

ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2020;117(2):113-115



COVID-19 y resiliencia en el Hospital Universitario Cruces

COVID-19 eta erresilientzia Gurutzetako Unibertsitate Ospitalean

COVID-19 and resilience at Cruces University Hospital

Durante el primer brote de la pandemia de COVID-19 ocurrido en Europa, singularmente en Italia y España, durante los meses de marzo y abril y el necesario confinamiento de la población general, el día a día de nuestra sociedad se ha visto alterado como no lo habíamos vivido en los últimos 50 años. A día de hoy aún se mantiene patente dicha alteración ante la presencia de pacientes todavía ingresados como consecuencia de aquel brote, la aparición de nuevos casos de transmisión comunitaria, y el retorno progresivo a una actividad cercana a la existente anteriormente al brote epidémico. A medida que tengamos que convivir con el virus y la situación llamada “de nueva normalidad” es además posible que ocurra un nuevo brote epidémico de COVID-19 en las próximas semanas o meses. Amén de las consecuencias económicas cuyo alcance nos es difícil de valorar en su verdadera magnitud en estos momentos. Desde el estremecimiento causado por la extraordinaria virulencia y alta contagiosidad de la COVID-19, sobreponiéndonos aún —como estamos— de su brutal acometida, nos gustaría compartir algunas reflexiones.

Los modernos sistemas de salud descansan, fundamentalmente, sobre dos pilares: la vigilancia epidemiológica y la asistencia sanitaria (primaria y hospitalaria); el primero alerta, el segundo trata.

Podríamos convenir que tal pandemia no era previsible, o por lo menos que no lo era con el impacto en que lo ha sido. Las primeras noticias de China, allende la desconfianza, no hacían presagiar semejante nivel de catástrofe mundial. Las noticias de Italia, por el contrario, sí fueron ya preocupantes, pues comprometían, hasta el colapso, el sistema sanitario de una de las zonas más

ricas de Europa, Lombardía, incapaz de absorber una demanda asistencial motivada por un virus que —según nos habían contado— era menos agresivo que una gripe. Después sobrevino el colapso de los servicios de salud de la Comunidad de Madrid, en apenas unos días. Y al fin Vitoria-Gasteiz.

Los países desarrollados cuentan con sistemas de salud altamente eficientes, provistos de alta tecnología y altos estándares de calidad. Además, su personal goza de una sobresaliente cualificación. Buena prueba de ello es la máxima eficiencia en el tratamiento de patologías individuales tales como cirugías, cáncer, infartos, trasplantes y un largo etcétera. Ratios que se adivinan también en materia de racionalidad y eficacia, pues se acreditan altos porcentajes de ocupación de quirófano, camas de hospitalización o de críticos, junto con una gran optimización de recursos y resultados. En suma, tanto más eficiente es un hospital, cuanto menor número de camas, quirófanos o respiradores permanecen libres; incluyéndose aquí un estocaje ajustado que incorpora el suministro regular de los proveedores. Paradójicamente y contra lo que pudiera parecer, esta pandemia ha revelado que esa eficiencia no debe disminuir la capacidad para enfrentar un incremento inusitado y exorbitante de la demanda.

Por ello, nuestro sistema de salud precisa introducir un índice añadido de calidad asistencial que permita valorar la capacidad de adaptación a las necesidades cuando éstas, circunstancialmente, puedan superar nuestra expectativa de respuesta. Su objeto no es otro que el análisis y planificación flexible de los distintos escenarios y su adecuada priorización, de modo que se garantice la asignación idónea de los recursos.

La pandemia COVID-19 ha puesto a prueba nuestra capacidad para adaptarnos a la incertidumbre, para absorber perturbaciones, para responder a ellas y para recuperarnos y ser capaces de ofrecer una prestación de calidad, especialmente en un sistema sanitario presidido por el derecho de acceso universal a la salud; sin obviar que el estrés o la adversidad, en sí mismos, implican un grave riesgo.

Nuestra adaptación en el Hospital Universitario Cruces (HUC) exigía pues de adecuados planes de actuación que tuvieran en cuenta los recursos materiales y humanos. Para ello diseñamos, guiados por los Servicios Centrales de Osakidetza, un plan de contingencia específico para nuestro hospital.

Para la elaboración y el despliegue del Plan de Contingencia de Críticos no existían publicados modelos de predicción, tan solo los datos de evolución de la pandemia que se habían ido conociendo en los países más afectados. Para la elaboración del Plan de Contingencia se utilizaron los datos publicados por China, Italia y Corea del Sur.

