



SUMARIO

	PÁGINA
TEMA DEL DÍA	
COVID-19, UNA OPORTUNIDAD PARA REFLEXIONAR SOBRE LA TOMA DE DECISIONES EN INCERTIDUMBRE - FRANCESC BORRELL I CARRIÓ	1
PENSAMIENTO ACTUAL	
COVID-19. DIARIO DE LA EXPERIENCIA DESDE UNA UCI. - TERESA LÓPEZ-SOBRINO	47
CUADERNO DE BITÁCORA COVID-19. IGUALADA 2020 - FRANCESC XAVIER CANTERO GÓMEZ	60
ARTE, SALUD Y SOCIEDAD	
LAS INTELIGENCIAS DEL MÚSICO - ESTEVE MOLERO	70



Fundació
Letamendi-Forns

REVISTA

FOLIA HUMANÍSTICA

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
li-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
li-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

COVID-19. DIARIO DE LA EXPERIENCIA DESDE UNA UCI.

Teresa López-Sobrino

Resumen: La pandemia de Sars-Cov-2 ha supuesto un enorme reto para los profesionales de la salud. La intensa vivencia de esta etapa trabajando desde la UCI, nos ha aportado relevantes aprendizajes en el campo científico, mejorando nuestra capacitación sobre esta nueva enfermedad. No obstante, la mayor instrucción ha residido en los aspectos humanos de la crisis, como son el desarrollo de habilidades en cooperación, así como la toma de decisiones en el límite de nuestro compromiso deontológico. El paso por este proceso ha hecho que valoremos en mayor medida la elevada calidad asistencial que estábamos habituados a proporcionar, a pesar del debilitamiento sufrido por nuestro sistema sanitario en la última década.

Palabras clave: *Sars-Cov-2/ Covid-19/ coronavirus/ Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)/ Experiencia.*

Abstract: *COVID-19. EXPERIENCE IN THE ICU*

The Sars-Cov-2 pandemic has been a huge challenge for health care professionals. The intense experience during this period, working from the ICU, has provided us with relevant learning in the scientific field, improving our training on this new disease. However, the greatest learning has resided in the human aspects of the crisis, such as the development of cooperative skills, as well as decision-making at the limit of our deontological commitment. Going through this process, has made us appreciate, to a higher extent, the high quality of care that we were used to provide, despite the weakening suffered by our health care system over the last decade.

Keywords: *Sars-Cov-2; Covid-19/ coronavirus/ Intensive Care Unit (ICU)/ Experiences.*

Artículo recibido: 31 mayo 2020; **aceptado:** 1 setiembre 2020.

EL CONTEXTO

Empezó con la calma que precede a la tormenta. Llegaba información desde China que recibíamos despreocupados. Nos recordaba recientes brotes epidémicos exitosamente abortados como el Sars-Cov-1 o el Ébola. A ello se sumó la distancia emocional asociada con aquello que acontecía a miles de kilómetros de nuestras fronteras, que nos mantuvo sumidos en una falsa sensación de seguridad, del todo irreal en un mundo tan global como en el que vivimos. Todo ello hizo que la crisis del Coronavirus-19 nos pillara desprevenidos.

Las decisiones en práctica clínica se basan mayoritariamente en evidencia científica bien fundamentada. Ello requiere que instituciones como la Organización Mundial de la Salud emitan recomendaciones guiadas por la prudencia. Esta necesaria cautela pudo, en parte, dificultar la capacidad de anticipación. De tal manera que, durante los primeros meses de 2020, cuando la epidemia ya era evidente en el país oriental, apenas existió planificación en Occidente.

