

## Editorial

## La pandemia COVID-19 y el cirujano cardiovascular en España: lecciones aprendidas



## COVID-19 pandemic and the cardiovascular surgeon in Spain. What we learned

Jacobo Silva Guisasola<sup>a,\*</sup> y Daniel Hernández-Vaquero<sup>b</sup><sup>a</sup> Editor Jefe Cirugía Cardiovascular, España<sup>b</sup> Editor Asociado Cirugía Cardiovascular, España

“La historia se repite. Ese es uno de los errores de la historia”  
Charles Robert Darwin.

Los primeros casos de peste negra aparecieron en 1320 en el desierto del Gobi, en el año 1331 llegó a China, en 1338 a Rusia y finalmente llegó en el año 1346 a Europa a través de Italia, fruto de las relaciones comerciales de la época. Esta es considerada la mayor pandemia de la historia, matando a 50 millones de personas. Esta epidemia supuso un cambio profundo en la sociedad y es considerado el punto de inflexión entre el fin de la Edad Media y el inicio del Renacimiento.

Para hacer frente a la peste, se crearon los doctores de la peste, entre los cuales el más destacado fue Nostradamus. Aunque las medidas que tomaban no eran del todo eficaces y respondían a creencias mágicas, incluida la flagelación, que no hacía más que transmitir mejor la enfermedad mediante las pulgas, sí cuidaban de los enfermos, realizaban autopsias, se deshacían de los cadáveres y llevaban un registro de los pacientes fallecidos. Un porcentaje muy importante de ellos acabaron contagiándose y falleciendo por la enfermedad. En los siglos XVII y XVIII los médicos de la peste idearon unas máscaras para protegerse “del mal aire” y así protegerse de los contagios (fig.1).

Este editorial no pretende establecer un *simil apocalíptico* entre la peste y la pandemia por COVID-19, es obvio que las características epidemiológicas de la enfermedad y la forma en la que los sistemas de salud pública actuales afrontan estas situaciones son diametralmente opuestas. Sin embargo, como fenómeno antropológico, sociológico y de comportamiento humano pudieran encontrarse similitudes, salvando eso sí la distancia histórica. En esta situación excepcional que está viviendo nuestra sociedad, los profesionales sanitarios nos hemos visto inmersos de una forma abrupta y en ocasiones dramática en una presión asistencial y, por qué no decirlo, emocional, sin precedentes. Los cirujanos cardiovasculares no somos una excepción.

Nunca un problema de salud tipo pandemia tuvo una difusión mediática tan rápida, extensa y si se permite el adjetivo *brutal*. La situación actual de globalización y de acceso a la información de medios y redes sociales ha llevado a la OMS a definirla como una *infodemia*. El acceso a las noticias en tiempo real a través de los diferentes medios, sin ningún tipo de filtro, ha generado una serie

de creencias muchas veces falsas: las llamadas fake news. Esta avalancha de información ha creado, en nuestra modesta opinión, una situación de pánico colectivo que nos podría haber llevado, a nivel individual y de asistencia sanitaria, a tomar decisiones precipitadas o no sustentadas de una forma robusta por la ciencia. Por las circunstancias excepcionales de los hechos y la necesidad imperiosa de tratar a los pacientes, ha primado más la medicina basada en los medios o en la experiencia que en la evidencia.

De repente, en menos de tres meses, todos nos hemos convertido en especialistas en COVID-19, basándonos en datos obtenidos de las redes sociales, buscadores de internet o en el mejor de los casos en artículos publicados en revistas de alto impacto con un tiempo record de respuesta editorial (período desde que son enviados por el autor hasta que son finalmente publicados)<sup>1–5</sup>. Además, muchos de los estudios incluyen un número muy reducido de pacientes, como la experiencia en ECMO<sup>4</sup> o el tratamiento médico<sup>3</sup> y han primado, a la hora de ser publicados, más la presiones inevitables mediáticas y de la comunidad científica que la relevancia o la robustez metodológica de los mismos. Este hecho excepcional ha sido reconocido por una editorial publicada en *New England Journal of Medicine* el 27 de febrero de 2020<sup>5</sup>.

Siguiendo con este razonamiento, que pudiera ser calificado como extravagante, es especialmente relevante el artículo de opinión publicado en la revista *Stat* por John P.A. Ioannidis<sup>6</sup>, prestigioso epidemiólogo y especialista en big-data de la Universidad de Stanford, cuestionando la información disponible hasta la fecha sobre la enfermedad en términos de afectación de la población general y su letalidad. Él habla del cuento del elefante y el gato doméstico, y cómo el elefante se puede arrojar al precipicio presa del pánico.

Las recomendaciones de los más prestigiosos epidemiólogos a nivel mundial se han centrado, como única forma de parar la enfermedad, en el aislamiento drástico de la población general para así evitar un pico excesivo de casos que colapsaría el sistema sanitario: *aplanar la curva*. Sin embargo, un número menor de especialistas en epidemiología, también de prestigio, abogan por un aislamiento intermedio que afectaría solo a la población de riesgo, permitiendo la inmunización de la población general expuesta a una menor letalidad. También recomiendan realizar pruebas de detección masivas en la población para localizar a los transmisores asintomáticos. Esta estrategia tendría menos impacto, no solo en la economía, sino también en la pérdida de oportunidad para tratar otras patologías (cardiovasculares, oncológicas, traumatismos). En este sentido el propio Ioannidis afirma: Sin embargo, si el sistema de salud se ve abrumado, la mayoría de los muertos pueden deberse no al coronavirus, sino a otras enfermedades y afecciones comunes, como

\* Autor para correspondencia. Hospital Universitario Central de Asturias, Avenida Hospital Universitario Central de Asturias s/n., Oviedo 33011, España. Tel.: +985 10 9417 36152.

