Unitat de suport vital avançat (SVA)

En aquest tipus de vehicles cal diferenciar entre SVAi i SVAm.

Les SVAi són unitats dotades d'un tècnic de transport sanitari i d'un infermer. L'equip de les SVAm està format pels mateixos professionals que les SVAi més un metge.

Les SVA també són anomenades UVI mòbil.

Podem trobar un total de 71 unitats de suport vital avançat en tot el territori català, concretament 9 en l'àrea assistencial gironina.

“Aquestes ambulàncies estan dotades amb recursos, tant materials com personals, per realitzar cures avançades sobre la via aèria, ventilació i circulació, utilitzant mitjans avançats d'aïllament de les vies aèries i ventilació (com intubació endotraqueal, ventilació amb bossa de reanimació i amb respirador), utilització d'accessos venosos per a l'administració de fàrmacs, ús de monitors, desfibril·ladors manuals...”¹⁶



¹⁶ <https://www.slideshare.net/Emergencies/conceptes-bsics-16690736>

3.2.2 Unitat de suport vital bàsic (SVB)

L'equip assistencial d'aquestes ambulàncies està format per dos tècnics d'emergències sanitàries.

Actualment hi ha 326 unitats de suport vital bàsic actives a tot Catalunya. A la zona assistencial de Girona se'n troben 46.

“Estan dotades de recursos, de material i de personal adequats per a realitzar cures bàsiques de suport vital bàsic, tant sobre complicacions en vies aèries com sobre la respiració/oxigenació, circulació, immobilització i, en ocasions (cada vegada més), consten també d'un desfibril·lador extern semiautomàtic (DESA)”¹⁷



3.2.3 Helicòpters medicalitzats

Els helicòpters medicalitzats permeten traslladar molt ràpidament els ferits o malalts, ja sigui des del lloc d'un accident fins a l'hospital o entre centres hospitalaris. Aquests helicòpters compten amb equipament i personal mèdic i actuen com a una ambulància aèria.



¹⁷ <https://www.slideshare.net/Emergencies/conceptes-bsics-16690736>

Els helicòpters del SEM es van posar en funcionament per primera vegada el 2005, amb una flota de 4 helicòpters medicalitzats ubicats estratègicament a 4 punts del territori. A Girona, a l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta; a Tarragona es troba a la base del SEM de Móra d'Ebre; a Lleida, a la base del SEM de Tremp i a Barcelona, a l'Hospital Parc Taulí de Sabadell.¹⁸

El model dels primers helicòpters era "Eurocopters EC135" però a principis del 2017 es van canviar pels nous "Airbus H135".

Aquest canvi va aportar els següents beneficis:

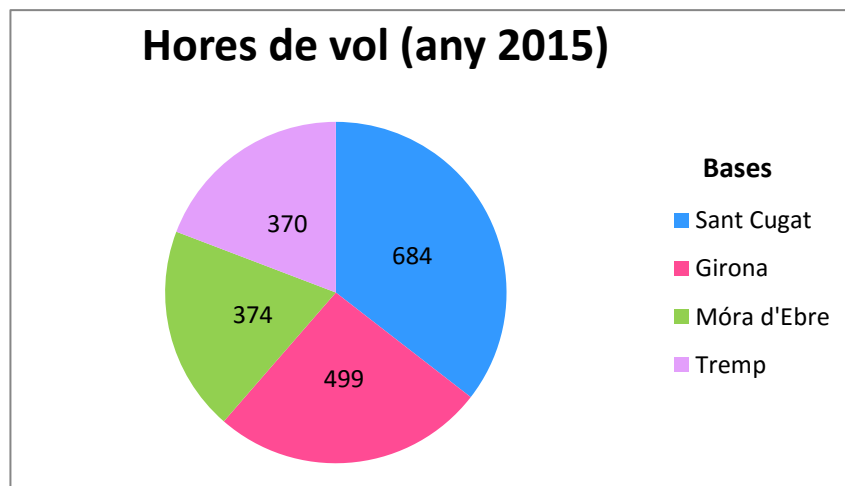
- Canvi de motor que permet augmentar la velocitat i aconseguir una velocitat de creuer¹⁹ de 260 km/h, això permet arribar al lloc de l'incident en 20 minuts.
- Increment del pes màxim d'enlairament fins als 2.980 kg, 70 kg més que els antics helicòpters.
- Incorporació de pilot automàtic i aire condicionat.
- Adaptació pel vol visual nocturn
- Nou equipament monitor, cardiocompressor i respirador d'última generació.
- Nou sistema de navegació que permet localitzar més fàcilment el lloc on hi ha hagut l'accident.

Per fer-nos una idea, el 2015 el SEM va realitzar 2780 enlairaments, això suposa un 10% més d'enlairaments que el 2014 i un 45% que el 2011.

L'helicòpter que va tenir més activitat va ser el de la província de Barcelona, seguit del de Girona, Tarragona i finalment Lleida

¹⁸ Aquesta base va passar a ser operativa a principis del juliol del 2017. Anteriorment, la base de Barcelona es trobava a Sant Cugat del Vallès.

¹⁹ Velocitat constant i uniforme que pot portar una aeronau en condicions normals de pressió i temperatura



Hores de vol totals a l'any 2015: 1927 hores.

Al març del 2012 es va crear la UMA²⁰, ubicada a l'Hospitalet de Llobregat, per tal d'optimitzar la gestió d'aquest recurs aeri. L'objectiu és enviar un helicòpter el més ràpid possible per tal de donar assistència al pacient i si és necessari, traslladar-lo a un hospital, i també la realització de trasllats secundaris.

La UMA està composta per 4 equips aeris formats per 4 tripulants SEMS (personal que treballa dins de l'helicòpter); pilot, copilot, metge i infermer i per la Central de Coordinació de la UMA formada per un infermer que exerceix de coordinador tècnic de vol i un auxiliar de coordinació, els quals gestionen tots els incidents on tenen cabuda tots els helicòpters medicalitzats de què es disposen.

Els equips aeris i la Central de Coordinació Sanitària treballen conjuntament i en una mateixa direcció per garantir una assistència de qualitat a tot el territori.

3.2.4 Vehicles d'intervenció ràpida (VIR)

El vehicle d'intervenció ràpida és un turisme en què hi viatgen un tècnic d'emergències sanitàries i un metge. Aquests vehicles són més àgils que les ambulàncies convencionals i la seva funció és arribar amb el mínim temps possible al lloc de l'incident per poder actuar ràpidament.

²⁰ Unitat de Mitjans Aeris

La peculiaritat que té aquest vehicle és que no pot transportar els pacients, així doncs, un cop ha efectuat el servei, queda ràpidament una altra vegada operatiu. Si en el lloc de l'incident s'hi ha mobilitzat una ambulància, aquesta serà l'encarregada de traslladar el malalt a l'hospital corresponent. En el cas que no s'hagi activat, el metge pot sol·licitar-la. Quant a material, porta el mateix que les unitats de suport bàsic.

En tot el territori català hi ha un total de 16 vehicles d'intervenció ràpida, i si ens centrem en la regió sanitària de Girona en trobem 4.



4. Urgències pediàtriques

El dia 1 de març de 2016 es van posar en funcionament, en una nova planta, les urgències pediàtriques. Actualment es troben ubicades a la tercera planta de l'hospital, on abans s'hi trobaven les consultes de ginecologia i obstetrícia. També s'hi troben l'UCI de pediatria, neonatologia i l'hospitalització dels infants, de manera que tota l'activitat pediàtrica queda concentrada a la mateixa planta.



Anteriorment a les obres, les urgències pediàtriques compartien espai amb les urgències convencionals a la planta baixa, però amb un circuit diferenciat.

Les obres a urgències
pediàtriques

Les obres es van iniciar a mitjans d'octubre del 2015 i van tenir un cost total de 241.000 euros. En principi havien de finalitzar a finals d'any del 2015, però no va es van enllestir fins al cap de 6 mesos d'haver-se iniciat.

L'espai consta de tres consultes individuals per a casos menys greus, quatre boxs de tractaments, un box de crítics i un últim per a aïllats²¹.



Box de crítics



Boxs de tractament



Consulta

El que no ha canviat és el seu accés, que segueix sent per la porta d'entrada de les urgències convencionals. Un cop els nens es troben registrats, es redirigeixen a la tercera planta, on tornen a ser valorats i posteriorment, atesos.

El fet de separar les urgències habituals de les pediàtriques fa que s'alliberi espai a urgències. Per fer-nos-en una idea, l'any 2015, de les 68.943 urgències que es van atendre, 13.647 eren pediàtriques. Això equival a quasi un 20% del total.

Les urgències pediàtriques donen atenció a nens de 0 a 15 anys.

Aquest servei està organitzat en 3 torns diferents:

- 1r torn: de 8 h a 15 h. S'hi troba 1 metge adjunt, 2 metges residents, 1 infermer i 1 auxiliar d'infermeria.
- 2n torn: de 15 h a 22 h. El personal és similar al del torn del matí, amb la diferència que en comptes d'haver-hi 2 residents, només n'hi ha un.
- 3r torn: de 22 h a 8 h. Aquest torn, a diferència dels altres, és de 10 hores. El personal és el mateix que el de la tarda.

²¹ Aquests boxs es fan servir en cas que hi hagi algun cas de patologia molt contagiosa.

5. Reforma i ampliació de les urgències

A mitjans de març del 2017 es van començar les obres d'ampliació de les urgències a l'hospital Trueta. Les obres estan pressupostades en 3.622.590 euros i està previst que durin 25 mesos

Les obres es van organitzar en diferents fases per tal de poder compaginar l'activitat assistencial amb la millora de la remodelació.

- La primera fase ha consistit a alliberar espai:

- Es va traslladar el laboratori clínic territorial al Parc Hospitalari Martí i Julià (a Salt).
- El laboratori d'analítiques urgents, que es trobava a la zona d'urgències, s'ha reubicat en el Trueta mateix.

Està previst que aquesta fase duri 8 mesos.

- En la segona fase, tota l'atenció sanitària que ara es du a terme al servei d'urgències es traslladarà a l'espai que s'haurà alliberat a la primera fase i l'espai que ocupen actualment les urgències quedarà lliure per poder continuar amb les obres en aquesta zona.

Aquestes obres permetran doblar l'espai. Actualment, la superfície del servei és de 1.200 metres quadrats i, un cop s'acabin les obres, n'ocuparà 2.300. Això farà possible que s'instal·lin més boxs. Ara per ara urgències disposa de 9 boxs, amb una capacitat per a 13 pacients. Amb l'ampliació, n'hi haurà un total de 23 amb capacitat per a 31 pacients, ja que 8 d'ells es poden convertir en boxs dobles en cas de necessitat.

Amb l'augment de pacients també serà necessari augmentar la plantilla. Actualment són 70 els professionals que hi treballen i confien que aquesta ampliació els significarà una gran millora, tant per a ells com per als usuaris.

Les obres també permetran tenir 12 punts d'observació monitorada i 4 punts d'atenció per als pacients crítics, a més de 5 consultes per a pacients menys greus.

MARC PRÀCTIC

1. Entrevistes

La primera part pràctica del meu treball ha consistit en un seguit d'entrevistes a diversos professionals, que d'una manera o d'una altra, estan relacionats amb les urgències o amb l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. En total van ser 5 entrevistes a les següents persones:

1. Dr. Toni Juan Pastor (Metge de medicina interna i ex-director clínic d'urgències de l'hospital Trueta)
2. Teia Camps (Infermera de l'helicòpter medicalitzat)
3. Carles Cordón (Infermer d'urgències i ex-supervisor d'infermeria d'urgències)
4. Dr. Gerard Casas (Metge resident de segon any)
5. Xavier Saballs (Adjunt a la gerència de l'ICS i l'IAS)

Amb aquest material, he muntat un vídeo amb alguns fragments de les entrevistes que podeu trobar en un CD adjunt amb el treball.

Tot seguit hi ha les entrevistes transcrites amb els mínims canvis:

1.1 Dr. Toni Juan Pastor

Persona entrevistada: Dr. Toni Juan Pastor

Dia: 10/04/2017



Lloc: Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

Carrera professional: “natural de Palma de Mallorca, és doctor en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona i especialista en Medicina Interna per l'Hospital Universitari de Bellvitge. Va cursar estudis a ESADE (Direcció de Serveis Integrats de Salut) i el mes de juny de 2011 va incorporar-se a l'Hospital Dr. Josep Trueta com a director clínic d'urgències, medicina interna i malalties infeccioses.

Va ser director de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta des del mes de maig del 2013 fins al febrer del 2014. Deixà el càrrec per incorporar-se a l'equip directiu de l'Institut català de la Salut -ICS- com a director assistencial.

Al llarg de la seva trajectòria professional el Dr. Juan ha exercit com a metge assistencial en diversos centres hospitalaris: Institut Universitari Dexeus, Hospital Comarcal de la Selva, Hospital Comarcal de Sant Boi i l'Hospital Universitari de Bellvitge. També ha assumit càrrecs amb responsabilitats directives: Coordinador del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari de Bellvitge i Sots-director mèdic del Hospital Comarcal de Sant Boi (en l'actualitat, Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu).

