

Experiencia de un hospital de campaña para la COVID-19

Experience in a field hospital for COVID-19

Alejandro Guzmán Cabrera¹ <https://orcid.org/0000-0002-7670-4271>

Gilberto Cairo Sáez² <https://orcid.org/0000-0002-4019-3252>

Patricia Álvarez Salcerio¹ <https://orcid.org/0000-0003-0064-5397>

¹Policlínico Universitario Marta Abreu. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: cabrera9121@gmail.com

Recibido: 1/09/2021

Aprobado: 9/11/2021

Señor Editor:

Cuando el oftalmólogo Li Wenliang prendió las alarmas por primera vez en Wuhan, China,⁽¹⁾ nadie imaginó la magnitud que iba a alcanzar la epidemia provocada por el SARS-Cov2. Cuba informó, oficialmente, los primeros casos el 11 de marzo de 2020, y desde entonces se ha librado una batalla épica signada por la crisis económica y el recrudecimiento del bloqueo de Estados Unidos. Gracias a ingentes esfuerzos se logró mantener un relativo control de la pandemia que permitió que los

hospitales no colapsaran, como en muchos otros países, incluso algunos muy desarrollados, pero a partir de junio de 2021 comenzó una ola pandémica que obligó al país a tomar medidas emergentes que implicaron la apertura de hospitales de campaña. En el Policlínico Universitario «Marta Abreu» se abrió el hospital de campaña, del mismo nombre, para pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 de moderado o alto riesgo. En este artículo se describe la organización de este hospital, los resultados obtenidos, y sobre todo, el desempeño de los médicos recién graduados, residentes y especialistas en Medicina General Integral (MGI).

El equipo asistencial del hospital estuvo compuesto por: 10 médicos recién graduados, 10 residentes, y siete especialistas en MGI incluido el director, una especialista en Estomatología General Integral, 17 enfermeras y enfermeros, personal de Farmacia (siete), personal de Laboratorio (seis) y personal de Radiología (cuatro). La Dirección Provincial de Salud (DPS) le situó una asesoría al director, y después de los primeros 15 días, se incorporó un especialista en Medicina Interna.

El hospital funcionó durante 68 días, en el período del 8 de agosto al 16 de octubre, con un promedio de 56 camas reales, servicio de Laboratorio 24 horas y de Radiología 12 horas. Se implementó un sistema de trabajo de 24 horas de trabajo por 72 de descanso. Se aplicó el protocolo para el tratamiento de la COVID-19 del Ministerio de Salud Pública,⁽²⁾ pero se tuvo en cuenta la fisiopatología de la enfermedad, las investigaciones sobre los medicamentos recomendados, y la oportunidad en la prescripción de estos últimos. A todos los ingresados se les realizó radiografía de tórax, hemograma y creatinina; el resto de los estudios fueron indicados en dependencia de la clínica del paciente. Se organizó una entrega de guardia en la que se revisaban los parámetros clínicos de cada paciente, y se hacía énfasis en el leucograma, la creatinina (sobre todo en los mayores de 60 años), y la oximetría de pulso.

El hospital admitió 437 pacientes, 388 sospechosos y 49 confirmados de COVID-19, egresaron vivos 367, fallecidos 35 y se trasladaron 35 pacientes: 16 por



requerimiento de cuidados intensivos y 19 por otras razones. La mortalidad bruta fue de 8,0 y la neta 5,3, con un promedio de estadía (PE) de 4,1 días.

El análisis de las estadísticas por períodos de 10 días a partir de que comenzaron los egresos fue el siguiente: del 22 al 31 de agosto egresaron 88 pacientes (PE=4,8), de ellos, 13 informados de graves o críticos (14,7 %), de los cuales 12 fallecieron, con una mortalidad neta de 13,6 % y bruta de 5,6 % (no se pudo trasladar ningún paciente por no existir capacidades), se recuperó un paciente (7,6 %). En el período del 1 al 10 de septiembre egresaron 97 pacientes (PE=4,0), 16 informados de graves o críticos (16,4 %), de ellos 11 fallecidos, un trasladado (6,3 %) y cuatro recuperados (25 %), la mortalidad bruta fue de 11,3 % y la neta de 6,1 %. En el período del 11 al 20 de septiembre egresaron 82 pacientes (PE=3,4), 11 informados de graves o críticos (23,2 %), siete fallecidos, cinco trasladados (26,3%) y cuatro recuperados (36,3 %), la mortalidad bruta fue de 7,3 % y la neta de 4,8 %. En el período del 21 al 30 de septiembre egresaron 95 pacientes (PE=3,4), 19 informados de graves o críticos (23,2 %), cinco fallecidos, cuatro trasladados (21 %) y ocho recuperados (36,4 %), la mortalidad bruta fue de 5,3 % y la neta de 4,2 %; finalmente, los últimos 16 días que funcionó el hospital se analizaron como una decena, ya que los últimos siete días se dedicaron a evacuar el hospital y no se recibieron ingresos. En dicho tiempo egresaron 75 pacientes (PE=5,8), 21 informados de graves o críticos (28 %), no hubo fallecidos, se trasladaron 12 de los pacientes, que en algún momento se informaron graves o críticos, pero solo seis se mantenían graves en el momento del traslado (28,5 %) –los otros 6 traslados se debieron a la evacuación del hospital– y 15 recuperados (71,4 %), la mortalidad fue cero.

