

Town Hall Transcripción (Español): 27 de Marzo del 2020

Dr. Patricia Kritek (Associate Dean – Faculty Affairs, Pulmonary & Critical Care physician): Para comenzar, agradezco a todos los que son miembros de esta comunidad por todo lo que están haciendo para cuidar a nuestros pacientes y quiero expresar cuánto apreciamos esto realmente. También apreciamos cómo se cuidan unos a otros y cómo se cuidan a ustedes mismos. Así que vamos a comenzar de nuevo de la misma manera que comenzamos la última vez, con Ann Browning presentando a dos personas. Pero primero quiero decir una cosa, aprecio todos los comentarios y todas las sugerencias para mejorar lo que estamos haciendo, una cosa que quiero hacer particularmente bien esta vez es indicar quién es quién, por lo que me recordaré presentarles a la gente a medida que avanzamos. Le pediré a Ann que haga lo mismo con las dos personas con quienes ella va a conversar respecto a su bienestar y pido que quien participe en esta reunión pública se presente por su cuenta si es que se me olvida hacerlo. Sin más preámbulos, Ann Browning, Decana Asistente de Bienestar y mi colega, quien trabaja para apoyar a todos los miembros del equipo de atención médica.

Dr. Anne Browning (Assistant Dean – Well-Being): Gracias por la presentación al comienzo de nuestra conversación sobre cómo nos estamos sosteniendo en este trabajo a largo plazo. Así que solo vamos a escuchar a un par de personas, **¿qué están haciendo para sostenerse?** Una cosa que he estado haciendo es tratar de adherirme a lo cotidiano y, de hecho, he encontrado mucha calma y placer lavando mis platos al final de la noche, sin tener aparato electrónico en la mano, ustedes saben, todo tranquilo en casa lavando los platos en paz. **John Lynch, sé que va a hablar, dejaré que cuentes lo que tú haces John; pero ustedes son la voz de tantas cosas en este momento, entonces, ¿quiénes son ustedes y cómo hacen para cuidarse a sí mismos?**

Dr. John Lynch (Head of Infection Prevention and Employee Health at Harborview Medical Center, Infectious Disease physician): Claro, mi nombre es John Lynch, soy médico de enfermedades infecciosas y trabajo en la sede en Harborview. He estado trabajando en la respuesta COVID-19 tanto en Harborview como en UW Medicine durante las últimas 6 u 8 semanas, más o menos. Puede ver mi nombre en muchos correos electrónicos que recibe. ¿Qué es lo que hago? Saben, he sido un lector toda la vida y siempre, siempre, siempre tuve la costumbre de leer antes de acostarme. En las últimas 6 u 8 semanas, como que dejé la costumbre. Hace poco me topé con mi hija mayor quien estaba leyendo el Juego de Tronos, nunca lo vi y tampoco lo había leído, pero ella tenía el libro y se lo pedí prestado y comencé a leer de nuevo antes de dormirme. Ha sido fabuloso redescubrir eso, saben, en esos 15 minutos que puedo mantener los ojos abiertos antes de dormirme. Y ha sido maravilloso redescubrir esta costumbre y me ha traído mucha felicidad.

Dra. Ann Browning: ¡Excelente! ¡Gracias! **Cindy Sayre, dejaré que cuente cuál es su papel también y qué es lo que usted hace para cuidarse.**

Dr. Cindy Sayre (Chief Nursing Officer – UWMC): Soy la directora de enfermería de UWMC y sabe lo que estoy haciendo para cuidarme a mí misma, me estoy permitiendo ser humana

dentro de todo esto. Eso significa que realmente estoy confiando en el amor y el cuidado de mi familia, mis amigos, mis colegas, y no estoy tratando de ser súper fuerte, solo soy yo y soy ser humano. Creo que en el cuidado de la salud creemos que tenemos que superar todo y evitar mostrar alguna emoción, y solo me dejo ser humana y me dejo ser amada por mis seres queridos.

Dra. Anne Browning: Impresionante, muchas gracias.

Dra. Patricia Kritek: La otra cosa que vamos a hacer hoy al principio, que es un poco diferente, es algo que creo que también nos brinda resistencia a muchos de nosotros, es decir enfocarnos en lo positivo. Voy a pedirle a Keri Nasenbeny que comparta una historia muy breve particularmente positiva en lo que estamos haciendo y luego siga yo hablando. Entonces, ¿Keri?

Keri Nasenbeny (Associate Chief Nursing Officer, UWMC-Northwest): Buenas tardes, soy Keri Nasenbeny. Así que esta es una foto de Ray, él fue uno de nuestros primeros pacientes en NW. Solo para contarles un poco sobre Ray, es un hombre de 55 años del norte de Seattle, nacido y criado aquí, me habló de pasar tiempo aquí en el campus del Northwest cuando era niño, tanto para recibir atención como para andar en los jardines. Es padre, es hijo, es esposo, tiene 3 hermosas hijas, la mayor de las cuales está estudiando en la Universidad de Washington. La hija del medio está celebrando su cumpleaños hoy y es realmente especial porque de hecho le acaban de dar el alta. Un grupo de nuestro personal de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) bajó a despedirnos en la salida y realmente lo animó. Así que fue uno de nuestros primeros pacientes admitidos a través de nuestra Sala de Emergencias. Tenía alrededor de una semana de infección de las vías respiratorias superiores, falta de aire, entró a través de nuestra Sala de Emergencias. Él declinó bastante rápido. Fue transferido a la UCI dentro de las 24 horas, intubado poco después, y pasó varias semanas en un ventilador. Creo que nos preocupamos mucho por él en nuestra UCI, hubo hasta un par de llamadas telefónicas a altas horas de la noche, ya sabe, ¿lo ponemos en oxigenación de membrana extracorpórea – ECMO? - ya sabe, porque estaba realmente enfermo y la gente no estaba segura de si iba a sobrevivir. Lento pero seguro, dio muestras de recuperación. Se extubó por su cuenta y me dijo: "Yo no sabía que el tubo fuera tan largo". Necesitaba volver a ser intubado, pero creo que un par de días después lograron bajarle el nivel de oxígeno y lo retiraron del ventilador, y cuando hablé con él ayer tenía esa misma sonrisa en la cara y la grandeza de su corazón se notaba a pesar de todo. Un par de cosas que me dijo que realmente me impresionaron: 1) Nunca supo lo difícil que era necesitar atención y necesitar ayuda. Y cómo apreciaba todo lo que todos hacían por él y cómo iba a devolver el favor a los demás, asegurándose de cuidar a sus padres ancianos, su familia y su comunidad. Y luego, la inmensa gratitud que tenía por todo y por todos. Lloró varias veces, estaba abrumado por la emoción y nunca esperó tener COVID, y creo que sabía muy poco acerca de la enfermedad. Fue muy temprano, creo que la mayoría de la gente en Seattle no sabía mucho al respecto. Y el agradecimiento que sentía por nosotros. Esa sonrisa me ha sostenido. Solo quería contarles. Su corazón tan grande y su agradecimiento, quería compartir esa historia de alguien que se recuperó y todo lo bueno que resultó.