Ha sigut investigador principal i promotor en diversos estudis en l'àmbit de la Medicina d'Urgències, és autor de publicacions i coordinador de diferents grups de treball. També ha sigut tutor de residents a l'Hospital Universitari de Bellvitge, director de cursos i jornades de formació, i és el coordinador i editor de la obra col·lectiva "Manual de Consulta Ràpida, Urgències", que en aquesta última edició, la quarta en 6 anys, ha comptat amb la revisió i actualització de més de cent professionals."²²

Entrevista:

1. El servei d'urgències té un equip de metges assignat o està format per metges de diferents serveis?

Aquesta és una pregunta molt bona perquè ataca l'arrel d'un dels problemes del món de les urgències.

Fa uns 30-40 anys, les urgències, a tots els països del món, eren ateses per metges de cada especialitat. A urgències hi havia un sol espai físic i, si es tractava d'un problema de traumatologia, hi acudia un traumatòleg i si es tractava d'una urgència pediàtrica se'n feia càrrec un pediatre. Més endavant, a la majoria de països europeus es va desenvolupar una especialitat específica que es diu Medicina d'Urgències i Emergències, tot i que a Espanya no es va fer. Això vol dir que si un metge està

²² <http://www.diaridegirona.cat/comarques/2014/02/21/antoni-juan-deixa-direccio-del/657464.html>

treballant a urgències a l'estat espanyol no tindrà l'especialitat de metge d'urgències a no ser que ho hagi fet en un altre país. Això vol dir que tots els metges que treballen a urgències, ja sigui plantilla pròpia del servei i que dediquen tot el seu temps de feina a atendre les urgències, venen d'altres especialitats. La majoria són metges de família, formats per fer atenció primària, o metges internistes.

Tot i això a la majoria dels Serveis d'Urgències el que hi sol haver és un model mixt, és a dir, hi ha una plantilla pròpia que atén un percentatge alt de les urgències i després hi ha les àrees específiques. Per exemple al Trueta hi ha una àrea de traumatologia, una àrea de pediatria que l'atenen els pediatres i una de ginecologia i obstetrícia.

El que s'està reivindicant, des de la societat científica d'urgències, és que l'especialitat de medicina d'urgències sigui acceptada; això contribuiria a que cada vegada un percentatge més gran de les urgències fossin ateses per professionals especialitzats.

2. Quina tipologia de professionals treballen a urgències? (metges, infermers, auxiliars...)

La plantilla d'infermeria, per raons històriques, sí que es pròpia del servei d'urgències. La primera legislació que es fa d'organització d'hospitals, a principis del 70, encara en època franquista, divideix aquesta àrea en la divisió mèdica i la divisió infermera. Els serveis d'urgències estaven adscrits a la divisió d'infermeria. Els metges d'una certa especialitat baixaven de la planta fins a urgències a atendre un malalt però qui portava el servei d'urgències eren les infermeres, i ara també continua així. Les infermeres que treballen a urgències no tenen l'especialitat específica, tot i que hi és però encara no està desplegada.

Per tant, el Servei d'Urgències consta d'infermers propis del servei, metges també propis i altres metges que, a part d'estar a planta, també fan jornades de guàrdia a urgències.

Tanmateix, també cal tenir en compte altre tipus de personal: els administratius sanitaris, que són els que estan a admissions, al mostrador i que són els primers que veuen els malalts i els zeladors, que són els que mobilitzen als malalts. Altre personal

que no és del servei sanitari pròpiament és el personal de neteja i el personal de seguretat, ja que a vegades cal resoldre situacions conflictives en aquesta àrea.

És molt important que tot el personal treballi bé i estigui ben engranat.

3. Els familiars dels pacients disposen d'acompanyament, com ara el psicològic?

Aquesta també és una molt bona pregunta.

Al servei d'urgències la figura del psicòleg no està integrada. Els psicòlegs s'utilitzen en situacions d'emergències i catàstrofes, quan l'afectació psicològica és molt gran. Per exemple, en un accident múltiple de trànsit, quan una família perd un fill en un accident... en aquest cas hi ha un servei, que depèn del sistema d'emergències mèdiques, que és extern a les urgències hospitalàries, on es pot demanar el servei del psicòleg. Però la figura d'un psicòleg no està integrada al servei d'urgències.

4. Em podries explicar una mica l'organització de les urgències, com es tria que un pacient entri primer que un altre...?

És molt bona pregunta aquesta perquè aquest és un dels grans "què" de les urgències.

Com t'organitzes? Això és bàsic. És important entendre que el tema de les urgències és com un procés continu, diguem-ho així.

L'OMS defineix la *urgència* com la percepció per part de la persona que necessita atenció immediata i la sol·licita. Imagina't, això vol dir que deixem la definició d'urgència en mans d'una persona que no és un professional. I aquesta persona, que és qualsevol ciutadà, en un moment determinat percep que li passa alguna cosa que requereix atenció urgent. A partir d'aquest precís instant començarà un procés que es continu.

En aquest procés la persona pot fer diferents coses:

- Trucar al 061
- Anar al seu Centre d'Atenció Primària (CAP)

- Anar directament a l'hospital

El 80% i escaig de les persones que són ateses a urgències hi van pel seu compte, no han passat per cap filtre previ. Al servei d'urgències també ens pot arribar una ambulància, ja sigui enviada per un altre metge o activada pel 061. També pot venir una ambulància que porti víctimes provinents d'un accident de trànsit.

Davant d'aquesta gran aflluència de gent que requereix atencions tan diverses, és molt diferent tractar un dolor que una aturada cardiorespiratòria, cal un sistema de priorització.

En el cas que la persona entri caminant a urgències i entri pel seu propi peu, el primer que es fa és agafar-li les dades administratives perquè el pacient està bé i les pot donar.

En cas que no sigui així, es fa el que es diu un triatge.

La paraula *triatge* ve del món de la medicina militar, perquè el que feien els metges militars en temps de guerra era classificar-triar les persones que podien sobreviure i les que no. Evidentment els metges s'havien de dedicar a les que podien sobreviure.

Al món hi ha cinc sistemes diferents de triatge. El sistema de Catalunya és una adaptació del canadenc i fa 20 anys que es va validar a Andorra perquè el que en aquell moment era cap de servei a Andorra hi va tenir cert interès.

Aquest sistema de triatge està suportat per un programa informàtic.

Quan la infermera rep el pacient que va a urgències, li fa unes preguntes i el programa informàtic l'orienta per classificar-lo en un dels cinc nivells d'urgència, quant a prioritat per atendre el malalt.

Es considera el nivell 1 → molt urgent (urgència vital) i el nivell 5 → menys urgent.

El nivell 1 i 2 ha de ser atès immediatament; el temps d'espera va augmentant a mesura que augmentem de nivell. Per exemple, una aturada cardiorespiratòria requereix atenció immediata. El sistema et diu quant de temps pot esperar aquell pacient a ser atès per tal que la seva vida no corri perill.

En canvi les no urgències, el sistema et diu que les pots atendre en un màxim de quatre hores i que en aquest espai de temps aquella persona no corre cap risc vital.

Això fa que s'hagi de tenir un box que estigui quasi sempre buit per poder atendre les urgències de nivell 1.

Un cop la persona de nivell 1 s'ha estabilitzat, es treu d'aquell box per si arribés un altre pacient d'aquest mateix nivell per tal que pogués ser atès de la mateixa manera que ho ha estat ell.

Exemples de patologies associades al nivell 2 serien el que s'anomena codi ictus, codi infart,... aquestes poden esperar una mica més però no gaire. Això vol dir que has de tenir uns altres boxs lliures per atendre aquestes altres patologies

Per saber quants boxs s'han de tenir lliures per a cada nivell, cal mirar el registre històric, és a dir, veient al llarg dels temps quantes urgències entren cada dia de cada nivell.

També hi ha l'àrea de boxes general, per atendre els malalts de nivell 3. De tots els malalts, sempre n'hi ha un percentatge que no els podràs resoldre amb una sèrie d'hores sinó que necessitaran més temps, 8, 12, 14, 16 hores; aquests són els malalts tributaris d'observació. És per això que la majoria dels serveis d'urgències hospitalàries tenen una unitat específica que es diu unitat d'observació.

A la majoria de serveis d'urgències també s'ha organitzat una àrea de caràcter ambulatori, són com consultes, per atendre malalts de nivells 4 i 5 i part del nivell 3. Són malalts que arriben pel seu propi peu. En aquestes àrees, l'atenció pot ser més àgil que la consulta en un box.

Aquesta seria l'organització bàsica tot i que és més complex del que sembla.

5. Com es gestionen les emocions en un servei tan sensible com ara és urgències? Com a metges, rebeu alguna formació específica en aquest sentit?

A partir de diferents treballs i estadístiques, es conclou que els professionals del servei d'urgències que tenen més empatia, és cremen menys. Però evidentment hi ha de tot;

hi ha personal que s'intenta mantenir fred i això genera unes distàncies amb les persones que fa que això a vegades se li tiri en contra, sobretot quan t'adreces als familiars o al mateix pacient, d'altres que no suporten treballar a urgències per la càrrega emocional que això representa, ja que hi ha qui pateix per tot, llavors no pots tenir el "cap racional" per fer la teva feina, i a més a més, s'ho emporten a casa.

El millor és trobar el punt d'equilibri. No pots mostrar-te insensible davant de determinades situacions, com ara la mort totalment inesperada d'una persona jove, que costa d'acceptar, o tampoc pots mantenir-te distant davant de problemes de situacions d'exclusió social en persones grans; però alhora has de tenir aquest equilibri per poder prendre la millor decisió per a aquella persona.

El més important és saber escoltar al pacient i a la família quan tenen l'oportunitat d'explicar-te exactament el context, el que està passant. A vegades hi ha gent que està molt enfadada hi ho fa pagar al metge i quan t'assabentes de la seva situació i entens tota la problemàtica que hi ha, a part del problema mèdic, acabes entenent perquè està així.

S'ha de tenir empatia però també posar distància a determinats fets per prendre decisions.

No et pots deixar emportar per les emocions, per exemple si t'entra una persona amb una aturada cardiorespiratòria i et superen les emocions, aquella persona tindrà menys probabilitat de viure que si tu ets capaç de mantenir-te en el lloc que et toca.

Un treball fet a Suècia conclou que en els entorns d'alta tensió de l'hospital s'afavoreixen les relacions personals entre els professionals ja que hi ha moltes situacions que t'ajuden a conèixer l'altra persona.

Curiositat: hi ha moltes parelles i matrimonis de metges i infermeres que s'han gestat en un hospital.

Malauradament, com a metges no rebem cap formació per gestionar totes aquestes emocions. Tot i que en els últims anys s'ha anat millorant i es té més en compte tot aquest tema, no hi ha cap formació específica de les habilitats que es diuen no tècniques, comunicació, gestió d'emocions,.... S'acaba aprenent els uns dels altres.

6. Quant dura cada torn?

És un aspecte que no és homogeni.

Personal d'infermeria:

Torns de 7-7-10; 7 hores al matí, 7 a la tarda i 10 a la nit, a vegades combinat amb reforços que poden ser de 12 hores. Rarament fan jornades intensives molt llargues.

En el cas dels metges:

Hi ha una sèrie de serveis que han optat per tenir torns de metges que siguin molt similars als de les infermeres, tot i que els que fan el torn de nit han estat treballant durant la tarda, però es queden a la nit suficients metges perquè puguin anar fent torns per descansar perquè sinó no rendirien, a part que això limita molt la vida afectiva d'un professional d'urgències. Per això, el volum de personal ha de ser molt gran per poder fer tres torns de metges a urgències. En canvi, fent jornades molt llargues no es necessita tanta plantilla. Però això no està solucionat ni arreu de Catalunya ni arreu de tot l'estat.

Personalment penso que s'haurien d'abolir les jornades intensives, ja que això malmet molt la imatge dels professionals en relació a urgències.

7. Quin tant per cent d'urgències que s'atenen són realment urgents?

Un 60% de les urgències que s'atenen a Catalunya no tenen cap risc vital, que és molt.

Les urgències que suposen un risc vital, de nivell 1, estan al voltant del 1-3 %, les de nivell 2 entre un 3-5 %, les de nivell 3 suposen aproximadament un 30 % del total, i al Trueta, els nivells 4 i 5 (risc baix) no arriben al 50%. Per tant, és un hospital que rep un nivell d'urgències que és potencialment greu.

8. Rebeu moltes queixes o reclamacions?

Hi ha àrees de l'hospital que estan més exposades a rebre reclamacions. Si mires el total d'urgències ateses, el percentatge de reclamacions és molt baix, per sota de l'1 per cent, però totes són importants.

