



## EDITORIAL

# Pandemia COVID-19: y ahora ¿qué?

## COVID-19 pandemic: Now what?

J.J. Mira



*Universidad Miguel Hernández, Departamento de Salud Alicante-Sant Joan D'Alacant, Editor de Journal of Healthcare Quality Research*

Recibido el 6 de abril de 2020; aceptado el 8 de abril de 2020  
Disponible en Internet el 15 de abril de 2020

No me había percatado hasta ahora de las sutiles diferencias entre toser y estornudar. En estos días, toser te pone en una incómoda situación y te ves obligado a dar una rápida explicación de por qué has tosido. Estornudar, en cambio, es más aceptable.

### ¿Qué nos ha pasado?

La Organización Mundial de la Salud, a partir de la información proporcionada por el gobierno chino, identificó un primer caso de infección por coronavirus SARS-CoV-2<sup>1,2</sup> el 8 de diciembre de 2019. Otras fuentes, identifican al paciente 0, el 17 de noviembre de 2019. Se trataría de un varón de 55 años, natural de Wuhan (provincia de Hubei, China).

En este país, el 23 de enero de 2020, se tomó la decisión de aislar a la población de Wuhan para contener la propagación del virus<sup>3</sup>. El 29 de enero se decretó el confinamiento de la población de todas las ciudades de la provincia de Hubei.

La Organización Mundial de la Salud elevó, el pasado 11 de marzo de 2020, la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el SARS-CoV-2 a pandemia internacional, una vez que la extensión, en numerosos países, hacía imprescindible una respuesta conjunta. Los datos hacían presagiar lo peor. La tasa de reproductibilidad (R0) del SARS-CoV-2 estimada en el 3<sup>4</sup> pasa, en entornos cerrados como es el ambiente laboral, al 11<sup>5</sup>. El 5% de los pacientes con COVID-19 siguen un curso crítico y la mortalidad en pacientes de más de 50 se duplica en cada tramo de 10 años<sup>6</sup>.

En Italia, habían saltado las alarmas unos días antes al contabilizar, en Lodi y Véneto, un total de 473 fallecidos por COVID-19. El 23 de febrero de 2020 se decidió, en aquel país, confinar esas poblaciones. Esta medida se extendería, a partir del 8 de marzo, a la Lombardía y, tres días después, en el conjunto del país, se decretó un confinamiento del conjunto de la población en sus hogares. Curiosamente, fue en Venecia, en 1127, cuando se ideó el aislamiento de la población para evitar la propagación de enfermedades infecciosas, en este caso, para combatir la peste.

En España, el 12 de marzo, la Generalitat de Cataluña declaró el confinamiento de Igualada. Ese mismo día, espontáneamente se inició en redes sociales, por parte del personal de varias instituciones sanitarias, la campaña #QuedateEnCasa, invitando a la población a permanecer en sus hogares como forma de contribuir al esfuerzo que ya se estaba haciendo en esos centros sanitarios para combatir al SARS-CoV-2 (COVID-19).

El 17 de marzo de 2020, se inició un período de confinamiento del conjunto de la población española aprobado, tres días antes, en un Consejo de Ministros extraordinario (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19). Con posterioridad, otros países europeos y de otros continentes han adoptado medidas similares ante el evidente avance de la pandemia.

La tasa de contagio y la letalidad han sido muy diferentes entre los países. Estas diferencias, responden, por un lado, a la respuesta de cada país ante la pandemia. Pero por otro, a patrones de poblaciones diferentes y a la variabilidad en la forma de aportar los datos. Hasta el 3 de abril de 2020<sup>7</sup>, la lista de países con mayor letalidad entre pacientes con

Correo electrónico: [jose.mira@umh.es](mailto:jose.mira@umh.es)

diagnóstico de COVID-19 la encabezaban Italia (12,3%), Francia (10%) y España (9,4%). Las menores tasas se encontraban en Australia (0,5%), Israel (0,5%) y Corea del Sur (1,7%).

