

Lecciones aprendidas en la atención a pacientes con COVID-19 en el Centro Integral Provisional de Figali, Panamá

Lessons learned in the care of patients with COVID-19 at the Provisional Comprehensive Center of Figali, Panama

Victor René Navarro Machado^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1826-3928>

Yashica Johanna González Pinilla² <https://orcid.org/0000-0003-2326-0609>

Siria del Carmen Salazar Simpson² <https://orcid.org/0000-0002-1527-5969>

Estefanía Alleyne Hepburn² <https://orcid.org/0000-0002-0591-1108>

Ligia Esther Bandera Elizastegui³ <https://orcid.org/0000-0001-8171-6382>

Joanna Rodríguez Poveda² <https://orcid.org/0000-0002-6599-4232>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

²Centro Integral de Atención Provisional para Pacientes Moderados con COVID-19. Figali, Panamá

³Hospital general “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo, Cuba.

*Autor para la correspondencia: victorc63@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La conversión de diversas edificaciones como centros hospitalarios para la atención médica a pacientes con COVID-19 es una solución necesaria ante la alta demanda de casos y limitación de camas hospitalarias.

Objetivo: Determinar las lecciones aprendidas y los puntos de mejora en el proceso de atención médica del Centro Integral de Atención Provisional para Pacientes Moderados con COVID-19 en Figali.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, realizado del 1 al 15 de marzo 2021. Universo, total de médicos, licenciados enfermería y jefes administrativos. Muestreo por conglomerados del 36,5 %. Se utilizó metodología cualitativa (cuestionario, entrevista semiestructurada y taller grupo focal).

Resultados: En sus primeros tres meses el centro ingresó a 548 pacientes (máximo diario de 124); de estos, 309 (56,4 %) con categoría de moderado o grave. La institución dispuso de hasta 74 médicos (incluidos 41 especialistas cubanos) y 91 enfermeros. Se consideró por los encuestados de muy alta o alta la atención médica (100 %), satisfacción de pacientes (90,9 %), higiene (93,2 %) y función social del centro (97,7 %). Las mayores enseñanzas fueron sobre bioseguridad, oxigenoterapia, manejo integral de la enfermedad y la integración de colectivos diferentes; entre quienes se destacó la profesionalidad, humanismo y sentido de pertenencia.

Conclusiones: Las principales lecciones aprendidas se centran en capacitación, bioseguridad, flujos, oxigenoterapia, calidad y sentido de pertenencia del personal. Los trabajadores perciben que el centro cumple adecuadamente con su misión. Los principales puntos de mejora son la comunicación, el confort para los pacientes, la evaluación colectiva de los casos y el apoyo psicológico.

Palabras clave: infecciones por coronavirus; aprendizaje del sistema de salud; hospitales de aislamiento; instituciones asociadas de salud.

ABSTRACT

Introduction: The conversion of various buildings as hospital centers for the medical care of patients with COVID-19 is a necessary solution in light of the high demand of cases and the limitation of hospital beds.

Objective: Determine the lessons learned and the points of improvement in the medical care process of the Comprehensive Center of Provisional Care for Patients with moderate COVID-19 in Figali.

Methods: Prospective, descriptive study, conducted from March 1 to 15, 2021. Total of workers, total of doctors, nursing graduates and administrative heads were assessed. Cluster sampling of 36,5 %. Qualitative methodology (questionnaire, semi-structured interview and focal group workshop) was used.

Results: In the first three months, the center admitted 548 patients (daily maximum of 124); of these, 309 (56.4%) with moderate or severe category. The institution had up to 74 doctors (including 41 Cuban specialists) and 91 nurses. Medical care was rated by the respondents as very high or high (100%), and other rates were: patient satisfaction (90.9%), hygiene (93.2%) and social function of the center (97.7%). The greatest learnings were on biosafety, oxygen therapy, comprehensive management of the disease and the integration of different groups; among whom professionalism, humanism and a sense of belonging stood out.

Conclusions: The main lessons learned focus on training, biosecurity, flows, oxygen therapy, quality and sense of belonging of the staff. Workers perceive that the center adequately fulfills its mission. The main points of improvement are

communication, comfort for patients, collective evaluation of cases and psychological support.

Keywords: Infections by coronavirus; learning from the health system; isolation hospitals; associated health institutions.

Recibido: 16/04/2021

Aceptado: 07/05/2021

Introducción

La epidemia por SARS-CoV-2 ha producido cambios en la vida política, social y económica en todos los países del mundo; pero en especial, en sus sistemas de salud.⁽¹⁾ Al cierre de febrero de 2021 la COVID-19 había afectado a más de 110 millones de personas y ocasionado la muerte a 2,4 millones de individuos,⁽²⁾ cifras que solo han sido sobrepasadas por algunas epidemias de siglos anteriores.