Protestar i queixar-se és molt fàcil però asseure's a escriure costa més, per tant, hem de pensar que les reclamacions que rebem és perquè realment la gent està molt molesta. Per altra banda també hi ha gent que està molesta però no fa les reclamacions. La majoria de les reclamacions són per demora en atenció, perquè creuen que l'espera ha sigut massa gran. La resta són per aspectes de comunicació, de poca informació, que no l'han informat adequadament o sobre algun tema d'organització. Totes elles s'han d'atendre. Potser no és tan important la quantitat com la qualitat.

Per exemple un dilluns a la tarda és el dia que estàs més exposats a tenir queixes per demora.

8.1. En recordes alguna?

Les que trobo que són intolerables són les del tracte amb els professionals, tot i que comprenc perfectament la tensió que es genera, a mi em sap molt de greu quan diuen que tal persona, amb nom i cognoms, els ha atès malament.

L'única que jo he tingut a la meua vida te l'explico tot seguit:

Quan jo era resident, a l'últim any de la carrera, estava a l'Hospital de Bellvitge on tenien 2 àrees d'atenció, una per a les patologies més greus i l'altre per a les menys greus. Jo, com a R5 de medicina Interna, estava a l'àrea de les patologies greus però, si podia i tenia els meus pacients coberts, anava a l'altre àrea a donar un cop de mà als meus companys. Un dia vaig veure pacients que portaven molta estona esperant, devia ser prop de la 1 de la matinada, i recordo que entre ells hi havia un senyor que tenia una cama amputada i li havia sortit una butllofa en el monyó a causa del repunt d'un mitjó nou. Li vaig mirar i vaig dir-li que, si ho preferia, jo li podia obrir o se'l podia obrir ell mateix a casa fent una punxadeta, però que no era una cosa molt greu.

Suposo que després de portar tanta estona esperant, la meva resposta no li va ser suficient, va ser massa simple. Em va donar la sensació que el que jo li havia dit no l'acabava de convèncer i em va dir que l'endemà hauria de tornar a anar al metge. Li vaig respondre que em semblava que no confiava en mi i, que si volia, anés a veure el seu metge. També li vaig demanar que perquè havia vingut si ja tenia la intenció d'anar amb el seu metge, que no hagués calgut que vingués aquí. Llavors es va enfadar moltíssim. Es va posar la pròtesi i es va posar a córrer per marxar d'allà i jo també vaig haver de fer-ho per donar-li l'informe.

Al cap d'uns dies em van avisar des de direcció que hi havia un informe sense firmar i anava a nom meu. És clar, jo no vaig tenir temps de firmar-lo amb tantes presses. Els vaig explicar la història i vaig haver de fer un informe. Em van deixar llegir la reclamació. Resultava que el pacient havia trucat a l'ambulatori explicant el què li passava i li varen enviar una ambulància. El senyor no volia venir a urgències però és que, a més a més, es va passar 5 hores esperant que algú l'atengués i encara jo li dic que no hauria d'haver vingut... ; no vulguis saber com es va enfadar.

Ara bé, aquesta reclamació va ser per una mala organització o pel meu tracte?

Aquesta reclamació no l'oblidaré a la vida. Em va saber molt de greu perquè jo li vaig fer l'atenció com jo creia que s'havia de fer però aquell senyor necessitava una altra cosa, perquè necessitava que jo m'hagués informat o que ell m'hagués dit tot el que li havia passat abans. Penso que estava tan molest per l'espera que tot això no m'ho va dir i, si després de 5 hores li donen una solució aparentment senzilla, jo també m'hagués enfadat molt.

9. Quines conseqüències poden haver-hi per equivocacions a l'hora de fer el diagnòstic?

En el cas d'urgències, les patologies més emergents no suposen una gran complexitat diagnòstica. A urgències es fa un diagnòstic inicial que permet posar un tractament que no té perquè atacar la causa d'arrel, sinó que treu a la persona de la situació d'urgència i llavors es dur a terme el diagnòstic.

En alguns casos no, per exemple si una persona té un problema pulmonar es fa una radiografia. En el cas que tingui una pneumònia, se'l tracta per aquesta infecció tot i que el microbi concret que li ha causat la malaltia pot ser que el sapiguem al cap d'uns dies.

L'error de diagnòstic no està penat legalment, perquè sinó seria impossible exercir la medicina ja que un error et podria portar a la presó. El que està penat és la manca d'auxili ja que es considera una negligència.

L'error de diagnòstic és quan una persona té una cosa flagrant i objectivament clara i pel que sigui passa desapercebuda. Si això passa pot tenir conseqüències greus. Afortunadament no n'hi ha moltes de situacions com aquestes. Per sort no passa molt sovint.

Si jo he vist un malalt, l'he interrogat adequadament, li he fet les proves que tocaven i per la raó que sigui he sigut incapaç de saber exactament el que tenia, això no estar penat legalment. És clar, si miréssim les conseqüències segurament sí que estaria penat.

Quasi tots els casos en què hi ha hagut algun problema de diagnòstic amb causa fatal són els que es llegeixen als diaris. Tot i que moltes vegades no hi ha hagut un error de diagnòstic sinó que hi ha hagut una evolució fatal d'una malaltia.

10. Em podries explicar alguna anècdota?

Tinc un miler d'anècdotes. Algunes tendres.

Tot i que a urgències se suposa que és una àrea que no coneixes als pacients

Hi ha malalts que venen amb tanta freqüència que ja els coneixes el nom i els cognoms.

Recordo un senyor que tenia una malaltia mental, esquizofrènia, i que estava molt medicat. Hi ha una combinació molt nefasta, la gent que té una malaltia mental i és fumadora perquè els costa molt deixar de fumar. Aquest senyor fumava dos paquets de tabac al dia. Això feia que tingués també un problema respiratori molt greu. A

vegades, quan venia a urgències, l'ingressava dos dies però em costava molt retenir-lo perquè volia marxar per anar a fumar. Teníem un aparell que és com una pinça que es posa al dit i que mesura la saturació d'oxigen a la sang. Mentre estava ingressat li vaig ensenyar això, li posava la pinça i li deia: "Esto te mide el oxígeno que tienes en la sangre y con este oxígeno que tienes igual sales a la calle i te vas a caer con lo cual tendrás que volver". Aquesta explicació el va convèncer i de tant en tant em deia: "Me puedes mirar esto", per veure si podia marxar. El graciós del cas era que quan venia a urgències el primer que demanava era que li miessin la quantitat d'oxigen a la sang.

I les situacions més colpidores i que no són anècdotes, són situacions molt dures quan has de donar mals resultats, de mort. Jo tinc imatges de situacions que he viscut a urgències i que passen com una pel·lícula per davant meu i que no seria convenient explicar-les aquí.

Després d'aquestes preguntes fetes des del desconeixement, creus que hi ha algun aspecte que hauria de sortir i que no haguem tractat?

1. El sistema de triatge té una particularitat i és que s'ha desenvolupat pel fet que les urgències tenen una problemàtica principal que es diu saturació.

La saturació de les urgències, es defineix per la relació entre l'oferta que tu tens com a servei i la demanda. Quan la demanda supera l'oferta, hi ha pacients que s'han d'esperar.

El sistema de triatge sorgeix perquè els serveis que tenen saturació puguin tenir un element que es diu de seguretat clínica que permet discernir els que es poden esperar dels que no. Aquesta saturació es pateix a tot el món i per això molts professionals de molts països han adoptat aquest sistema de triatge. A Espanya també s'utilitza un altre sistema que es diu Manchester.

El sistema de triatge que més s'estén per tot l'estat és l'adaptació del sistema canadenc que es va provar a l'Hospital Meritxell d'Andorra, per això es diu mètode andorrà de triatge. I llavors el va adoptar la societat espanyola d'urgències.

2. La meua opinió personal sobre el tema de les emocions és que hi ha un element fonamental que és la informació. Quasi totes elles es poden viure molt millor amb el tipus d'informació (no en cal un excés ja que pot generar més preocupació), adaptació a la persona (no és el mateix informar a una persona que sigui del ram que a una altra) i depenent del nivell d'estudis (caldrà utilitzar un vocabulari o un altre això no vol dir que no se li hagi d'explicar bé)

Ajudar a què la persona es pugui fer una idea del que realment està passant. Cal posar-hi l'emoció que toqui. Per exemple, una cosa que jo deia quan ensenyava a metges més joves, que quan comuniquen una molt mala notícia han de rebre una emoció negativa per part de la persona. Si veus que la persona es queda tan normal és que no t'han entès. No es pot treure preocupació a una persona quan el seu familiar s'està morint, el que ha de fer el metge és acompanyar-lo i el normal que s'ha d'esperar és una reacció emocional negativa.

És important el context quan es dona una mala notícia, cal estar en un lloc íntim, tranquil, que puguin entrar tots els familiars simultàniament...

Una situació paradigmàtica pel que fa a emocions és quan es demana, que això passa també a urgències, la donació d'òrgans. És una situació duríssima quan apareix el professional i demana a la família pel tema de donar els òrgans. Si el pacient està en mort cerebral però els òrgans vitals encara estan funcionant és una mica fort fer aquesta demanda ja que en aquest moment el professional està llençant la idea a la família que la situació és totalment irreversible i que no queda cap bri d'esperança de vida.

Per això et dic que és molt important la manera com es comuniquen el metge i el pacient o els familiars.

- **Per què es produeix saturació a les urgències?**

Treball publicat al 2003 per un americà en una revista que es fa aquesta reflexió sobre la saturació de les urgències.

Hi ha 3 grans blocs de factors que provoquen saturació:

- La demanda.

El fet de que en algun moment hi ha un volum de persones que demanen atenció urgent per sobre la capacitat d'atenció dels serveis. A l'hivern hi ha increment de demanda.

Treballs fets posteriorment diuen que aquest no és el principal problema de la saturació.

- El propi procés d'atenció.

Si s'han de fer proves diagnòstiques, analítiques, TACs, radiografies... i es demoren molt, les persones s'estan esperant innecessàriament mentre d'altres estan demanant atenció. S'està produint un retard en el procés d'atenció.

- Les sortides, és a dir, l'alentiment de la sortida de la persona que ja ha sigut atesa. És el que s'ha demostrat que té més pes.

Quan el metge ha acabat el procés d'atenció poden passar diferents coses:

- Que el malalt se'n vagi al seu domicili.
- Pot ser que la persona necessiti transport sanitari o potser que l'hagin de venir a buscar uns familiars i que en aquells moments no hi són.

Per tant, l'alta a domicili que són el 80% i escaig dels malalts, no garanteix la sortida immediata d'aquella persona, això vol dir que aquella persona mentre continua al servei d'urgències se l'ha d'atendre i continua sent responsable del servei d'urgències.

Però el principal problema són els pacients que ingressen en el propi hospital. L'alentiment de l'arribada al llit d'hospitalització d'aquests pacients és el factor més important de saturació d'urgències que a més a més és solucionable.

Mentre hi ha molts malalts que estan ocupant espais d'urgències que no haurien d'ocupar perquè ja podrien ser a casa o haurien d'estar ingressats, per molt que intentis anar ràpid no tens lloc on posar els malalts. Per tant, el problema que més es

pot solucionar és el del donar altes una vegada s'ha resolt la patologia del pacient. I la majoria d'accions de gestió han d'apuntar cap aquí.

Doncs fins aquí l'entrevista.

Moltes gràcies per atendre'm.



1.2 Teia Camps

Persona entrevistada: Teia Camps

Dia: 14/04/2017

Lloc: Helicòpter medicalitzat

Carrera professional: des de fa 5 anys que està al servei del SEM. És infermera de l'helicòpter medicalitzat que té la base a l'hospital Trueta.

Ha treballat prop de 20 anys en ambulàncies, també a l'UCI (Unitat de Cures Intensives) i a urgències.



Entrevista:**Quina funció té l' helicòpter medicalitzat?**

L'helicòpter medicalitzat és una unitat més del SEM. La seva funció és fer els serveis primaris, i tant pot atendre pacients que necessiten una atenció molt ràpida per la seva patologia com fer trasllats secundaris.

1. Quin material hi podem trobar a l'helicòpter?

El material equivaldria al d'un box d'urgències d'un hospital, i al d'una ambulància: aspirador, monitor, bombes d'infusió, bales d'oxigen i un ventilador.

**2. Qui forma l'equip que viatja en l'helicòpter?**

- Pilot
- Copilot (pilot amb funció de copilot)
- Metge
- Infermer
- Mecànic que es queda a terra (molt important)

3. Es necessita alguna formació especial per formar part d'aquest equip?

Hi ha una formació en EMS²³ que és específica pel personal mèdic que va a l'helicòpter i és necessària, sobretot, per les urgències i emergències prehospitalàries.

4. Quin és el vostre horari?

Es treballa 12 hores seguides, de 8 h a 20 h. Però això no vol dir que cada dia es treballi totes les hores. Hi ha setmanes que només es treballa 4 dies o 2, es va alternant.

²³ Equips Mèdics Sanitaris.

