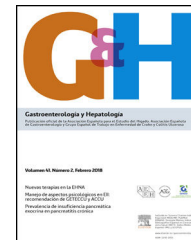




Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



LETTER TO THE EDITOR

COVID-19: A pandemic of values and more[☆]



COVID-19: una pandemia de valores y algo más

Dear Editor,

The judicious, measured, tempered and current words of Antoni Castells, a prestigious gastroenterologist and at the time medical director of an institution of the stature of Hospital Clinic in Barcelona, recently published in *Gastroenterología y Hepatología* [Gastroenterology and Hepatology],¹ a journal under his worthy management, should not fall into oblivion. Although the topic is not directly related to the speciality, his words are important insofar as they address a medical matter of general interest.

The COVID-19 pandemic has had, is having and will continue to have a devastating effect on health services and on people's lives, obviously greater still when we take stock of the loss of life. In terms of the recovery of the individuals, families and society as a whole, the effect is going to last a long time. The economic losses, both those already registered and those to be registered, will be beyond any calculation imaginable by normal individuals, including this writer. The collapse of the economy is a fact, the disappearance of small businesses, the massive destruction of employment – already contemplated and recognised even by the central government and the autonomous regions – the ruin of the state, are already here. Extremely tough decades are ahead for citizens, and not only in Spain.

Castells' duality, both as clinician and healthcare manager, means he has participated in managing an unprecedented crisis. Those of us who have only participated as clinicians to a greater or lesser extent, depending on our distance from the front line caring for patients with symptoms and diagnosis of COVID-19, can understand what we have experienced and are still experiencing, trying to guess what is still to come. We may not be able to understand what it means to make decisions in these circumstances, like airline pilots, who are essentially prepared for crisis management,² even though we handle crises on a daily basis. Castells' brief but hard going letter¹ mentions the ability to adapt: to an unexpected situation – a crisis; to decision-making – a difficult and complex process; to the lessons we have all learned; to the lesson of humility that we have all received; and to the recognition of the responsibility and

professionalism of all those who are part of, and participants in, the various healthcare systems. For those of us dedicated to Medicine, to healthcare, regardless of the role and function we play as professionals, these observations are a very important message for the community.

Many questions and doubts, both medical and non-medical, remain to be clarified. For example, how many post-mortems have been performed on COVID-19 patients? Post-mortem examinations are the highest level of quality control for an institution, especially a university hospital, with or without imaging³ and it is an invaluable tool for expanding our knowledge of this and any other disease. For instance, although we have information from the multiple studies now underway, when will we have a safe and effective vaccine? For example, what were the political and social factors which led to the different mortality rates depending on the country? The Government of Spain had already published documents on the prevention and action against the influenza pandemics in 2005, 2006 and 2007.⁴ And so on.

Castells has emphasised very important aspects of managing this crisis, such as the mention of inadequate financing for the Spanish health service or, to quote him, "It would be nice if the 'experts' who advise the different governments recognised that they make up for their ignorance with doses of ideological arrogance, only comparable to the selfishness and partisan interest of those they serve. ..."; words which I share, endorse and subscribe to. This would be another lesson which anyone reading *Gastroenterología y Hepatología* would recommend these actors to learn.

In any case, I reiterate what I said at the beginning of this short document, that Castells' judicious, measured and tempered words should not be forgotten. Healthcare professionals have complied. The rest, under obligation, must comply. What will follow the pandemic is not just an economic or social crisis. It will be living with uncertainty and death. It will mean more nationwide safety protocols being established, which will then be the excuse for greater control of our lives; and it will mean a need to guarantee protection of citizens against such abuse.

References

1. Castells A. COVID-19: a pandemic of values. *Gastroenterol Hepatol.* 2020; <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.04.002>, pii: S0210-5705(20)30135-30137. [Epub ahead of print].
2. Denham CR, Sullenberger CB 3rd, Quaid DW, Nance JJ. An NTSB 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,

[☆] Please cite this article as: Mestres C-A. COVID-19: una pandemia de valores y algo más. *Gastroenterol Hepatol.* 2020;43:385–386.

providers, and next-of-kin. Arch Pathol Lab Med. 2020;16, <http://dx.doi.org/10.5858/arpa.2019-0571-OA> [Epub ahead of print].

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. Available from: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/AnexoXIII_Medid.asNoFarm.pdf.

Carlos-A. Mestres^{a,b}

^a Departamento de Cirugía Cardíaca, UniversitätsSpital Zürich, Zürich, Switzerland

^b Departamento de Cirugía Cardiorrácica, The University of the Free State Bloemfontein, South Africa

E-mail address: Carlos.Mestres@usz.ch

2444-3824/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

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 transcurrir 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