La República de Panamá, al igual que el resto de los países del continente americano, ha sido severamente afectada por la enfermedad de la COVID-19. Hasta febrero del 2021 habían sido diagnosticados en el país 339 383 pacientes, con pico diario de 5186 casos y una letalidad del 1,7 %.^(2,3) Esta situación determinó la necesidad de extender y expandir servicios en su red de instituciones de salud y condicionar otros establecimientos para una adecuada atención médica. Una de las alternativas para poder asumir esta creciente demanda de atención médica, fue la conversión de diferentes establecimientos públicos en centros de atención o de aislamiento; así como la construcción de hospitales de campaña fuera de estos.^(4,5,6)

Las experiencias de habilitación de camas hospitalarias en grandes instituciones públicas como estadios y centros de convenciones se han reportado en varios países y en otras situaciones de epidemias.⁽⁷⁾ Su uso frente a la COVID-19 como instituciones de salud para cuidados médicos, monitorización, alimentación y aislamiento a casos leves a moderados se describen en países de diversos continentes.^(1,5,7,8,9) Sin embargo, los reportes relacionados con su funcionamiento y gestión, son pocos, exceptuando las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁽⁴⁾ China⁽⁷⁾ y Corea.⁽¹⁾

El antiguo centro de convenciones “Figali” fue uno de los espacios concebidos por las autoridades de salud panameñas para constituir un centro integral de atención provisional para pacientes moderados con COVID-19 (Centro-Figali). Este dispone de hasta 160 camas de las cuales 40 están destinadas para la atención semiintensiva de cuidados respiratorios (UCRE). Para su equipamiento instaló el mobiliario clínico, no clínico y equipamiento médico (incluidos ventiladores

avanzados y dispositivos de alto flujo) necesarios para la atención de estos enfermos.

El Centro-Figali fue inaugurado el 19 de agosto del 2020 y comenzó escalonadamente a recibir casos en sus cuatro salas a partir del 19 de diciembre del 2020. El centro tiene un diseño similar a los estándares internacionales^(4,7) y lleva tres meses de trabajo ininterrumpido. Su puesta en marcha y trabajo posterior llevó un grupo de acciones de ingeniería, salud pública y de otros campos del saber, algunas desarrolladas “sobre la marcha” que lo convierten en una proeza, aun con la tecnología y experiencia que se tienen en el siglo XXI.

Al igual que en otras latitudes,⁽¹⁰⁾ en tiempo récord se desarrollaron circuitos COVID/no COVID donde no existían, se identificaron nuevas tareas a realizar, se adjudicaron disímiles responsables, se enlazaron subprocesos y se establecieron límites a tolerar (de insumos, de consumos, de recursos humanos), entre otras acciones de gestión y dirección. Sin embargo, el Centro-Figali a diferencia de otros centros similares, tiene sus particularidades, contexto, aspectos con excelentes resultados y otros con más dificultades. Su análisis, basado en experiencias prácticas de sus trabajadores, puede brindar informaciones orientadoras para enfrentar en otros escenarios futuras emergencias de salud pública o perfeccionar su propio trabajo si tuviese que enfrentarse a otro brote epidémico.

El objetivo de esta investigación es determinar las lecciones aprendidas y los puntos de mejora en el proceso de atención médica del Centro Integral de Atención Provisional para Pacientes Moderados con COVID-19 en Figali.

Métodos

Estudio prospectivo, descriptivo, realizado en la primera quincena de marzo del 2021. Para la evaluación de aspectos sobre asistencia médica; el universo estuvo constituido por el total de médicos (especialistas y generales) y licenciados en enfermería. Se seleccionó a un grupo de cada perfil (muestreo por conglomerados), lo que representó el 59,46 % del universo. Para las experiencias sobre aseguramiento logístico y gestión administrativa del centro se entrevistó a las siete personas con cargos de dirección.

Se utilizó una metodología cualitativa; un cuestionario elaborado por los autores ([Anexo 1](#)) que fue aplicado a la muestra seleccionada de médicos y licenciados en enfermería (en versión impresa o digital mediante el programa Google Forms). También se realizó una entrevista semiestructurada mediante preguntas abiertas a los jefes administrativos del centro ([Anexo 2](#)). Todos los encuestados y entrevistados debían haber trabajado más de dos meses en el centro.

Para considerar un elemento como aspecto positivo, enseñanza o puntos de mejora, era necesario tener al menos dos respuestas similares por dos entrevistados o encuestados. Algunas palabras con igual significado fueron agrupadas en una que correspondió con la que tuvo una mayor frecuencia en las respuestas (en valoraciones sobre el colectivo de trabajo).

Las respuestas a ambos instrumentos fueron introducidas en una base de datos en el programa Excel de Microsoft Office 365, y los resultados se muestran en tablas de frecuencias y medidas de tendencia central.

Resultados

La estructura física del Centro-Figali utiliza el techo y paredes externas del edificio central como anillo exterior. En su primera planta fueron construidas (estructura base de aluminio cubierto con láminas de Gypsum) cuatro módulos de salas, área administrativa y de servicios (Fig.). La institución dispuso de hasta 74 médicos (incluidos 39 especialistas cubanos), 91 enfermeros (53 licenciados) y 91 otros profesionales y técnicos (servicio, logística y administrativo).



Nota: se observa el techo con iluminación artificial, la disposición de una de sus salas con sus subáreas y flujo diferenciado con señalizaciones en el piso. Al final dos puertas para la entrada de trabajadores.

Fig. - Vista del Centro-Figali.

tenían posibilidades de ingreso en otros centros, fue de 1,09 por cada 100 egresos.