Dra. Patricia Kritek: Gracias. Y gracias a todas las personas que formaron parte de su cuidado. ¿Nos quiere decir quienes están en la foto?

Keri Nasenbeny: Claro, a la izquierda está Cameron Muir, una de nuestras enfermeras de la UCI en NW, y a la derecha está el Dr. Padmanabhan, quien es uno de nuestros doctores intensivistas aquí, con dos de las personas que lo cuidaron aquí bastante tiempo durante su estancia en la UCI.

Dra. Patricia Kritek: Muchas gracias por compartir la historia, y muchas gracias por compartir la imagen. Creo que es inspirador para todos nosotros. Creo que a veces es fácil enfocarnos en lo que da miedo y lo que anda mal, pero hay muchas cosas que van bien. Los pacientes están siendo dados de alta y están mejorando, y eso es muy importante saber. Así que gracias por compartir la historia y gracias a todos los que cuidaron a Ray cuando estaba en el hospital.

Keri Nasenbeny: Solo quería que todos supieran que tenía su permiso para compartir su historia.

Dra. Patricia Kritek: Gracias por su aclaración. Vamos a tomar unas preguntas, pero primero pido al Dr. Tim Delitt una actualización de la semana. Pero antes de hacerlo, veo a hay mucha gente usando la función “chat”. Preferimos por favor que usen la función de preguntas y respuestas (Q & A) porque nos permite guardar las preguntas. Así que, si pudieran pasar a las preguntas y respuestas, le agradeceríamos. Así tenemos un registro de sus preguntas, porque no podemos guardarlas en el chat hasta ahorita. Bien, sin más preámbulos, tengo una pregunta al Dr. Tim Delitt, el Director Médico de UW Medicine y un médico especialista en enfermedades infecciosas que practica la mayor parte del tiempo en Harborview. Voy a pedirle información actualizada sobre los eventos de la semana.

Dr. Tim Dellit (Chief Medical Officer – UW Medicine): Muchas gracias Trish. Quiero extender mi agradecimiento a todos. Es difícil creer que han pasado 4 semanas desde que supimos por primera vez sobre la muerte de un paciente en Evergreen que había presentado una neumonía de etiología desconocida y nos dimos cuenta de que teníamos una transmisión comunitaria continua y hemos estado trabajando muy duro durante las últimos cuatro semanas. Pensé en esto esta mañana, ha sido increíble dado lo difícil que ha sido para todos nosotros, tanto en el trabajo, todos los cambios que han estado sucediendo en nuestras vidas personales, en la sociedad con todo el distanciamiento social, y sin embargo han pasado solo 4 semanas. Ha sido increíble cuando me pongo a pensar. Esta semana diría que se ha centrado en mucha planificación de oleadas de pacientes. Hemos sido muy afortunados de contar con el Institute for Health Care Metrics aquí en UW Medicine. Al principio, cuando comenzamos a trabajar con ellos en el modelo para tratar de predecir cuándo ocurriría ese aumento, las estimaciones iniciales fueron que esto ocurriría alrededor del 7 de abril con un estimado adicional de 950 pacientes en todo nuestro sistema. Ahora estos modelos continúan siendo refinados. Hoy se compartió nueva información con nosotros y lo que es muy interesante es que la fecha pico para nosotros se ha extendido del 7 de abril al 17 y que el volumen máximo de pacientes anticipados ha disminuido de 960 a 760. Ahora, estos modelos son imperfectos y continuarán

evolucionándose a medida que obtengamos más información, pero los nuevos datos sugieren que todo ese distanciamiento social que se ha hecho comience a tener un impacto. Lo que también es tranquilizador, aunque es un desafío no solo para nosotros, sino para todo el país ahora, cuando mira el sitio web de IHME, tienen una herramienta muy útil que muestra la curva pronosticada no solo para todo EEUU sino para cada estado. Cuando mira a Washington, a pesar de lo difícil que será en las próximas semanas, afortunadamente estamos en una situación mejor que muchos otros estados. Como parte de este modelo y planificación de oleadas, hemos estado trabajando tanto para reforzar el personal médico, pensando en cómo identificamos los recursos para la atención crítica, la atención intensiva para el departamento de emergencias y la atención urgente, nuestros colegas de enfermería han estado trabajando muy duro para pensar sobre cuál es la planificación de oleada en esas áreas, la terapia respiratoria, todas las diversas áreas. Hemos dedicado mucho tiempo a identificar quiénes son los médicos adicionales que podrían brindar apoyo. ¿Quiénes son todos nuestros empleados que tienen un papel en esta potencial planificación de oleada? Por lo tanto, mucha coordinación esta semana en términos de esa anticipación durante las próximas 3 semanas. De nuevo, solo quiero compartir lo que fue alentador esta mañana cuando miramos el modelo. Veremos a dónde va esto la próxima semana. Cuando observa lo que está sucediendo en nuestros hospitales en este momento, esta mañana tuvimos alrededor de 67 pacientes positivos en nuestros 4 hospitales, 21 de ellos estaban en cuidados intensivos. La semana pasada probablemente tuvimos alrededor de 40-50 cada día, esta semana ha sido un poco más alto. Pero cuando miras dónde estamos comparados con el modelo, todavía estamos debajo de donde el modelo nos habría proyectado. De hecho, cuando hemos hablado con socios en otros sistemas de atención médica en nuestra región, también están viendo volúmenes que en general son más bajos de lo que estaba en el modelo. Entonces veremos qué significa esto, pero ahí es donde estamos, estamos viendo un aumento, aún manejable. Hay que reconocer que a todos nos cuesta. Pero hemos pasado por esta semana, y de nuevo, solo ver como todos se unen para apoyarse me ha dado mucha confianza.