El primer fallecimiento por COVID-19 en España se produjo el 13 de febrero. En mes y medio, el número de fallecidos superó el umbral de las 11.000 personas. Numerosas familias han perdido a seres queridos en circunstancias que nunca hubieran imaginado. Se han producido más de 12.000 nuevos casos de COVID-19 entre profesionales sanitarios (alrededor del 15% del total de casos confirmados). Nuestra sociedad ha sufrido un tremendo zarpazo de consecuencias impredecibles. Particularmente, nuestro sistema de salud ha tenido que afrontar la situación más grave que hayamos conocido en los últimos 80 años.

Entre otros retos, los profesionales de los centros sanitarios (también los mandos intermedios y directivos) se han encontrado con: cambios constantes de planes e instrucciones; escasez de material para evitar los contagios donde menos debieran producirse, los centros sanitarios; una notable reducción del número de efectivos por exposiciones de riesgo o por contagios por SARS-CoV-2 que no deberían haber ocurrido; sentimientos amargos al ver morir en soledad a sus pacientes; miedo a contagiar a la familia o a las personas de su entorno cercano. En algunos casos, han perdido a compañeros de trabajo que se han sumado a la lista de fallecidos. Los profesionales se han visto desbordados por la carga física y emocional que han tenido que soportar y, en algunos hospitales de grandes capitales, han debido tomar decisiones reservadas a situaciones de grandes catástrofes con un alto componente de conflicto moral. Estos retos no son diferentes a los recogidos en la literatura<sup>8-10</sup> a partir de los recientes estudios sobre la vivencia de los profesionales hospitalarios con motivo de la atención, en China, a pacientes con COVID-19.

Es previsible que esta sobrecarga emocional sin precedentes produzca, entre los profesionales sanitarios (segundas víctimas), reacciones y síntomas afectivos y de ansiedad, incluido estrés postraumático, en los 6 meses posteriores a la superación de la actual crisis sanitaria. Se estima que entre el 10 y 15% de las plantillas de los servicios críticos (Cuidados Críticos y Reanimación, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas), con mayor prevalencia en enfermería, podrían verse afectados en alguna medida<sup>11</sup>.

Además, la suspensión de toda actividad asistencial no preferente o urgente durante este período excepcional, supone que estos profesionales no van a tener otra que afrontar toda esta demanda de atención sanitaria, la gestión de las nuevas listas de espera y responder a las nuevas patologías derivadas del período de confinamiento obligatorio<sup>12</sup>.

La solución de pulsar el botón de «reset» para volver a poner en marcha el entramado de nuestro sistema público de salud como si nada hubiera ocurrido, no va a funcionar. Es demasiado ingenua.

Quien crea que la vida, al día siguiente de la pandemia, será igual que antes, sencillamente, no ha estado estos días ni en España, ni en el mundo. Seguirá existiendo por un tiempo miedo entre la población a un posible contagio y, por ejemplo, quien tosa es posible que siga sufriendo las miradas asustadas de la gente de su alrededor y experimente aislamiento social. Son muchas las personas que necesitarán «curar las heridas» y, particularmente, el conjunto de

profesionales del sector salud necesitarán esa recuperación, aunque no podrán retirarse a retaguardia a recuperarse ni física, ni anímicamente, por la ingente labor que todavía quedará por hacer.

En toda crisis encontramos tres fases: preparación ante lo que se avecina, fase crítica caracterizada por la sucesiva precipitación de acontecimientos y un cierto nivel de caos y, por último, la poscrisis. La respuesta a las dos primeras fases ya la conocemos. La poscrisis está por gestionar. Limitar el impacto en el tiempo de las consecuencias de esta crisis requiere actuar cuanto antes, para no dejar a nadie más atrás.

