

Fórum

Un desafío sanitario en la gestión del servicio de medicina crítica de un hospital del Ecuador: Vivencias en la pandemia COVID-19

A health challenge in the management of the critical medicine service of a hospital in Ecuador: Experiences in the COVID-19 pandemic

<https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.621.001>

Omar David Ávila Moreno ^{1,*}

<https://orcid.org/0000-0001-8713-4666>

José Luis Vergara Centeno ¹

<https://orcid.org/0000-0003-0960-9608>

Joicy Anabel Franco Coffré ²

<https://orcid.org/0000-0002-4180-4078>

Recibido: 24/11/2021

Aceptado: 15/01/2022

RESUMEN

El Sars-CoV-2, tomó por sorpresa al mundo, con impacto en el sector salud, generándose una gran crisis sanitaria, golpeados por escasez de insumos, de equipos, de personal y capacidad instalada insuficiente para la atención de la contingencia. Además, la infodemia, el pánico y el miedo con sus respectivas consecuencias, se empoderó de la sociedad civil, situación que no es ajena a sector salud, por ello, este relato de experiencia tuvo objetivo describir la gestión del servicio de medicina crítica de un hospital de Guayaquil- Ecuador durante la pandemia por el Coronavirus. En los centros asistenciales, el personal se enfrenta al desafío sanitario, principalmente en la gestión del servicio de medicina crítica. Al ser nombrado hospital centinela, con una capacidad instalada redujo de 494 a 200 camas, y se creó además el área de hospitalización de infectología; La interrelación de profesionales de la enfermería, médicos infectólogos, médicos neumólogos, servicios de terapia física y rehabilitación, servicios de nutrición, y los terapeutas respiratorios, fué fundamental para afrontar la crisis, para velar por el bienestar del paciente, no solo en la parte física, sino psicología y de humanización. No obstante, el miedo a lo desconocido inherente a la especie humana, se transforma en pánico ante esta enfermedad provocando emociones, sentimientos, vivencias exacerbadas, y la inseguridad y desconfianza en que el sistema sanitario.

Palabras clave: SARS COV 2, pandemia, medicina crítica COVID-19.

ABSTRACT

SARS COV 2 took the world by surprise, with an impact on the health sector, generating a major health crisis, hit by a shortage of supplies, equipment, personnel and insufficient installed capacity for contingency care. In addition, the infodemic, panic and fear with their respective consequences, empowered civil society, a situation that is not unrelated to the health sector, therefore, this experience report aimed to describe the management of the critical medicine service of a Guayaquil-Ecuador hospital during the Coronavirus pandemic. In care centers, the staff faces the health challenge, mainly in the management of the critical medicine service. Being named a sentinel hospital, with an installed capacity it was reduced from 494 to 200 beds, and the infectious disease hospitalization area was also created; The interrelation of nursing professionals, infectious disease doctors, pulmonologists, physical therapy and rehabilitation services, nutrition services, and respiratory therapists, was essential to face the crisis, to ensure the well-being of the patient, not only in the physics, but psychology and humanization. However, the fear of the unknown inherent in the human species is transformed into panic in the face of this disease, causing emotions, feelings, exacerbated experiences, and insecurity and distrust in the health system.

Keywords: SARS COV 2, pandemic, critical medicine COVID-19.

¹ Posgrado de Medicina Crítica de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Ecuador.

² Facultad de Ciencias Médicas, carrera de Enfermería Universidad de Guayaquil. Ecuador.

*Autor de Correspondencia: Joicy.franco@ug.edu.ec

Introducción

La pandemia por el Coronavirus, luego llamado SARS COV 2, tomó por sorpresa al mundo y de manera más dura al sector salud. Todos los sistemas sanitarios a nivel global se vieron golpeados por escasez de insumos, de equipos, de personal de salud, y quedó en evidencia la capacidad instalada insuficiente de estos, para la atención de tantos pacientes. Esto sumado a la incertidumbre mundial ante la inexistencia de un tratamiento efectivo, o vacuna, y normas de confinamiento que sometieron a los habitantes del mundo a ansiedad, estrés y hasta depresión (Shevlin *et al.*, 2020).