Se encuestó a 44 profesionales (36,65 %) vinculados a la atención médica, 65,90 % del sexo femenino y con una media de 17 años de graduados los médicos y 2 los licenciados en enfermería. Del total, el 88,63 % no tenía cargos de dirección en la institución.

El Centro-Figali se estructuró gerencialmente con un director médico, un coordinador de atención médica, uno de enfermería y otro administrativo. El área de atención médica tuvo un coordinador (especialista en medicina familiar) por turno, 36 médicos generales y 41 especialistas cubanos distribuidos por salas, en turnos de 6 u 8 horas.

El área de enfermería se organizó con un jefe de sala (trabajo en turnos de 7:00 a. m. a 3:00 p. m.), un supervisor por turno de 3:00 p. m. a 11:00 p. m. (excepto fines de semana que tuvieron turnos corridos de 8 horas) y los enfermeros asistenciales en sus respectivas rotaciones. El área administrativa se compuso de un responsable de farmacia, transporte, biomedicina y servicios, hubo servicios contratados a terceros como la alimentación, lavandería, para la limpieza y desinfección (compañía “Hombres de Blanco”).

En la tabla se muestran los resultados de las valoraciones de los principales procesos vinculados a la atención médica. No hubo diferencias de respuestas entre los diferentes perfiles ocupacionales

Tabla - Distribución porcentual de la valoración por el personal sanitario sobre aspectos relacionados a la calidad en atención médica, estructura y procesos del Centro-Figali

Aspecto	Muy alta	Alta	Media	Baja	Muy baja
Atención médica	43,18	56,82	0,0	0,0	0,0
Organización procesos	20,45	61,36	18,18	0,0	0,0
Higiene	50,00	43,18	6,82	0,0	0,0
Enseñanza bioseguridad	58,82	29,41	5,88	2,94	2,94
Satisfacción de pacientes	54,55	36,36	6,82	2,27	0,0
Estructura física	13,64	52,27	29,55	4,55	0,0
Satisfacción personal	50,00	43,18	6,82	0,0	0,0
Función social centro	43,18	54,55	2,27	0,0	0,0

Elementos más positivos

Los principales aspectos positivos que consideraron los encuestados y entrevistados, sobre la actividad integral del Centro-Figali y que pudieron influir en sus valoraciones fueron los siguientes:

- Disponibilidad de equipos de protección personal (EPP), soluciones desinfectantes y otros medios de bioseguridad.
- Desarrollo de simulacros y simulaciones durante la puesta en marcha del centro.
- Equipamiento de alta tecnología, para monitorización continua, oxigenoterapia y ventilación mecánica.
- Digitalización de la historia clínica y los estudios complementarios.
- Uso de computadoras para la documentación del trabajo dentro del área roja.
- Preparación de los profesionales jóvenes panameños (principalmente médicos generales) para enfrentar casos moderados y graves. Esto fue posible con un adecuado plan de capacitación sobre variadas temáticas, en las que se incluyó el uso de dispositivos de oxigenoterapia, asistencia ventilatoria invasiva y no invasiva; así como los fundamentos para el soporte en cuidados críticos.
- Fiscalización de la calidad del trabajo, adherencia a los protocolos y disciplina; realizado por los coordinadores de turnos de trabajo médico y supervisores de enfermería.
- Disponibilidad de protocolos de actuación para el centro, los cuales fueron actualizados basados en las experiencias y las nuevas evidencias.
- Nuevas alternativas de oxigenoterapia y ventilación (novedad del uso de la cánula nasal de alto flujo y el casco para ventilación con presión continua de la vía aérea).
- Realización del examen físico completo diario a todos los enfermos, ello no se relacionó a contagios del personal y pudo mejorar la relación médico-enfermero con los pacientes y la calidad del proceso asistencial.
- La dedicación y amabilidad hacia los pacientes por parte de todo el personal sanitario.

- Las alternativas de apoyo psicológico a los convalecientes. Ante la imposibilidad de disponer de ventanales, a los pacientes en recuperación se les estableció un paseo en silla de ruedas, debidamente acompañados, a un área específica, con vista al mar y posterior desinfección del trayecto.
- Todas las áreas del centro fueron clasificadas como contaminadas, por lo que su acceso debió cumplir con un protocolo de bioseguridad.
- La señalización en el piso y paredes para diferenciar flujos de personal, aseguramiento logístico y otros procesos.
- El trabajo del personal auxiliar general proveniente de la empresa panameña “Hombres de Blanco”, en la limpieza e higienización mantenida de todas las aéreas hospitalarias.
- El trabajo de higienización y desinfección frecuente, sistemática y por procedimientos.
- El material de construcción de las paredes permitió la limpieza y desinfección periódica sin cambios del color o manchas.
- La factibilidad del trabajo conjunto entre médicos y enfermeros panameños y cubanos en el área investigativa. Algunas experiencias fueron reportadas en investigaciones presentadas en un evento científico virtual.

Principales enseñanzas

El 94,12 % refirió tener enseñanzas personales durante el trabajo en el Centro-Figali, las que fueron, en un alto porcentaje, relacionadas con las medidas de bioseguridad y conducta ante los casos con COVID-19.