Los análisis epidemiológicos que se iban conociendo, basados en datos de contagios contabilizados en nuestro país, constituían una fotografía atrasada de lo acontecido en las dos semanas previas (aproximadamente el periodo de incubación del Sars-Cov-2). El virus empezó a circular por nuestras calles mucho antes de ni siquiera darnos cuenta. Una vez se empezaron a detectar casos confirmados, esa imperiosa necesidad por parte de líderes políticos y sus correspondientes asesores de no sembrar el pánico, como si ello fuese de alguna manera a cambiar una realidad ya emergente, hizo que únicamente se consideraran sospechosos aquellos pacientes que venían de zonas de riesgo, perdiendo un tiempo precioso para la vigilancia epidemiológica realista.

La conjunción en España, Italia, Francia y Reino Unido, de una importante afluencia turística, sumada con esta incapacidad de anticipación y, en el caso de los países del sur, con una cultura mediterránea en la que las relaciones familiares y sociales se caracterizan por un estrecho contacto físico grupal, facilitaron una rápida diseminación del virus.

Por otra parte, durante las semanas iniciales de la crisis, en las que se diagnosticaron los primeros pacientes en toda España, fueron determinantes las restricciones a la hora de realizar test diagnósticos, que los profesionales sanitarios ya demandaban y consideraban indicadas con la clínica que atendían.

En nuestro caso, cuando tratamos los primeros casos sospechosos, encontramos una resistencia por parte de nuestros superiores a la hora de permitirnos realizar dichos test. Probablemente debido a una combinación entre una falta de

recursos materiales, junto con un infundado miedo a crear alarma. El circuito consistía en, tras la consideración de un caso como sospechoso, la emisión de una alerta que debían aprobar los equipos de enfermedades infecciosas y epidemiología. Posteriormente se aislaba al paciente, se trasladaba a un área de seguridad para Covid-19 y sólo una vez allí se realizaba el frotis. Todo este “protocolo de seguridad” hizo que los médicos evitaran solicitar test por la complejidad que suponía la activación del mismo. Consecuentemente, se produjo un infradiagnóstico de casos y ello desencadenó numerosos contagios de pacientes frágiles ingresados por otros motivos, así como de compañeros sanitarios. Los centros sanitarios, Centros de Salud, Servicios de Urgencias y diferentes servicios hospitalarios, se convirtieron en focos de contagio.

No fue hasta semanas después cuando se renovaron estos protocolos. Basados ahora en la simplificación del proceso mediante un fácil acceso a los test. Todo ello con el objetivo de favorecer el diagnóstico de los positivos y frenar la cadena de contagios. Protegiendo así al sistema del colapso. Actualmente se realiza el test de Sars-Cov-2 a todos los pacientes que ingresan en el Hospital, que se encuentra dividido en áreas Covid-19 y áreas no Covid-19.

En la segunda fase, en la que ya el virus era una realidad y la avalancha de pacientes llegaba a los centros hospitalarios (con picos de hasta 80 nuevos ingresos por Covid-19 cada día en nuestro centro), las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) iban siendo apartadas de su actividad habitual y pasaban a dedicarse enteramente a estos pacientes con complicaciones respiratorias. La ocupación de camas de intensivos fue muy rápida. En ese momento, los trabajadores de mi sección, dentro del área cardiovascular (cardiólogos, anestesistas y cirujanos cardiovasculares), fuimos llamados a transformarnos en otra nueva UCI Covid-19. Aportamos 32 camas de críticos, que tardaron poco más de una semana en ocuparse por completo.

Una gran parte de los médicos seleccionados para trabajar en esta UCI, ahora respiratoria, éramos especialistas jóvenes, con contratos precarios debido a los recortes heredados de la crisis económica de 2008, de la que aparentemente nunca nos habíamos recuperado. La tarea que nos encomendaban suponía para muchos de nosotros la primera experiencia laboral a jornada completa. Y sospechábamos que cuando las cosas mejorasen, a pesar de los aplausos diarios en los balcones, esa inyección en recursos sanitarios se volvería a difuminar, y nuestra situación laboral con ella. De esta manera, vivimos esta etapa profesional, atendiendo pacientes con Covid19, con la miel de un contrato digno en los labios.

