

## ALERTA MUNDIAL POR EL CORONAVIRUS →

**Nekane Murga**

CONSEJERA DE SALUD

# “Si el escenario se agrava, podemos ser capaces de duplicar nuestras camas en cuidados intensivos”

Una entrevista de Concha Lago Fotografía de Oskar González

**Murga mira el futuro con optimismo aunque “haya ocurrido una crisis de esas que parece que nunca pueden ocurrir”, y pese a que admite debilidades en el sistema sanitario vasco, prefiere hablar de fortalezas**

**BILBAO** – Esta semana ha fallecido una sanitaria que trabajaba en el hospital de Galdakao. ¿Cómo afecta ese golpe a Osakidetza?

—No quiero quitar importancia a ningún fallecimiento porque todos son una espina clavada. Pero Osakidetza no es nada sin sus profesionales y ver fallecer a uno de ellos y hacerlo por dar asistencia a personas enfermas emociona por lo que significa y hace sufrir mucho.

**Causa mucho temor que en Euskadi haya habido un veinteañero muerto por coronavirus. ¿Hay gente joven sin patologías previas que se encuentre grave?**

—No me gusta dar datos personales y mucho menos restar importancia a ningún fallecido tenga la edad que tenga. Aunque ese paciente estaba enfermo previamente, hay un 0,5%, un porcentaje mínimo de afectados, que sin patologías pueden sufrir el coronavirus de forma grave. Y como ya nos encontramos con más de 1.700 personas infectadas vamos a empezar a ver estos casos.

**¿Qué creen que pasó en el hospital de Txagorritxu para que se convirtiera en un foco de la epidemia?**

—Un cúmulo de circunstancias. Los

primeros profesionales que se vieron infectados cogieron la infección externamente y no en el mismo sitio. Fueron contagiados por no profesionales y además tuvieron pocos síntomas al inicio. Paralelamente en Gasteiz, y por diferentes circunstancias, ha sido frecuente este virus. Y muchos de esos afectados además acudieron a este hospital. Entre estos profesionales que cogieron la enfermedad fuera, más la llegada de personas infectadas, se generó este mayor número de positivos.

**¿Se encuentran los hospitales vascos saturados a día de hoy?**

—En este momento tenemos algunos puntos, como Araba, con una mayor necesidad de asistencia que otras áreas. Pero también trabajamos en red y en este momento ni siquiera utilizamos los hospitales

**“De momento, ni siquiera hemos utilizado los hospitales concertados que muchas veces requerimos en epidemias de gripe”**

**“Se está viendo que hay un 0,5% de pacientes sin patologías previas que pueden llegar a sufrir esta enfermedad de forma grave”**

**“Sanitarios de Txagorritxu cogieron la infección fuera del hospital y no en el mismo sitio, y además tuvieron pocos síntomas al principio”**

concertados, que muchas veces requerimos en epidemia de gripe. Además hemos quitado toda aquella cirugía y todo aquel ingreso que no sea necesario. Y no lo hemos hecho para dejar hueco, que también; sobre todo lo hemos hecho porque en este momento una persona no puede operarse de unas cataratas o una cirugía demorable, porque si coge el virus puede tener complicaciones importantes en el posoperatorio.

**¿No hay entonces necesidad de más camas?**

—Tenemos nuestros hospitales en un momento de ocupación baja por otras enfermedades y un hospital de más de mil camas con 196 ocupadas, según los datos del viernes. Es cierto que, como en esta enfermedad, priorizamos los aislamientos a veces debemos anular las habitaciones para dos y convertirlas en habitaciones de uno. Pero trabajamos en red y tenemos los hospitales concertados en caso de que haya sobrecarga y de momento solo se han usado tres camas por unas circunstancias concretas y no hemos funcionado con hospitales privados.