Las siguientes enseñanzas fueron también destacadas con frecuencia por los encuestados.

- Sobre medidas de bioseguridad y uso del EPP.
- Conducta ante la COVID-19 y oxigenoterapia.
- Uso de la historia clínica digital, durante todo el proceso de asistencia médica.
- Aunque el objeto social del centro es la atención a casos moderados, hubo graves y críticos; por lo que se dispuso de esquemas y tablas para uso básico de medicamentos y procedimientos de ventilación.

- Los enfermos que estuvieron más graves por días estáticos en parámetros clínicos, radiográficos y de oxigenación; el desescalar oxigenoterapia en estos casos debe realizarse con mucho cuidado y vigilancia mantenida.
- Funcionamiento integral de un centro de este tipo fue novedoso y positivo para la mayoría del personal.
- La necesaria actualización periódica de guías de actuación llevó un proceso gradual e integrador con todo el personal médico. Como proceso de construcción colectiva es siempre complejo.
- La no relación en ocasiones entre complementarios, índices y la clínica del paciente para la toma de decisiones médicas. Se reafirma la valoración integral para ello.
- La organización del transporte para la recogida de personal que entraba y salía por turnos fue posible, pero precisó de una adecuada planificación.
- Es posible la integración de grupos médicos de diferentes formaciones, hospitales y nacionalidades; ello es menos complicado si coexisten comprensión, objetivos y enseñanza mutua.
- El proceso de inducción (entrada y capacitación) de los nuevos especialistas cubanos, se produjo en un momento de gran demanda asistencial; proceso de este tipo deben ser mediados con alta comunicación y confianza colectiva.
- Disponer de pancartas con flujos, algoritmos y dosis de medicamentos en las estaciones médico-enfermería, es una alternativa para agilizar el trabajo y facilitar la toma de decisiones en los casos más complejos.
- El necesario trabajo de los terapistas respiratorios para aspectos de oxigenación y ventilación, en especial ante la ausencia de médicos especialistas. Se puede promover la enseñanza en países donde esta licenciatura no existe.
- El uso satisfactorio de algoritmos para cánula nasal de alto flujo, ventilación no invasiva (con máscara y casco), algunos pacientes con criterios de ventilación mecánica invasiva resolvieron con estas modalidades.
- Los procesos de ingreso, alta médica e información a familiares fue realizado solo por personal panameño, pues conocían elementos culturales y del sistema de salud.
- Aunque epidemiológicamente pudiera no ser aceptado, se permitió el uso de celulares para comunicación de los pacientes con la familia y como

medio de entretenimiento. Lo que pudo favorecer la reducción del estrés en personas completamente aisladas de su entorno; y aunque suponía un elemento ético-asistencial al poder grabar procedimientos en pacientes o procesos hospitalarios, no reportó incidencias.

- Por disponer de un buen sistema de desinfección y bioseguridad, no haber admitido enfermos de otros hospitales, el mapa microbiológico no demostró gérmenes de sobreinfección bacteriana multirresistente típico de las unidades de atención al grave.

Lo mejor del colectivo de trabajo

La valoración de los profesionales vinculados directamente a la atención médica de sus compañeros de colectivo fue muy positiva desde el punto de vista de los elementos éticos que deben identificar un profesional de la salud. Una caracterización agrupada se muestra en orden descendente de frecuencia:

- Trabajo en equipo (cooperación, solidaridad, compañerismo y apoyo).
- Nivel profesional (académico, competencias, desempeño y preparación).
- Consagración (dedicación, entrega, responsabilidad, interés, preocupación).
- Ética médica y profesional (educación, amabilidad, y valor humano).
- Sentido de pertenencia.
- Solidaridad (hermandad).

Puntos de mejora

Los principales puntos de mejora incluyen, principalmente, elementos estructurales y organizativos.

- Deben realizarse pases de visita colectivos en todas las salas.
- La comunicación en aspectos técnicos entre profesionales, debe mejorarse y atenderse como prioridad.
- Pudiera necesitarse más personal de enfermería para los momentos de mayor demanda asistencial.

- Mantener sostenidamente la capacitación y vigilancia sobre bioseguridad y uso del EPP, este es un elemento decisivo aun con vacunación del personal.
- Existió un alto porcentaje de diabéticos, los cuales tuvieron un difícil control dado la enfermedad y su terapéutica (principalmente esteroides), sobre este tema se precisa de mejor seguimiento y consenso.
- Mejorar las características organolépticas de la alimentación de pacientes, especialmente dietas sin sal.
- Disponer de agua tibia para el baño de pacientes.
- Más cubículos para cambio de ropa (solo 3) y baños (solo 6) para la entrada y salida del personal sanitario a sus turnos de trabajo. Ello agiliza también los procesos de entrega y recibo de pacientes.
- Se hace necesaria desde el principio del trabajo, la documentación que autorice el ejercicio médico a los especialistas extranjeros.
- Debe realizarse una redefinición periódica de atención integral de los ingresos de larga estadía.
- Más computadoras portátiles para la escritura en historias clínicas digitales en aéreas de trabajo, esto es necesario en momentos de muchos casos cuando el personal de asistencia médica precisa de más tiempo para la escritura.
- Perfeccionar el sistema estadístico para que permita disponer de indicadores hospitalarios en tiempo real para la toma de decisiones.
- Aunque pudo realizarse en cualquier horario la gasometría, la radiografía de tórax y glucometría; no se dispuso de un laboratorio propio, lo que podría agilizar procesos y reducir costos. La alternativa fue el disponer de transporte y convenio con otros hospitales para tomar muestras, procesarlas en esas instituciones; la demora para hematología y hemoquímica no sobrepasó las 8 horas, pues los resultados estaban informatizados en el hospital que los hacía.
- Reforzar el apoyo psicológico a pacientes desde la perspectiva no solo del médico o enfermero de asistencia, también por personal más especializado como un psicólogo o psiquiatra.
- La rehabilitación es un aspecto que no debe ser olvidado, principalmente en los ventilados y recuperados que van a áreas de cuidados mínimos antes del alta.