5. En què consisteix la teva feina dins l'helicòpter?

Estar atenta a la cura del malalt, no deixar d'atendre'l en cap moment vigilant sempre que estigui dins les seves constants vitals i que no es produeixi cap canvi.

6. Quan no estàs a l'helicòpter, quina és la teva feina?

Quan no estem treballant en l'helicòpter, estem a la base revisant protocols, fent cursos, treballs... sempre hi ha coses per fer.

7. En què consisteixen els vostres torns de guàrdia?

A 1a hora del matí, quan entrem, revisem que tot estigui bé, que no falti res. Després hi ha una reunió de tots els membres de l'equip on cadascú parla del seu àmbit, si falta material, canvis que hi puguin haver, alguna revisió que s'hagi de fer.

Si hi ha algun servei es fa.

Es revisa la caducitat dels fàrmacs (1a setmana de cada mes)

Dinem i continuem la guàrdia.

8. Creus que és un servei poc conegut?

D'un temps cap aquí ja es coneix més ja que és un servei ràpid i s'activa molt sovint. Cada vegada la gent en coneix més el funcionament i no se li fa estrany veure volar un helicòpter del SEM.

9. Esteu en contacte amb l'hospital de referència?

En el nostre cas sí, ja que la base està just al costat de l'hospital i l'avantatge és que tu pots portar un pacient i al cap d'unes hores pots interessar-te per ell i veure si el que li has fet ha anat bé, anar-lo a visitar, parlar amb la família, que sempre és d'agrair.

10. Si una persona que ha patit un incident a Girona necessita que la traslladin a un hospital de Barcelona, ho fa l'helicòpter de Girona o el que pertany a l'àrea de Barcelona?

Si és una persona que resideix a Barcelona i la seva patologia no és molt greu es fa un trasllat programat. Si el trasllat és per necessitats de patologia i el pacient requereix un hospital de més complexitat, es valora. També depèn del destí en concret, ja que hi ha hospitals que no tenen heliport al costat.

11. Qui és el responsable d'avisar-vos quan hi ha un incident?

La Central de Coordinació del SEM. Aquí és on reben les trucades de tots els incidents que hi ha; aquí es passa per un sedàs i ells determinen si convé un helicòpter o no on hi hagut l'incident.

12. Us heu trobat mai no poder aterrar prop del lloc on hi ha hagut l'incident?

Passa prou sovint. Quan una persona requereix ser atès i viu al mig d'una ciutat o al mig d'un poble, l'helicòpter aterra en un camp de futbol i és la policia municipal qui ens dona suport, carrega el material que necessitem i ens acompanya al domicili on s'ha d'anar. Després rebem el suport d'una unitat bàsica terrestre que és qui ens acompanya fins on és l'helicòpter i allà es fa el canvi.

13. Quins són els serveis que cobriu amb més freqüència?

Sobretot infarts, codis que han de ser diagnosticats i tractats el més aviat possible, accidents de trànsit, accidents de muntanya (l'assistència es porta amb la col·laboració dels bombers), i accidents a platges i piscines, sobretot a l'estiu.

14. Creus que cal tenir un caràcter especial per fer aquesta feina?

No. Senzillament és una feina que has d'estar per ella, posar-te en la situació de la persona, ser el més empàtic possible però tampoc no emportar-te el cas cap a casa ja que sinó emocionalment no aniria bé.

15. Quant de temps creus que es pot aguantar fent aquest servei?

No ho sé, si anímicament i físicament estàs bé... no podria posar una edat, però sí que has de ser conscient que t'has de trobar bé i ser capaç de fer-ho i amb un mínim d'estat físic ja que a vegades has de córrer, saltar...

16. Has notat alguna diferència entre el nou helicòpter i l'antic?

Sí, i el millor ha sigut el fet de tenir aire condicionat, ja que dins l'helicòpter s'arriba a temperatures molt altes i suàvem molt i molt. A nivell electromèdic s'ha guanyat quant al material, que és una mica més avançat, i en la seva dins l'helicòpter.

17. Em pots explicar algun cas que t'hagi impactat o alguna anècdota curiosa?

Casos n'hi ha molts i molts i molts i anècdotes... ara no te'n sabria dir cap. Però el més impactant és quan hi ha nens pel mig o persones que has atès i has parlat amb elles i llavors t'assabentes que no hi ha hagut res a fer.

18. A més de l'helicòpter, has treballat en algun altre vehicle medicalitzat?

Sí, molts anys. És on vaig començar, en unitats medicalitzades terrestres. Jo anava amb una ambulància que era una USVAi, *unitat de suport vital avançada* amb infermer, un tècnic i jo, que era l'infermera. Després vaig treballar en una USVAm, amb metge, que és una unitat de suport vital avançat però amb tres persones d'equip, el tècnic, el metge i l'infermer i llavors vaig anar rotant entre aquests serveis i el de l'helicòpter fins a acabar a la meua plaça que es va convertir en la plaça de l'helicòpter.

19. Quina és la diferència, quant al material que porten les unitats que has mencionat a la pregunta anterior?

El material és el mateix, pot canviar de marques i de mides però en essència és el mateix: totes les unitats porten un cardiocompressor (per a les aturades cardíques), un monitor desfibril·lador, dos bombes d'infusió de fàrmacs, un aspirador i un ventilador o respirador artificial.

El que diferencia unes unitats de les altres és que unes tenen rodes i van per terra i les altres tenen pales i volen.

20. Quin personal es troba a cadascuna de les unitats?

- *Helicòpter medicalitzat*: pilot, copilot, infermer, metge i un tècnic mecànic que es queda a terra.
- *USVAi*: un tècnic i un infermer.
- *USVAm*: un tècnic, un metge i un infermer.

Aquestes dues unitats porten el mateix equipament. La diferència és que en una hi va un infermer i l'altre hi va el metge.

- *USVB (Unitat de Suport Vital Bàsic)*: hi van dos tècnics.
- *VIR (Vehicle d'Intervenció Ràpida)*: vehicle més petit que les ambulàncies. La peculiaritat que té és que no pot transportar a ningú ja que és massa petit. Aquí hi viatja un tècnic i un metge. La seva funció és arribar el més aviat possible mentre s'espera que hi arribi l'ambulància.

En tots els casos, el cos dels tècnics està format pel personal que porta l'ambulància però que també tenen coneixements específics sobre el funcionament del cos humà, tipus de fàrmacs, mobilització i immobilització dels malalts...

Per accedir al Títol de Tècnic Mitjà en Emergències Sanitàries cal cursar un CFGM (cicle formatiu de grau mitjà) en Emergències Sanitàries a l'Institut Narcís Xifra o a EUSES (Escola Universitària de la Salut i l'Esport / Campus de Salt).

21. Quina diferència hi ha entre els serveis que donen els diferents tipus de vehicles?

USVB: són les unitats amb més vehicles, quant a quantitat, repartits per tot Catalunya. Són els que arriben primer al lloc de l'incident i fan la primera assistència.

El 80% dels serveis els assumeix les USVB ja que moltes vegades són caigudes, i els tècnics estan perfectament preparats per saber immobilitzar una persona traumàtica,... el que no poden és subministrar medicaments o posar una sèrie de coses invasives pel malalt. Si el cal suport, hi va el VIR.

USVAi: ja pot donar una sèrie de fàrmacs, substituir la respiració del malalt,... però sempre en contacte amb la Coordinació de la Central. A vegades ho intenta solucionar l'infermer mateix però altres vegades demanen suport a una altre USVA amb metge.

USVAm i l'helicòpter fan el mateix: el metge pot aplicar medicaments i tractaments més complexos. Fan el mateix servei, només varia el mitjà de transport.

22. On es troben els vehicles quan no fan cap servei?

Helicòpter: a l'heliport (part posterior del Trueta).

VIR: aparcament del Trueta.

Dins el recinte de l'hospital de Salt hi ha una USVA medicalitzada.

A Llagostera per exemple, hi ha una USVA amb infermer que comparteix local amb els cotxes de la policia municipal. Això vol dir que no sempre els vehicles poden estar propers a un hospital.



1.3 Carles Cordón

Persona entrevistada: Carles Cordón

Dia: 21/07/2017

Lloc: Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

Carrera professional: actualment és adjunt de la direcció d'infermeria, però fins fa poc era supervisor d'infermeria d'urgències. Durant els 25 anys que fa que exerceix d'infermer, ha treballat a l'Hospital de St. Pau de Barcelona i a l'hospital Trueta. Ha estat a diferents àrees, com ara la UCI, urgències i recursos humans entre d'altres. A part, ha estat coordinador de la planta 4B, on es troben els malalts de pneumologia, cirurgia toràctica, otorinolaringologia, i també com a supervisor de cures intensives.

Entrevista:

1. Quina funció té el supervisor d'urgències? Què fa?

Porta tota la gestió de l'àrea d'infermeria dels serveis que inclou els propis professionals d'infermeria, auxiliars d'infermeria i zeladors, i és el que vetlla, dia a dia, pel bon funcionament del servei. Fa tàndem amb el coordinador mèdic o cap de servei que pertoqui i entre tots dos vetllen per la qualitat d'assistència del servei.

2. Quin tipus de metges s'hi poden trobar a urgències durant la setmana?

S'hi poden trobar des de metges de família a metges de medicina interna o d'alguna altra especialitat.

La seva feina és l'atenció immediata al pacient atenent qualsevol tipus de patologia. Fan una primera avaluació i presa de decisions i si s'escau contacten amb els especialistes, els quals donen la seva opinió i complementen la visita del metge d'urgències.

El servei d'urgències està actiu 365 dies l'any les 24 hores del dia i s'atenen des de casos lleus a casos més greus.

3. Quan no hi ha urgències durant la nit, els metges poden descansar?

Les guàrdies d'infermeria no descansen ja que estan organitzades en torns i treballen 8 hores. Els metges, com que tenen torns diferents, si la guàrdia està tranquil·la a vegades se la poden partir podent reposar una estona en cas que hi hagi calma.

4. La plantilla d'urgències es fixa o s'organitza a base de guàrdies?

Pot haver-hi de tot.

Des del punt de vista d'infermeria, la plantilla, majoritàriament, és fixa però també hi ha gent amb contractes temporals i d'altres contractes a temps parcial, és a dir que no tenen un 100% de contracte.

A nivell de metges hi ha un "staff" de metges que són els adjunts al servei (la gran majoria) que tenen dedicació completa i també hi ha un petit % que va a fer alguna guàrdia esporàdica.

5. Quines especialitats es tracten més al llarg de l'any?

Totes per igual.

Donat que és un hospital de referència, vol dir que allà on hi ha un risc de complicació que no es pot atendre en un hospital comarcal, el cas es deriva al centre de referència que és l'hospital Dr. J. Trueta.

6. Quin percentatge dels pacients que visiten urgències són ingressats?

Entre el 40 o el 50%, que és un percentatge molt significatiu, la qual cosa evidencia la complexitat dels malalts que acudeixen a urgències.

7. Des que arriba un pacient a urgències (pel seu propi peu), quins passos se segueixen abans no és visitat per un metge ?

Els passos a seguir són els següents:

- Entrada administrativa dins dels sistemes o programes informàtics que s'utilitzen a l'hospital.
- Primera valoració per part d'un professional infermer, un eix clau dins el sistema, el qual fa una primera valoració i li assigna un nivell de prioritat en relació a la gravetat assignant-li el circuit que ha de seguir dins del servei d'urgències que està distribuït en diferents àrees, depenen del nivell de complexitat de gravetat que té el pacient.

8. Per tant, la urgència del pacient la determina l'infermer que l'avalua?

Hi ha un sistema estandarditzat de valoració del pacient que és l'anomenat mètode andorrà de triatge que, a través del programa, fa una mena de tutoria a l'infermer que complementa el seu judici clínic i a partir d'aquí li fa una proposta de nivell de gravetat del malalt que ella corrobora o modifica en el sentit que sigui.

És evident que la primera ajuda és la seva expertesa professional. No pot haver-hi qualsevol infermer en el sistema de triatge sinó que cal tenir un bagatge dins del servei d'urgències de com a mínim dos anys. A part de la seva expertesa també hi ha el suport metodològic, del qual he parlat abans i, si ho requereix, té un metge de referència per si tingués algun dubte i a través del qual acaben de consensuar la gravetat del malalt.

9. Quin percentatge dels pacients que visiten urgències s'haurien pogut estalviar la visita?

Aquest tipus de pacients són els que corresponen a un nivell de baixa complexitat (nivell 5), el nivell de gravetat considerat més lleu juntament amb el nivell 4.

El percentatge de pacients de nivell 5 que acudeixen a l'hospital correspon a un 15-20%. Aquests pacients en cap moment no hagués calgut que anessin a urgències sinó que el problema que presenten es podria haver resolt en un CAP.

S'està treballant en aquest tema per tal d'educar la població. La gent ha de prendre consciència que el servei d'urgències només s'ha d'utilitzar quan és imprescindible.