Dra. Patricia Kritek: ¡Muchas gracias! Ahora voy a comenzar con sus preguntas. Como algunos de ustedes pueden haber escuchado, John Lynch tiene múltiples demandas competitivas, entonces comenzaré con preguntas dirigidas a él para que alcance a contestarlas, y luego estoy emocionada de que tengamos otros expertos en enfermedades infecciosas que puedan responder algunas de las otras cosas. Entonces, de las preguntas que nos llegaron, leí unas 350 preguntas. Voy a tratar de ponerlas en las categorías: las cifras, más detalles sobre planes de oleada, protección del trabajador de la salud, la propagación asintomática y luego algunas preguntas sobre la atención clínica. Esas son las categorías que voy a tratar de cubrir hoy. Una vez más, sé que está enviando preguntas que agradezco mucho, así que siga haciéndolo. También nos aseguraremos de que la gente tenga acceso al sitio web del que habló Tim. Así que el Dr. Lynch, médico de enfermedades infecciosas en Harborview quien está coordinando la mayoría de los aspectos clínicos de la respuesta COVID. ¿Puede comenzar diciéndonos cuántos pacientes hay en los diferentes hospitales, así como las cifras de las pruebas, cuántas pruebas estamos haciendo, porcentaje positivo, etc.?

Dr. John Lynch: Claro, con mucho gusto. Entonces, si consideramos los 4 hospitales, por ejemplo, en las últimas 24 horas, HMC ahora tiene alrededor de 11 pacientes, Montlake tiene alrededor de 15, Valley también tiene alrededor de 15 y Northwest ha tenido la mayoría de los pacientes, así que alrededor de 26 para, en algunos días, 30, hoy en realidad había menos pacientes. Reconozco que estas cifras no son exactas. Las personas reciben el alta y llegan nuevos pacientes en el transcurso del día, pero en general es donde estábamos esta mañana. Como Tim mencionó, lo que realmente estamos viendo como una tendencia, a partir de la semana pasada 2 de 4 de esos hospitales tenían menos que diez. Durante los últimos 3 a 4 días, cada hospital ha estado arriba de diez y todos los días estábamos agregando algunos pacientes. Lo que eso realmente significa es 1) se están diagnosticando nuevos pacientes que necesitan atención en el hospital, pero también es un reflejo de los pacientes que reciben atención crítica o de cuidados intensivos quienes deben permanecer en el hospital durante una o dos semanas, o si están muy enfermos, tal vez 3 o más semanas. Entonces, los pacientes que vinieron la semana pasada todavía están aquí y, como nuevos pacientes que entran, se están sumando a esa población. Entonces, como Tim mencionó, nuestra población de pacientes en el hospital es cada vez más grande a medida que pasa el tiempo.

Dra. Patricia Kritek: ¿Puede hablar sobre cuántos pacientes hay en la UCI comparado con atención aguda?

Dr. John Lynch: Claro, repasando rápidamente mis cifras de esta mañana son aproximadamente 21, más o menos un tercio de esos pacientes estaban en la UCI. Los otros dos tercios estaban en cuidados agudos. Las personas en la UCI tienden a estar en el hospital por períodos de tiempo más largos. Nuestros hallazgos son consecuentes con muchos otros sitios en todo el mundo con esa población.

Dra. Patricia Kritek: Gracias. Y de nuevo, los datos están disponibles a través del sitio protegido con contraseña en Huddle y el sitio COVID. La segunda cosa sobre la que quería pedirle que reflexionara es el monto de pruebas, el tiempo de respuesta para la prueba, y el porcentaje positivo.

Dr. John Lynch: Por supuesto. Entonces, ayer, lo vi ya hace unas horas, pero cuando miré los datos esta mañana, hicimos 560 pruebas en UW Medicine, tanto en los hospitales como en las clínicas vecinales. Me gustaría señalar que las clínicas vecinales hicieron más de 100 pruebas COVID19 ayer y definitivamente están encontrando personas en esa población con pruebas positivas y manejándolas en el entorno ambulatorio. De las aproximadamente 560 pruebas realizadas a lo largo de UW Medicine ayer, y nuevamente no he buscado en las últimas horas, pero 48 de esas personas fueron positivas. Eso nos da un promedio de aproximadamente 7.5% positivos.

Dra. Patricia Kritek: Gracias. Respecto a lo mismo hubo un montón de preguntas sobre la sensibilidad y la especificidad, así como la tasa de falsos negativos de la prueba que estamos haciendo. Quiero saber si podría reflexionar sobre eso por un momento.

Dr. John Lynch: Claro, voy a advertir que no soy un especialista en medicina de laboratorio, pero cuando hablé con mis colegas, y estoy seguro de que hay especialistas en medicina de laboratorio en esta llamada, así que me disculpo de antemano. Entonces, una de las cosas clave aquí es la forma en que se da cuenta de cuán buena es una prueba que compara esa prueba con un “estándar de oro”, la mejor definición o garantía de que la enfermedad está presente, y para la prueba PCR (reacción en cadena de polimerasa) que estamos usando en UW Medicine, y verdaderamente en todas partes del mundo, todavía no hay un estándar de oro. Para algo como COVID19, lo que tendría que hacer para lograrlo sería una muestra profunda de los pulmones, lo que se llama una broncoscopia, y luego ver por cada positivo cuántas veces ese hisopo nasofaríngeo había salido positivo. O podría hacer un estudio serológico, que es un análisis de sangre que busca anticuerpos, y buscar a cualquier persona que sea positiva y cuántos de ellos tuvieron una prueba de hisopo nasal positiva. Hasta ahora, esos estudios no se han realizado. Entonces, hasta ahora no tenemos una medida de sensibilidad y especificidad. Lo que sí sabemos ahora es que las diferentes pruebas que tenemos, por ejemplo, la medicina Departamento de Salud (DOH) y UW, las pruebas son 100% concordantes, por lo que las diferentes pruebas PCR funcionan de manera muy similar. Estas son buenas noticias. La segunda cosa es que sabemos que a veces hay lo que llamamos un falso negativo, por lo que alguien recibe más de una prueba consecutiva, tal vez separadas por días y una prueba sería positiva y una prueba sería negativa. Y eso probablemente tenga que ver con 1-2 cosas. O bien, ese hisopo nasofaríngeo no era tan profundo como era necesario o no giraba todo el tiempo necesario, ya que falta la calidad real de la muestra. Y hay que reconocer a las personas con el nivel de virus solo comenzando a subirse o ya resolviéndose, no se puede detectar esos niveles bajos, los que pueden variar de día a día.