La planificación de la poscrisis en lo referente al Sistema Público de Salud, para lograr una vuelta ordenada a la normalidad, debería prestar atención, entre otros temas, a las medidas para:

- Reflexionar. Llevamos unos meses en los que tal actividad ha sido imposible. Consumidos por las prioridades del día a día y la gravedad de la situación clínica y social, conjugar este verbo ha sido difícil si no imposible pero no debemos dejar que el azar decida el resultado.
- Empatizar con quien más ha sufrido la pandemia: quienes han fallecido y sus familiares. Facilitar el duelo a las familias que no pudieron despedirse de sus seres queridos y proporcionarles el apoyo adecuado es un requisito ineludible.
- Normalizar el regreso a la actividad asistencial, lo que supondrá atender a las nuevas listas de espera dada la suspensión de toda actividad no preferente o urgente durante el período de confinamiento.
- Identificar aquellos cambios organizativos, o en los procedimientos, que conviene ahora mantener (lecciones aprendidas).
- Atender las nuevas demandas asistenciales derivadas del período de confinamiento, buscando nuevas fórmulas distintas a la atención individualizada.
- Prácticas de alto valor (*Right Care*). El consumo de recursos durante estos meses ha sido probablemente necesario y justificado. Cuando finalice la crisis, el sistema estará endeudado y la sociedad, además de su reconocimiento por la actividad realizada, exigirá un uso eficiente y sostenible de los recursos disponibles. Redistribuir y racionalizar los recursos económicos para afrontar los costes sobrevenidos será, sin duda, imprescindible. Ha llegado el momento de dejar de hacer aquello que no aporta valor.
- Reconocer. El esfuerzo de los profesionales sanitarios ha sido clave a lo largo de toda la crisis. Su esfuerzo colectivo ha sido máximo, algunos lo han pagado con sus vidas y otros han sufrido daños físicos y emocionales, muchas veces difíciles de reparar. Ayudar a la recuperación anímica del personal, evitar desafecto y burnout con el sistema sanitario y su institución y, específicamente, prestar atención a las reacciones adaptativas, afectivas o de estrés postraumático que puedan aparecer es una tarea ineludible<sup>13</sup>.
- Reconocer y aplaudir la labor del personal contratado de urgencia y que, en algunos casos, como los MIR, deben ahora recuperar su formación.
- Innovar. La situación vivida ha cuestionado cuando no tirado por tierra muchas exigencias y autoexigencias

de normativas, estándares, requisitos... recuperarlas y establecer nuevas métricas en calidad y seguridad de pacientes será imprescindible en la poscrisis.

- Afrontar el incremento del número de litigios iniciados tanto por pacientes, como por profesionales, afectados por SARS-CoV-2 (COVID-19).

No debemos olvidar que nuestra razón de ser son los pacientes. Aliviar, cuidar, prevenir, diagnosticar y tratar es nuestra misión. Preparar la organización (hospitales, centros de salud, etc.) para recuperar la normalidad no es una opción, sino una actividad obligada. El día después llegará y no se debería, entonces, recurrir de nuevo a la improvisación.

## Bibliografía

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497–506.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Xingwang Li, Yang B, Song J, et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382:727–33.
3. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*. 2020;395:470–3.
4. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health*. 2020;8(4):e488–96.
5. Revisiones Cochrane. ¿Cuál es la dinámica de un brote de la COVID-19? La experiencia del crucero Diamond Princess. 30 de marzo de 2020. [consultado 01 Abr 2020]. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es/%C2%BFcu%C3%A1-es-la-din%C3%A1mica-de-un-brote-de-la-covid-19-la-experiencia-del-crucero-diamond-princess>.
6. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;295:P1054–62.
7. Universidad John Hopkins. Mapa interactivo de casos de coronavirus. [consultado 01 Abr 2020] Disponible en: <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.
8. Liu C Y, Yang Y Z, Zhang X M, Xu X, Dou Q L, Zhang W. The prevalence and influencing factors for anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *medRxiv*. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20032003>.
9. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on health-care workers in China. [consultado 01 Abr 2020] Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20030874v1>.
10. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020;3(3):e203976.
11. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020:19–20.
12. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg Net al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912–20.
13. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. (n.d.). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*. 2020:1–6 [consultado 01 Abr 2020] Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>.