

Journal Pre-proof

El reto de una UCI en un recinto ferial

Alberto Hernández-Tejedor Armando José Munayco Sánchez Aida
Suárez Barrientos Ignacio Pujol Varela



PII: S0210-5691(20)30115-7

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.medin.2020.04.008>

Reference: MEDIN 1499

To appear in: *Medicina intensiva*

Received Date: 15 April 2020

Please cite this article as: Hernández-Tejedor A, Sánchez AJM, Barrientos AS, Varela IP, El reto de una UCI en un recinto ferial, *Medicina intensiva* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.008>

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.

CARTA AL EDITOR

El reto de una UCI en un recinto ferial

The challenge of an ICU in a fairground

Alberto Hernández-Tejedor

Médico intensivista

Departamento de Operaciones, SAMUR-Protección Civil, Madrid, España

Hospital COVID-19 IFEMA, Madrid, España

ORCID 0000-0003-1022-9901

(es el autor para correspondencia)

Armando José Munayco Sánchez

Médico de Urgencias y Emergencias en Operaciones

Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue de Madrid, Base Aérea de

Torrejón de Ardoz, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

Hospital COVID-19 IFEMA, Madrid, España

Aida Suárez Barrientos

Médico cardióloga

Servicio de Cardiología, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España

Hospital COVID-19 IFEMA, Madrid, España

Ignacio Pujol Varela

Médico intensivista

Dirección Médica, Europ Assistance, Madrid, España

Hospital COVID-19 IFEMA, Madrid, España

La pandemia de SARS-CoV-2, causante de la COVID-19 (1), supone un reto sanitario y en otros ámbitos. El rápido incremento de casos que requieren asistencia, hospitalización y cuidados intensivos ha motivado la puesta en marcha de planes de contingencia (2) sin parangón en la historia de la Medicina Intensiva en nuestro entorno; así, se ha multiplicado el número de camas de UCI en los hospitales adaptando numerosos espacios. Ante esta excepcional situación, en Madrid se han habilitado 2 pabellones de un recinto ferial como hospital monográfico con 1250 camas y una UCI de 16 camas ampliables, el "Hospital COVID-19 IFEMA". En apenas 24 horas, el 22 de marzo, se puso en marcha un dispositivo provisional en otro de los pabellones para desahogo urgente de los hospitales, a la vez que se organizaba la sectorización, logística, informática, farmacia, laboratorio, canalización de gases medicinales, etc. del hospital "definitivo", que empezó a recibir pacientes cuatro días después.

Si la puesta marcha en tan breve tiempo de un hospital de estas dimensiones ha supuesto un reto, la selección inicial de pacientes con necesidad de ingreso pero menor nivel de gravedad y sin pluripatología permitió que la asistencia se llevara a cabo con buenos resultados. Sin embargo, el aumento progresivo de la complejidad y el hecho inevitable de que un porcentaje de pacientes evolucione a mayores niveles de gravedad hace necesario disponer también de los recursos de una UCI, abierta cinco días después.

Los requerimientos de una UCI en cuanto a infraestructura y servicios centrales son mucho más complejos que para la hospitalización convencional. El personal de la UCI debe trabajar con unos criterios y protocolos uniformes más allá del protocolo general para la COVID-19. Cuestiones tan cotidianas en una UCI como las perfusiones estándar, un protocolo de nutrición artificial, la sistemática de pruebas complementarias, los procedimientos de prevención de infecciones nosocomiales, los proyectos Zero (3,4), etc. tienen que estar definidas para que los pacientes críticos sean atendidos en condiciones de seguridad. Con esta premisa, la opción de crear o ampliar una UCI en una infraestructura anexa a un gran hospital aporta numerosas ventajas. Por otra parte, disponer de una UCI con personal experto *in situ* en este centro de 1250 camas, aunque implica una dificultad mayor, permite tener intensivistas de presencia y evita traslados secundarios de pacientes graves.

La dotación material inicial de la UCI la realizó la Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue de Madrid (UMAAD Madrid) del Ejército del Aire, complementada con deslocalizaciones y donaciones de equipos (respiradores, monitores, máquinas de anestesia, hemofiltro, etc.). La multiplicidad de aparatos diferentes exige una dedicación especial del equipo asistencial que se supera con horas de entrenamiento y rondas de seguridad adaptadas (5).

La sobrecarga de los servicios de Medicina Intensiva de los hospitales hacía imposible una dotación de personal basada por completo en intensivistas. Dos intensivistas se dedican a esta UCI a tiempo completo y forman equipo con otros intensivistas a tiempo parcial, anestesistas y cardiólogos con un sistema de guardias mixtas. El personal de enfermería es mayoritariamente voluntario y con experiencia en UCI y también apoyado por enfermeras sin esa experiencia en un sistema de turnos mixtos, así como por enfermería militar y personal de tropa de la misma UMAAD Madrid integrada en la plantilla.

Se dispone de análisis sanguíneo a pie de cama y para el resto de análisis y microbiología se envían las muestras al Hospital Universitario La Paz (a 8 km) con un sistema de transporte periódico concertado. Asimismo, contamos con un ecógrafo y un servicio de Radiodiagnóstico con radiología simple y TC.

El desempeño en este escenario requiere una importante capacidad de adaptación y trabajo en equipo pero ha supuesto una oportunidad de tratamiento inestimable a decenas de pacientes.

REFERENCIAS

(1) Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Accesible en:

<https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (consultado el 15 de abril de 2020).

(2) Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega Á, Catalán González M, de Haro López C, Díaz Santos E, Escriba Barcena A, Frade Mera MJ, Igeño Cano JC, Martín Delgado MC, Martínez Estalella G, Raimondi N, Roca i Gas O, Rodríguez Oviedo A, Romero San Pío E, Trenado Álvarez J, Raurell M, Junta directiva de la SEMICYUC, Junta directiva de la SEEIUC. Plan de contingencia para los

servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva* 2020. doi:10.1016/j.medin.2020.03.006 (en prensa).

(3) Palomar M, Álvarez-Lerma F, Riera A, Díaz MT, Torres F, Agra Y, et al; Bacteremia Zero Working Group. Impact of a national multimodal intervention to prevent catheter-related bloodstream infection in the ICU: the Spanish experience. *Crit Care Med*. 2013;41:2364–72.

(4) Álvarez-Lerma F, Palomar-Martínez M, Sánchez-García M, Martínez-Alonso M, Álvarez-Rodríguez J, Lorente L, et al. Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: The Multimodal Approach of the Spanish ICU "Pneumonia Zero" Program. *Crit Care Med*. 2018;46(2):181–8.

(5) Bodí M, Oliva I, Martín MC, Sirgo G. Análisis aleatorios de seguridad en tiempo real, una herramienta transformadora adaptada a los nuevos tiempos. *Med Intensiva* 2017;41:368–76.

Journal Pre-proof