Dra. Patricia Kritek: ¿Y sabe que hemos tenido algunos falsos negativos?

Dr. John Lynch: Cierto. Y es importante recordar que cada prueba que utilizamos en medicina clínica tiene una tasa de falsos negativos y es por eso que realmente tenemos que pensar mucho sobre el contexto clínico en el que estamos ordenando la prueba. Es central.

Dra. Patricia Kritek: Quiero hacer una pregunta de seguimiento. Surgió sobre pacientes hospitalizados que dieron resultados negativos, ¿hay algún grupo de pacientes que volvamos a evaluar porque estamos particularmente preocupados por ellos?

Dr. John Lynch: Entonces creo que sí, en dos situaciones. Es muy importante reconocer que desde el momento en que alguien está expuesto al momento en que desarrollan los síntomas, el período de incubación es de hasta 14 días, por lo que es posible que tenga un paciente que venga al hospital y se haga la prueba por algún motivo y más tarde en su hospitalización desarrolla síntomas de una infección del tracto respiratorio y nosotros en el hospital necesitamos entrar en la práctica de recordar, o esta persona puede haber estado expuesta en algún momento en el pasado y solo ahora están desarrollando síntomas. Aunque no es en el momento de la admisión, es posible que sea más tarde en su hospitalización que necesitemos pensar en COVID19 como un posible proceso de enfermedad y volver a probarlos allí. El segundo lugar en el que podemos volver a evaluar es a las personas que conocemos que tienen

COVID19, cuyos síntomas se han resuelto pero necesitan permanecer en el hospital, estamos evaluando a esas personas en nuestros hospitales. Lo que estamos haciendo en este momento es hacer 2 pruebas separadas por al menos 1 día, tan pronto como esas pruebas sean negativas y sus síntomas estén completamente resueltos, entonces podemos sacar a esas personas de las precauciones que usamos para COVID19.

Dra. Patricia Kritek: Creo que es parte de la conservación del EPP, algo importante que estamos tratando de hacer. Por lo tanto, volver a evaluar si creemos que podrían haber estado en una etapa temprana de su enfermedad y realizar dos pruebas para despejar a alguien que dice que ya no es COVID positivo. Vale, gracias. Lo último de lo que voy a hablar en términos de los datos nos llevará a nuestra conversación sobre el plan de la oleada. **¿Tiene una idea ahora en cuanto a nuestros suministros de PPE y datos que puede compartir con la gente?**

Dr. John Lynch: Claro. Nuestros colegas de la cadena de suministros están haciendo un buen trabajo. Probablemente hay entre 16 y 18 artículos en una lista que podemos ver en el inventario en su lugar. Y luego también podemos ver cuánto hemos usado en el día anterior 1, 3 días, 7 días, 2 semanas, 30 días. Y podemos decir que si esto es cuánto hemos usado en los últimos 3 días, ¿cuánto tiempo durará? Se divide en 2 grupos. En un grupo tenemos muchos suministros excelentes, duran muchos días, sabe, un mes o 2 o 3. Por ejemplo, nuestras máscaras de procedimientos básicos, tenemos algunos meses de suministros disponibles. Hay otros lugares donde las cosas son menos comunes, y aquellos de ustedes que están haciendo trabajo clínico pueden ver esto. Las máscaras con los protectores faciales integrados han sido muy escasos, y nuestra gente de la cadena de suministros ha tenido dificultades para encontrar oportunidades adicionales allí. Entonces, en lugar de usar el protector facial y la máscara integrados, lo que hemos hecho es pasar a nuestro plan de mitigación o contingencia. Intentamos usar otros suministros que tenemos, por lo que la máscara quirúrgica regular con protección para los ojos está separada. Por lo tanto, no es tan fácil para el trabajador de la salud sino mitigarlo utilizando otros materiales en combinación. También prestamos mucha atención en nuestros vestidos, e incluso cosas como nuestras toallitas desinfectantes, se están siguiendo muy de cerca. Esa es otra área en la que nuestros colegas de la cadena de suministros están trabajando muy duro para encontrar soluciones.

Dra. Patricia Kritek: Gracias, eso es realmente útil. **Creo que le toca correr, así que voy a hacer una pregunta de seguimiento y luego voy a cambiar de marcha. ¿Sabe usted la distribución por edad de las personas que ingresamos en nuestros hospitales? ¿Tiene una idea de esa distribución?**

Dr. John Lynch: Sabe, realmente no. Tuvimos esa experiencia inicial temprana con esa Residencia con Enfermería Especializada (Skilled Nursing Residence o SNF) en Kirkland y vimos a muchas personas mayores que se vieron gravemente afectadas y que estaban en la UCI y eso fue consecuente al nivel nacional. Cuando miro a los pacientes que están en nuestros hospitales en este momento, tienden a tener de más edad, pero estamos viendo personas de entre 30 y 40 años. No tengo los datos por separado de cuántos están en UCI comparado con cuidado crítico en este momento. **Santiago, Tim, Rick, no sé si tienen datos adicionales al respecto.**

Dr. Santiago Neme (Medical Director NW, Infectious Disease physician): Estoy de acuerdo con usted, nuestra experiencia en Northwest ha sido principalmente con personas mayores. Hemos tenido algunos pacientes más jóvenes en la UCI y eso coincide con los 2 casos que fueron extubados con éxito que eran menores de 65 años. Estoy de acuerdo, tienden a ser mayores y son los pacientes que ingresan en la UCI y lo mismo están viendo en Montlake.