**Sin embargo, ¿no cree que a la ciudadanía le proporcionaría seguridad extra contar con un hospital de campaña que sirviera como equipamiento adicional?**

—Tenemos identificados y planificados varios escenarios posibles que nos hablan de una cantidad de personas infectadas y de necesidades de cama en planta y en UCI. En el sitio con mayor necesidad, que es Araba, estamos siendo capaces por medios



propios de tener a todas las personas ingresadas que lo necesiten. Si fuera el caso, antes de un hospital de campaña, podríamos trasladar a los pacientes entre nuestros centros. Pero es que en estos momentos no nos está haciendo falta.

**Han trabajado también un Plan de UCIs para los pacientes críticos.**

—Sabemos que por cada cien personas infectadas, 15 o 20 pueden necesitar ingreso, depende de la edad, y de esas una de cada seis o siete necesita una cama de UCI. Ahora tenemos 220 camas en cuidados intensivos. Un 30 o un 40% se ocupan con dolencias que no se puede evitar, un ictus, un infarto... Pero otro 30% o 40%, las derivadas de las consecuencias de operar a personas con cirugías complejas que son demorables, se pueden desocupar. Con una capacidad normal de 220 camas, podemos tener libres un 20 o un 30%. Además las UCIs funcionan en red. **¿Y si se agrava el escenario?**

—Hemos trabajado en cuatro posibles escenarios. Todavía estamos en

el escenario 1, pero tenemos planes de contingencia y estamos preparados para incluso duplicar el número de camas UCI y llegar a más de 400. Según se agrave el escenario, podemos ir ampliándolas por fases. Por ejemplo, hay unidades donde tenemos a los pacientes cuando despiertan de una cirugía y eso nos permite tener 100 camas más. En el escenario 3, podemos empezar a incorporar áreas de quirófano como UCI y podemos sacar otras 100 más. Porque estas unidades no solo son aparatos ni espacios, son sobre todo personas que podemos ir incorporando como profesionales que antes trabajaban en quirófanos o por ejemplo enfermeras de anestesia que ahora pueden apoyar a equipos de UCI. ¡Ojalá no nos haga falta llegar a este escenario 3!

**Algunos profesionales denuncian falta de recursos y critican la falta de material para protegerse.**

—Existe un incremento notable de demanda de material de protección ante la infección. Nosotros hemos



hecho pedidos a proveedores habituales pero es cierto que ha habido problemas de suministro. Con países que no dejaban salir de sus fronteras estos materiales. O empresas que tenían miedo que llegase el material y se confiscase en las fronteras. Esto ha generado un déficit de material a diez días vista. Pero se acaban de recibir mascarillas, batas... y tenemos a nuestros centros tecnológicos haciendo impresión de este material que vamos a empezar a probar ya mismo. Además hemos hecho más pedidos de elementos de protección y de fungibles, que se consumen mucho por las hospitalizaciones, que están por llegar.

**La curva de contagios es muy preocupante. Más de 1.700 contagiados hasta ayer, 85 fallecidos... La escalada es terrible.**

—Estamos poniendo medidas para que se frene pero entre que se implantan las medidas y se ven los resultados pasan de diez a doce días. Todo esto empezó en la semana del 1 al 8 de marzo.

**“Ha habido problemas de suministro con el material de protección pero ya se ha recibido mucho y otros pedidos están por llegar”**

**“Sabemos por los ‘médicos vigía’ que antes del 28 de febrero, el virus no estaba entre nosotros. Todo esto empezó la semana del 1 al 8”**

**“En general hay gran concienciación social porque todos tenemos próximas a personas vulnerables como mayores, enfermos etc...”**

**¿Se había enfrentado antes el sistema sanitario vasco a un patógeno con un índice tan alto de contagiosidad?**

—El problema es que no tenemos inmunidad. Nunca habíamos estado en contacto con este virus por lo

tanto no somos capaces de defendernos y, por tanto, lo transmitimos a nuestro entorno.