- Hubo algunos accidentes con elementos cortopunzantes, este aspecto debe reforzarse en la capacitación y mantenerse un sistema de vigilancia a la hora de realizar estos procedimientos.
- La decoración y pintura (el techo negro con luces mantenidas y todas las paredes blancas) pudo ser diferente; deben considerarse otras alternativas.
- Extender el sistema de presión negativa para otras salas donde también hay posibilidades del uso de oxigenoterapia de alto flujo. Solo la UCRE tuvo esta posibilidad.
- Debe realizarse revisión periódica de la estructura que alberga al centro, ejemplo los techos (si llueve pueden existir goteras) y la red hidrosanitaria.
- No hay visibilidad para todos los pacientes desde la estación médica-enfermería, se hace necesario mantener personal a tiempo completo en el área roja de cada sala.
- La distancia entre los baños y las camas de los pacientes debe ser más corta (por la estructura del centro está en algunas posiciones a más 20 metros).
- No fue posible la sostenibilidad de todas las tallas de algunos suministros (guantes, batas desechables y overoles para el EPP).

Discusión

El concepto aplicado en el diseño y visión de trabajo del Centro-Figali es similar al descrito como novedoso estilo Fangcang,⁽⁷⁾ por su rápida construcción, puesta en marcha, bajo costo, conformación modular y la posibilidad de proveer un gran número de camas para enfermos no severos con COVID-19 en corto tiempo. En China se construyeron 16 similares en tres semanas y permitió disponer de 13 000 camas en ese lapso.⁽⁷⁾

La puesta en marcha es uno de los procesos más complejos en una institución de salud, la apertura por servicios, pocos casos y no muy complejos al inicio, al igual que la realización de simulacros, son aspectos que permiten un mejor trabajo futuro. Los simulacros permiten la evaluación de flujos, trabajo en equipo y manejo de casos, esto también ha sido práctica en otros escenarios para asegurar la atención adecuada.⁽⁵⁾

En la primera etapa el grupo de atención médica compuesto principalmente por médicos generales realizó toda la atención médica, pero en la medida que se incrementó número, y gravedad de los enfermos, típico de este tipo de atención⁽¹⁾ fue necesario disponer de personal más especializado, que provino de una brigada

médica cubana (44 especialistas, principalmente en medicina interna, cuidados intensivos y cardiología) que se integró el 26 de diciembre de 2021, como parte de un convenio entre los ministerios de salud de Panamá y Cuba.

No todo el personal tenía experiencia previa del trabajo con pacientes con COVID-19, por lo que los esfuerzos se centraron en bioseguridad y guía de actuación. Al igual que en otros escenarios,⁽⁸⁾ los conocimientos evolucionaron durante varias sesiones de aprendizaje formales e informales a medida que el servicio para pacientes hospitalizados se volvió más organizado con el tiempo. El mantener constante vigilancia sobre el personal necesario, en cuanto a cantidad y calificación, permitió abrir salas y cambiar misión del centro a casos más graves; este fue un aspecto también priorizado por *Naganathan* y otros en su centro.⁽⁵⁾ En el “Hospital of Hope” en el Centro Internacional de Convenciones de Ciudad del Cabo, aunque los especialistas en medicina de emergencia tomaron la iniciativa en el diseño y la puesta en servicio de la instalación, la administración médica y el personal procedían principalmente de médicos de familia.⁽⁸⁾

Otro desafío con la cobertura de plantilla es la del personal de servicio.⁽¹⁾ Sin embargo, hubo alta retención de estos en el Centro-Figali; para ello fueron necesarias conversaciones sobre la importancia de su trabajo, motivación y se permitieron flexibilizaciones en sus horarios de rotación, principalmente los que presentaran dificultades con el transporte e incluso los que mantenían pequeños negocios. La higiene y su trabajo fue considerado de altos estándares por todos los encuestados.

El Centro-Figali tuvo un protocolo de actuación médica que fue actualizado a finales de marzo. Esta es una necesidad⁽⁵⁾ estratégica no solo organizativo-normativa, también ante la entrada del nuevo personal para homogeneizar la atención médica.⁽¹⁾ Para la terapéutica básica se aplicó el protocolo nacional panameño en su última versión.

