

# Journal Pre-proof

## DE UCI HEPÁTICA A UCI COVID: HISTORIA DE UNA TRANSFORMACIÓN

J. Fernández MD, PhD, en nombre de todo el equipo de la UCI Hepática



PII: S0210-5705(20)30161-8

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.gastrohep.2020.05.005>

Reference: GASTRO 1542

To appear in: *Gastroenterología y Hepatología*

Please cite this article as: Fernández J, DE UCI HEPÁTICA A UCI COVID: HISTORIA DE UNA TRANSFORMACIÓN, *Gastroenterología y Hepatología* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.05.005>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.

**DE UCI HEPÁTICA A UCI COVID: HISTORIA DE UNA TRANSFORMACIÓN**

FROM THE LIVER ICU TO THE COVID ICU: THE STORY OF A TRANSFORMATION

J. Fernández en nombre de todo el equipo de la UCI Hepática

UCI Hepática, Servicio de Hepatología, IMDiM, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona,  
IDIBAPS y CIBERehd

Ef- Clif, Barcelona, España

**Dirección de correspondencia:** J. Fernández, MD, PhD. Liver Unit, Hospital Clínic,  
Villarroel 170, 08036, Barcelona. Spain. Phone: 34-93-2275400 3329; Fax: 34-93-  
4515522; E-mail: [Jfdez@clinic.cat](mailto:Jfdez@clinic.cat).

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 patología 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 tres: el coraje, la humanidad y el trabajo en equipo.

Durante ocho 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 dos 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 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 dos 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; 2) Fomentar la investigación sobre esta patología. 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 abatir, 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 los primeros días de la pandemia, se puso especial cuidado en los momentos de descanso para no bajar la guardia y mantener las distancias preceptivas entre el personal y se intensificó la limpieza de superficies en las áreas comunes. Todo ello, sumado a la vigilancia epidemiológica que nos proporcionó el hospital, consistente en la realización de frotis nasofaríngeos para detectar por PCR el SARS-CoV-2 cada 9 días, nos permitió minimizar los contagios dentro del equipo. Asimismo, esta estrategia de vigilancia trascendió los muros del hospital proporcionando tranquilidad en el entorno familiar

ya que, periódicamente, confirmábamos que los profesionales sanitarios no se “llevaban el virus a casa”.

El gran apoyo de otras especialidades contribuyó sin duda a facilitar nuestro trabajo. Día tras día comentamos aspectos del manejo de pacientes con especialidades como Enfermedades Infecciosas y Radiología, discutiendo incertezas, razonando aproximaciones terapéuticas y, en definitiva, fortaleciendo nuestra capacidad de respuesta ante el COVID.

Finalmente, me gustaría destacar la gran labor realizada por el personal de enfermería y auxiliares sanitarios. Desde el primer minuto actuaron con profesionalidad y demostraron una gran implicación y calidad humana, todo ello pese a ser el colectivo más expuesto en términos de tiempo de contacto con pacientes infectados. A las llamadas realizadas cada mañana a los familiares por parte del equipo médico informando de los aspectos médicos y de la evolución del paciente, se añadieron las llamadas y videollamadas vespertinas del personal de enfermería. Estas “otras llamadas”, que informaban de aspectos menos técnicos pero más humanos, lograban acercar así al paciente a su familia, lo cual ayudó a paliar el dolor de su ausencia. Y esto fue necesariamente así porque, he de recordar, durante la pandemia, las visitas de los familiares no estaban permitidas. El cariz humano de la medicina realizada durante estos dos meses en nuestra UCI quedó patente en los aplausos que acompañaron a cada alta y, desafortunadamente, también en las lágrimas derramadas al perder a alguno de los pacientes por los que el equipo luchó denodadamente durante semanas.