En base a la situación descrita anteriormente, la pandemia generó el desafío de las tres “P” del personal de salud (Perez Cuevas & Doubova, 2020), identificados como prioritarios: **Pandemónium**, como lo definí en 2021 la Real

Academia Española, que es el capital imaginario del reino infernal, en la actual crisis sanitaria es el derivado de la celeridad del avance de la pandemia y del caos inicial para responder a la emergencia; la **Precariedad** del sistema de salud para responder a un problema de salud pública de gran magnitud, y la **Paranoia** derivada de la respuesta social del temor ante lo desconocido.

El liderazgo de los gobiernos del mundo entero, estuvieron grandemente presionados a poder dar respuesta ante esta problemática. Al no haber pasado la humanidad recientemente crisis sanitarias de esta magnitud, la respuesta y planes de los líderes mundiales se observaban como experimentos, o improvisaciones que luego demostrarían si dieron resultado o no. Esto también se manifestó en los principales dirigentes de los ministerios de salud, o redes públicas de salud, que comenzaron de forma rápida a crear protocolos de atención, normativas, y paneles de profesionales investigadores que, mediante lectura y análisis de evidencia científica reciente, pudiesen empezar a brindar indicaciones para el manejo terapéutico de los pacientes.

También destacaba el llamado taxativo a la acción inmediata y la pertinencia de sus específicas y claras recomendaciones en una amplia gama de ámbitos:

Durante demasiado tiempo hemos permitido que se suceda un ciclo de pánico y abandono en las pandemias: prodigamos esfuerzos cuando surge una amenaza grave y nos olvidamos rápidamente cuando la amenaza remite. Ha llegado el momento de actuar... Lo que necesitamos es liderazgo y la voluntad de actuar con firmeza y eficacia (GPMB, 2019: 6).

Desde luego también, la aplicación de la normativa vigente, claro está, de la Organización mundial de la salud para la protección personal sanitario, con relación a la bioseguridad de los profesionales, así como de los pacientes ante el virus desconocido. Sin lugar a dudas la llegada del SARS COV 2, fue una debacle. Por ello y para poder documentar la situación que vivió el Ecuador, es que este relato de experiencia tiene como objetivo describir la gestión del servicio de medicina crítica de un hospital de Guayaquil- Ecuador durante la pandemia por el Coronavirus.

El desafío sanitario en la gestión del servicio de medicina crítica

El hospital centinela de Covid donde se desarrolló este relato de experiencia, corresponde a un hospital de segundo nivel perteneciente al sistema de salud pública del Ecuador, creado en el año 2017. A partir de enero del 2020, a raíz de la llegada del Coronavirus en Wuhan, y su expansión en Europa, el Ministerio de salud designó a este hospital, como establecimiento centinela en la costa para la atención de pacientes portadores de este virus. La capacidad instalada de este hospital pasó de 494 camas a disminuirse por la contingencia a 200, esto pudiese sonar como contraproducente puesto que en un estado de emergencia se necesitaría más camas, y no que se reduzca, sin embargo, justificaron esto como un cierre temporal de las áreas como pediatría, gineco- obstetricia y cirugía, continuaron las áreas de medicina interna, emergencias, y terapia intensiva, y se creó además el área de hospitalización de infectología.

El 29 de febrero del 2021, se informó oficialmente la llegada del primer paciente portador del nuevo Coronavirus, proveniente de Europa. Fue asilado en primera instancia en una clínica particular de la ciudad de Guayaquil y luego fue trasladada a este hospital centinela específicamente al área de infectología crítica. Esta área, fue acondicionada para recibir a los pacientes con diagnóstico confirmado o con contacto epidemiológico de Coronavirus. Entre las particularidades que poseía se encontraba que tenía acceso independiente y el ingreso a la misma era por una entrada externa y de esta forma no habría contacto con pasillos del hospital. Adicionalmente, fue acondicionada con equipos para soporte ventilatorio de tipo invasivo y no invasivo, monitores multiparámetros, bombas de infusión y demás.