Los pacientes fueron seguidos clínicamente, pero tuvo en peso elevado la monitorización constante no invasiva, fundamentalmente por oximetría y gasometría. Este aspecto también se recoge en la literatura como muy necesario en la calidad de la atención a estos enfermos.⁽⁷⁾

En el centro se priorizaron y controlaron permanentemente como líneas de trabajo para la atención médica, la actualización de guías de actuación, la capacitación, la fiscalización de los procesos por el personal de experiencia, aunque debe incluirse el apoyo psicológico.⁽⁷⁾

Se describe que una de las cuatro funciones esenciales de hospitales de este tipo es la monitorización frecuente y la rápida remisión.⁽⁷⁾ Este último aspecto en el Centro-Figali no siempre fue posible, pues en los momentos pico de la epidemia,

dado la saturación de camas intensivas en hospitales de referencia, hubo que realizarles a 25 enfermos ventilación mecánica invasiva.

La digitalización de la documentación en hospitales tiene muchos aspectos positivos, en especial en situaciones de pandemia.^(1,7,11) Entre sus ventajas, aparte del ahorro de papel, están el hacer un mejor uso de la telemedicina, poder brindar un seguimiento ágil y a distancia de los pacientes positivos, así como la posibilidad de revisar expedientes clínicos desde cualquier área del centro. El Centro-Figali dispuso de computadoras portátiles en las áreas rojas, con ello evitó el movimiento de documentos entre áreas, al igual que de tabletas portátiles en las estaciones médicas y de enfermería para fotocopiar y transcribir resultados de gasometrías y glucometrías que fueron realizados en el área roja.

La disponibilidad de los necesarios EPP fue señalada como muy positivo por todos; en el Centro-Figali se utilizó el EPP según lo descrito por la OMS y el protocolo nacional panameño.^(12,13) Mantener en cuanto a cantidad y calidad logística un hospital es siempre uno de los elementos de mayor dificultad; en especial en una institución como el Centro Figali que es temporal y que se desarrolló en situación de emergencia. En un centro similar en Vancouver,⁽⁹⁾ los problemas clave que debían superarse al planificar la prestación de atención médica de pacientes con COVID-19 en un espacio no tradicional incluyó, principalmente, el suministro de oxígeno; aspecto no encontrado en el Centro-Figali pues desde el proceso de planificación se contempló una alta demanda de este gas en todas las áreas.

Mantener la educación es otro aspecto esencial en todas las fases de desarrollo de un hospital de este tipo,⁽⁷⁾ las líneas principales son el manejo de la enfermedad, bioseguridad, sistemas digitales de registro de datos, así como procedimientos básicos como ingreso y alta médica.

La prevención de contagios intrahospitalarios por COVID-19 estuvo como meta para todo el trabajo del centro. Para ello, fueron seguidos los lineamientos generales establecidos en la literatura:⁽¹⁴⁾ un sistema de limpieza y desinfección de áreas limpias, semicontaminadas y contaminadas; la descontaminación del paciente, los trabajadores y sus pertenencias; así como evitar la exposición ocupacional. Como se pudo comprobar, la limpieza fue uno de los aspectos que tanto entrevistados como encuestados consideraron como de muy alta calidad.

Se hace necesario comentar algunas consideraciones éticas que parecieron relevantes. Aunque la institución no tenía como objeto social los cuidados intensivos, en muchos casos estos se brindaron ante la imposibilidad de traslado a centros terciarios. La disponibilidad de coordinadores capacitados, algoritmos fáciles de manejo ubicados en las estaciones médicas, y el posterior arribo de especialistas cubanos junto al trabajo en equipo, y el sentido de compromiso para con la atención médica favoreció que esta se brindara sin “techo terapéutico”,

sin enfoque de “cuidados paliativos”⁽¹⁵⁾ y con la visión que si no era posible recuperarlos, al menos, básicamente, tuvieran una “muerte con dignidad”.

Los conceptos de triaje para camas en cuidados intensivos, accesibilidad a recursos avanzados fueron necesarios en muchos escenarios⁽¹⁵⁾ y aunque es válido ante situaciones de desastres, no es bien aceptado por el personal y condiciona estrés adicional. Esto no fue necesario en el Centro-Figali.

Fue considerado un gesto muy altruista para el personal de la brigada médica cubana, su inclusión desde el primer día en el programa de vacunación contra la COVID-19, aun cuando no todo el personal del centro fue vacunado en primera ronda. Ello reafirmó las valoraciones recogidas como “Lo mejor del colectivo de trabajo” en los resultados.

Los cambios de paradigmas en las instituciones de salud son muy difíciles ya que los sistemas sanitarios tienen organizaciones, infraestructuras y normas reguladoras difíciles de modificar;⁽¹⁶⁾ por tanto, las propuestas de cambio no solo dependerán de las necesidades, también se necesita de voluntad, iniciativas innovadoras atractivas y de un personal motivado y comprometido. Aunque esta investigación se centra en el trabajo del Centro-Figali, se debe señalar que este centro forma parte de una red de instituciones de salud, con la cual compartió recursos, experiencias y pacientes. Por ello, la visión de su trabajo debe ser valorada siempre como el de un sistema en red. La conformación del centro junto a otras medidas de salud pública, permitieron la expansión de camas, la atención de más enfermos y el control de la segunda ola de casos.

