

(EfCCNa) Research Awards del 2018 y la 3a edición del premio de investigación Hospital Puerta de Hierro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med.* 2017;43:304–77, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>.
2. Finfer S, Wernerman J, Preiser JC, Cass T, Desai T, Hovorka R, et al. Clinical review: Consensus recommendations on measurement of blood glucose and reporting glycemic control in critically ill adults. *Crit Care.* 2013;17:229, <http://dx.doi.org/10.1186/cc12537>.
3. Eerdekens GJ, Rex S, Mesotten D. Accuracy of Blood Glucose Measurement and Blood Glucose Targets. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14:553–9, <http://dx.doi.org/10.1177/1932296820905581>.

4. García Del Moral-Martín R, Cobos-Vargas A, Rodríguez-Delgado E, Colmenero M. Blood glucose monitoring in intensive care. Results of a survey. *Med Intensiva.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.09.006>. S0210-5691(20)30322-3.
5. Raurell-Torredà M, Del Llano-Serrano C, Almirall-Solsona D, Nicolás-Arfelis JM. Arterial catheter setup for glucose control in critically ill patients: a randomized controlled trial. *Am J Crit Care.* 2014;23:150–9, <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2014536>.

M. Raurell-Torredà<sup>a,\*</sup> y S. Arias-Rivera<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [martaraure@gmail.com](mailto:martaraure@gmail.com)  
(M. Raurell-Torredà).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.12.005>  
0210-5691/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

## La importancia de los planes de autoprotección en momentos de pandemia



### The importance of self-protection plans in times of pandemic

Sr. Director:

La actual situación de pandemia, generada por el SARS-CoV-2, ha condicionado que los equipos de dirección de los hospitales hayan tenido que transformar significativamente su gestión para dar cobertura a la demanda de pacientes que, en muchos casos, se ha parecido a la de situaciones de guerra.

En este contexto, los hospitales y las unidades de cuidados intensivos (UCI) han tenido que seguir atendiendo al resto de las enfermedades ordinarias, adaptando los servicios ofertados a la nueva realidad. Además, los riesgos en materia de seguridad y urgencias inherentes a un centro hospitalario se han visto incrementados por el desbordamiento al que han estado sometidos durante gran parte de la pandemia.

Han sido muchos los incidentes o catástrofes que han afectado a hospitales y a UCI, que han provocado su evacuación, parcial o total, y que han conllevado muertes de pacientes al no poder ser evacuados por la dificultad de su traslado, especialmente de los enfermos críticos, cuya complejidad y vulnerabilidad es mucho mayor. Esta realidad se complica con la aparición de la pandemia por covid-19, dado que a la extrema gravedad de los pacientes se le suma el problema de bioseguridad para el personal sanitario que los asiste, debido a que la alta

contagiosidad del virus exige medidas mucho más complejas para la evacuación<sup>1,2</sup>. Como ejemplo, baste mencionar que, coincidiendo con los peores momentos de la pandemia, se produjeron varios incendios en UCI de grandes hospitales, como el de San Petersburgo (mayo de 2020) y el de Rumanía (noviembre de 2020), que resultaron en la muerte de 5 pacientes en el primer caso y de 10 en el segundo, todos enfermos por la covid-19 que no pudieron ser evacuados.

Elaborar un plan de autoprotección que incluya un plan de evacuación, adecuadamente redactado, con base en la legislación, recogido en un documento físico aprobado por las autoridades competentes, difundido entre todos los trabajadores del centro y permanentemente actualizado es de obligado cumplimiento por los centros hospitalarios y las UCI, y es una medida altamente recomendada por organismos como la Organización Mundial de la Salud<sup>3</sup>.

En nuestra UCI disponemos, dentro del programa de autoprotección, de un sistema de clasificación o triaje para priorizar la evacuación, que efectúa el médico responsable de cada paciente a diario<sup>4</sup>. Para ello tenemos en cuenta, por un lado, la situación clínica y la necesidad de soporte vital y, por otro, el esfuerzo terapéutico que recibe y el tipo de aislamiento que precisa el paciente.

Ante una eventual evacuación, en situación de pandemia, el sistema de triaje tiene la función de priorizar el traslado de aquellos pacientes con más posibilidades de supervivencia, al precisar de un menor apoyo de soporte vital. Es muy importante hacer el triaje en condiciones normales de atención médica y no en situaciones de urgencia, pues de esta forma la evacuación se llevará a cabo de forma ordenada y sin imprevistos. En nuestra opinión, es una necesidad dentro de un sistema sanitario que gestione la calidad de su atención médica.

