



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



## CARTA AL DIRECTOR

## COVID-19: una pandemia de valores y algo más



## COVID-19: A pandemic of values and more

Sr. Director:

Las juiciosas, medidas, atemperadas y actuales palabras de Antoni Castells, gastroenterólogo de prestigio y a la sazón director médico de una institución de la talla del Hospital Clinic de Barcelona, recientemente publicadas en *Gastroenterología y Hepatología*<sup>1</sup>, revista de su digna dirección, no deberían caer en el olvido. Si bien el tema no está directamente relacionado con la especialidad, sus palabras son importantes en tanto en cuanto abordan un tema médico de interés general.

La pandemia por la COVID-19 ha tenido, tiene y tendrá un impacto demoledor en los sistemas de salud y en la vida de las personas, mayor, como es lógico, cuando evaluamos la pérdida de vidas. Tendrá un impacto que perdurará en el tiempo, en cuanto a la recuperación de los individuos, las familias y de la sociedad. Las pérdidas económicas, las que se han registrado y las que se registrarán, quedarán fuera de la posibilidad de cálculo de los individuos normales como el que suscribe. El hundimiento de la economía es un hecho, la desaparición del pequeño negocio, la destrucción masiva de empleo, ya contemplada y reconocida hasta por el Gobierno central y los autonómicos, la ruina del Estado, ya está aquí. Se avecinan unas décadas en extremo duras para los ciudadanos, no solo en España.

La dualidad de Castells, como clínico y como directivo de la salud, le ha permitido participar en el manejo de una crisis sin precedentes. Los que solo hemos participado como clínicos en mayor o menor medida, en función de nuestra distancia a la primera línea de atención al paciente con clínica y diagnóstico de COVID-19, podemos entender lo que hemos vivido y lo que todavía vivimos, intentando adivinar lo que viviremos. Quizás no podamos entender lo que significa tomar decisiones en estas circunstancias, como ocurre con los pilotos de avión, preparados fundamentalmente para el manejo de la crisis<sup>2</sup>, aunque manejemos crisis a diario. La breve y densa carta de Castells<sup>1</sup> hace mención a la capacidad de adaptación a una situación inesperada –una crisis–, a la toma de decisiones –difícil y complejo proceso–, a las lecciones que todos hemos aprendido, a la lección de humildad que todos hemos recibido y al reconocimiento de la responsabilidad y profesionalidad de todos aquellos que somos parte y participantes en los diversos sistemas sanitarios. Estas observaciones son un muy importante mensaje para la comunidad, para los que nos dedicamos a la Medi-

cina, al cuidado de la salud, con independencia del papel y función que desempeñamos como profesionales.

Quedan muchas preguntas y dudas, médicas y no médicas, que aclarar. Por ejemplo, ¿cuántos estudios *post mortem* se han realizado en los pacientes COVID-19? La autopsia es el máximo nivel de control de calidad de una institución, en especial universitaria, con o sin imagen<sup>3</sup> y es una herramienta de valor incalculable para expandir nuestro conocimiento de esta y de cualquier otra enfermedad. Por ejemplo, ¿cuándo dispondremos de una vacuna segura y eficaz?, aunque sabemos de los múltiples estudios ahora en marcha. Por ejemplo ¿cuáles fueron los condicionantes políticos y sociales que derivaron en diferentes tasas de mortalidad según los países? El Gobierno de España ya había publicado documentos sobre la prevención y actuación frente a una pandemia de gripe en 2005, 2006 y 2007<sup>4</sup>. Y así sucesivamente.

Castells ha hecho hincapié en aspectos muy importantes del manejo de esta crisis, como la mención a la financiación inadecuada al sistema sanitario español o, textualmente «..Bien estaría que los “expertos” que asesoran a los distintos gobiernos reconocieran que suplen su ignorancia con dosis de arrogancia ideológica, únicamente comparable con el egoísmo e interés partidista de los que estos sirven. . .». Palabras que comparto, endoso y suscribo. Esta sería otra lección que cualquier lector de *Gastroenterología y Hepatología* recomendaría a esos actores que aprendieran.

En cualquier caso, me remito a lo que al inicio de este breve documento comenté, que las palabras juiciosas, medidas, atemperadas de Castells no queden en el olvido. Los profesionales de la salud han cumplido. El resto, obligadamente, debe cumplir. Lo que vendrá a continuación de la pandemia no es solo una crisis económica o social. Será vivir con la incertidumbre, la mortalidad, la instauración de más protocolos de seguridad del Estado, que constituirán la excusa para un mayor control de nuestras vidas, y será la necesidad de garantizar la protección de los ciudadanos frente al abuso.

## Bibliografía

1. Castells A. COVID-19: a pandemic of values. *Gastroenterol Hepatol.* 2020 May 1. pii: S0210-5705(20)30135-7. doi: 10.1016/j.gastrohep.2020.04.002. [Publicación electrónica].
2. Denham CR, Sullenberger CB 3rd, Quaid DW, Nance JJ, An NT SB. for health care: learning from innovation: debate and innovate or capitulate. *J Patient Saf.* 2012;8:3–14.
3. Juskewitch JE, Griffin JM, Maleszewski JJ, Asiedu GB, Paolini MA 2nd, Regnier AK, et al. Resurrecting the Hospital Autopsy: Impact

of an Office of Decedent Affairs on Consent Rates Providers, and Next-of-Kin. Arch Pathol Lab Med. 2020;16, 10.5858/arpa.2019-0571-OA. [Publicación electrónica].