Se concluye que las principales lecciones aprendidas se centran en capacitación, bioseguridad, flujos, oxigenoterapia, calidad y sentido de pertenencia del personal. Los trabajadores perciben que el centro cumple adecuadamente con su misión. Los principales puntos de mejora son la comunicación, el confort para los pacientes, la evaluación colectiva de los casos y el apoyo psicológico.

Agradecimientos

A todo el personal sanitario del Centro Integral Transitorio para la Atención a Pacientes Leves y Moderados con COVID-19 de Figali; quienes brindaron sus opiniones para enriquecer este documento con sus vivencias y experticia.

Referencias bibliográficas

1. Kim M, Yeon Lee J, Seok Park J, Ah Kim H, Hyun M, Suh YS, *et al.* Lessons from a COVID-19 hospital, Republic of Korea. *Bull World Health Organ.* 2020 [acceso 10/04/2021];98:842-48 Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/98/12/20-261016.pdf>
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update. Geneva: WHO; 2021 [acceso 28/04/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---27-april-2021>
3. República de Panamá, Ministerio de Salud. Coronavirus COVID-19. Informe epidemiológico. Ciudad de Panamá: MINSA; 2021. [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/destacado/coronavirus-covid-19>
4. World Health Organization. Severe acute respiratory infections treatment centre: practical manual to set up and manage a SARI treatment centre and SARI screening facility in health care facilities. Geneva: World Health Organization; 2020. [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331603>
5. Naganathan S, Meehan-Coussee K, Pasichow S, Rybasack-Smith H, Binder W, Beaudoin F, *et al.* From Concerts to COVID: Transforming the RI Convention Center into an Alternate Hospital Site in under a Month. *R I Med J.* 2020 [acceso 10/04/2021];103(6):8-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32752556/>
6. Walton DA, Ivers LC. Facility-Level Approaches for COVID-19 When Caseload Surpasses Surge Capacity. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene.* 2020;103(2):605-8. DOI: [10.4269/ajtmh.20-0681](https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0681)
7. Chen S, Zhang Z, Yang J, Wang J, Zhai X, Bärnighausen T, *et al.* Fangcang shelter hospitals: a novel concept for responding to public health emergencies. *Lancet.* 2020;395(10232):1305-14. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30744-3)
8. Reid S, Ras T, Von Pressentin K. The Cape Town International Convention Centre from the inside: The family physicians' view of the 'Hospital of Hope'. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020;12(1):e1-e4. DOI: [10.4102/phcfm.v12i1.2667](https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2667)
9. Brown DR, Hennecke P, Nottebrock D, Dhillon P. Vancouver Convention Health Centre (COVID-19 Response): Planning, implementation, and four lessons learned. *Am J Disaster Med.* 2020;15(2):143-8. DOI: [10.5055/ajdm.2020.0365](https://doi.org/10.5055/ajdm.2020.0365)
10. Hernández Borges AA. Gestión de calidad y seguridad de pacientes en tiempo de crisis sanitaria. *An Pediatr (Barc).* 2020;93(2):75-6. DOI: [10.1016/j.anpedi.2020.07.001](https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.07.001)

11. D'Agostino M, Meija F, Marti MC, Garcia S. Registros médicos de pacientes: la digitalización ya no es una opción y debe ser una obligación. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2020 [acceso 09/04/2021];14(3):524-8 Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1121406/2137-8907-2-pb.pdf>
12. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance. Geneva: WHO; 2020 [actualizado 23/12/2020; acceso 01/03/2020]. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages)
13. Ministerio de Salud Pública. Panamá. Recomendaciones de atención de pacientes COVID-19 hospitalizados. 4 th ed. Ciudad Panamá: MINSa; 2020 [actualizado 09/04/2020; acceso 14/04/2020]. Disponible en: http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/publicacion-general/recomendaciones_manejo_covid-19_version_4.0_9_de_abril_revisado_digesa_def14_abrildef_0.pdf
14. Yang Y, Wang H, Chen K, Zhou J, Deng S, Wang Y. Shelter hospital mode: How do we prevent COVID-19 hospital-acquired infection? Infection Control & Hospital Epidemiology. 2020;41:872-73. DOI: [10.1017/ice.2020.97](https://doi.org/10.1017/ice.2020.97)
15. Sirohiya P, Ratre BK. COVID-19 pandemic and limited palliative care response: "Lack of comfort care". Anaesth Crit Care Pain Med. 2020;39(5):591. DOI: [10.1016/j.accpm.2020.07.002](https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.07.002)
16. García-Alegria J, Gómez-Huelgas R. Enfermedad COVID-19: el hospital del futuro ya está aquí. Rev Clin Esp. 2020;220(7):439-4. DOI: [10.1016/j.rce.2020.05.010](https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.010)

Anexo 1 - Cuestionario para médicos y enfermeros del Centro Figali

Estimado colega del Centro Figali: El presente cuestionario tiene el objetivo de precisar puntos de mejora y lecciones aprendidas durante la puesta en marcha o posterior trabajo del centro en el período de pandemia por COVID-19. El cuestionario es anónimo, por lo que siéntese libre de expresar sus opiniones, enseñanzas y consideraciones positivas o negativas que permitan un trabajo futuro de mayor calidad. Marque con una X en espacios pequeños una sola respuesta. Si necesita más espacio en algunas respuestas, puede escribir por

detrás de la hoja, agregando al inicio, el número de la respuesta. Muchas gracias por su colaboración.