Correo electrónico: jsilva8252@yahoo.es (J.S. Guisasola).



**Figura 1.** Máscara Original del médico de la peste.

ataques cardíacos, derrames cerebrales, traumatismos, etc., que no se tratan adecuadamente. Si el nivel de la epidemia abruma al sistema de salud y las medidas extremas solo tienen una eficacia modesta, entonces aplastar la curva puede empeorar las cosas: en lugar de verse abrumado durante la fase corta y aguda, el sistema de salud seguirá abrumado por un período más prolongado. Esta es otra razón por la que necesitamos datos sobre el nivel exacto de la actividad epidémica<sup>6</sup>. Este razonamiento debe alertar a nuestra especialidad, que sin duda ha dejado de tratar patologías con riesgo vital de forma inevitable. Será preciso, pasado el pico de la epidemia, diseñar planes de choque en los diferentes servicios del país, para reducir un aumento seguro en las listas de espera quirúrgica. Dicho esto, *lo único que nos toca a los cirujanos cardiovasculares, como profesionales y ciudadanos, es cumplir escrupulosamente las recomendaciones de las autoridades sanitarias*. El debate está abierto, porque a día de hoy no hay ninguna evidencia sólida. El tiempo dirá cuál fue la mejor estrategia y dejemos a los especialistas en salud pública que nos asesoren<sup>7</sup>.

Hoy es 27 de marzo de 2020, estamos inmersos en una situación muy complicada y excepcional, como decíamos al inicio de este editorial, y esto nos ha afectado también a los cirujanos cardiovasculares. Muchos centros de nuestro país han parado su actividad quirúrgica programada, hay cirujanos atendiendo a enfermos en las llamadas plantas de hospitalización COVID o unidades de cuidados intensivos postquirúrgicos convertidas a UVI-COVID y en ocasiones nos vemos inmersos en la toma de decisión complicada y muy controvertida de implantar un ECMO.

A nivel sociosanitario estamos viviendo una situación inédita y la respuesta de nuestro sistema de salud está siendo heroica. También la de los profesionales de nuestra especialidad. Unido a la presión emocional y mediática surge el riesgo real de ser contagiados en el hospital, recordemos que a día de hoy el 12% de los casos COVID-19 en nuestro país son profesionales sanitarios. Debemos extremar las medidas de aislamiento en los casos que van a ser operados de urgencia o que pueden ser contagiados dentro del

hospital y en este sentido es muy recomendable realizar pruebas de detección rápida en los casos sospechosos. En este contexto puede haber respuestas de pánico y estrés laboral difíciles de controlar. En nuestra experiencia personal y por la comunicación con otros centros del país, la respuesta de los cirujanos cardíacos, acostumbrados a vivir situaciones de estrés, ha sido ejemplar, pero no sabemos si esto tendrá un coste personal más adelante<sup>8</sup>.

La situación vivida a día de hoy en algunos centros del país es dramática, con 536.281 afectados a nivel mundial, 64.059 en España con 4.858 pacientes fallecidos. Algunos profesionales inmersos en el epicentro de la pandemia han lanzado su voz de alarma ante la terrible situación vivida y alertan que la solución para un futuro de estas pandemias no pasa por centrar el problema en la asistencia hospitalaria. En este sentido es muy importante el editorial escrito en *New England Journal of Medicine* el 20 de marzo por Mirco Nacoti<sup>9</sup>, anestesista y especialista en medicina intensiva del Hospital Juan XXIII de Bérgamo. Afirma que la solución de futuras pandemias pasa por estrategias centradas en atención a la comunidad y no en la medicina centrada en la atención al paciente. Es especialmente revelador su razonamiento afirmando que los hospitales y los profesionales se convirtieron en el principal foco de transmisión de la enfermedad.

Esta crisis pasará pero, como ocurrió en el siglo XIV, nuestra sociedad y nuestro sistema sanitario no volverán a ser los mismos. Aprendamos de los errores cometidos y obtengamos pautas basadas en un análisis científico robusto y el diseño de políticas orientadas a toda la comunidad.

### Agradecimientos

Quisiéramos agradecer al Dr. Fernando Hornero Sos, presidente de la SECCE, por su apoyo en la publicación de este editorial.

### Bibliografía

1. Munster VJ, Koopmans M, van Doremalen N, van Riel D, de Wit EA. Novel Coronavirus Emerging in China - Key Questions for Impact Assessment. *N Engl J Med*. 2020;382:692-4.
2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Feb 28, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
3. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19; 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001282>, March 18.
4. Li M, Gu SC, Wu XJ, Xia JG, Zhang Y, Zhan QY. Extracorporeal membrane oxygenation support in 2019 novel coronavirus disease: indications, timing, and implementation. *Chin Med J (Engl)*. 2020 Feb 28, <http://dx.doi.org/10.1097/CM9.0000000000000778>.
5. Rubin EJ, Baden LR, Morrissey S, Campion EW. Medical Journals and the 2019-nCoV Outbreak. *N Engl J Med*. 2020;382:866.
6. Ioannidis JPA. A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without reliable data. Disponible en: <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>.
7. Ioannidis JPA. Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. *Eur J Clin Invest*. 2020;23:e13223, <http://dx.doi.org/10.1111/eci.13223>.
8. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e203976.
9. Nacoti M, Ciocca A, Eng M, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana FMD, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *New Engl J Med V*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/CAT.20.0080>, March 21.





**BIOMED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**