## Bibliografía

1. King MA, Niven AS, Beninati W, Fang R, Einav S, Rubinson L, et al. Task Force for Mass Critical Care; Task Force for Mass Critical Care Evacuation of the ICU: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146 4 Suppl:e44S–60S.
2. Christian MD, Devereaux AV, Dichter JR, Rubinson L, Kissoon N. Task Force for Mass Critical Care; Task Force for Mass Critical Care. Introduction and executive summary: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146 4 Suppl:8S–34S.
3. Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Santana-Cabrera L, Martín García JA, Campos SG, Carrasco de Miguel V. Grupo de Trabajo del Plan de Autoprotección para el Servicio de Medicina Intensiva: Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: ¿un nuevo indicador de calidad? *Med Intensiva*. 2010;34:198–202.
4. Santana-Cabrera L, Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Martín García JA, Carrasco de Miguel V. Sistema de triage [sic] de evacuación de pacientes críticos ante un eventual desastre. *Rev Calid Asist*. 2012;27:65–6.

D. González Romero\*, L. Santana Cabrera y J.C. Martín González

*Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [dgonrom@gmail.com](mailto:dgonrom@gmail.com)  
(D. González Romero).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.12.006>  
0210-5691/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

## Primera y segunda oleada de enfermedad por coronavirus-19: un estudio comparativo en pacientes hospitalizados en una UCI de un hospital universitario de tercer nivel



### First and second wave of coronavirus-19 disease: A comparative study in patients hospitalized in an ICU of a third-level university hospital

Sr. Editor:

Durante la primera oleada por SARS-CoV-2 se pudo comprender el curso de esta enfermedad previamente desconocida con sus propias especificidades, incluyendo un síndrome de distrés respiratorio agudo de una gravedad muy elevada y antes no conocida con la necesidad de sedación profunda y bloqueo neuromuscular, la realización de maniobras de decúbito prono, el mayor riesgo de eventos tromboticos, y la duración prolongada de la ventilación mecánica<sup>1</sup>. Los resultados de diferentes trabajos realizados durante este período han podido modificar las actitudes terapéuticas posteriores en pacientes con COVID-19 en estado crítico. En este sentido, parece probada la ineficacia de antivirales como el lopinavir y el ritonavir, al igual que la hidroxiclороquina<sup>2,3</sup>. Por su parte el remdesivir podría tener algún beneficio en la reducción de la duración de los síntomas en la enfermedad más leve, pero no parece alterar significativamente el curso de la enfermedad grave o reducir la mortalidad<sup>4</sup>. Más controvertidos son los resultados con el tocilizumab en términos de reducción de la mortalidad o la gravedad de la enfermedad por COVID-19<sup>5</sup>. Por otro lado, cuando hablamos del impacto que los corticoides pueden tener en la evolución de los enfermos con infección por SARS-CoV-2, el ensayo RECOVERY<sup>6</sup> es uno de los estudios más consistentes que podemos analizar.

Por lo tanto, parece razonable suponer que la experiencia adquirida durante la primera oleada, así como disponer de los resultados de la evaluación de diferentes tratamientos utilizados de forma experimental durante la primera oleada, puede haber contribuido a un manejo diferente de los pacientes COVID-19 en estado crítico admitidos durante la segunda ola y modificar el resultado clínico de los mismos.

De manera retrospectiva, registramos las características de todos los casos hospitalizados de infección por SARS-CoV-2 en la UCI de un hospital universitario de tercer nivel de España, ingresados entre el 15 de marzo y el 5 de diciembre de 2020. Todos los pacientes ingresados hasta el 7 de junio fueron considerados en la primera ola y todos los ingresados a partir del 21 de julio en la segunda ola. Se evaluó la edad, el sexo, las comorbilidades, datos de laboratorio, el soporte ventilatorio requerido y la medicación administrada (el uso de corticoides se registró como una variable binaria [Sí o No] si al menos los pacientes recibían 40 mg de metilprednisolona, o su equivalencia, durante un período de al menos 5 días con el fin de tratar la inflamación asociada con la neumonía viral), la estancia y la mortalidad a los 28 días.

Los datos se obtuvieron a través del registro de enfermos COVID del SMI, previa aceptación por el comité de ética de investigación local y la concesión del consentimiento de los pacientes/representante (escrito y/o telefónico).

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Los resultados se presentan en forma de porcentaje para las variables categóricas, y como media y desviación estándar para las variables cuantitativas continuas. La comparación entre grupos se llevó a cabo mediante el empleo del chi cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher para la comparación de proporciones, y mediante la t de Student para muestras independientes, con o sin corrección de Welch, para la comparación de medias.

Ingresaron un total de 254 enfermos en el período descrito. Fueron excluidos 28 pacientes en los que no se confirmó la presencia de SARS-CoV-2. Se analizaron