1. Categoría: Especialista ___ Médico general ___ Lic. Enfermería ___ Otros ___

2. Año de graduado como médicos _____

3. ¿Tiene cargo de dirección? Sí ___ No ___

4. Sexo: Masculino ___ Femenino ___

5. ¿Cómo considera la *atención médica brindada* a los pacientes en el Centro Figali?

Excelente ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Muy mala ___

¿Qué es lo más positivo en la atención?

¿Qué es lo más negativo?

¿Qué propone como mejora?

6. ¿Cómo considera la *organización de los procesos* hospitalarios relacionados con su trabajo?

Excelente ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Muy mala ___

¿Qué es lo más positivo?

¿Qué es lo más negativo?

¿Qué propone como mejora?

7. ¿Cómo considera la *higiene*? Excelente ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___
Muy mala ___

¿Qué es lo más positivo?

¿Qué es lo más negativo?

¿Qué propone como mejora?

8. ¿Ha *aprendido algo nuevo* en relación sobre *bioseguridad*?

Muchísimo ___ Mucho ___ Bastante ___ Poco ___ Nada ___

¿Qué es lo más útil?

¿Sobre qué necesita aprender más?

9. ¿Ha *aprendido algo nuevo* en relación con su *profesión*? (Puede marcar más de una respuesta)

Tratamiento ___ Procederes ___ Ética ___ Docencia ___ Gerencia ___
Otro ___ Nada ___

¿Sobre qué es lo más aprendido?

¿Sobre qué necesita aprender más?

10. ¿Le ha comunicado algún paciente, *insatisfacción* con la atención brindada?

Siempre ___ frecuentemente ___ Ocasionalmente ___ Casi nunca ___
Nunca ___

En caso positivo ¿Sobre qué aspecto?

11. ¿Cumple la *estructura física del centro* los requerimientos para brindar una atención médica de calidad?

Mucho ___ Bastante ___ Medianamente ___ Poco ___ Nada ___

Que barreras físicas usted considera deberían ser consideradas para una mejora

12. ¿Se *siente a gusto* en su trabajo en el Centro Figali?

Muy satisfecho ___ Satisfecho ___ Medianamente ___ Poco satisfecho ___
No satisfecho ___

¿Qué lo haría sentirse mejor?

13. ¿Qué distingue como *positivo* de sus *compañeros de trabajo*?

14. ¿En qué medida la institución ha cumplido su *trabajo con calidad*?

Excelente ___ Bien ___ Regular ___ Mal ___ Muy mal ___

¿Qué propone usted para hacerlo mejor?

Anexo 2 - Guía de entrevista semiestructurada a directivos del Centro Figali

Introducción: La presente entrevista tiene el objetivo de precisar puntos de mejora y lecciones aprendidas durante la puesta en marcha o posterior trabajo del centro en el período de pandemia por COVID-19.

Se explica que las respuestas no tendrán implicaciones disciplinarias, laborales, ni de otra índole; por lo que sentirse libre de expresar sus opiniones, enseñanzas y consideraciones positivas o negativas, que permitan un trabajo futuro de mayor calidad.

Datos generales:

Fecha _____

Entrevistado _____

Cargo _____

Preguntas para abordar

Cada ítem abordará un tema de su trabajo o el entorno general del centro. Para los aspectos uno al ocho deberá responder a tres preguntas. ¿Lo más fácil?, ¿Lo más difícil? y ¿Qué haría mejor?

Ítems para las preguntas

1. Principales decisiones iniciales
2. Las urgencias en dirección

3. La organización- procesos
4. La logística
5. La bioseguridad
6. Las personas - personal
7. La capacitación
8. La estructura física del centro
9. ¿Cuál es su principal satisfacción personal con el trabajo del centro?
10. ¿Cuál es el mejor resultado del centro?
11. ¿Cuál es el principal aspecto que debe ser mejorado?
12. ¿Qué usted enseñaría con orgullo a otros colegas del Centro Figali?

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Victor René Navarro Machado: conceptualización; curación de datos; análisis formal; investigación; metodología; administración del proyecto; supervisión; validación; visualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Yashica Johanna González Pinilla: curación de datos; análisis formal; investigación; metodología; administración del proyecto; software; supervisión; redacción - revisión y edición.

Siria del Carmen Salazar Simpson: curación de datos; análisis formal; investigación; metodología; administración del proyecto; validación; supervisión; validación; redacción - revisión y edición.

Estefanía Alleyne Hepburn: curación de datos; investigación; administración del proyecto; supervisión; validación; redacción - revisión y edición.

Ligia Esther Bander Elizastegui: curación de datos; investigación; administración del proyecto; redacción - revisión y edición.

Joanna Rodríguez Poveda: curación de datos; análisis formal; investigación; administración del proyecto; supervisión; validación; redacción - revisión y edición.