En resumen, la UCI Hepática ha sabido adaptarse, convivir y luchar contra el COVID 19. Intentamos y me atrevo a decir que logramos con éxito realizar la mejor medicina posible, la cual incluyó no sólo aspectos médicos sino que también humanos. Esta lucha incansable contra el COVID ha sido posible gracias a un gran equipo de profesionales que trabajó unido contra un enemigo invisible, pero vencible. Las experiencias vividas en estos dos últimos meses han dejado una huella imborrable en la memoria de cada uno de nosotros y forman ya parte de la

historia de una UCI Hepática que, si se precisara, estaría preparada para afrontar con garantías un rebrote que deseamos no llegue. Las autoridades competentes deberían tomar nota de la enorme profesionalidad mostrada por todo el personal sanitario del país y trabajar para no repetir los grandes errores de gestión cometidos antes y durante esta crisis, los cuales han costado la vida a más de 27.000 españoles y han expuesto a situaciones límite a buena parte de su personal sanitario.

### **Agradecimientos**

**ABAD, BEGOÑA**

**ABARCAS, ANTONIA**

**ALIBERCH L, ANNA MARIA**

**ALMARANTE, ALEJANDRINA**

**ANDRADE, JEAR ANTONIO**

**ANSEDE, MJOSE**

**ARAUJO, ISIS**

**ARCO, M<sup>a</sup> CARMEN**

**AYLLON, VICTORIA**

**AZIZ, FATIMA**

**BAIGES, ANA**

**BASSEGODA, OCTAVI**

**BLAYA, SANDRA**

**BRUNA, M<sup>a</sup> CARMEN**

**CABALLOL, BERTA**

**CABELLO, ANNA**

**CACERES, M<sup>a</sup> DEL SAGRARIO**

**CAÑADAS, ESTHER**

**CARNICER SILVIA**

**CASAL, ROSA MARIA**

**CERVIGON, MIREIA**

**CHAMORRO, VANESSA**

COSTA, MONTSERRAT

CUERVO, LUIS

DIAZ, CECILIA

DIAZ, JUAN CARLOS

DONAIRE, ALICIA

ECHEVERRIA, GUILLERMO

EGEA, M JOSE

FRESNO, LAURA

GARCIA, MARTA

GARCIA, NURIA

GIRALDEZ, JOSEFA

GONÇALVES, ALESSANDRA

GONZALEZ, ROSALBA

GRATACOS, JORDI

GRAUPERA, ISABEL

GUERRA, ANA MARIA

HERNANDEZ, VIRGINIA

HERNANDEZ-TEJERO, MARIA

HERVAS, ALICIA

JIMENEZ, CARIDAD

JIMENO, ELENA

JUANOLA, ADRIA

JUNG, GERHARD

LLACH, JOAN

LOPEZ, DAVID

LOPEZ, SARA

LOPEZ, OLGA

LOREN ISABEL

LORENZO, LAURA

MAÑAS, ROSARIO

MARTINEZ, DAVID

MENDEZ, FREISA ELIZABETH

MONTERDE, ALBERT

MONTON, AFRICA

MORAL , MARTA

MOREIRA, LETICIA

MOURELO, M CARMEN

MUÑOZ, ANA

NIETO, SUSANA

OLIVAS, POL

ORTEGA, CARMEN

ORTIZ, OSWALDO

POCURULL, ANA

POSE, ELISA

PULIDO, ENRIQUETA MARIA

REQUEJO, ISABEL MARIA

REVERTER, ENRIC

REYES, MARTA

RISCO, NURIA

RODRIGUEZ, FOIX

RODRIGUEZ, SERGIO

ROIG, SUSANA

RUIZ, PABLO

SAENZ, ALBA

SABATER, PAQUI

SALO, SWAGO

SANTIAGO, RUTH

SANZ, MIQUEL

SASTRE, LIDIA

SERRANO, MONTSERRAT

SESE, PILAR

SOLA, ELSA



SUÑE, MARGARITA

TIPULA A, MARIA ELIZABETH

TISCAR, MIRIAM

TOAPANTA, DAVID

TURON, FANNY

VALDA, ERIKA

VALDIVIESO, MIRIAM ANDREA

VAZQUEZ, GLORIA ANGELICA

VILLANUEVA, ARACELI

ZANNINI, MARTINA

ZAPATA, CYNTHIA PATRICIA

ZAPATERO, JULIANA

ZURUTUZA, IDOIA

Journal Pre-proof