COMO NOS ORGANIZAMOS

Eran las 3 de la tarde de un miércoles cuando nos comunicaron que teníamos 36 horas para transformar la UCI. Decidimos formar 4 equipos de 4 personas, balanceadas por su grado de experiencia en cuidados intensivos, de manera que trabajaríamos en turnos de 12h cada 2 días, alternando ciclos de día y noche cada semana, organización que mantendríamos hasta que la crisis terminase. Todas las personas a las que se propuso incorporarse respondieron inmediatamente con una muy positiva predisposición por colaborar. Es en esos momentos donde uno se enorgullece del valor que tienen los eslabones más básicos de la cadena. Allí no iba a trabajar ningún erudito de la cardiología o la cirugía, sino personal con buena formación y motivación suficiente para priorizar el ayudar a otros por encima de sus legítimos temores.

Aquella misma noche el grupo entero se conectó por teleconferencia, pues comenzábamos en 24 horas. Los distintos rasgos de personalidad, en situación de crisis, afloran de manera evidente. Algunos expresaban su ansiedad por no disponer del dominio requerido en algunas áreas de experiencia, otros por la incertidumbre contractual en aquel momento inicial, otros intentaban mantener la calma. Recuerdo la frase de nuestro jefe al despedirnos antes de comenzar, “ánimo, sois los mejores,

os hemos elegido porque sois la élite”, lo que nos hizo sentirnos como soldados rasos que son enviados a primera línea tras una condescendiente palmada en la espalda.

En aquel momento, sólo una minoría del equipo había recibido, de manera atropellada, la formación reglada para colocarse y retirarse los equipos de protección individual (EPIs) que nos protegerían del contagio.

ABRIMOS LA UNIDAD

La primera sorpresa al llegar a la Unidad fue que los EPIs que nos administraron no se correspondían con aquellos con los que habíamos recibido la formación. Mascarillas FFP2 en lugar de FFP3, batas porosas en lugar de impermeables, guantes tradicionales de nitrilo, cortos y que se rompían con la solución hidroalcohólica, en lugar de guantes largos y gruesos. La improvisación era evidente. El material variaba cada día, llegando a tener que retirar algunas mascarillas por falta de homologación. Las pocas batas impermeables de las que disponíamos, debían ser racionadas para procedimientos que implicasen la manipulación de la vía aérea. Posteriormente se decidió que, por falta de material, estas batas fueran esterilizadas y reutilizadas. Se trataba de indumentaria diseñada para un único uso, compuesta a base de materiales plásticos, por ello tras los procesos de esterilización, llegaba arrugada, encogida, ajada en ocasiones, con los sistemas de cierre estropeados, por lo que utilizábamos esparadrapo en su defecto.

Múltiples emociones afloraron en estos primeros momentos. Cuando ya conocíamos los estragos que la enfermedad podía provocar en pacientes también jóvenes, incluso sin patologías previas. Tuvimos que remontar cierto desánimo inicial ante la novedad de esta grave enfermedad a la que nos enfrentábamos después de cambiar nuestro equipo de trabajo habitual, de tener en algunos casos que separarnos de nuestras familias, los horarios extenuantes que preveíamos, ese panorama de trabajo febril...

Tras la apertura de la unidad, las primeras actividades fueron dirigidas a la organización del material disponible, EPIs, contenedores para material contaminado, soluciones hidroalcohólicas, estructuración con el fin de mantener el virus dentro del área “sucia”. Colgamos carteles en las habitaciones con esquemas que resumían el proceso de retirada del EPI y también pizarras para esquematizar la situación de los pacientes. Se estableció en definitiva cierto orden, ya que los profesionales que trabajarían allí habían sido reclutados con muy poco tiempo y debían adaptarse a trabajar con personal hasta entonces desconocido. Escribíamos nuestros nombres en los pijamas con los que nos vestíamos, de manera que se fomentase la comunicación.