Con relación al personal de salud que laboraba en las áreas que fueron cerradas, se procedió a trasladarlos a otros hospitales de la misma red pública de salud. A los que quedaron (médicos de guardia, enfermeras y personal de servicios varios), se les modificaron los horarios pasando de 12 horas diarias de trabajo a 24 horas cada cuatro días, esto con la finalidad de disminuir el contacto del personal de salud con los pacientes contagiados, brindar más descanso por la excesiva carga laboral a la que se estaban sometiendo, así como el estrés que generaba un virus nuevo, sin tratamiento establecido y peor aún alguna vacuna, y también se sumada a esto, el uso de equipo de protección personal bastantes restrictivos, e incómodos, que en ocasiones hasta producían lesiones faciales por el uso de mascarillas N95.

Dentro de los protocolos de esta área, Todo paciente referido de otro centro de salud, que requería ingreso, debía de ser valorado y aceptado por el servicio de infectología del hospital. Los pacientes que llegaban de forma espontánea, eran recibidos por un personal de triage que de acuerdo a la sintomatología era enviado a un área externa (carpas). En esta área se realizaba la evaluación CURV 65 que describe el estado de conciencia, niveles de urea, frecuencia respiratoria, presión arterial sistólica menor a 90mm Hg, y tener 65 años de edad. Estos parámetros poseían un puntaje establecido que dictaminaba la necesidad de ingreso a área de Infectología crítica. Otra escala que se utilizaba en la valoración del Triage era quick SOFA, la cual valoraba estado de conciencia, frecuencia respiratoria y presión arterial. Si el puntaje era mayor a 2 indicaba ingreso del paciente a terapia intensiva.

Si tenía síntomas leves por probable Coronavirus, se realizaba la prueba de PCR y era enviado a su domicilio con cerco epidemiológico para poder monitorear la progresión de los síntomas. En el caso del paciente con síntomas

moderados y graves eran ingresados al área de infectología del Hospital para poder realizarles la toma de hisopado, exámenes generales, y comenzaban el tratamiento que se usaba hasta ese entonces, este consistía en los siguientes medicamentos: Oseltamivir, Hidroxicloquina, Lopinavir, Ritonavir, Azitromicina etc. De acuerdo al estado clínico, se elegía el dispositivo de apoyo suplementario de oxígeno.

Otro protocolo a comentar es el traslado de los pacientes que requerían internación, y que consistía en que el personal de unidad de traslados, recibía al paciente en el triage, y se solicitaban los datos personales y familiares como de contacto telefónico a la familia, registrándolos en el sistema electrónico de historia clínica. El camillero llevaba al paciente hasta la puerta de entrada del servicio al que iba, y ahí era recibido por el personal que se encontraba en dicha área. Esto con la finalidad de minimizar riesgos de contaminación (los fómites) así como de exposición de área en área.

En el caso del abastecimiento de las medicinas en las áreas críticas, se procedió a tener un stock de sedantes, antimicrobianos, vasopresores, inotrópicos, anti arrítmicos, soluciones, insumos varios como dispositivos de manejo de vía área, de vías periféricas, centrales etc, para de esta manera limitar el acceso frecuente de personas al área ya sea por pedidos y entregas de todo lo antes mencionado.

Por otra parte, para la toma de muestras de laboratorio, se capacito al personal para realizar la correcta toma de muestras, el procedimiento, el rotulado, la manipulación y el transporte hacia el exterior del área, donde era recolectado por el personal de laboratorio. Algo destacable también fue el hecho de que, para la realización de estudios de imágenes, permaneció de forma perenne la máquina de rayos x portátil y el personal fue capacitado para la toma de este procedimiento. Esto con la misma justificación redactada en párrafos anteriores.