Dra. Patricia Kritek: Bueno, entonces creo que estamos viendo un rango de personas. Hablemos más de esto después. Voy a cambiar de tema. Comienzo con una pregunta a Tim y luego me dirijo a nuestros jefes de enfermería y directores médicos para preguntas sobre la planificación de oleadas. **Tim, ¿tenemos una idea de la cantidad de camas que tenemos, la cantidad de camas de UCI que tenemos y la cantidad de ventiladores que tenemos?**

Dr. Tim Dellit: Como parte de la planificación de oleadas, como mencioné, estamos observando un pico potencial de alrededor de 760 pacientes alrededor del 17 de abril. Lo bueno es que cuando hemos examinado nuestros 4 hospitales, hemos podido identificar aproximadamente 750 camas. Por lo tanto, en realidad estamos muy cerca de poder cumplir con ese aumento anticipado. Ahora, en parte se debe a que, desde el 16 de marzo, dejamos de realizar procedimientos y cirugías electivas y no urgentes y con eso hemos visto un aumento significativo de nuestra capacidad o en algunos lugares como Harborview donde hemos tenido personal residentes, hemos desarrollado capacidad en previsión de la oleada. Entonces, desde el punto de vista general de tener suficientes camas, nos vemos bastante bien porque cada hospital identificó camas adicionales. En algunas situaciones hemos comprado camas, hemos comprado otras 260 camas en los dos campus de UWMC, y Harborview ya tenía otras 100 camas disponibles. Estamos activamente tratando con nuestra cadena de suministros para adquirir ventiladores adicionales, pero si observa los números, tenemos más de 200 ventiladores dentro de nuestro sistema. Así que estamos bastante cerca allí. Siempre estamos tratando de obtener más porque no queremos estar en una situación en la que no tenemos suficientes, pero parece que estamos muy cerca. Al considerar la planificación de oleada desde el lado del personal médico, cuando considera el ámbito de la atención crítica, porque tenemos facultad de atención crítica pulmonar, cirugía, anestesia, en realidad tenemos muy buenas reservas de personal médico que puede realizar la atención crítica. Y tenemos la capacidad de crear equipos dirigidos por especialistas en cuidados críticos con la participación de otros miembros del personal médico. Mi mayor preocupación es realmente en el lado de enfermería en términos de escasez potencial en el espacio de cuidados críticos y hay mucho trabajo por hacer para desarrollar esa capacidad y observar los cambios en términos de nuestras proporciones de personal, que ahora tal vez son 1:1.67. Creo que eso cambiará en ese escenario y cómo ampliamos esas capacidades. En eso nos estamos centrando ahora realmente, la dotación de personal, particularmente de enfermería. Entonces me dirijo a Cyndi.

Dra. Patricia Kritek: Perfecta transición. **Así que voy a pedirle a Cyndi y Keri que hable sobre la planificación de la oleada en términos de enfermería con unas preguntas específicas. Es decir, si soy personal ambulatorio, ¿qué significa eso para mí? La otra parte es, tiempo de enfermedad,**

tiempo de vacaciones, tiempo flexible. Comencemos con cuál es la estrategia de enfermería y qué estamos haciendo con eso.

Dr. Cindy Sayre (Chief Nursing Officer – UWMC): Llevamos un par de semanas trabajando en nuestros planes de emergencia para la oleada, y estándares de atención de crisis. Hemos sido muy afortunados en UW Medicine de tener muchos recursos en los últimos años y brindamos un excelente nivel de atención. A veces hacemos cosas que ni siquiera tenemos que hacer porque tenemos el personal y nuestros pacientes son los primeros y hemos sido afortunados. Estamos tratando de reconceptualizar cómo se ve cuando hay una oleada de pacientes, cuando se necesitan más enfermeras en la UCI y no tenemos toda la enfermería en la UCI que necesitamos, ¿cómo reconceptualizamos un modelo de atención en equipo? Similar a lo que Tim estaba describiendo, donde tendría un equipo con una enfermera de cuidados críticos como líder del equipo y luego tal vez una enfermera de cuidados intensivos como secundaria y luego tenemos personas auxiliares que están siendo liberadas en todo el hospital para ayudar con otras tareas de atención, por ejemplo, ¿podríamos usar un terapeuta físico u ocupacional para ayudarnos con las tareas de la vida cotidiana (ADL) que necesitan los pacientes? Por lo tanto, buscamos en toda la organización a quién tenemos disponibles y elaboramos modelos de atención basados en el equipo. En este momento estamos conceptualizando esto en 3 fases y realmente sería en la fase 3 en el pico de la oleada que iniciamos esos modelos y cuando eso suceda, la región declararíamos una crisis o un desastre y tenemos un plan en marcha – es decir que si estamos en un desastre, es posible que no saquemos los signos vitales en cada paciente cada 4 horas, es posible que no tengamos la Evaluación de Braden para la piel de cada paciente, estamos realizando modificaciones en la atención y brindando el nivel más alto a nuestra alcance con los recursos que hay.

Dra. Patricia Kritek: Gracias, eso es realmente útil. Keri, tal vez pueda seguir el rumbo de que estaba hablando Cyndi. ¿Puede hablar sobre personas que son enfermeras ambulatorias, o personal en puestos que generalmente no están en el entorno de pacientes hospitalizados y cómo podríamos estar pensando en unirlos a un plan de trabajo colaborativo?

Keri Nasenbeny: Creo que es una pregunta importante y realmente aprecio que Cyndi brinde esa visión general de ser precavidos y considerar el futuro y cómo lo manejaremos y cómo cambia nuestra atención a medida que avanzamos en cada una de estas fases. Creo que al pensar en, por ejemplo, nuestros casos quirúrgicos aquí en NW, casi todos nuestros casos se cancelaron porque eran electivos o se mudaron a Montlake, por lo que eso creó mucha capacidad dentro de nuestro personal de enfermería de quirófano, así que lo que hemos estado haciendo con ese grupo de personal, nuestras enfermeras ambulatorias, nuestras enfermeras de la unidad de atención posquirúrgica (PACU) es conectarse con ellos, entender cuál era su experiencia profesional. Entonces, si usted es una enfermera de quirófano, ¿alguna vez trabajó con paciente internados o ha pasado toda su carrera en el quirófano? Y si ha tenido antecedentes de hospitalización, ¿fue esa atención crítica o atención grave? Hemos estado usando gente aquí para reorientaciones. Entonces, cuando estaba en la UCI hoy, todas las enfermeras tenían a alguien que estaban orientando a la atención crítica. Y la expectativa no es que se conviertan en expertos, sino que se familiaricen. Entonces, algunas de las enfermeras de

nuestra Unidad de Atención Especial estaban orientadas a la sedación con ventiladores, la forma en que aspira a un paciente, cómo estar en ese entorno para que puedan trabajar junto con una enfermera con experiencia en la UCI para cuidar a un paciente. Así que esa ha sido nuestra táctica hasta el momento, evaluar a ese grupo de enfermeras, comprender sus habilidades, sus capacidades y cómo, entonces, podemos capacitarlos para ponerlos al día. También estamos en eso con nuestros asistentes de enfermería (CRNA) con una capacidad un poco diferente para utilizar a esas personas en Cuidados Intensivos. Entonces estamos tratando de pensar creativamente. Y si bien tenemos esta ventana de oportunidad, brindar a esas personas la experiencia que necesitan para trabajar en estos entornos.