10. Hi ha diferències quant al nombre de pacients entre les diferents estacions de l'any?

Sí, sí. L'hivern és un període en què s'exacerben les patologies estacionals com podria ser la famosa grip, que s'estén des de desembre a març i on hi ha un increment significatiu al servei d'urgències. Això fa que ens hàgim d'adaptar per donar sortida a aquesta excessiva demanda.

En quant a l'estiu, no baixa exageradament el volum de pacients, justament aquest any no està sent així, però sí que varia el perfil del pacient. Estem en una zona turística i vol dir que hi ha més patologia traumàtica però a nivell de consultes són diferents.

11. Varia el nombre de pacients segons les diferents hores del dia?

Sí. Tot i que el nostre servei s'havia comportat molt linealment en aquest sentit, entre mig matí i mitja tarda teníem un pic molt important d'entrada, això corresponia a que altres centres derivaven malalts durant aquestes hores, últimament això s'ha alterat i no es coneix a partir de quin moment hi haurà el pic assistencial.

12. Soleu rebre gaires queixes?

Per sort, no en solem rebre massa. Alguna sí, ja que si no en rebéssim seria que seríem perfectes i no ho som. Tenim molts punts de millora però no en solem rebre moltes.

Les queixes que rebem, moltes tenen a veure en el fet que tothom té la seva percepció del que és la urgència, però quan arribem nosaltres i, sota el criteri professional, ho prioritzem dins els nivells de gravetat. Els usuaris sempre pensen que el que els està passant a ells és el més important del món, però és probable que dins d'urgències hi hagi casos tant o més greus que els seus.

13. Les queixes es fan omplint el full de reclamacions o només les manifesten verbalment als metges?

Tenim les dues coses.

Quan la persona està molt estressada o molt nerviosa i no ho sap gestionar, les queixes solen rebotar directament sobre el professional que té al davant, sigui el que sigui.

La infermera que fa el triatge sol ser moltes vegades l'ase dels cops, ja que és la persona que està a primera línia i és la primera que els familiars, que són els que se solen desesperar, van a queixar-se a ella. Contínuament ha d'estar reeducant, en el sentit d'explicar la situació i explicant els motius, explicant les gravetats. És la que ha de gestionar més aquest tipus de situacions.

També hi ha queixes que han arribat per escrit. Aquestes són les més serenes i probablement les que tenen més entitat. Les altres, les anteriors, són un cop de geni en un moment, mal gestionat.

14. Hi ha hagut alguna vegada algun tipus d'agressió per part d'un pacient cap al metge?

No ben bé però quasi.

Alguna vegada s'ha arribat a l'extrem que algun professional hagués pogut sortir rebent, cosa que seria absolutament inadmissible. En aquests casos es demana ajuda a algun altre professional o bé a seguretat, si pertoca.

15. Creus que l'atenció al pacient es podria millorar?

Sí, sí. Crec que amb els recursos que tenim intentem fer el millor que podem però tenim una limitació important d'espai, que per sort té data de caducitat. Actualment ja estem immersos en una remodelació important del servei que farà que s'ampliï la zona assistencial i que farà que es guanyi qualitat assistencial, tant a nivell dels professionals com dels pacients.

Ara mateix les zones no assistencials es fan servir com a zones assistencials ja que quan els boxs estan plens, tenim els malalts als passadissos. Tot això es reconduirà i serà una millora molt significativa per als malalts i de retruc per als professionals. Sempre pot haver-hi unes mancances de professionals, tenim la plantilla que tenim, però si més no s'està treballant en aquesta línia per aconseguir millores puntuals.

16. Em podries explicar alguna anècdota que haguessis viscut tu estant a urgències?

No se me n'acudeix cap ara mateix.

Alguna actitud surrealista o espectacle sí que l'he viscut, per exemple, el malalt que, cansat d'esperar, es tira per terra i fa veure que s'està morint, però com que el personal mèdic està al cas del que li succeeix realment ja no se li fa massa cas i s'intenta banalitzar al màxim aquestes situacions.

Temps enrere es respectava molt la sanitat, la gent la tenia posada en un pedestal. Actualment s'ha aproximat molt a l'usuari, i així ha de ser, però ara mateix s'està en una franja en què l'usuari s'està prenent massa llibertats i s'està perdent el respecte al personal sanitari que déu n'hi do la feina que fa.

17. Tot i que hi ha gent que us manifesta les seves queixes, us trobeu pacients que us comuniquen que, durant el seu pas per urgències s'ha sentit ben atès? És a dir, rebeu per part dels pacients alguna mostra d'agraïment?

Donat que el pacient està poc temps a urgències, i a més és un pas ràpid i la part més estressant, costa que realment tinguin aquest moment de pensament d'agraïment pel personal d'urgències. A més a més, el temps d'espera, que per poc que sigui sempre sembla molt llarg, i l'espai no acompanyen i per tot això fa que costi que la gent tingui aquest moment de pensament de dir, ostres, ara que estic aquí sóc conscient del que esteu passant cada dia i us estic molt agraït per tot el que feu.

Està bé que algú, en algun moment, recordi que hi som i que ho intentem fer el màxim de bé que podem. Per sort sempre hi ha algú que agraeix la feina que fem i això ens fa sentir molt bé.

A urgències no es pot fer un judici real ni clínic del que està veient el pacient, ni del que està passant, de la situació, no la pot analitzar perquè no té el coneixement total de la situació. A vegades els pacients es queixen que veuen algú amb una bata blanca, que potser és el zelador o l'administrativa, i et diuen: "mira aquell no està fent res i a mi no m'està atenent ningú". Tot i que ho entenem perquè ells veuen bates blanques i no saben si són, metges, infermeres, zeladors o administratives.

A més a més, a vegades, la persona va urgències per una fotesa, per part del metge, perquè no hi ha cap mena de risc per la vida i quan li intentes explicar això, al pacient li costa molt d'encaixar-ho.

Cada vegada a la gent li costa més acceptar que s'hagin de complir unes normes, tant a nivell de pacient com d'acompanyants, als quals sempre se'ls fa llarg el temps d'espera abans no reben informació sobre el familiar que han acompanyat a urgències.

Ho comprenem però és complicat i cal gestionar-ho millor.

Jo vaig estar dues setmanes fent “l’estada a l’empresa” en aquest hospital i quan estava a l’àrea de cardiologia recordo que varen donar l’alta una dona i els familiars varen portar una caixa de bombons en senyal d’agraïment.

Sí, sí, i els que estem a urgències ho entenem perquè urgències és el pas més ràpid de cara al pacient i el més estressant.

Sempre hi ha més empatia metge-pacient quan aquest està ingressat en una unitat d’hospitalització que no pas quan està a urgències ja que hi està un període més llarg, la situació no és tan estressant i llavors sí que té un detall o unes paraules d’agraïment cap als professionals.

No treu que el vostre moment, el fet de ser ràpid és molt important i sinó l’encertes...

Sí, sí, és l’essència, és la base, és la porta d’entrada, és on s’encarrila cap a on pertoca el malalt per estar bé.

Els professionals d’urgències estan infravalorats i jo crec que no és just. Perquè la gent arriba en la situació que us he comentat anteriorment, i vol respostes immediates però “cuidado”, que els que donen entrada al sistema sanitari són els d’urgències, són els que en base al que s’expressa han de donar resposta a molts tipus de patologies i problemes de salut molt diferents.

Jo, tot i que sóc de l’àrea i no m’està bé dir-ho i ho dic com a responsable, tinc molt de respecte als professionals d’urgències perquè penso que la seva feina és molt important, tant per les infermeres com pels metges que han de fer diagnòstics de situacions molt diferents. Crec que tenen un rol molt important i jo els hi aplaudeixo.



1.4 Dr. Gerard Casas

Persona entrevistada: Dr. Gerard Casas

Dia: 27/09/2017

Lloc: Planta número 9 de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, habitació on descansen els metges de guàrdies.

Carrera professional: actualment és metge resident de segon any de medicina familiar i comunitària. Treballa a l'hospital Trueta i al ABS²⁴ de Sarrià de Ter. Ha estudiat fisioteràpia i medicina a la Universitat de Girona.

Entrevista:

1. En què consisteix una guàrdia a urgències?

De guàrdies n'hi ha de dos tipus, les que són d'entre setmana i les que són de cap de setmana.

Entre setmana comencem la guàrdia a les 3 de la tarda i fins l'endemà a les 9 del matí. Les de cap de setmana comencen a les 9 del matí del dia festiu fins a les 9 del matí de l'endemà; aquestes són guàrdies de 24 hores pures.

2. Quantes guàrdies feu al mes?

Això varia molt, depenent del mes, de si te les has canviat amb algun company, de si has fet vacances... El nostre sou depèn de les guàrdies. Tenim un sou base, un sou fix i segons les guàrdies tenim més o menys ingressos. La mitjana sol ser de quatre guàrdies al mes, tres entre setmana i una el cap de setmana. Solem fer entre tres i cinc guàrdies. No ens compensa fer més de sis guàrdies perquè llavors amb l'IRPF i amb tot el que ens retallen en fas una per res.

²⁴ Àrea Bàsica de Salut

3. El dia que tens guàrdia també has estat treballant tot el matí?

Sí, aquí ve l'explicació. Els caps de setmana sí que són guàrdies de 24 hores però quan fas guàrdies entre setmana, has de tenir en compte que aquell dia també has estat treballant a planta des de les 8h fins a les 15h i la guàrdia la comences a les 15h fins a les 9h de l'endemà. Realment, si comptes totes les hores de feina seguides no són 24 sinó que són 25 i, a més a més, la guàrdia la comences a cobrar a partir de les 17h.

4. Podeu descansar a les guàrdies?

És una loteria perquè no sabem amb el que ens trobarem. Realment és una sorpresa, no sabem si en una guàrdia podràs descansar o en una guàrdia no pararàs en tota l'estona i no podràs ni dormir. Normalment intentem partir-nos la nit i així poder descansar perquè sinó és insuportable. Hi ha hagut alguna nit que no hem pogut descansar gens i alguna nit que hem descansat una mica més.

5. Què creus que és el més dur de les guàrdies?

Això que t'estic dient. Quan portes tot el dia estàs cansat, no tens son perquè estàs en tensió i tens moltes coses al cap però sí que comences a estar cansat, et fa mal el cap, l'esquena i tens ganes d'estirar-te, de tancar els ulls una estoneta perquè en tot el dia no has pogut descansar

Això de no descansar és indiscutiblement el més dur de les guàrdies i no només per a mi sinó per a tothom, perquè tantes hores seguides... s'hi hauria de trobar la gent per saber el que és.

6. Em pots explicar una anècdota que t'hagi passat urgències

T'explicaré una anècdota divertida perquè vull recordar aquestes que són les més interessants.

Eren cap a les 3 del matí quan ja estàs cansat i cada cop que ve un pacient el cansament hi és, però igualment has de fer bona cara i donar-ho tot de tu perquè aquella persona que ve a la matinada no té cap culpa que tu portis molta estona treballant..

Era un senyor d'origen turc que només parlava turc i ja em pots imaginar intentant comunicar-me amb gestos, fent un "teatrillo", fins i tot varen venir les infermeres i els meus companys metges a veure que carai estava fent jo per comunicar-me amb aquell senyor que només parlava turc i a aquelles hores no hi havia cap traductor turc ni podia recórrer a ningú. Ell no sabia anglès, no sabia francès, castellà, només turc. Realment m'ho vaig acabar de passar molt bé. Cal dir que ell també va col·laborar i va ser molt entretingut. Dintre del que era, va ser una situació agraïda perquè finalment vàrem poder interaccionar i saber què li passava, des de quan feia i poder trobar-hi una solució.

7. Quins passos ha de seguir una persona quan arriba a urgències abans no se la visita?

Pots arribar a urgències per 3 vies:

- Pel teu propi peu
- Via SEM (ambulància)
- Derivat d'un altre hospital per fer una sèrie de proves o altres

Vinguis de la manera que vinguis sempre hi ha un primer pas que el fa infermeria, el triatge, això vol dir triar i saber el motiu de l'arribada i la prioritat que és el que a nosaltres ens farà córrer més o menys per aquella persona. Un cop el triatge està fet, el qual es divideix en diferents circuits de prioritat, aquella persona s'espera a ser atesa pel metge. Es canvia de roba, si ve del carrer, i se'l col·loca en un box per tal de poder-lo explorar i veure què li passa...

Hi ha 3 circuits: el circuit crític, els pacients arriben amb una ambulància i passen directament a un box perquè la prioritat és la màxima, el circuit entremig i el circuit ràpid, que és el de pacients banals i que moltes vegades ràpid, ràpid no és.

Els pacients un cop passen el triatge s'esperen a la seva pròpia sala d'espera, perquè a vegades hi ha saturació a urgències i falta tant d'espai que el pacient no té un box on estar.

Els pacients que entren a urgències no poden entrar acompanyats.

Una vegada el metge ha vist el pacient, l'ha explorat i se li han fet totes les proves oportunes per definir el diagnòstic, llavors s'informa als familiars. Només entren acompanyants en el cas que el pacient no se sàpiga explicar, o que sigui una persona amb demència, o perquè és una persona amb un retard mental.