El estilo de gestión que se pudo evidenciar durante este tiempo fue una gestión estratégica y prospectiva ya que ésta encara los problemas actuales de complejidad, de crisis y de cambios constantes. Trabaja con técnicas de diagnóstico e instrumentos que permitan analizar la incertidumbre y eventos inesperados, tales como los que se vivió en el brote pandémico más fuerte por el virus, durante los meses de abril y mayo del 2020 (Baena y Soria, 2014).

Esta herramienta de gestión, no trata de pronosticar lo que va a suceder, sino más bien permite construir posibles estrategias o soluciones para las problemáticas futuras, y que de esta manera se puedan cumplir los objetivos propuestos por la organización. En este caso, el liderazgo del hospital tuvo como metas contener el virus, salvar vidas, evitar contagios dentro del personal de salud, brindar calidad de atención.

El estilo de liderazgo que se implementó durante la crisis fue el liderazgo situacional, éste se da cuando el líder es capaz de adaptar o modificar su forma de liderar cuando la situación lo requiere. Se tiene que ver mucho con el comportamiento de tarea y el comportamiento de relación, se identifica también la madurez (o preparación) de los subordinados como la variable situacional de mayor importancia ya que a ellos es quien influencia (Torres, 2013).

Indicadores de desarrollo de la pandemia en el servicio de Medicina Critica durante el 2020-2021

Durante lo que respecta a los últimos 21 meses se han atendido en área de medicina critica del Hospital Guasmo Sur, 976 pacientes diagnosticados con COVID 19, y 246 pacientes con otros diagnósticos, dando un total de 1222 pacientes. El 55,63% correspondieron a sexo masculino, y 44,37% al sexo femenino. El promedio de edad fue de 51,5 años en mujeres y 54,5 años en hombres (Figura 1).

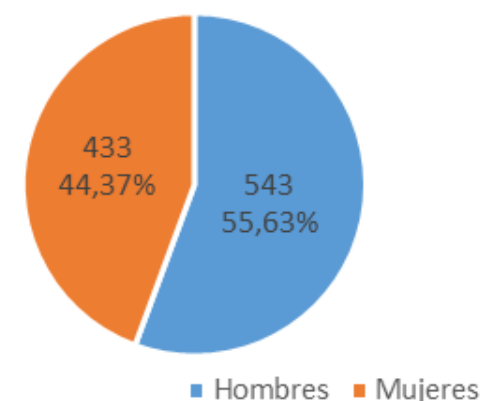


Figura 1. Distribución de casos según el sexo en el Hospital Guasmo Sur 2020-2021

Los meses que hubo mayor cantidad de ingresos de pacientes corresponden a abril y mayo del 2021, distribuidos 86 pacientes en mes de abril y 78 pacientes en el mes de mayo del 2021 (figura 2). En relación a la mortalidad durante estos 21 meses, han fallecido 471 pacientes y corresponden al 48% de la población, de los cuales se distribuyen 59,02% sexo masculino y 40,98% sexo femenino. Los meses donde hubo mayor cantidad de fallecidos, fueron abril y mayo del 2021 (figura 3).

Con respecto a la ventilación mecánica invasiva aplicada a los pacientes, hubo un total de 622 pacientes que corresponden al 63% de los ingresos, dando un total de 5119 días de ventilación mecánica con un promedio de días ventilación de pacientes, 8,2 días. Obteniéndose una mortalidad de 71% de todos los pacientes ventilados. Un agravante a esta situación, fue el desabastecimiento mundial de estos medicamentos sedantes y relajantes musculares.

Finalmente, con el incentivo de la vacunación a nivel local, se observa que la tendencia actual es la disminución de los casos desde el mes de abril cuando empieza la campaña masiva de vacunación en el Ecuador. Sin embargo, existen ingresos a la terapia intensiva de pacientes vacunados desde el mes de junio, hasta la fecha (1 de diciembre del 2021) han ingresado 35 pacientes vacunados, con una mortalidad del 51%. De ese 51% la mitad han recibido 2 dosis de la vacuna, y de esos 4 pacientes han tenido el tiempo suficiente para generar anticuerpos.