Dra. Patricia Kritek: Creo que es genial que la gente ya esté comenzando a hacer ese entrenamiento y estamos pensando en todas esas personas que generalmente no hacen estos trabajos y que podrían hacer algo diferente, y me inspiraron las personas que dicen que quieren hacer esas cosas.

Cindy Sayre: Por supuesto. Y específicamente para la atención ambulatoria, creo que podemos esperar ver a enfermeras de atención ambulatoria trabajando en el entorno de pacientes hospitalizados de alguna manera. Así como dijo Keri, tratar de evaluar la experiencia de las personas, buscando personas que se ofrezcan como voluntarios para entrar en algunos de estos niveles más altos de atención, que siempre es a donde vamos primero.

Keri Nasenbeny: Solo agregaría que la cantidad de personas que se han ofrecido ha sido realmente abrumadora y alentadora.

Dra. Patricia Kritek: Creo que vamos a escuchar las mismas cosas de Tim, Santiago y Rick Goss (Director médico en Harborview) y Tom Steger (Director médico UWMC). Les haré la pregunta a ustedes tres en términos de lo que estamos haciendo con el personal médico y cómo nos estamos preparando para el aumento en términos de personal médico.

Dr. Tom Staiger (Director Médico UWMC): Para comenzar, tengo admiración y aprecio por la gran cantidad de actividades de asistencia y apoyo en toda la organización para abordar este desafío altamente inusual y sin precedentes. En coordinación con Rick, Santiago, Tim, Chris Kim (nuestro Director Médico Asociado), hemos estado muy concentrados esta semana y en las últimas en desarrollar un plan de emergencia para nuestro personal médico que sea suficiente para abordar el escenario realista a medida que avanzamos por las próximas semanas, en luz de la información del (Institute for Health Metrics and Evaluation (IMHE) y que también tenemos planes de contingencia para los peores escenarios. Nos estamos preparando para construir, si es necesario, equipos en cada uno de nuestros campus para expandir la capacidad de UCI y / o Medicina - Cirugía. Estamos coordinando en todos los campus para asegurarnos de que tenemos un despliegue adecuado de recursos, trabajando con líderes en Graduate Medical Education (GME) en nuestros departamentos, jefes de servicio, para reunir nombres y en los próximos días comenzar a desarrollar planes de despliegue temprano, así que, si necesitamos desarrollar más allá nuestras capacidades de servicio temprano, tenemos personas que están listas para hacerlo y asignadas para dar papeles al equipo.

Dr. Richard Goss (Medical Director at Harborview): Gracias a Trish por organizar esto y yo también quiero reconocer la increíble efusión del voluntariado, la gente se presentó diciendo: "Puedo contribuir". También son datos realmente valiosos de IHME, y las noticias particularmente buenas con las que habló Tim. Eso nos alienta a continuar con nuestros esfuerzos en torno al distanciamiento físico. Solo para agregar a lo que dijo Tom: la forma en que estamos conceptualizando para llegar de donde estamos hoy a una eventual oleada es sin duda seguir los modelos de predicción que tenemos que, de hecho, están cambiando día a día. Pero si tenemos nuestra estructura actual de la que todos somos conscientes, y si vamos a llegar de aquí para allá, pasaremos por un par de etapas diferentes. Será la primera vez que vamos a activar otro equipo, en la UCI o con el paciente hospitalizado, y luego, si la tendencia continúa y alcanzamos un nivel mucho más alto de enfermedad COVID, entonces necesitaríamos escalar aún más. Y esa es una especie de encuadre secuencial de los modelos de equipo. Sé que aquí en HMC, trabajando con nuestro comité central, trabajando con Tom y muchos de nuestros líderes dentro de la UCI, la sala de emergencias y la atención aguda que estamos tratando de desarrollar este modelo de etapa de manera coordinada. Realmente aprecio el liderazgo del Dr. Chris Kim y de todos los que participan. Estamos haciendo lo mejor que se pueda. Es un proyecto de modelado muy complicado y, como todas las cosas, si nos mantenemos unidos y nos comunicamos bien, lo lograremos también. Gracias nuevamente a todos los que están dispuestos a extender sus esfuerzos.

Dra. Patricia Kritek: Gracias. Solo agregaré que anoche Tim y yo pasamos tiempo con Byron Joiner y los líderes de GME y los residentes y becarios de nuestras instituciones que también son parte de este plan y muchos de los cuales están ansiosos por participar tan pronto como sea posible. Voy a cambiar mi pregunta a Santiago porque surgió una pregunta sobre si los líderes van a participar en la atención o no. **¿Podría decirle a la gente lo que ha estado haciendo en términos de atención recientemente?**

Dr. Santiago Neme: Saludos a todos. Creo que siempre ha sido fundamental para los líderes practicar y participar en lo que estamos haciendo, que es la atención médica. Tuve la oportunidad desde el principio, había un paciente ingresado en nuestro hospital que había sido residente de una de las casas de familias adultas de los alrededores. Cuando se volvió positivo y le diagnosticaron de inmediato, la gran pregunta era qué pasaba con la salud de los otros residentes que viven en la misma instalación. Con bastante rapidez, en 24 horas, nos movilizamos y seguimos adelante y evaluamos a todos los residentes y a todo el personal. Luego implementamos un plan basado en las pruebas y los resultados. Diré que nuestras pruebas también incluyeron pacientes sin síntomas porque esto fue en el marco de una investigación de brote. Terminamos evaluando a aproximadamente 130 personas esa noche. Eso condujo a un enfoque de aislamiento muy detallado y detallado para los pacientes que fueron positivos. Luego, una semana después, volvimos y volvimos a evaluar. Estoy hablando demasiado tiempo, ¿no?

Dra. Patricia Kritek: Lo estás (risas). Quería resaltar que vas a salir y poner a prueba a las personas. Y todos aquí están hablando mucho y eso es porque a todos les importa mucho y

quieren ser realmente claros sobre lo que está sucediendo. No quiero que parezca que no quiero escuchar, porque quiero saber de todos ustedes y es por eso que están aquí.