Si vols comentar alguna cosa que jo no t'hagi preguntat però creus que és interessant...

Sí, volia comentar que hi ha molta falta d'informació cap a la població per saber què han de fer quan tenen una urgència i on han d'anar. Ens passa moltes vegades que les urgències queden saturades perquè -òbviament totes les persones que venen a urgències seran visitades- la urgències que tenen certes persones, realment no són una urgència encara que per a ells ho sigui, que em sembla comprensible perquè trobar-se malament no li agrada a ningú, però haurien d'haver assistit a una altre Centre que no és l'hospital Trueta de Girona que és el centre de referència de tota la província. Això vol dir que agafa una àrea molt gran i que a més, els altres hospitals comarcals depenen d'ell, per tant aquestes persones podrien assistir al Cap Güell que és un centre d'atenció primària continuada; és com anar a un ambulatori però que està obert les 24 hores. Per tant, és plantejar-se realment si tenir tos des de fa un mes és una urgència que requereix anar a l'hospital de referència de tota la província o bé podem esperar al metge de capçalera o podem assistir a un centre d'atenció continuada. Aquest és un tema que és important que es comenci a explicar a la població per no saturar el sistema d'urgències i posaríem a cadascú al seu lloc. Considero que és necessari.

A priori, si aquesta persona ve a l'hospital, pels metges no és una urgència.

Jo entenc perfectament que una persona que fa un mes que té tos i que segurament ha provat molts tractaments que no li han funcionat i és quan se'n va a dormir que arriba un moment que ja n'està bastant fart i diu – “vaig a urgències que em faran de tot” i llavors arriba aquí i les coses no són com pensen que haurien de ser, ja que s'esperen moltes hores i per què? Perquè s'ha fet un triatge i el triatge ha valorat molt eficientment que hi ha persones que tenen més prioritat que ella, però no perquè no li vulguem fer cas sinó perquè estem parlant d'urgències, i una urgència és “algo” que s'ha d'actuar ràpid. Si tens una tos d'un mes, per exemple, la pregunta clau és : podries haver vingut ahir?, podries venir demà? Si la resposta és sí, ja no és una urgència.

Diferent és una febre. De cop té febre un pacient que té alguna malaltia important, si la febre ha arribat avui doncs potser indica alguna cosa.

No és que les altres persones no s'ho mereixin, és simplement que no han escollit, per falta d'informació, el centre assistencial òptim per a ells; tot i això els atensem, ara, el temps d'espera depèn de la saturació, perquè és obvi que la prioritat et marca.

En el tema del triatge, no entraré a valorar qui l'ha de fer o com s'ha de fer, però sí que al metge li dóna, no una tranquil·litat, perquè a vegades et passa un gat per llebre perquè tu vas a veure una persona que està triada d'una manera banal o no urgent i llavors et trobes que potser era més, però generalment et dóna una jerarquia i un ordre a seguir per intentar fer bé les coses que és el que pretenem.



1.5 Xavier Saballs

Persona entrevistada: Xavier Saballs

Dia: 27/09/2017

Lloc: Hospital de Santa Caterina, Salt.

Carrera professional: “Nascut a Barcelona l’any 1963, Xavier Saballs és llicenciat en dret per la Universitat de Barcelona i acumula una àmplia experiència en l’àmbit de la gestió de recursos humans en grans entitats. Ha estat director de Personal del Departament d’Ensenyament de la Generalitat de Catalunya (1992-1993) i director de Recursos Humans de l’empresa pública Junta de Residus (1993-1999), de l’Hospital Universitari de Bellvitge (1999-2005), del Consorci Sanitari del Maresme (2005-2007) i de l’Institut Català de la Salut (2008-2014)”²⁵ Des de l’1 d’abril del 2015, és adjunt a la gerència de l’ICS i l’IAS²⁶.

Entrevista:

1. Quina funció té l’Adjunt a la Gerència?

En principi tenim signatura conjunta amb el gerent. Com que estem tant a Sta. Caterina com a l’hospital Trueta de Girona, quan un dels dos és a Salt l’altre està a Girona i al revés.

Bàsicament treballo en l’àrea econòmica i en l’àrea de recursos Humans (selecció de personal), més que tot perquè jo no sóc metge.

2. La teva feina té alguna relació amb urgències?

Pel que fa al tema assistencial no hi tinc relació ja que en aquesta àrea ja hi ha directors mèdics i la gerència d’urgències; sí que hi donem recolzament pel que fa a selecció de personal, contractacions, seguiment econòmic,...

²⁵ <http://www.ias.cat/ca/noticies/iasgirona/513>

²⁶ Institut d’Assistència Sanitària

3. Què em pots dir sobre les reformes que s'estan fent a urgències i el que això comportarà?

És de les coses que eren més necessàries de fa anys a l'hospital Trueta. Les urgències havien quedat desfasades, l'espai era petit i atapeït i amb poca comoditat. Calia ampliar. Això es pot fer perquè vàrem traslladar el laboratori que hi havia al costat d'urgències a l'hospital de Salt. El laboratori continua sent de l'ICS, segueix sent del Trueta però ara és conjunt entre el Trueta i el Santa Caterina. Això ens ha permès alliberar un espai molt gran que ens permet ampliar urgències el doble del que era fins ara. És un projecte en el qual ha de conviure el funcionament de l'hospital normal amb les obres, i això no és gaire fàcil, però sí que estem completament abocats a guanyar espai i comoditat i a guanyar amb atenció a l'usuari.

4. I el nou Trueta? Com pot afectar a urgències?

Tot nou hospital segur que afecta positivament les urgències: accés, llocs, espais.

Qualsevol nou hospital es dissenya i es fan uns plans de construcció amb unes necessitats mínimes i, si es compleixen els plans, les urgències estan dissenyades per poder tenir un creixement important els propers anys. No només hi guanya urgències, tot i que és l'accés natural a l'hospital, sinó que hi guanya tothom.

El que no et puc dir quan això es farà efectiu perquè dubto que actualment ningú ho sàpiga.

De moment el que no podem fer és estar més temps amb les urgències actuals, és per això s'estan fent reformes a urgències.

5. Però el tema de la ubicació el teniu clar?

No. És un problema de gestors polítics. Serà el Departament qui ho decidirà.

Nosaltres tenim clar quins espais necessitem i quin és el pla funcional del nou hospital.

Ubicació? No està definit. Han sortit als mitjans possibles emplaçaments però no hi ha res segur.

Nosaltres el que tenim clar és el pla funcional, el tipus d'edifici, el que necessiten els professionals, els metres quadrats que es necessiten... A partir d'aquí, el Departament i els polítics acabaran de decidir quin emplaçament respon a les necessitats d'aquest pla funcional.

Una de les ofertes pel nou emplaçament és Domeny, prop de la Nestlé, a la sortida de l'autopista de Girona oest, aquesta és una opció que ha sortit de l'Ajuntament de Girona. L'altra opció és en terrenys de Salt, prop de l'hospital de Santa Caterina.

Tot té els seus avantatges i els seus inconvenients, els seus pros i contres. L'avantatge d'unificar és fer un parc sanitari potent i proper. Tenir dos centres també té els seus avantatges ja que cada hospital pot tenir vida pròpia. No depèn de nosaltres.

A partir d'aquí i del que decideixin ens caldrà adaptar-nos. Tenim ganes que es faci quan abans millor, ja que entre que comencen les obres i que l'hospital comença a funcionar poden passar 10 anys.

Una de les prioritats que hi ha actualment és la construcció d'un nou Hospital Trueta.

Hi ha una certa unanimitat en què el Trueta és un hospital desfasat i vell, tot i que això no vol dir que no tinguem màxima qualificació, la tecnologia és d'última generació, els professionals també, per tant no ens queixem quant al tema sanitari, però sí que en l'espai podem millorar molt més i això ho farem segur.



2. Estades a urgències

La segona part del marc pràctic ha consistir en unes estades que vaig poder fer a urgències. Vaig poder gaudir d'aquesta experiència tant a urgències pediàtriques com a urgències convencionals. M'atreveiria a dir que aquesta és una de les parts amb les quals he gaudit més.

2.1 Urgències convencionals

El dia 17 d'agost de 2017 vaig tenir l'oportunitat de fer una estada, com a estudiant de batxillerat que fa el treball de recerca, a l'àrea d'urgències de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. La jornada va ser des de les 3 h del migdia del dia 17 fins a les 10 h del matí del dia 18. Vaig poder gaudir d'aquesta experiència gràcies al doctor Gerard Casas.

Quan vaig arribar a l'hospital em va rebre el metge resident Gerard Casas i em va presentar l'equip que tenia guàrdia aquell dia i amb el qual jo passaria totes les hores que vaig estar a urgències.

Per poder facilitar les tasques, l'equip de professionals es va dividir en dos grups, el grup A i el grup B. El grup A estava format per una metgessa R1, una R2 i una metgessa adjunta, i el grup B format per una metgessa R1, en Gerard (R2) i un metge adjunt.

Es van organitzar de la següent manera: els metges adjunts atendrien els pacients de nivell 1 o 2 (d'alta complexitat) i els metges residents la resta de pacients.

Metges residents (MR): segons el blog del CAP Poblenou²⁷, un metge resident és un metge que després de finalitzar els estudis universitaris ha decidit presentar-se a un examen-oposició comú a tot el territori espanyol que es coneix com a examen MIR (Metge Interí Resident) que li ha permès obtenir una plaça dins del nostre sistema sanitari per poder especialitzar-se en un període d'entre 4 i 5 anys.

Metge adjunt: metge especialista

²⁷ <https://cappoblenouics.wordpress.com/2016/11/17/el-metge-resident/>

A continuació passaré a explicar els casos que es varen atendre a les urgències de l'hospital durant les hores que jo hi vaig ser.

13.15 h - Cas núm. 1

El primer cas que vaig poder observar era el d'un noi d'origen Irlandès que estava a Catalunya gaudint de les seves vacances. Va acudir a urgències perquè havia caigut anant en bicicleta. La seva roda davantera havia xocat amb la posterior de la bicicleta del seu germà. Va caure i es va donar un cop al cap, a l'espatlla i a les costelles. Després de fer-li unes quantes proves, van poder observar que tenia la clavícula trencada. Van demanar consell a la traumatòloga de guàrdia perquè determinés si aquella clavícula s'havia d'operar o no. Després de dubtar va arribar a la conclusió que sí, que s'havia d'operar, però que no era urgent i donat que el diumenge ja tornaven cap a Irlanda, els seria més còmode que l'operessin allà, així doncs, li van donar l'alta. Com a anècdota d'aquest cas, dir que el pacient parlava anglès amb un accent molt tancat a causa del seu origen irlandès, i que, a més a més, no parlava gaire. Va ser més fàcil entendre'ns quan, en cridar els seus familiars, es va presentar el seu germà que sabia parlar castellà.

14.25 h - Cas núm. 2

Pacient de sexe femení de mitjana edat que va arribar a urgències per un fort dolor al pit. Feia dues setmanes que, en estirar-se, havia notat un dolor però que en incorporar-se li havia marxat. Aquella mateixa nit, s'havia repetit el mateix episodi però amb més intensitat, així que va decidir acudir a urgències. Tot apuntava que es podia tractar d'un infart, però abans li havien de fer una prova d'esforç per mirar com reaccionava el cor mentre feia un treball. Aquesta prova consisteix a caminar i córrer damunt d'una cinta de córrer, però aquesta dona no podia fer-la, perquè es cansava molt. Així que van decidir ingressar-la a la planta de cardiologia per poder-li fer aquesta prova d'una altra manera, que consisteix a subministrar-li un medicament que fa que el cor acceleri les seves pulsacions.

17.37 h - Cas núm. 3

Home gran que provenia d'una residència geriàtrica on el tenien aïllat perquè estava infectat per un bacteri; això vol dir que per entrar al seu box havíem de posar-nos una bata verda de paper d'un sol ús per tal d'impedir que aquest mateix microorganisme infectés altres pacients.

L'informe amb el qual havia ingressat aquest pacient era poc entenedor. Vam intentar parlar amb ell per esbrinar el perquè l'havien portat a urgències. Pel que ens va dir, vam entendre que estava allà per un malestar general. Com que no vam poder obtenir més informació, el metge Gerard Casas va trucar a la residència d'on provenia. Resulta que aquest pacient portava una sonda a l'esquena, feia dos dies que havia fet un mal gest i li va sortir del lloc. L'únic que es va haver de fer va ser col·locar-li una altra sonda.

M'agradaria dir que aquest pacient és diabètic i tenia les dues cames amputades, una per sota el genoll i l'altra per damunt del turmell.