La utilidad práctica de la experiencia generada durante estos 22 meses de pandemia nos deja como reflexión lo siguiente: en el camino se ha ido aprendiendo, creando conocimiento basado en experiencia, tanto la propia como la de los científicos y colegas a nivel mundial. La evidencia científica fugaz que ha ido creándose día a tras día, esto, más el pensamiento crítico de los profesionales médicos y enfermeros, se ha podido mejorar la atención y sobrevida de estos pacientes. Algo quizás que debería resaltarse durante experiencia es que mientras más medicamentos recibía el paciente menos posibilidad tenía de sobrevivir. Con el manejo del soporte vital básico, y el descubrimiento de la acción de un medicamento sobre la respuesta inflamatoria desregulada como la Dexametasona, se han logrado acortar los días de estancia hospitalaria, ventilación mecánica y se han logrado aumentar el número de egresos vivos de los pacientes.

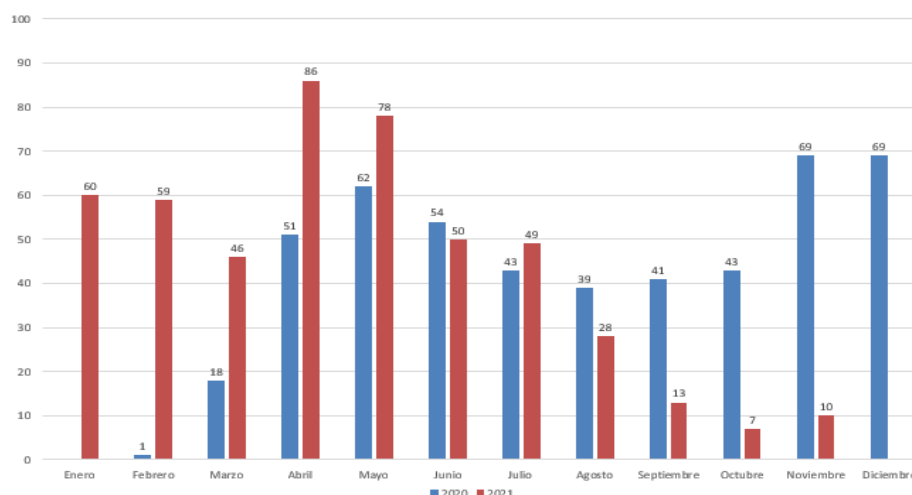


Figura 2. Ingresos por mes al área de Medicina Critica durante el año 2020 al 2021