4. Medidas no farmacológicas para responder a la pandemia de gripe fases 4, 5 y 6 plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Septiembre 2007. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/AnexoXIII\\_Medid.asNoFarm.pdf](https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/AnexoXIII_Medid.asNoFarm.pdf)

Carlos-A. Mestres<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Cirugía Cardíaca, UniversitätsSpital Zürich, Zürich, Suiza

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía Cardiorádica, The University of the Free State Bloemfontein, Sudáfrica  
Correo electrónico: [Carlos.Mestres@usz.ch](mailto:Carlos.Mestres@usz.ch)

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.05.006>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## De UCI hepática a UCI COVID: historia de una transformación



### From the liver ICU to the COVID ICU: The story of a transformation

En diciembre de 2019 se produjo en Wuhan, China, un brote de una enfermedad desconocida causada por un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2. Pese a que los expertos, epidemiólogos y especialistas en enfermedades infecciosas, estimaron inicialmente que su infectividad y letalidad era inferior a la del virus de la gripe, a día de hoy dicho brote ha alcanzado la entidad de pandemia y ha afectado a casi 5 millones de personas, ocasionado la muerte de más de 320.000. España se ha visto afectada con especial virulencia, siendo Madrid y Cataluña las regiones con más casos acumulados. Como consecuencia del *tsunami* provocado por la pandemia COVID-19, el sistema sanitario español ha tenido que sobredimensionarse forzando, en muchos momentos, el entretejido de sus costuras. En este contexto tan excepcional, varias unidades de críticos supraespecializadas tuvieron que convertirse en unidades COVID en cuestión de pocos días. La UCI Hepática del Hospital Clínic de Barcelona, primera unidad de críticos inaugurada en dicho hospital hace 49 años y dedicada fundamentalmente a enfermedad abdominal, preferentemente la hepática, fue una de ellas. En el siguiente artículo describo en primera persona los hitos más destacables de esta transformación que, como era de esperar, ha tenido aspectos negativos, pero también positivos. Esta crisis nos ha aportado vivencias únicas, y ha hecho aflorar valores y características intrínsecas de la profesión sanitaria las cuales muchas veces pasan desapercibidas. De entre todas ellas he de destacar forzosamente 3: el coraje, la humanidad y el trabajo en equipo.

Durante 8 semanas exactas, la UCI Hepática experimentó la mayor transformación acontecida en su casi medio siglo de historia. Del 14 de marzo al 8 de mayo del 2020 vivimos 56 días de intensa actividad asistencial. Largos días en los que nos enfrentamos a una enfermedad altamente contagiosa, y de patogenia y tratamiento desconocidos. Lamentablemente, ya desde las primeras semanas, hicimos frente al COVID-19 con limitaciones tanto en cantidad como en calidad de los equipos de protección individual (EPI). A pesar de todo, supimos suplir todas estas carencias de conocimiento y de medios con valentía, intensidad, profesionalidad, compañerismo y, reitero, humanidad, lo cual hizo que nos cercioráramos en poco tiempo de que el equipo podía vencer al COVID.

Las primeras 2 semanas fueron probablemente las más duras. Pasamos de tener 12 camas (4 de ellas de cuidados intermedios) a disponer de 14 camas, todas ellas de intensivos, con la consiguiente sobrecarga de trabajo bien sustentada gracias al esfuerzo realizado desde los servicios de hepatología y gastroenterología. Puesto que fuimos de los primeros que hicieron frente a COVID, nuestros pacientes iniciales fueron de los más graves, probablemente porque el desconocimiento de los síntomas de la enfermedad les hicieron consultar ya con cuadros más evolucionados. Como consecuencia, la mayor parte requirió intubación inmediata y periodos largos de ventilación en prono. En los primeros días, en los que los protocolos terapéuticos no estaban bien definidos, se desaconsejaba la ventilación mecánica no invasiva y el uso de lentillas de alto flujo por el alto riesgo de contagio para el personal sanitario. Sin embargo, semanas más tarde aprendimos que un buen porcentaje de estos pacientes respondía a estas estrategias no invasivas, lo cual se tradujo en una disminución en el número de pacientes que requirieron intubación orotraqueal. También constatamos que, con las medidas de protección adecuadas, el riesgo de contagio del personal sanitario era mínimo. En aquellas fechas, los hepatólogos y los gastroenterólogos, como responsables de nuestra UCI, hicimos un curso acelerado de ecografía pulmonar, y aprendimos que la ventilación mecánica de estos pacientes tenía aspectos diferenciales con respecto a los del distrés clásico.

En un contexto de protocolos asistenciales cambiantes, con poca base científica, centramos nuestro esfuerzo en 2 aspectos que consideramos claves para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes: 1) «Pelear» a nivel hospitalario cada tratamiento con remdesivir, el antiviral *a priori* más eficaz contra el SARS-CoV-2, y 2) Fomentar la investigación sobre esta enfermedad. Participamos activamente en registros nacionales y en estudios genéticos internacionales, y pusimos en marcha en tiempo récord un ensayo clínico multicéntrico para evaluar el impacto clínico del recambio plasmático sobre la mortalidad en pacientes con neumonía por COVID-19. Ambas estrategias nos dotaron de más conocimiento y de armas terapéuticas, herramientas esenciales en la batalla que estábamos librando contra el enemigo a batir, el SARS-CoV-2.

Me gustaría destacar como hecho esencial en el discurrir de nuestra guerra personal contra el virus, el pleno convencimiento de todo el equipo de que, si maximizábamos los protocolos de protección, minimizaríamos el riesgo de contagio. Así, de forma casi obsesiva pero necesaria, se supervisó la correcta colocación y retirada de los EPI durante