Para la definición de los escenarios de respuesta a la onda epidémica, la cifra potencial de afectados por la infección, de ingresos hospitalarios y defunciones asociadas, y por lo tanto de la necesidad de camas de hospitalización y de críticos, se utilizaron dos modelos de predicción. Uno de los modelos se ha basado en el realizado por la Agencia Catalana de Salud (que tiene en cuenta la tasa de ataque esperada, las semanas de duración de la ola epidémica, el porcentaje de ingreso hospitalario y en la UCI, la Estancia media), y el otro basado en la hoja de cálculo del Flusurge 2.0 del CDC americano para la gripe.

La predicción de ambos modelos era que, según la tasa de ataque y la duración de la onda epidémica, las necesidades máximas de camas de críticos en el HUC para pacientes COVID-19 podían oscilar entre las 12 (tasa de ataque 0,5%) y las 146 camas (tasa de ataque de 5% y onda de 8 semanas). Hay que tener en cuenta que la gripe estacional se mueve en tasas de ataque entre 0,25 y 0,5%, con menor contagiosidad, menor morbilidad y menor mortalidad que las observadas en la pandemia de COVID-19 en Italia.

Con todo, conseguimos una extraordinaria capacidad de adaptación de este Hospital Universitario Cruces ante la COVID-19, esto es, nuestra resiliencia; veamos algunos ejemplos de ella.

El HUC mostró resiliencia en sus estructuras, habilitando plantas, configurando circuitos diferenciados COVID-19 y no-COVID-19, e incrementando el número de camas de críticos hasta triplicarlo, conforme avanzaba la necesidad.

También cabe hablar de resiliencia en el conocimiento. A lo largo de este periodo fuimos modificando lo que sabíamos sobre la enfermedad, casi a diario, porque es cierto que la información inicial de China nos confundió. Sirva como ejemplo que en 15 días manejamos 14 actualizaciones de protocolos. Aprendimos a trabajar en colaboración con empresas vascas de ingeniería (UBIKARE) para, a través de análisis *big data*, conseguir

el acceso a terapias más eficaces, entendiendo que la enfermedad genera subgrupos, en forma de tipos de pacientes muy diferentes.

Trabajamos en los primeros escenarios del Plan de Contingencia (1 y 2) en áreas de críticos habituales, con boxes individuales y el personal sanitario habitual. Pero en pocos días, en tres días, el Hospital Universitario Cruces pasó al escenario 4. Nos tuvimos que adaptar rápidamente. La actividad quirúrgica habitual se suspendió, solo se mantuvo la cirugía no demorable. Y el material (respiradores, monitores, bombas, desfibriladores...) y los profesionales de los quirófanos asumieron el compromiso de adaptarse y que los escenarios 3 y 4 fueran posibles de forma inmediata.

Por tanto la resiliencia, la de los profesionales fue admirable, para adaptarnos a un entorno nuevo, lugares no habituales y escenarios impensables —gimnasios reconvertidos en áreas de reanimación—, trabajando con equipos de protección individual (EPI) que dificultaban sobremanera el día a día. Con todo, conseguimos mantener a más de 80 pacientes intubados COVID-19, a la vez y en un mismo día, sin dejar por ello de atender al paciente —no-COVID-19— crítico.

Resiliencia en los sistemas de aprovisionamiento en un mercado desabastecido y muy competitivo, atenuado por el miedo y la voracidad.

En este punto merece la pena subrayar la afortunada, por decisiva, contribución de los Servicios Centrales de Osakidetza, que ya el pasado año decidieron la compra de 100 respiradores y monitores de quirófano para todos los hospitales del Organismo. La llegada a este HUC de 32 equipos permitió alcanzar, junto con los propios de nuestros quirófanos, alrededor de 150 camas de críticos.

Entre todos lo hemos conseguido. Logramos un hospital que nunca se colapsó, ni en la Urgencia, ni en los cuidados críticos, ni en la planta —con más de mil ingresos—. Todo paciente recibió el tratamiento que necesitaba.

El Hospital Universitario Cruces llegó a tener ingresados, en un mismo día, casi cien pacientes COVID-19 en unidades críticas. Hospitales muy importantes de la Comunidad de Madrid se colapsaron con el paciente número 22 COVID-19 en esas unidades de críticos.

Los resultados han sido extraordinarios. Es de significar que la tasa de fallecimiento de pacientes intubados ingresados en críticos en el HUC es del 16%, frente a otros muchos grandes hospitales como aquellos de Madrid, en los que el porcentaje de fallecimiento de intubados ha sido mayor del 40%, en unos casos, e incluso del 60% en otros. O el ejemplo de Nueva York, con una mortalidad del 80% en este mismo grupo de pacientes.

Todo ello sin olvidar el factor humano de intentar mitigar el aislamiento forzado de estos pacientes, mediante el establecimiento de comunicaciones y videollamadas, compartiendo con ellos el nerviosismo del reencuentro.