Se observó una mejoría progresiva de los indicadores hospitalarios que amerita una reflexión sobre los factores que permitieron esos resultados, a pesar de las dificultades con el suministro de oxígeno medicinal (el cual fue crítico, sobre todo en la última quincena de agosto y primera semana de septiembre) y con la disponibilidad de medicamentos, se admitieron progresivamente un mayor número de pacientes con criterios de gravedad.



La organización del trabajo y la sistematización de la conducta médica fue la clave principal, esto permitió que los médicos, casi todos con poca experiencia, se adiestraran en la atención al paciente con COVID-19, y sobre todo en el uso oportuno de la terapéutica apropiada; para esto se utilizó el espacio de la entrega de guardia, en la que participaba el asesor designado por la DPS. Si bien el análisis detallado de los casos implicó un consumo de tiempo importante, este se redujo de más de dos horas a menos de una hora como promedio; a esto contribuyó un grupo de Whatsapp en el que se actualizaba todas las mañanas, antes de las 8:00 a.m., una tabla confeccionada en Excel 2013 con la información de los pacientes, lo que facilitó a todos verlos durante la discusión. Durante esa actividad también se revisaron los expedientes clínicos, los resultados de laboratorio, oximetría de pulso y las radiografías de los ingresados el día anterior para garantizar la pertinencia del tratamiento.

Se organizó un pase de visita diario dirigido por un especialista en Medicina Interna que contribuyó al entrenamiento a los médicos en la toma de decisiones; se evolucionaron los pacientes graves de tres a cuatro veces diariamente y se mantuvo permanentemente un médico y una enfermera en la sala. Se creó un paquete de emergencia y otro con los medicamentos del protocolo para evitar la demora en el inicio del tratamiento a los pacientes graves.

Otro factor importante fue la mejoría progresiva en la disponibilidad de medicamentos, pues a partir de septiembre mejoró el suministro de antibióticos, y a partir del día 20 de septiembre se comenzó a recibir Jusvinza, monoclonales y heparina en el hospital. Se utilizaron antibióticos solo en pacientes con evidencias de sepsis bacteriana y esteroides solo cuando hubo signos de inflamación, guiados por el leucograma y la saturación de oxígeno, ya que otros marcadores de inflamación no estaban disponibles. Se hizo un uso racional del oxígeno limitando el uso a 5 Lx' cuando se utilizaba catéter nasal y 10 Lx' con el uso de máscara, además para requerimientos inferiores a 5 Lx' se utilizaron concentradores.

Por último, las medidas tomadas por la DPS incrementaron la disponibilidad de camas en las salas de terapia intensiva, lo que permitió trasladar oportunamente un



mayor número de pacientes críticos, sobre todo con requerimiento de ventilación mecánica.

Puede existir un margen de mejora en la actuación que aquí se describe, pero los resultados del hospital de campaña demuestran que la capacidad de los médicos generales integrales supera los trámites burocráticos y las pesquisas. Debería tenerse en cuenta que es más importante entrenarlos que limitarlos con medidas administrativas. El análisis científico da mejores resultados que la aplicación esquemática de los protocolos y la organización del trabajo es fundamental para lograr eficiencia en la asistencia.

Comunicar esta experiencia podría tener utilidad para futuras epidemias o para el trabajo de los médicos cubanos en el extranjero en situaciones similares. Sirva esta carta además, para reconocer la dedicación y el admirable trabajo del equipo de médicos –recién graduados, especialistas y residentes en MGI–, personal de Enfermería y todos los que integraron el equipo de este hospital que llegó a tener una mortalidad de cero a pesar de no contar con Unidad de Terapia Intensiva, y de admitir más de un 15 % de pacientes graves o críticos, de los cuales logró recuperar casi la mitad con un mínimo de recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Green A. Obituary. Li Wenliang. Lancet. 2020 Mar. 14-20;395(10227):870.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Actuación Nacional para la Covid-19. Versión 1.7. La Habana: MINSAP; 2021.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

