LITORALPRESS

Fecha: 18-05-2025
Medio: El Sur
Supl. : El Sur - Reportajes
Tipo: Noticia general
Título: A 5 años de la recepción aérea de pacientes covid y el rol de la zona

Pág. : 4
Cm2: 1.350,1

Tiraje: 10.000
Lectoría: 30.000
Favorabilidad: No Definida

En mayo de 2020, Biobío profundizó su tarea colaborativa con las demás regiones

A 5 años de la recepción aérea de pacientes covid y el rol de la zona

Cuatro voces de la zona analizan los críticos meses que pusieron en jaque al sistema de salud del país y la Región del Biobío. Destacan los esfuerzos y la experiencia ganada.

Por Nicolás Arrau Álvarez / nicolas.alvarez@diarioelsur.cl

Fue a mediados de mayo de 2020 cuando la Región del Biobío asumió una tarea trascendental en la lucha contra el covid-19: profundizar la recepción de pacientes de otras regiones vía aérea. Al ser una enfermedad viral nueva, con un comportamiento final desconocido, en esa oportunidad se debió acondicionar un avión Hércules de la Fuerza Aérea, utilizar equipos de protección personal y generar el traslado de los contagiados en cápsulas completamente cubiertas y con un ventilador mecánico instalado adentro, como si se tratara de una película.

A cinco años del comienzo de esta cruda enfermedad, cuatro profesionales asociadas al área de la salud recuerdan los desafíos que debieron asumir en la recepción de pacientes, el rol de los equipos locales en la coordinación y los golpes emocionales que dificultaron el proceso. Con todo, destacan también la experiencia ganada, que se ha traducido en una mejor generación de protocolos, vinculaciones y dispositivos para el sistema de salud.

Todas las profesionales consultadas coinciden en que después de la pandemia se logró ganar experiencia y equipamiento respiratorio a nivel regional.

Daniela Domínguez, exjefa del SAMU Costa Concepción:

"Hubo preocupación y un constante estado de no saber lo que iba a pasar"

Cuando la pandemia se profundizó, la doctora Daniela Domínguez, hoy asesora de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Concepción, estaba a cargo de liderar el equipo del SAMU Costa Concepción, que incluye la regulación de los móviles de toda la Provincia de Arauco, Concepción y Talcahuano. A cinco años del suceso, reconoce que esta enfermedad pilló a todos desprevenidos, que el chileno es bueno para responder ante desastres, "pero muy malo para prevenirlos y estar preparados de antemano".

Lo bueno, dice, es que en esa oportunidad se logró de manera rápida y eficiente organizar los recursos, todo de forma muy coordinada. "Todos sabíamos que lo que estaba pasando afuera podía tener la misma envergadura que ocurría en otros países, porque tenemos sistemas de salud que son semejantes. Eso nos ayudó a tomar de antemano las medidas para dar abasto con todo lo que pasó (...) Hubo preocupación y un constante estado de no saber lo que iba a pasar, de cuánto iba a durar, también mucha expectación y ansiedad", recalca.

Tanto ella como otros funcionarios de la salud dejaron a sus familias para vivir solos y poder trabajar. En su caso, además del SAMU, también tenía labores en la UCI del Sanatorio Alemán y en la Urgencia del Hospital Regional, lo que le dio la oportunidad de vivir este fenómeno por tres lados distintos.

"A mí nunca se me va a olvidar la cara de las personas antes de ser entubadas, sobre todo de quienes sabían de salud. Cuando se entregaban completamente a lo que tú

ibas a hacer, antes de entubarse, no sabían si iban a despertar. Eso se me quedó marcado para siempre", rememora.

A través del SAMU, Domínguez y su equipo tuvieron la tarea de asistir a emergencias médicas en domicilios o vía pública, pero por sobre todo en los traslados interhospitalarios que podían ser desde clínicas y cesfam hacia hospitales u otras clínicas, pero también los traslados hacia las residencias sanitarias.

Agrega que hubo muchas cosas que quedaron de la pandemia: una gran cantidad de ventiladores y cánulas nasales de alto flujo, "una ganada importante", la masificación del ventilador no invasivo, el aprender a usarlo bien, la utilización de la ecografía, "todas cosas que fueron quedando y protocolos que se implementaron con recursos extraordinarios". Para la doctora, la sensación que quedó es que, "ante eventos desastrosos y aterradores, podemos organizarnos y hacer bien las cosas".

Leonila Ferreira, jefa de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Regional:

"La pandemia nos trajo un golpe de humildad, incluso a los médicos"

La doctora Ferreira recuerda que para mayo de 2020 ya sabían cómo se proyectaba el covid-19, sobre todo por el desastre que el virus dejaba en hospitales de Europa. "Junto con los equipos del Servicio de Salud estábamos preparando, porque lo que se veía en todas partes era que, una vez que el covid-19 llegaba, había un aumento explosivo de casos", recuerda.

Al comienzo, cuando a nivel local aún había pocos pacientes, se prepararon con 36 camas críticas, lo que volcó la mirada de Santiago a la zona y motivó la coordinación para recibir a los primeros afectados que fueron trasladados vía aérea. "En las primeras semanas recibimos cinco o seis, pero después, rápidamente, más de 11 pacientes que tuvimos los primeros días. Luego empezamos a cuidarnos, porque notamos que nuestros números empezaron a aumentar y teníamos que tener espacio para los nuestros", subraya.

"El hecho de que la pandemia estuviera fuera nos dio tiempo para prepararnos en el área clínica. Investigamos qué tipo de neumonía era (...) Nuestro sistema de salud local, que era comandado por el doctor Carlos Grant, tuvo una visión futurista de lo que se venía y rápidamente se trabajó para aportarnos a nosotros, los clínicos, el máximo de ventiladores", dice.