**¿Por qué no se han hecho más analíticas para detectar a la población infectada con menos síntomas?**

—Antes del 28 de febrero, los médicos centinela —que toman muestras a las personas con síndrome respiratorio para ver qué virus le provoca esos síntomas—, tomaron 291 muestras y ninguna tenía coronavirus. Por eso sabemos que antes del 28 de febrero, el virus no estaba entre nosotros. Y una vez que apareció empezamos a tomar medidas para detenerlo dentro de las áreas de mayor riesgo. El 2 de marzo ya nos juntamos con representantes de diputaciones y ayuntamientos para explicar los riesgos y cómo debíamos actuar todos. E informamos sobre cómo evitar que se transmitiera en residencias, hospitales o entre personas con enfermedades crónicas. Hemos hecho una gran labor de vigilancia incluso antes ya del primer caso. Preparamos los pro-

tolos y los planes de contingencia para saber responder a la infección. Parece que a pesar de estos planes, nos ha pillado el toro.

—Es que estamos ante un virus nuevo frente al que no tenemos defensas. Sabemos cómo se comportó en Asia, pero es un problema que atraviesa fronteras.

**Esta semana acaban de hacer públicos los datos municipio a municipio informando sobre el número de casos positivos en cada localidad de la CAV. ¿Es una llamada de atención a la ciudadanía?**

—Es por la transparencia y para apelar a la concienciación porque en ocasiones vemos imágenes y nos parecen lejanas. Es interesante compartir información para que una vez que el riesgo puede estar cerca y que cuando hacemos recomendaciones como el aislamiento social es porque hay personas con pocos síntomas que pueden estar haciendo una vida normal y pueden transmitir la enfermedad si no cumplimos las medidas de higiene y aislamiento.

**¿Cómo se ven afectados el resto de servicios de Osakidetza?**

—Estamos trabajando, fundamentalmente, en establecer qué procesos se pueden demorar y en hacer circuitos diferenciales. Hemos identificado qué enfermedades y qué patologías debemos atender para garantizar el servicio sanitario en todo momento. Y también hemos establecido en algunos casos cómo separar a los pacientes para que lleguen a los centros incluso por puertas diferentes para evitar contagios. Por eso si en este momento acude una embarazada o alguien con un problema de traumatología, hacen circuitos diferenciados al resto. Incluso debemos separar al niño que visita el centro asistencial por una vacuna de aquel niño que lo hace por una infección respiratoria.

**Garantizando que nadie contraiga el virus en el hospital.**

—Por supuesto. Como el virus circula entre nosotros, aunque a veces venga una persona por una fractura de tobillo puede que porte y transmita el virus. Este es el gran problema de esta enfermedad que en ocasiones no da síntomas claros. Alguien puede tener que acudir a una Unidad de Ictus y llevar involuntariamente allí la infección. Tenemos que trabajar para no ser transmisores dentro de los hospitales porque muchas veces la infección nos llega de fuera.

**¿El caso italiano está sirviendo de referencia para saber qué decisiones adoptar o qué medidas no llevar a cabo?**

—Trabajamos con un modelo matemático para predecir qué puede ocurrir y estamos en contacto con italianos para conocer qué ha pasado en sus ciudades que son muy parecidas a las nuestras, con un perfil de población muy similar. Se analiza qué han necesitado ellos cuando han tenido un gran número de infectados, en términos de UCI, en términos de hospitalización o de personas que necesitan apoyo domiciliario para poder recuperarse.

**Quedarse en casa es clave. ¿Estamos siendo suficientemente responsables?**

—En general, hay gran concienciación social. Todos tenemos próximas a personas vulnerables como son nuestros mayores, personas que han sobrevivido a un cáncer, gente con enfermedades crónicas... Pienso que en general somos muchos más los que trabajamos para luchar contra la enfermedad que aquellos que no son responsables.

**¿Va a haber más restricciones? ¿Se va a recrudecer el confinamiento?**

—Hay que analizar la evolución de epidemia y a partir de eso, valorar acciones. Porque esas condiciones de aislamiento también tienen consecuencias en la propia salud. Y todos sabemos lo que supone en el ámbito laboral. No solo para las grandes empresas, sino también para los pequeños negocios. Por supuesto que el virus determina la salud, pero también la determinan muchos más aspectos y no debemos olvidarlo. ●