Dr. Santiago Neme: Solo quiero decir que volvimos y descubrimos que no había otras infecciones. Entonces el plan realmente funcionó.

Dra. Patricia Kritek: Me encanta. La razón que quiero destacar es que Santiago está evaluando gente. El otro día estuvo allí evaluando personas. Así que quiero que sepas que eso está sucediendo. Personalmente trabajé en la UCI médica en UW y me hice cargo del primer paciente con COVID que tuvimos allí. Mi pareja está en la unidad COVID en Harborview en este momento. Así que también somos parte del equipo de atención. Estoy en el horario para más tiempo en la UCI a partir del próximo mes. Así que somos parte del equipo y creemos que es una parte esencial de esto. De acuerdo, tengo muchas más cosas por las que quiero pasar así. Tim, todavía hay muchas preguntas sobre el EPP y hay mucha consternación sobre la discusión sobre el enmascaramiento universal y pensé que me gustaría darte la oportunidad de hablar brevemente sobre eso.

Dr. Tim Dellit: Breve va a ser un desafío. Creo que primero tenemos que reconocer que 1) estamos aprendiendo mucho y, a medida que vemos nuevas pruebas, seguiremos buscando la mejor manera de mantener seguros a nuestros trabajadores de la salud. Esa será nuestra prioridad. La cuestión de si todos los que ingresan al trabajo en un hospital deben usar una máscara es muy complicada. Hay múltiples elementos allí que debes mirar, tanto los pros como los contras de ellos. Fundamentalmente, la principal prioridad es mantener segura a toda nuestra fuerza laboral. Ese es solo un componente, todas las otras piezas son absolutamente críticas. ¿Cómo nos aseguramos, por ejemplo, de que todos los trabajadores de la salud no tengan síntomas o estén bien? Hemos implementado un proceso de selección. Hemos limitado el número de visitantes y los seleccionamos a medida que ingresan. Nos aseguramos de que las personas que atienden a pacientes con COVID19 diagnosticado tengan el EPP adecuado para atender a esos pacientes sintomáticos. También tenemos pruebas internas, lo cual es crítico. Muchos lugares en todo el país no tienen la capacidad de evaluar rápidamente a los pacientes que acuden al hospital, lo que retrasa el tiempo que tienen que permanecer aislados, sino también las pruebas de la fuerza laboral. Rápidamente tuvimos la capacidad de evaluar a nuestros proveedores de atención médica sintomáticos a través de la clínica de acceso directo, especialmente en Northwest, y de poder hacer esa evaluación y quién tenía COVID19, que es solo el 4%, mientras que la gran mayoría no lo hizo. Cuando nos fijamos en la pregunta de si las personas deben usar una máscara todo el tiempo, tenemos que mirar tanto cuál es nuestro suministro: actualmente tenemos un suministro de 3 meses, pero no sabemos si obtendremos más y cómo nos aseguramos de que obtendremos un suministro adecuado para atender a todos esos pacientes sintomáticos durante los próximos dos meses, particularmente si vemos un aumento de más de 700 pacientes. Ese es un factor que tenemos que observar. Hablé sobre el componente de prueba, analizamos qué podemos hacer para limpiar el medio ambiente, la higiene de las manos y todos esos otros elementos. Santiago aludió a esto: sabemos que hay personas, ya sean presintomáticas o asintomáticas, que tienen síntomas mínimos o ningún síntoma y si las prueba, particularmente en pacientes de edad avanzada, encontrará personas

con pruebas positivas. Lo que contribuye a la transmisión creo que hay diferentes puntos de vista sobre eso. Ciertamente, dentro del entorno del hogar, parece que ha habido grupos, donde uno podría ver cuándo tiene un contacto cercano prolongado con alguien en comparación con lo que eso significa dentro del entorno de atención médica. Sabemos que si usa una máscara si tiene síntomas de influenza, disminuye la propagación del virus de la tos. Si no tiene síntomas y no está tosiendo y usa una máscara, ¿eso realmente disminuye la transmisión? No lo sé. Creo que es una pregunta abierta y sobre la que seguimos aprendiendo. Si las personas usan una máscara, debemos recordar que la máscara no lo está protegiendo, es realmente para proteger a los demás de usted si resulta asintomático o presintomático. Entonces tienes que pensar por qué la estás usando. La verdadera pieza es pensar en todos estos aspectos. Y luego es una decisión realmente desafiante y difícil. Y realmente es la mejor manera de proteger a nuestros trabajadores de la salud, asegurarnos de que podamos protegerlos durante este período de tiempo. Muchos hospitales, si miras por todo el país, se han quedado sin suministros. Tenemos algunos hospitales en Nueva York que llevan bolsas de basura porque no tienen batas. He visto varios comentarios sobre coser máscaras. Tenemos hospitales en nuestra área que están cosiendo máscaras. No sabemos qué tan buenos son y cuán impermeables son a los líquidos. También tenemos la obligación no solo de proteger a nuestros propios trabajadores de la salud dentro de UW Medicine, sino a todos los trabajadores de la salud dentro de nuestra comunidad. Y entonces habrá preguntas sobre el cambio de asignaciones de PPE, estoy casi positivo. Si vemos otro hospital que se ha quedado sin máscaras y si tenemos máscaras, queremos poder ayudarlos porque queremos asegurarnos de que sus trabajadores de la salud también estén seguros. Definitivamente, el riesgo más alto es cuidar a pacientes sintomáticos. Y entonces todos esos factores tienen que entrar en juego. Creo que es una muy buena pregunta. Hay mucho debate a nivel nacional sobre eso. Muchos puntos de vista diferentes. No estoy seguro si hay una respuesta correcta o incorrecta allí. Estamos haciendo nuestro mejor esfuerzo para pensar en todos los diferentes elementos a medida que tomamos esa decisión.

Dra. Patricia Kritek: Me siento mal por haber dicho "sé rápido" porque creo que la consideración de esa respuesta es realmente importante. El reconocimiento del hecho de que hay incertidumbre y estamos lidiando con un montón de cosas diferentes que estamos tratando de mantener todo lo mejor posible y tomar las mejores decisiones para la mayor cantidad de personas posible. Le agradezco que nos haya guiado a través de su pensamiento sobre eso. Quiero seguir con un par de preguntas que surgieron repetidamente. Una es a la que aludiste: la evaluación de las personas a medida que ingresan, empleados, y que estamos teniendo una certificación. En otras instituciones, se están tomando otras medidas, por lo que las personas sienten curiosidad por la decisión de si debemos o no tomar temperaturas para nuestro equipo de atención médica a medida que ingresan.