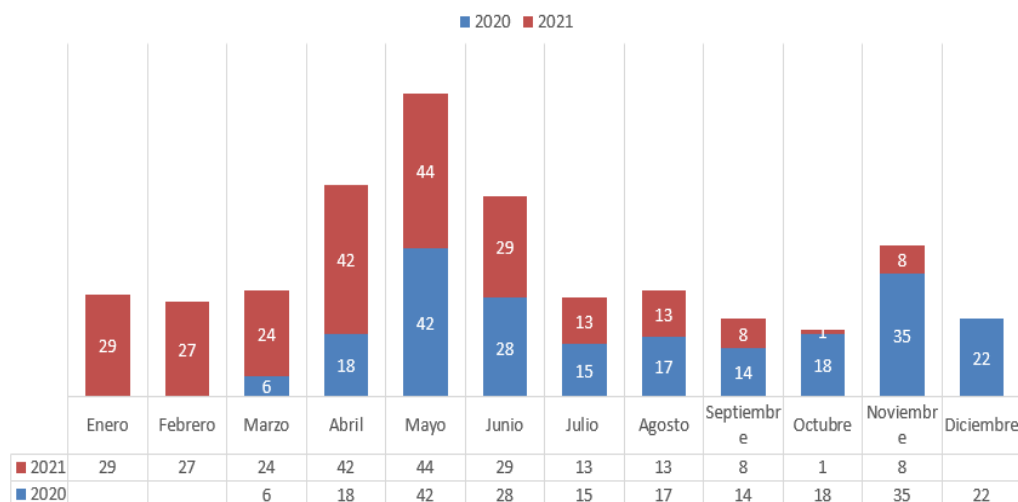


Figura 3. Mortalidad por mes en el área de medicina critica

Ha sido fundamental durante todo este tiempo una interrelación con profesionales de diversas áreas entre ellos: enfermería, médicos infectólogos, médicos neumólogos, servicios de terapia física y rehabilitación, servicios de nutrición, y los terapeutas respiratorios. Se ha logrado hacer un equipo multidisciplinario que vela por el bienestar del paciente, no solo en la parte física, sino psicología y de humanización durante estos tiempos de crisis, de aislamiento, y soledad, miedos e incertidumbres y aunque no lo parezca se ha fortalecido el nexo profesional de la salud-paciente.

Impacto del desafío sanitario en el personal de salud

Ante el accionar para mitigar los efectos de la crisis sanitaria por SARS COV 2, en el personal de salud, se genera el miedo como sentimiento principal, relacionado con la incertidumbre de vivir una experiencia totalmente inédita como lo señalan Antón-Hurtado & Román-López (2021), similarmente lo señalan Cutler *et al.*, (2013); Romero *et al.*, (2013); Chamorro & Romera, (2015) y Alonso-Ovies & Heras La Calle, (2016); en contraparte a la satisfacción del paciente por los cuidados médicos asistenciales recibidos. No obstante, Dolor y miedo siguen siendo de los recuerdos más frecuentes que refieren los pacientes tras su ingreso en UCI. Por otra parte, Sojo, (2020) la incertidumbre de los riesgos que atañen a la salud, en un momento en el que se requiere incrementar la atención sanitaria, y prever un aumento de sus costos y duración, provee un argumento firme en favor de la solidaridad, toda vez que los sectores de mayores ingresos pueden enfrentar gastos catastróficos. Por tanto, ante la fragilidad compartida de la naturaleza humana, hay un fundamento para defender la universalidad y la solidaridad vinculadas al aseguramiento de la salud (Sojo, 2017: 152). La pandemia ha desvelado crudamente las externalidades socioeconómicas de un mundo que no se había preparado para gobernar y coordinar una respuesta exitosa frente a los riesgos pandémicos que, no obstante, habían sido taxativamente pronosticados.

El miedo a lo desconocido inherente a la especie humana, se transforma en pánico ante esta enfermedad provocando emociones, sentimientos, vivencias exacerbadas, y la inseguridad y desconfianza en que el sistema sanitario pueda afrontar o no este reto. La enfermedad supone para ellos una amenaza al no tener el control de la situación y la incertidumbre que acarrea la misma (Barbero 2004; Rodríguez & Zurriaga 1997; Cutler *et al.*, 2013), pone en jaque sus vidas, sus rutinas, o incluso su forma de ver la vida y las perspectivas de futuro, generando, en ocasiones, ansiedad (Simini 1999). Por otra parte, es esencial que los trabajadores de la salud usen equipos de protección personal (EPP) durante la pandemia de COVID-19, pero también es esencial coordinar la cadena de suministro para estos insumos, implementar estrategias que minimicen la necesidad de EPP y garantizar un uso adecuado (Soares *et al.*, 2020).

La situación en los hospitales es compleja. No solo existe incertidumbre e intensa presión en los servicios de triaje, sino que aparece el agotamiento físico y mental, el tormento de las decisiones difíciles y el dolor de perder pacientes y colegas, todo esto además del riesgo de infección; antes de la pandemia, como lo manifestó Torres-Contreras, (2013) el estilo de liderazgo predominante en las enfermeras de hospitalización es guiar y en las enfermeras de cuidados intensivos es participativo, lo que favorece la vivencia y autocuidado del personal.