Los médicos especialistas que trabajamos en las áreas de cuidados críticos sabemos que las familias son un pilar fundamental en la evolución de todos los pacientes, especialmente de aquellos que precisan de nues-

tros cuidados. Calman, reconfortan y aportan el toque de realidad cotidiana a ese entorno artificial al que el paciente es sometido para que su estado de salud mejore. Por otro lado, somos conscientes del alivio que supone ser parte del proceso, sea cual sea el desenlace. “Estar ahí” es lo más valioso cuando el mundo de los familiares y amigos gira entorno a la impotencia. Impotencia por no saber, impotencia por no estar.

En esos días, uno de los retos añadidos a los que nos enfrentamos los profesionales sanitarios que trabajamos en las áreas de cuidados críticos fue la inclusión de la familia en la evolución de nuestros pacientes. Paliar un cierto grado de deshumanización forzada del proceso de acompañamiento en favor de la seguridad. La del enfermo, la de sus seres queridos y la de los profesionales sanitarios. Sin embargo, lejos de aceptar esta situación como una realidad inamovible, la humanización en tiempos del coronavirus se convirtió en un desafío para nosotros.

Habitualmente tenemos la oportunidad de sentarnos a hablar con los acompañantes de nuestros enfermos, de mirarnos, de ser cercanos, de entendernos y de compartir opiniones, y estamos convencidos de que esa es la mejor manera de transmitir la información y mitigar los miedos y las dudas. Nos encantaría que hubiera sido así, pero por desgracia hemos tenido que adaptarnos a otras vías de comunicación más difíciles para todos.

Queremos transmitir a todos los familiares y amigos de los pacientes, tanto de las áreas de críticos como de las plantas de hospitalización, que nuestro apoyo y cariño estuvo siempre presente. Y queremos recordaros que aunque no nos viérais, todo el personal sanitario cuidamos y acompañamos a vuestros seres queridos.

Y nos gusta también recordar que no hubo limitación de edad en los ingresos en la Unidad de críticos de Reanimación del HUC. Todo paciente recibió el tratamiento que necesitaba.

Todos estos resultados son consecuencia del trabajo en equipo, del esfuerzo colectivo de toda una organización, técnicos de mantenimiento capaces de habilitar, en tiempo récord, instalaciones de oxígeno, técnicos de compras, de seguridad, de informática, celadores, personal de almacén y de cocina, auxiliares, enfermeras y médicos. Todos hemos sido capaces de adaptarnos a lo que el momento exigía, con profesionalidad y rigor, pero también con riesgos, miedos, renunciadas y sacrificios personales y familiares. Era y es nuestra obligación, así lo

entendimos el día que decidimos dedicarnos al cuidado de la salud.

No pretendo describir un panorama idílico —no lo ha sido—, al contrario, ha sido hartamente complejo y difícil, con innumerables momentos de tensión; pero también muy gratificante. Toca ahora hacer balance y preparar las áreas de mejora para aparejar futuros embates de la enfermedad.

Con toda honestidad podemos afirmar que Euskadi dispone de un gran sistema sanitario público; así lo vienen demostrando los resultados en salud durante muchos años. Nuestro sistema puede presumir con indisimulada satisfacción de ostentar, actualmente, la tasa de mortalidad más baja de España por paciente ingresado en cuidados críticos. El Hospital Universitario Cruces es buena expresión de ello.

Hasta aquí mi deseo de trasladar nuestra experiencia con el objeto de resaltar el valor y el mérito del trabajo bien hecho por parte de todos los estamentos del Hospital, desde los servicios de limpieza a la misma Gerencia.

Para terminar, desearía apelar —por qué no— a la necesaria resiliencia ciudadana, de forma que los comportamientos y relaciones sociales se vean aderezados de la prudencia y la responsabilidad necesarias para hacer frente a los diferentes estadios que viviremos, hasta espantar el peligro que sigue a las puertas, pues para todos tiene la muerte una mirada. Es momento de reiterar que se trata de un virus grave y agresivo, apenas un 5% de contagio en la sociedad ha llenado nuestros hospitales.

Ahora, más que nunca, nuestra salud y la de todos depende de lo que hagamos individualmente, todos o ninguno. Porque, en verdad, o nos comprometemos todos o será como si no lo hubiéramos hecho ninguno de nosotros. Hoy, la mejor y única vacuna, reside en nuestra propia conducta.

Alberto Martínez Ruiz

3 de julio de 2020

Bilbao. Basque Country. España

Presidente. Sección de Anestesiología y Reanimación. ACMB

Jefe de Servicio. Anestesiología, Reanimación y Dolor.

Hospital Universitario Cruces. Osakidetza