Aquella primera noche empezaron a llegar los pacientes. En ese punto ya sabíamos que la situación en otras regiones era dramática. Veíamos como la tendencia en nuestro centro nos abocaba hacia la misma encrucijada. Una de las principales preocupaciones que teníamos, en ese momento, era el coste de oportunidad; esto es, la posibilidad de ocupar camas con pacientes de edad avanzada o comorbilidades (por tanto, menores probabilidades de supervivencia) y que posteriormente, por colapso de ocupación, ello impidiese atender a pacientes jóvenes, previamente sanos. Este equilibrio tenía un gran peso a la hora de decidir quién ingresaba en la UCI y quién no. Suponía uno de los mayores retos éticos y emocionales, además de una gran presión para todos, ya que elevaba el umbral de acceso a medios de soporte vital al que estábamos habituados antes de la pandemia.

En ocasiones la vida pende de un hilo, de algo tan sencillo como encontrarse en el lugar adecuado en el momento adecuado. Así ocurrió con nuestro segundo ingreso. Se trató de un varón de 83 años con buena calidad de vida, por lo que decidimos ingresarlo en la UCI e intubarlo (pues de otra manera hubiese fallecido de insuficiencia respiratoria) y, en aquel momento, todavía disponíamos de camas. Pues bien, pocas horas después, debido a que el hospital se acercaba a la situación de colapso de camas de UCI, se estableció un protocolo de techo terapéutico: a cada paciente se le otorgaba una puntuación basada en un baremo aprobado por el Comité de Ética Asistencial que consideraba aspectos como la edad, comorbilidades, grado

de dependencia y, en definitiva, esperanza de vida. Dicho protocolo, en esta etapa de pico de la pandemia, llegó a ser tan estricto que ponderaba la edad de tal manera que a los mayores de 80 años no se les consideraba para ingreso en UCI.

No podíamos evitar pensar que, por unas horas de diferencia, aquel paciente hubiera muerto en la planta al no haber podido ser considerado como candidato a ingreso en UCI de acuerdo con los nuevos criterios. Estas directrices sobre el esfuerzo terapéutico, desarrolladas por necesidad en multitud de centros hospitalarios, tenían como objetivo descargar de alguna manera a los clínicos de la enorme responsabilidad que suponía la toma de este tipo de decisiones. Venían a concretar aquello que clásicamente todo intensivista considera antes de aceptar un ingreso, pero de una manera mucho más cruda a lo que estábamos acostumbrados antes de la pandemia. Este documento en sí confería cierta rigidez a la hora de tomar dichas decisiones. Sin duda hubo pacientes fallecidos en planta que, al no cumplir la puntuación, jamás fueron comentados para ingreso en UCI y a los que, por tanto, no pudimos dar aquella oportunidad de supervivencia.

Desde el principio, y al margen de las diferentes jerarquías médicas que conformaban el grupo de trabajo (médicos residentes, especialistas junior, adjuntos senior), la reacción global fue realizar un esfuerzo para consensuar este tipo de decisiones de enorme trascendencia. Esta forma de trabajar aportó, desde una perspectiva bioética, la mayor justicia para los pacientes y la mayor paz para el equipo médico. Algunas decisiones se debatían durante largas sesiones improvisadas, ya que implicaban claramente el pronóstico de aquellos conciudadanos. Durante el transcurso de las mismas, observaba a un equipo multidisciplinar de cirujanos, cardiólogos y anestesiistas, fuera de su zona de confort, sumando los conocimientos de cada una de sus áreas de competencia, con el único objetivo de dar la mejor asistencia posible.

Éste es uno de los mayores aprendizajes y mejores recuerdos que puedo llevarme de esta crisis, aquello de lo que es capaz el equipo profesional y humano

ante una situación adversa, cuando une sus fuerzas y capacidades por un mismo objetivo común.

LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS

En tan sólo una semana la Unidad completó su capacidad. Los pacientes llegaban tras varios días de empeoramiento respiratorio en la planta, en ocasiones en situación de insuficiencia respiratoria muy severa que requería una intubación de urgencia. Otros pacientes empeoraban más progresivamente, lo que permitía explicarles que su situación iba a requerir de intubación y conexión a un ventilador. Algunos solicitaban llamar a su familia para despedirse. Recuerdo sus ojos, el pánico en ellos. Tras la intubación, nos convertíamos en los únicos interlocutores (siempre por vía telefónica) para con las familias, en muchos casos de manera prolongada, pues la mejoría respiratoria tendía a ser lenta y a demorarse durante semanas.

Esas familias a las que, en aras de la seguridad general, expropiamos del derecho a acompañar a sus seres queridos en ese proceso vital e incierto. Teníamos una dolorosa sensación de estar siendo cómplices de aquella deshumanización de nuestros servicios. Cuando la llamada telefónica diaria para dar el parte médico se demoraba respecto al horario habitual (debido a alguna urgencia), no tardaban (comprensiblemente) en tratar de informarse. Aquellas llamadas eran la única vía de contacto con su ser querido. Muchos miembros de esas familias también estaban infectados, por ser convivientes con el paciente, por lo que a la preocupación por sus allegados se sumaba el más estricto de los confinamientos.

Hablábamos sobre los puntos positivos de la evolución de su familiar, intentando dar algo de luz, pero también sobre cómo se sentían ellos. Creo que estas pequeñas charlas les ayudaban, de alguna manera, a amenizar las largas horas de soledad o incertidumbre. En otras ocasiones, sin embargo, les dábamos las peores de las noticias. Fuimos espectadores de casos dramáticos. Recuerdo particularmente el de un paciente muy joven que tras trabajar en el extranjero había vuelto a España para reencontrarse con su mujer e hijos pequeños. Él fue uno de los casos más

graves, tuvimos que implantarle un sistema ECMO (un sistema de circulación extracorpórea que sustituye la función pulmonar), mientras ganábamos tiempo hasta que sus pulmones se recuperasen, pero presentó una hemorragia cerebral con daños irreversibles. Sentimos rabia cuando, para respetar el protocolo, sólo pudimos permitir el acceso a un único familiar para despedirse. Siempre quedará en nuestra memoria la escena de aquella mujer joven, vestida con un EPI, pegada al cristal del box de su marido, desgarrada, hablándole a una distancia de pocos metros, sin poder tocarle, y diciéndole “vete tranquilo” entre sollozos. Salíamos después del turno, camino a casa a confinarnos, con una mezcla de pensamientos difíciles de ordenar, a veces llorando. Estábamos siendo testigos de la más fría de las versiones de nuestro sistema sanitario.

CANSADOS

Cada miembro del equipo gestionaba la situación, su cansancio y sus emociones como mejor podía. Muchas veces requerimos apoyarnos emocionalmente entre nosotros. En mi caso contaba con el aliento de mi propia familia que fue, y está siendo, de gran ayuda. Cada vez que salía del turno hablaba con ellos, dejaban que soltara mis tensiones a pesar de que se encontraban, como tantos otros, a cientos de kilómetros. Las emociones, sin embargo, debían ser apartadas, postergadas. Había que concentrarse en descansar unas horas, ya que la exigencia física también era importante. Habíamos pasado horas con mascarillas y gafas que nos provocaban heridas en la piel, deshidratándonos dentro del EP.

Y sobre todo, debíamos invertir el resto del tiempo en seguir estudiando sobre un virus desconocido. Intentando aprender de las experiencias en Italia y China, revisando estudios, reforzando conocimientos previos en ventilación y manejo de pacientes críticos respiratorios, pues estos pacientes diferían enormemente de los que estábamos habituados a tratar antes del Covid-19. Pasábamos horas absortos en aquel aprendizaje exprés, así como revisando las diferentes versiones de los protocolos terapéuticos que los expertos de nuestro hospital actualizaban (cada pocos

días) en función del aluvión de nuevos estudios publicados. Estos protocolos tuvieron que adaptarse a los recursos farmacológicos reales y limitados de los que disponía el hospital en cada momento.