Cuando los pacientes llegan, un equipo de enfermeras y enfermeros les pregunta por su historial médico y controla nuevamente los signos vitales y la temperatura. Luego, se remiten para hacerles la prueba del coronavirus y para ello se obtiene una muestra del interior de las fosas nasales, pueden hacerse también las pruebas de influenza y de faringitis estreptocócica y, si es necesario, se realiza una radiografía del tórax. Finalmente, los pacientes pasan al área donde les examinan enfermeros de práctica avanzada como nosotros; antes de prestarles atención de salud debemos prepararnos cuidadosamente. No obstante, Minchala Urgilés & Estrella González, (2020) es fundamental la expresión de sentimientos y emociones, se hace necesario incorporar teorías comunicacionales en la relación transpersonal, donde los estudios revelan que los usuarios valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención.

Conflicto de intereses

Ninguno que declarar.

Agradecimientos

A nuestras Instituciones Universidad de Especialidades Espíritu Santo y Universidad de Guayaquil.

Referencias

- Alonso-Ovies, Á., & Heras La Calle, G. (2016). ICU: a branch of hell?. *Intensive care medicine*, 42 (4), 591–592. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4023-7>
- Antón-Hurtado, F., & Román-López, M (2021). Análisis antropológico de las vivencias del paciente Covid-19 en UCI: del miedo a la gratitud. *Cultura de los Cuidados*, 25:(2). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.esp2.03>
- Chamorro, C., y Romera, M. A. (2015). Dolor y miedo en la UCI. *Medicina intensiva*, 39 (7), 442-444. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.05.005>
- GPMB. (2019). A World at Risk. Annual report on global preparedness for health emergencies, Ginebra, World Health Organisation. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GPMB_annualreport_2019.pdf (Acceso septiembre 2020).

- Minchala Urgilés, R.E. & Estrella González M. (2020). Vivencias y emociones del personal de Enfermería con pacientes Covid-19. Cuenca – Ecuador, 2020. Ocronos. 3(1). Disponible en: <https://revistamedica.com/vivencias-emociones-enfermeria-covid-19/> (Acceso octubre 2020).
- Real Academia Española © Pérez Cuevas, R. & Doubova, S. (2020). Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/> (Acceso octubre 2021).
- Real Academia Española. (2021). Pandemonium. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed. Disponible en: <https://dle.rae.es> (Acceso octubre 2021).
- Romero García, M., De la Cueva Ariza, L., Jover Sancho, C., Delgado Hito, P., Acosta Mejuto, B., & Sola Sole, N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Enfermería Intensiva, 24(2), 51-56. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/ibc-113723> (Acceso septiembre 2020).
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V. A., Bennett, K. M., Hyland, P., Karatzias, T., & Bentall, R. P. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. BJPsych Open, 6(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>
- Soares, S. S. S., Souza, N. V. D. de O., Silva, K. G., César, M. P., Souto, J. da S. S., & Leite, J. C. R. de A. P. (2020). Covid-19 pandemic and rational use of personal protective equipment. Rev. Enferm. UERJ, e50360-e50360. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50360>
- Sojo, A. (2017). “Protección social en América Latina. La desigualdad en el banquillo”, *Libros de la CEPAL* n° 143, Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41105-proteccionsocial-america-latina-la-desigualdad-banquillo> (Acceso septiembre 2020).
- Sojo, A. (2020). Pandemia y/o pandemónium. Encrucijadas de la salud pública latinoamericana en un mundo global. Fundación Carolina Disponible en: <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=5304> (Acceso septiembre 2020).
- Torres-Contreras, C. C. (2013). Liderazgo situacional en enfermeras de una institución de salud de Bucaramanga (Colombia). Enfermería Clínica, 23(4), 140-147. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.04.004>