19.22 h - Cas núm. 4

Dona que va arribar a urgències perquè tenia dolor a un ronyó. No era la primera vegada que li passava però aquest cop el dolor persistia i era més intens. Aquesta dona havia sigut fumadora (3 paquets al dia) des dels 12 anys i a més era ex-addicta a la cocaïna. Ara volia tenir un fill i feia poc li havien fet una transferència d'embrions, tot i que els embrions no es van implantar. Encara que ara ja no prengués drogues, "les conseqüències es paguen", va comentar la mateixa pacient. Li van fer tot tipus de proves i no li van trobar res d'estrany, així que la van derivar a ginecologia perquè miressin que no fos res d'aquest àmbit. A partir d'aquí li vaig perdre la pista, però més tard la vaig tornar a veure pels passadissos d'urgències. Des de ginecologia li van dir que tampoc li havien vist res d'estrany. Així que, com que ja no tenia dolor, li van donar l'alta amb prescripció d'analgèsics.

21.35 h - Cas núm. 5

Dona jove que va venir perquè havia inhalat un fum blanc que provenia de la casa del seu veí que té problemes psiquiàtrics. Aquest fum blanc provenia d'una barreja d'essències amb salfumant i lleixiu. Com a conseqüència d'inhal·lar aquest fum, aquesta

noia tenia el coll sec i amb molt de moc, cosa que la feia estossegar constantment. De tant tossir, li feia mal a sota les costelles, així que li van donar analgèsics i antitussígens.

Tanmateix dir que aquesta pacient presentava osteogènesi imperfecta (també coneguda com la malaltia dels “ossos de vidre”). Aquesta malaltia és congènita, és a dir, present des del naixement i que es caracteritza per una fragilitat excessiva dels ossos per una manca d’una proteïna, el col·lagen. És una malaltia autosòmica dominant.

22.18 h - Cas núm. 6

Malalt de sexe masculí d’avançada edat que presentava un nivell de complexitat pertanyent al nivell entre 4 i 5, és a dir, de poca gravetat. Residia a França però havia nascut a Palamós i actualment es trobava de vacances a Platja d’Aro. Portava un port-a-cath²⁸ al pit pel qual, feia uns anys, li havien administrat un tractament de quimioteràpia, però ara ja no el necessitava. Feia dies que la pell del voltant del port-a-cath se li havia envermellit i, a més a més, feia un parell de dies que se li havia fet un forat a la pell, de tal manera que es podia veure directament el catèter. Es va comentar el cas amb els cirurgians cardiovasculars per veure si era urgent treure el port-a-cath o es podia esperar. Varen considerar que no calia treure’l urgentment, però que tard o d’hora s’hauria de fer. Com que el pacient estava estiuant a Catalunya i no tornava a França fins a principis de setembre, se li va donar l’opció d’anar al seu metge de capçalera i demanar que li traguessin a l’hospital de Palamós, el seu hospital de referència. També tenia l’opció d’esperar-se a tornar a França i fer la intervenció allà. Se li va donar l’alta amb un tractament a base d’antibiòtics perquè no se li infectés la ferida. Va dir que pensaria quina de les opcions que se li havien ofert triaria.

²⁸ Catèter de llarga duració que arriba fins a la vena cava superior. S’utilitza per a la administració de medicaments. Veure imatge

00.53 h - Cas núm. 7

Dona de mitjana edat que tenia mal al ronyó i dificultat per respirar. Havia patit vuit pulmonies en un període de dos anys (un a cada canvi d'estació) i es pensava que en tornava a tenir una altra. Se li van fer tot tipus de proves i en una radiografia de tòrax es va veure que tenia un edema pulmonar al pulmó esquerre. Aquest edema és el que li dificultava la respiració. Quan passa això, és perquè hi ha líquid a la pleura (membrana serosa que recobreix ambdós pulmons) i fa que el pulmó s'encongeixi. Per tal que la pacient pogués respirar millor se li van extreure 2,7 L de líquid i encara n'hi va quedar. Eren les 3:23.

Hi havia tres hipòtesis sobre la patologia que presentava aquesta pacient:

1. Infecció, 2. Tumor, 3. Problemes cardíacs. S'havia d'analitzar el líquid però des d'un inici ja van descartar la infecció. Amb els antecedents d'aquesta dona, tot semblava indicar que seria un tumor.

A més a més, aquesta dona tenia un fill amb paràlisi cerebral que depenia completament d'ella.

Aquesta pacient finalment va ser ingressada per continuar fent més proves.

4.30 h - Cas núm. 8

Home jove que estava a càrrec de la metgessa R1. Atès que el doctor Gerard Casas estava fent els cursos (informes dels malalts que havia atès), vaig aprofitar per observar com ella atenia aquest pacient. L'home havia portat una sonda urinària i com que el molestava va decidir treure-se-la. Se n'hi va posar una altra i es va deixar en observació per veure com evolucionava.

Aquest home venia d'un centre de desintoxicació.

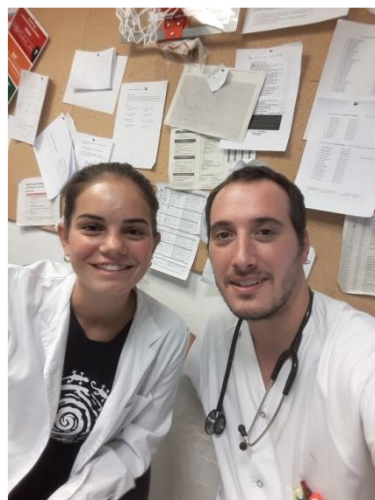
Després del cas número 6, vam tenir una estona per anar a sopar, des de les 22.42 fins a les 23.11.



Foto en el moment de sopar

A les 2.47 vàrem fer el “passe” de guàrdia

Cap a les 3.15 van fer un sorteig per veure quin equip anava a dormir primer. El primer torn, de les 3.30 fins a les 6.00, i el segon de 6.00 a 8.30. Al doctor Gerard Casas li va tocar el segon torn. Tot i així, fins que la feina no va estar acabada no vam poder anar a dormir. Eren les 6 i encara quedava molta feina; van tocar les 7 i més del mateix. Finalment, a les 8 ens vam poder posar al llit, però al cap de mitja hora ja havíem d'estar desperts perquè abans de fer el “passe” de guàrdia i el canvi de torn, el doctor Casas havia de trucar als oncòlegs i havíem de tornar a visitar els pacients. En principi a les 9 es feia el “passe”, però entre una cosa i l'altra el vam acabar fent quasi a dos quarts de 10 del matí.



Amb en Gerard a la sala on estaven els metges

2.2 Urgències pediàtriques

De la mateixa manera que vaig tenir l'oportunitat de fer una estada de 17 hores a urgències, també vaig poder assistir durant unes hores, de les 22 h fins a les 3 h, al servei d'urgències pediàtriques de l'hospital Josep Trueta. Aquesta vegada, acompanyaria l'auxiliar d'infermeria i l'infermer d'aquest servei. La seva jornada comença a les 10 de la nit i acaba a les 8 del matí. Tot això ho vaig poder fer ja que conec a l'auxiliar d'infermeria, l'Àngels Baltasar.



Foto amb l'infermer i l'Àngels

Quan vaig arribar a l'hospital em va rebre l'Àngels Baltasar, i em va presentar el pediatre, la resident de pediatria i l'infermer, amb els quals havia de passar aquella nit.

En arribar, a les 10 de la nit, ja hi havia dos pacients

22.00 h - Cas núm. 1

Pacient de 14 mesos d'edat que s'havia empassat 2 piles. En aquest cas li van fer una radiografia per veure on estaven ubicades. Van decidir donar-li l'alta i esperar que les tragués de manera natural.

22.00 h - Cas núm. 2

Nena de 9 anys que havia tingut un accident de cotxe quan anava amb els seus avis i el seu germà. Els seus avis estaven a la planta 0, a urgències convencionals. En el moment del xoc el seu germà es queixava de mal a la panxa i la mare ho va relacionar amb la por que havia passat, ja que l'helicòpter es va desplaçar fins al lloc de l'accident. Al primer moment el nen estava molt emocionat amb l'helicòpter, però quan va aterrar es va espantar amb l'aire que deixava anar. Finalment no es va necessitar fer cap traslladat amb helicòpter i es va poder fer amb ambulàncies. En arribar a l'hospital, el germà ja no tenia cap dolor i va poder anar amb els seus pares. La nena tenia un morat

al pit, segurament a causa del fregament amb el cinturó quan hi va haver l'impacte. Se li va fer una radiografia de tòrax per descartar cap os trencat. Com que al cap d'una estona ja no li feia mal res i la radiografia havia sortit bé se li va donar l'alta.

Després d'aquests 2 casos comentats anteriorment, en van arribar 3 més.

23.32 h - Cas núm. 3

El tercer cas que va arribar era d'una nena d'1 any. Havia caigut d'una trona. Venia derivada d'un altre centre i en el trajecte amb ambulància s'havia quedat adormida. Tenia el crani fracturat però no en sabien la gravetat, així que li van programar un TAC, però abans li van haver de col·locar bé la via, ja que al moure-la de l'litera se l'havia tocat. La situació em va impactar una mica: la nena estava plorant i cridant molt mentre la seva mare cantava una cançó perquè la petita es tranquil·litzés, l'Àngels li aguantava el braç perquè l'infermer li pogués recol·locar la via.

Un cop va estar recol·locada van portar la nena a baix de tot a fer el TAC. Les imatges els van servir per veure que la fractura no era molt important. Malgrat tot van decidir ingressar-la, per tenir-la unes hores en observació, però amb la intenció de l'endemà donar-li l'alta, sempre depenent de l'evolució.

00.21 h - Cas núm. 4

Nen de 7 anys que va arribar a urgències després de la mitjanit. Estava al llit estirat per anar-se'n a dormir però es va aixecar perquè havia d'anar al lavabo quan va notar un dolor al pit. Jo vaig poder veure com l'infermer i l'Àngels li feien un electrocardiograma mentre arribava el pediatre. Més tard em vaig assabentar que no l'havien ingressat, que havia pogut marxar cap a casa seva.

1.09 h - Cas núm. 5

L'últim cas que vaig poder veure va ser el d'una nena de 13 mesos. L'havien portat perquè en voler-la baixar del cotxe, havia començat a plorar molt i a rebolcar-se pels seients posteriors del turisme. Igual que el cas número 4, només en vaig poder veure una part. Vaig poder observar com li posaven una bossa per recollir l'orina. Però igual que el nen comentat en l'anterior cas, tampoc la van haver d'ingressar.

Quan no hi va haver cap pacient, el metge i la resident van anar a descansar. Cap a la 1.35 l'Àngels i l'infermer es van posar a sopar. Ell em va explicar que feia una setmana havia fet una guàrdia i no havia pogut sopar fins a les 8 del matí, quan sortia el sol.

Com que no va venir cap més nen, l'Àngels em va proposar d'anar a visitar l'UCI i neonatologia. Sortosament no hi havia ningú a l'UCI. Després ens vam dirigir a la unitat de prematurs. Allà hi vaig poder veure un nadó d'1,150 kg, era petitíssim. També va aprofitar per ensenyar-me el magatzem.



UCI pediàtrica



Magatzem

Tot seguit vaig anar amb l'infermer a veure les habitacions. Em va fer gràcia perquè cada habitació estava decorada amb un animal diferent. També hi havia una sala amb molts jocs i una televisió amb dibuixos animats. Em va explicar que durant el curs escolar hi anava un professor perquè els nens i nenes que havien de passar una temporada a l'hospital no es perdessin classes.

Aprofitant que vaig tenir l'oportunitat de fer aquesta petita estada, vaig preparar algunes preguntes per si tenia l'ocasió de poder-les-hi fer. Vaig poder fer-les a l'Àngels i a l'infermer, però la major part de les preguntes les va respondre l'infermer.

1. Quants torns i quin tipus de personal sanitari treballa en aquesta unitat?

En el cas d'urgències pediàtriques hi ha 3 torns.

El torn del matí que va de les 8 h fins a les 15 h i el personal que s'hi troba és: 1 metge adjunt, 2 metges residents, 1 infermer i 1 auxiliar d'infermeria.

El següent torn és de les 15 h a les 22 h i el personal és similar al del torn del matí, amb la diferència que en lloc d'haver-hi 2 residents, només n'hi ha un.

L'últim torn, el de la nit, és el més llarg. Dura 10 hores, comença a les 22 h i acaba les 8 h del matí. El personal és el mateix que hi ha a la tarda.

2. L'atenció en aquest servei és continuada?

Sí, l'atenció és continuada. 24 hores al dia, 365 dies a l'any.

3. Quina és la franja d'edat que ateneu?

Atenem pacients des del 1r dia de naixement fins als 14 anys. A partir de 15 anys ja es consideren adults.

4. Quins són els tipus d'urgències ateses més freqüents?

Depèn de l'època. A l'hivern atenem més patologies respiratòries infeccioses, i a l'estiu baixa la incidència de patologia respiratòria i augmenten els traumatismes, ofegaments, gastroenteritis,... (molts dels pacients que atenem són pacients que estan de vacances al nostre país).