Algunos tratamientos antivirales o inmunomoduladores se fueron agotando. Casi todos ellos se aplicaban bajo un muy escaso nivel de evidencia científica, algo impensable en nuestra manera de proceder habitual (antes de la pandemia). Observábamos síntomas y teníamos dificultades para discriminar si éstos formaban parte de un conjunto de efectos secundarios e interacciones medicamentosas, o si, por lo contrario, correspondían a sintomatología atribuible a este nuevo patógeno del que aún estábamos aprendiendo.

Poco a poco fuimos ganado experiencia en el manejo de la situación, sintiéndonos cada vez más cómodos. Las entradas a los boxes donde se encontraban los pacientes, que intentaban minimizarse para disminuir el riesgo de contagio, ya no nos generaban la misma tensión que los primeros días. Un paciente, tras ser extubado del respirador, nos relató que lo más duro para él había sido observar que evitábamos al máximo entrar en los boxes, observaba cómo al otro lado del cristal, circulaba personal que sólo miraba las pantallas en su cabecera y no establecía contacto visual con él. Su preocupación radicaba en que nadie reparase en alguna posible situación de gravedad, viéndose desde su perspectiva, en riesgo de morir. Por supuesto se trataba de pacientes escrupulosamente monitorizados de manera que la atención en caso de complicaciones era casi inmediata. Sin embargo, las barreras físicas favorecían aquella percepción de desamparo.

Cuando pensábamos que la situación estaba más controlada, acontecieron algunas sorpresas. Nos dimos cuenta de que los sistemas de presión positiva de aire (que normalmente ayudan a la expulsión de partículas en suspensión hacia el exterior del box con el objetivo de disminuir infecciones cuando se realizan procedimientos estériles a la cabecera del paciente), llevaban encendidos desde el inicio de nuestra actividad allí. El Sars-Cov-2 requería que el aire funcionara en sentido inverso, con

presión negativa, para evitar que las gotas con coronavirus se expandieran por las zonas “limpias” de la Unidad cada vez que entrábamos o salíamos de los boxes. En estas zonas “limpias” estaban los EPIs, mascarillas y demás material de protección. Una mezcla de rabia e impotencia se apoderó del personal tras conocer esta noticia, dada la ausencia de planificación estructural, sumada a la sensación de esfuerzo baldío que suponía haberse estado vistiendo y desvistiendo con exquisito cuidado para evitar contaminarse. El grupo flaqueó en ese momento, pues llevábamos ya unas semanas trabajando en condiciones de intensa fatiga, sin más de un día y medio de descanso. Cualquier noticia negativa en aquel punto se nos hacía un mundo.

Otro momento duro ocurrió cuando, debido a las elevadas demandas de oxígeno en todo el hospital, se produjo un fallo en el suministro central de manera súbita. Los pacientes de UCI conectados al ventilador y sedados con neumonía grave, se encuentran totalmente dependientes de este gas. Recuerdo las alarmas apremiantes del monitor, debidas a la rápida caída de la saturación de oxígeno de los pacientes, en riesgo de sufrir una parada cardiorrespiratoria, mientras nos colocábamos el EPI con toda la celeridad posible para poder entrar y conectarlos a botellas de oxígeno auxiliares. Ello hizo aflorar el inevitable dilema acerca de qué debíamos priorizar ¿nuestra propia protección o la atención inmediata a un paciente en situación de riesgo vital?

LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS

Afortunadamente en mi hospital, al contrario de lo que ocurrió en otros centros, todo el personal que se encontraba atendiendo pacientes con Covid-19, fue sometido a test diagnósticos semanalmente. Para nuestra sorpresa, conocedores de los datos reportados respecto al alto porcentaje de sanitarios infectados, tras un mes y medio trabajando, del total del equipo consistente en 60 personas (médicos, enfermeros, auxiliares, limpiadores, camilleros) sólo documentamos un único contagio. Ello puso de manifiesto que los compañeros a cargo de áreas supuestamente “limpias” de Covid-19, así como la atención primaria, fueron los

verdaderamente expuestos a un mayor riesgo de contagio. Estas áreas no habían sido priorizadas para la dotación con recursos de protección y, dada su naturaleza mucho más dinámica, allí existía una mayor dificultad para establecer el control sobre las medidas de higiene. Ello nos hacía replantearnos que, si bien nosotros nos encontrábamos tratando únicamente patología Covid-19, éramos afortunados, pues tal vez el concepto de trabajo “en primera línea” debía ser matizado.