A pesar de las grandes preocupaciones que dejó la situación, la profesional destaca la capacidad regional de trabajar en equipo y de entrega: todos los equipos de salud se repetían turnos y se seguían abriendo camas críticas, llegando su recinto a tener 104 pacientes conectados a un ventilador mecánico. Previo a la emergencia, la UCI tenía sólo 14 camas y la UCI quirúrgica otras ocho. Por eso, recuerda la experiencia como única, ya que le sirvió para seguir valorando algunas cosas.

A cinco años, plantea que ahora el hospital cuenta con "ventiladores de sobra" y que también se creció en camas UCI, es decir, de 14 se pasó a 20. Suma la creación de nuevos protocolos, como de falla respiratoria, control de gases o el uso de ECMO, por ejemplo, "y eso nos sirvió para poder tener hoy el bagaje de poder dar una mejor atención en la falla respiratoria (...) También nos trajo un golpe de humildad, de ubicarnos en lo que somos, incluso a los médicos".

Natalie Avilés, jefa de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital Regional:

"Nunca dimensioné el nivel de transformaciones y la gravedad de los pacientes"

Al ser su institución un centro de referencia para el sur de Chile, Natalie Avilés, jefa de la Unidad de Gestión de Pacientes del Guillermo Grant, entendía que podían tener relevancia para apoyar a Santiago, pero no al nivel que finalmente se alcanzó. "Si bien se hizo un plan de reconversión y transformación de unidades críticas, nunca pensé que íbamos a completar ese plan, porque siempre se pensó en tratar de hacer lo que más se podía, pero nunca dimensioné el nivel de transformaciones y la gravedad de los pacientes", señala.

Fue, a su juicio, una experiencia que describe como alarmante. Pese a todo, recalca que el rol de su unidad estaba ligado, principalmente, a la gestión de camas básicas y medias que se utilizaban demasiado, es decir, a las transformaciones y movimientos al interior del hospital, "una tarea súper importante, sobre todo considerando que el edificio es de la década de 1940, que no está normalizado y que tiene salas grandes de hasta 10 pacientes. Todo esto significó que en ese tiempo tuvieran que estar muy pendientes de los pacientes positivos, por ejemplo, "algo súper caótico y pesado, con mucha coordinación entre la unidad y los servicios clínicos. Fue súper agotador y desgastante generar información, reportes y movimientos. Por eso, creo que nuestro rol fue trascendental para salir adelante".

Como ejemplo, recuerda que cuando detectaban un positivo en una sala de limpios, debían analizar el mejor movimiento para optimizar el uso de camas y generar la menor cantidad de bloqueos.

Toda esta situación permitió que a la fecha su unidad ganara un cuarto turno. "Ganamos una enfermera, porque después de esos años se vio la necesidad de contar con un segundo cuarto turno. Esa fue nuestra ganancia en términos concretos, pero también hay que destacar la experiencia que pudo desarrollar el equipo de trabajo, lo que ha permitido consolidar nuestra área que conoce el trabajo y los flujos", describe.

Paulina Monsalvez, jefa de la Unidad de Servicio Social del Hospital Regional:

"Teníamos claro que contábamos con un equipo médico y directivo adecuado"

Según la jefa de la Unidad de Servicio Social del Guillermo Grant, Paulina Monsalvez, los primeros meses después de iniciada la pandemia se convirtieron en un período de mucha incertidumbre, aunque como equipo sí eran conscientes de que debían mantener el compromiso de dar continuidad en la atención, "pese a nuestros miedos de contagiarnos o contagiar a nuestras familias". La profesional recuerda que, por decreto ministerial, varios funcionarios debieron ser reemplazados, lo que obligó a buscar nuevos perfiles y aumentar el estrés de los demás funcionarios antiguos que se quedaron y que tuvieron que liderar los nuevos desafíos que la pandemia exigía.

"Teníamos claro como unidad que contábamos con un equipo médico y directivo adecuado para apoyar a la población. A pesar del desconocimiento sobre el covid-19, la incertidumbre y los escasos recursos con los que contábamos, se realizaban traslados desde otras regiones, donde los pacientes que sobrevivían al momento de ser extubados se les entregaba contención y se realizaba nexo familiar por medio de videollamadas", cuenta.

Al momento de la alta clínica, además, se gestionaba traslado vía aéreo por medio del Servicio de Salud Concepción, donde los pacientes eran acompañados por las trabajadoras sociales hasta el aeropuerto. También se gestionaban traslados terrestres de pacientes fallecidos de otras regiones.

Según Monsalvez, parte del equipo de Servicio Social clínico tenía que entregar orientación, contención, servir de nexo paciente-familia y activar redes de apoyo familiar de rescate, algo aparte de las funciones propias del quehacer profesional. Suma que las preocupaciones estaban ligadas directamente a lidiar con miedos asociados a saber que las personas podían fallecer, las secuelas de por vida sin posibilidad de mejora y la propia salud personal o familiar.

Con todo eso en contra, hoy destaca la experiencia ganada: aumento de la dotación de recurso humano y del espacio físico, entendiendo que la infraestructura es más amplia, y la eliminación del hacinamiento. "Durante la pandemia, el lugar con que contábamos en ese momento no nos permitía cumplir con el aforo exigido, por lo que se debieron generar turnos que sobrecargaron la cantidad de trabajo de las funcionarias de turno", precisa.

Para generar un traslado aéreo efectivo se necesitó reacondicionar no sólo el sistema de salud, sino también dispositivos de las Fuerzas Armadas.