5. Si a la nit ve un nen que presenta, per exemple, algun problema cardíac, qui resol el problema? Es truca a un especialista encara que a la planta no n'hi hagi cap?

La persona que valora qualsevol patologia que arriba és el pediatra. Si ell ho creu necessari, es truca a un especialista o s'espera al dia següent a les 8h, quan ja comença l'horari normal i si és molt urgent i no disposem d'especialista en el nostre hospital es

deriva a la Vall d'Hebron. Però per exemple aquí tenim guàrdia de cirurgia pediàtrica. Si un nen ve amb una apendicitis a les 4h de la matinada es crida al cirurgià pediàtric i l'opera o valora si s'ha de quedar ingressat en observació. Però, si ens arriba un cas amb un problema molt concret i, en aquells moments no disposem de l'especialista, si considerem que és molt urgent i que pot comprometre la vida del nen, es deriva ràpidament a un altre hospital on el pugui atendre l'especialista que li toca. Si el cas no és molt greu s'espera fins a l'endemà al matí quan ve l'especialista o també es pot trucar en el cas que aquest faci guàrdia localitzada, que vol dir que està a casa i que el poden trucar. A vegades ens hem trobat amb algun nen que ha vingut amb alguna problema a l'ull i hem hagut de trucar a l'oftalmòleg de guàrdia però que no és pediàtric.

Segur que si te'n vas a la Vall d'Hebron, allà tenen totes les especialitats tant pediàtriques com adultes. Llavors si a tu et ve un nen amb una patologia ocular i el pediatra no es veu en cor de tractar-lo, potser trucarà a un oftalmòleg d'adults, que també pot atendre patologies pediàtriques, però no es especialista en nens. Però si ve un nen amb una cosa molt específica i l'oculista d'adults diu: - ostres jo això potser no m'atreveixo a solucionar-ho - llavors és quan s'espera o es deriva, depèn de la gravetat. També és diferent segons l'hospital, per exemple a l'hospital d'Olot (comarcal) no hi ha cap especialitat de pediatria, potser trobaràs un pediatra general per tot i et trobaràs que si han de fer alguna cosa els han de portar aquí. Tot depèn de la gravetat i del tipus d'hospital.

6. Els ingressos que es fan a planta només es fan a través del Servei d'Urgències (on es fa el triatge previ) o es pot fer per algun altre camí?

Sempre han de passar primer per les urgències convencionals, per temes administratius. A la planta 0 és on hi ha el professional que fa el triatge i on es valora el nivell de gravetat.

7. Ha millorat la qualitat del personal i l'atenció del pacient amb la nova ubicació de les urgències pediàtriques?

Trobem que hi ha molt més espai, la qual cosa fa que tant el benestar del nen com de la família sigui molt millor.

També ens dóna molta tranquil·litat el fet de tenir al costat la UCI pediàtrica

Conclusions

Després de tot un any elaborant aquest treball de recerca, i amb un munt d'hores al darrera, em sento molt satisfeta de la feina feta, de tot el que he après i de tot el que he viscut.

Pel camí he conegut personal sanitari a qui agraeixo que m'hagi permès conèixer, en primera persona, com es treballa a urgències, tant a les convencionals com a les pediàtriques.

Treballar fent una guàrdia com a metge d'urgències, he constatat que és molt estressant i molt cansat, ja que després d'haver treballat 8 hores durant el matí, encara els queda tota una jornada de 17 hores per endavant per atendre, de la millor manera possible, tot tipus de patologies que es vagin presentant. Aprofito per dir que les urgències que jo he viscut, no són com es veuen en les pel·lícules en què quan arriba un malalt, tot són corredisses i crits.

També he viscut l'experiència de pujar i visitar l'helicòpter medicalitzat que s'utilitza en casos d'emergència en què s'ha d'actuar de forma ràpida. La veritat és que em vaig quedar parada de com estava ordenat i organitzat el material mèdic que hi havia a l'helicòpter. Com em va dir la infermera que hi treballa, "és com una ambulància que vola". En un espai tant petit hi havia tot l'indispensable per poder fer primeres cures o primers auxilis i estabilitzar la persona mentre se la portava a un centre hospitalari.

També he après que no totes les ambulàncies són iguals, ni pel que fa al personal que hi viatja ni pel que fa al material que hi porta. Hi ha ambulàncies que estan preparades per atendre casos més lleus i en canvi, altres que estan molt més especialitzades per donar servei a casos més complicats.

Vull dir que la visió que tenia com a usuària, per desconeixement, queda molt lluny de la que tinc actualment.

El que fem la majoria de pacients quan anem a urgències, és queixar-nos del temps que passem a la sala d'espera i no parem a pensar que dintre el servei, el professional sanitari no para de treballar per poder atendre a tothom el més ràpid possible però

també amb la màxima professionalitat. Per la persona que va a urgències, la seva malaltia sempre és el pitjor que es pot tenir però, moltes vegades no som conscients que hi ha casos molt més greus i que calen ser atesos amb molta immediatesa.

Així doncs, tots els principals objectius que em vaig marcar al principi del treball: conèixer el funcionament de les urgències i emergències a l'hospital Trueta així com saber una mica la història d'aquest hospital, s'han complert satisfactòriament. Ara com ara podria explicar molt bé l'organització i el sistema de treball del personal mèdic d'aquestes dos serveis esmentats anteriorment.

Per últim, vull dir que, malgrat tots els esforços i el temps que he dedicat a aquest treball, he gaudit molt fent-lo i considero que he après moltíssimes coses.

Agraïments

Abans de donar per acabat aquest treball, voldria agrair a diverses persones el temps que m'han dedicat.

En primer lloc, vull agrair la implicació de la meva tutora, **Margarida Armengol**. Gràcies a la seva bona disposició cap a mi, el treball ha avançat a un bon ritme fins a obtenir un gran resultat.

Aquest treball no hagués tirat endavant sense l'ajuda del **Sr. Xavier Saballs**, que des de bon principi m'ha ofert tota la seva ajuda. Ell també va ser qui em va aconseguir l'entrevista amb el **Dr. Toni Juan**.

També vull agrair el temps que m'han dedicat les diferents persones a qui he entrevistat: **Dr. Toni Juan**, **Sra. Teia Camps**, **Sr. Carles Cerdón**, **Dr. Gerard Casas** i **Sr. Xavier Saballs**.

També crec important mencionar les infermeres **Rosa de la Cueva** i **Rosa Maria Bou**, que em van passar el contacte de la Sra. Teia Camps i del Sr. Carles Cerdón respectivament.

També cal destacar la figura del Dr. **Gerard Casas** i l'auxiliar **Àngels Baltasar**, que em varen permetre viure una experiència única, veure en primera persona com es treballa a les urgències d'un hospital.

No em puc oblidar dels meus pares, per donar-me suport en tot moment. A la **meva mare**, per anar-me sempre al darrera, fent que no deixes el treball per a l'últim moment, i al **meu pare**, per venir a gravar totes les entrevistes.

Per acabar, vull agrair a **l'Anna Roura** que em deixés la seva càmera de fotos, mitjançant la qual, he pogut enregistrar tots els vídeos que he presentat en aquest treball.

Bibliografia

1. Definició i classificació dels hospitals.

<http://www.farodevigo.es/cartas/2012/11/13/hospitales-concertados/710962.html>

https://ca.wikipedia.org/wiki/Llista_d%27hospitals_de_Catalunya

<https://es.slideshare.net/arielmgoldman/organizacion-de-hospitales>

<https://es.slideshare.net/OthonielHernandezOvando/clasificacin-de-los-hospitales>

<https://es.slideshare.net/javierjuliac/clase-1-hsa-401>

http://www.ccoo.cat/pdf_documents/ctesc/2014/152014Dictamen.pdf

<https://sites.google.com/site/csp2nc/per-que-ho-fem/diferencia-entre-cap-i-hospital>

<http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/catsalut-territori/regions-sanitaries/>

<http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/catsalut-territori/>

2. Història de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.

LLIBRE: Baró, Joan, Purificación Merino, i Josep Roig. *De la Residència a hospital d'alt nivell: 50 anys de l'Hospital Dr. Josep Trueta de Girona (1956-2006)*. Girona, 2006.

<http://icsgirona.cat/ca/contingut/hospital/309>

<http://icsgirona.cat/ca/contingut/hospital/308>

3. Urgències

<http://blanesseguretat.blogspot.com.es/2007/03/urgncia-o-emergncia.html>

<http://www.naciodigital.cat/elripolles/noticia/23335/triatge/servei/urgencies>

<http://icsgirona.cat/ca/contingut/hospital/128>

<http://www.diaridegirona.cat/comarques/2012/06/12/urgencies-lhospital-josep-trueta-mes-rapides/566961.html>

<http://www.icsgirona.cat/ca/noticies/hospital/497>

http://sem.gencat.cat/ca/sem_emergencies_mediques/recursos/

<https://www.slideshare.net/Emergencies/conceptes-bsics-16690736>

http://sem.gencat.cat/ca/detalls/Noticia/161124_Presentacio-nous-helicopters

http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/297189/sem-renova-helicopters-medicalitzats-catalunya.html

<http://www.lavanguardia.com/local/sabadell/20161124/412135856436/helicopteros-medicalizados-catalunya-volaran-noche.html>

http://sem.gencat.cat/ca/sem_emergencies_mediques/recursos/

<http://www.8tv.cat/8aldia/societat/intervencio-rapida-del-sem-en-forma-de-vehicle/>

http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/289439/catsalut-renova-ambulancies-catalunya.html

4. Urgències pediàtriques.

<http://icsgirona.cat/ca/noticies/hospital/854>

<http://icsgirona.cat/ca/noticies/hospital/716>

5. Reforma i ampliació de les urgències.

<http://icsgirona.cat/ca/noticies/hospital/1121>

Entrevista Toni Juan

<http://www.diaridegirona.cat/comarques/2014/02/21/antoni-juan-deixa-direccio-del/657464.html>

Entrevista Xavier Saballs

<http://www.ias.cat/ca/noticies/iasgirona/513>

Estades a urgències

<https://cappoblenouics.wordpress.com/2016/11/17/el-metge-resident/>

Imatges

Organigrama: file:///F:/tdr/Organigrama/ORGANIGRAMA_ABRIL_2017.pdf

Terrenys destinats a la construcció de l'hospital:

<http://www.icsgirona.cat/adjunts/files/lilibre.pdf>

Noi davant del nou hospital, any 1955:

https://photos.google.com/share/AF1QipPcmwQvNqgFFVVtj1OWTyhl1pH45QQjRbgJc9iYd5erB-42R-QJk36Pe7Sq-KnyEA/photo/AF1QipOK1_cUBRP-RLYXG6fp8Ejw6jCTowYCrJXS5Qcp?key=dHg0bncwbF9NZ1A3X25wNzcybHltTDB4cFdIT05R

Façana any 1975: <http://www.icsgirona.cat/adjunts/files/lilibre.pdf>

Obres d'ampliació:

<https://photos.google.com/share/AF1QipPcmwQvNqgFFVVtj1OWTyhl1pH45QQjRbgJc9iYd5erB-42R-QJk36Pe7Sq-KnyEA/photo/AF1QipPpnYBjl9c1cgIde-2rY-pWwvv8Kn24ZodS9ISR?key=dHg0bncwbF9NZ1A3X25wNzcybHltTDB4cFdIT05R>

Josep Trueta Raspall: <http://icsgirona.cat/ca/contingut/hospital/103>

Façana actual: <http://mapio.net/pic/p-19186325/>

Logotip IdiBGi: <http://www.icsgirona.cat/es/contenido/hospital/605>

Localització del CIP a la targeta sanitària: <https://www.tauli.cat/tauli/seu-electronica/consulta-de-visites-i-proves-programades>

Pantalla ubicada a la sala d'espera d'urgències de l'hospital Trueta: <http://www.icsgirona.cat/ca/noticies/hospital/497>

Mapa amb els recursos mòbils de les diferents regions sanitàries: http://sem.gencat.cat/es/sem_emergencies_mediques/distribucio_territorial/

SVA: http://sem.gencat.cat/ca/sem_emergencies_mediques/recursos/

SVB: http://sem.gencat.cat/ca/sem_emergencies_mediques/recursos/

VIR: <http://www.bergadana.com/ambulancias/vehiculo-intervencion-rapida-vir>

Les obres a urgències pediàtriques: <http://icsgirona.cat/ca/noticies/hospital/716>

La resta d'imatges són d'obra pròpia.

Gràfics

Dades per dia: Gràfic elaborat a partir de dades provinents de memòries anuals de l'hospital Trueta. Ex (any 2015):

<file:///C:/Users/Jana/Desktop/TDR/Memories%20per%20anys/2015.pdf>

Gràfics 1, 2 i 3: Gràfics elaborats a partir de les enquestes plaensa:

<http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/estudis-realitzats/atencio-urgent-hospitalaria/>

Hores de vol: Gràfic elaborat a partir de:

http://sem.gencat.cat/ca/detalls/Noticia/161124_Presentacio-nous-helicopters