Las circunstancias médicas relacionadas con los cuidados críticos, que requieren habilidades técnicas muy específicas, con una curva de aprendizaje no desdeñable, requieren una dotación óptima de recursos humanos. Esa dotación no debe ser insuficiente, pero tampoco excesiva, pues ello degenera en una ineludible ineficacia. El impacto mediático y social que ha tenido la asistencia sanitaria durante la crisis del Covid-19, con evidentes fallos en la gestión inicial, muy alejada de países como Corea o Alemania que han cosechado resultados más favorables, hizo que algunos gestores tomaran decisiones muchas veces impregnadas de un “buenismo” apabullante. Fue entonces cuando, con la indudable mejor de las intenciones, numerosos estudiantes de medicina fueron contratados para colaborar con los médicos tratantes. Esto, que probablemente podría tener sentido en los hoteles habilitados o en las plantas de hospitalización, donde se trataba a los pacientes más leves, en una UCI rebasaba ese límite de la eficacia.

Por ello se decidió que los estudiantes dedicaran su jornada a rellenar una base de datos nacional de pacientes con Covid-19. La ayuda por su parte es por supuesto de agradecer. Nos imaginamos la experiencia que esta etapa de crisis ha implicado en el crecimiento personal de estos futuros médicos jóvenes. Sin embargo, desde nuestra perspectiva de campo, este tipo de decisiones desmesuradas, que consumieron recursos extraordinarios y efímeros, hacían aún más evidente el triste contraste con la dimensión de abandono económico en que nuestro sistema sanitario estaba sumido antes de esta crisis, y al que volvimos tras la estabilización de la curva. El tiempo dirá si el germen de reivindicación creado en algunos sectores médicos

durante esta etapa, en un gremio históricamente tan poco organizado a nivel sindical, dará algún fruto.

CONCLUSIÓN

En resumen, la etapa de trabajo en la UCI durante el primer brote de Sars-Cov-2 la vivimos con una gran intensidad, aportándonos aprendizajes inolvidables como la cooperación, las vivencias al límite del compromiso ético de nuestra profesión, y la valoración de la alta calidad asistencial que dábamos antes de esta crisis. Nos queda ahora la mayor experiencia y conocimiento acerca de este virus, aquellos errores que no deben volver a repetirse, así como una mejor capacidad para la organización. Pero sobre todo nos queda divulgar la necesidad de mantener nuestro Sistema Sanitario Público, pues cuando se pierde la salud, ya sea a nivel individual, o como hemos vivido durante esta pandemia, de manera sistémica, la prioridad está clara.

Para terminar, sólo puedo sentir orgullo por haber sido miembro de uno de tantos equipos médicos enfrentados a la enfermedad, intentando mitigar el sufrimiento humano provocado por la pandemia, tratando de optimizar los siempre limitados recursos disponibles y resistiendo unidos ante los desafíos de ese tiempo, más propio de la ciencia ficción, que nunca olvidaremos.

Teresa López-Sobrino

Especialista en Cardiología
Unidad de Curas Cardíacas Agudas.
Institut Clínic Cardiovascular. Hospital Clínic de Barcelona
Unidad de Cuidados Intensivos

telopez@clinic.cat

Cómo citar este artículo:

López-Sobrino, T., "Covid-19. Diario de la experiencia desde una UCI", *Folia Humanística*, 2020; 3 (2):47-59. Doi: <http://doi.org/10.30860/0069>.