Dr. Tim Dellit: Usted sabe que tratamos de modelar nuestra certificación para los trabajadores de la salud sobre nuestra experiencia en el SCCA. Hemos hecho esto durante varios años con nuestros pisos de oncología en UWMC y, por lo tanto, hemos tratado de modelar eso y realmente hacer una pausa para que usted sepa que todos estamos tan comprometidos con nuestro trabajo y nuestros pacientes y nosotros no queremos que nuestros colegas tengan que

cubrirnos, y a veces venimos a trabajar cuando todavía tenemos síntomas leves. Tener que dar fe de que no tenemos síntomas es una pausa para pensar "¿Realmente me siento bien, tengo síntomas?" antes de comenzar mi día. Si observa algunas áreas, como los aeropuertos, cuando han intentado controlar la temperatura, detectan muy pocas personas. Así que hablamos sobre esto. Hablamos "¿deberíamos usar la temperatura? Blossom: ¿Como haríamos eso? Si tuviéramos una tecnología fácil por la que simplemente podría caminar, tal vez podría pensar en hacerlo, pero la forma en que implementa eso y la probabilidad de identificar a alguien son factores que influyeron en esa decisión. Y también es un cambio para nosotros.

Dr. John Lynch: Para mencionar esta idea de pausa, en realidad solo contamos con la profesionalidad de todos en UW Medicine. Nuevamente, tómate ese momento, verifícate "Sí, me siento bien, estoy listo para ir a trabajar", y ese es realmente el objetivo. Nadie está ejecutando toda esa lista de nombres y corriendo y viendo quién pudo haber tenido síntomas hace 2 días. Realmente es solo usted quien lo indica para mantener a sus pacientes seguros y proteger a sus compañeros de trabajo.

Dra. Patricia Kritek: Bien, creo que voy a tratar de encajar en una última cosa que tampoco es nada fácil. Hay muchas preguntas sobre si podríamos saber quiénes son las personas que dan positivo y que forman parte de la fuerza laboral, y esa ha sido una pregunta anterior y sigue siendo parte de nuestras preguntas. Así que estoy mirando a John o Tim.

Dr. John Lynch: Por lo tanto, soy un doctor de enfermedades infecciosas que trabaja en infecciones, pero también soy el Director Médico para la Salud de los Empleados en Harborview, por lo que realmente tengo el papel y la responsabilidad de mantener a las personas seguras en Harborview y en UW Medicine. Entonces, ¿por qué no revelamos los nombres de las personas que tienen un resultado positivo por un par de razones? Una es que históricamente no es lo que hemos hecho con otras enfermedades infecciosas. Reconocemos que las personas pueden haberse infectado en la comunidad, ya sabe miembros de la familia, amigos, lo que tienes. Para otras enfermedades infecciosas, no compartimos esos nombres con individuos. Dejamos que los gerentes sepan que las personas en su servicio están potencialmente infectadas. Pero también reconocemos que una vez que una unidad o un equipo se entera de que alguien en su grupo tiene COVID19, a menudo es bastante fácil averiguar quién puede ser esa persona. Y a veces eso puede ser un desafío porque luego está esas enfermedades infecciosas de que hay una persona que se vuelve bastante evidente. Por lo tanto, solo se topa con los problemas de privacidad y respeto al compartir esa información. Reconocemos que las personas quieren esa información y hacen una evaluación de riesgos, al mismo tiempo, creo que debemos reconocer que esa evaluación de riesgos es verdadera todo el tiempo, pase lo que pase, y realmente no debería estar dirigida a mí si estuviera cerca esta persona en ese momento, lo que se considera realmente es cómo abordo mi día entero, me mantiene a salvo, mantiene a mis compañeros de trabajo a salvo, mantiene a mis pacientes a salvo. Otra cosa que surge es la idea de por qué esta persona se infectó. Hemos publicado mensajes de que no creemos que esto se haya adquirido en el hospital o que sea parte del trabajo. Y la otra cara de eso, es que no podemos decir, decirle al mundo o al equipo que creemos que esta persona se infectó de su cónyuge. O de su hijo o de un amigo. Es lo que nos

han dicho, pueden haber tenido a alguien en casa que tiene síntomas similares o que se sabe que tiene COVID19 y no compartimos ese material porque, una vez más, es por respeto a nuestros compañeros de trabajo. Pero la otra cara es que lo único que puedo decir es "No creemos que esto esté asociado con la adquisición del lugar de trabajo" porque no puedo compartir de dónde realmente creo que vino. Por lo tanto, no quiero que la gente piense que me estoy escondiendo o que estamos ocultando las transmisiones adquiridas en el hospital, pero a menudo tenemos información que no compartimos sobre lo que sabemos sobre la transmisión.

Dra. Patricia Kritek: Gracias. Lo aprecio mucho. Y creo que la última parte es importante y creo que nos importa la privacidad de las personas con las que trabajamos. Nos preocupamos por todos los que forman parte de nuestro equipo. Y parte de preocuparse por las personas con las que trabajamos es respetar su privacidad. Y entonces aprecio los matices de nuestra respuesta. Existen tantas preguntas. Mi página todavía está llena de cosas que quiero poder preguntar. Mi compromiso con las personas que están escuchando es que trabajaremos para tratar de incluirlos en el sitio web con preguntas y respuestas específicas. Eso no significa que las 350 preguntas van a estar allí, pero trataremos de descifrar algunas cosas. Sé que hay personas que querían preguntar sobre la reutilización de los N95, sé que hay preocupaciones sobre tener que hacer un trabajo extra o tiempo extra, sé que todavía hay muchas preguntas sobre el estacionamiento, los recursos y todas esas cosas. No es que no se les escuche, se les escucha, y trabajaremos para responderlas. Intentaré priorizar en cada TownHall dónde comenzamos. Pensé que hoy era más importante comenzar hablando sobre la planificación de oleadas porque ha sido el foco principal de esta semana. Voy a terminar de la misma manera que lo hago cada vez, agradeciendo a todas las personas que se unieron para ser oradores como parte de este Town Hall. Les hice pasar un mal rato, pero eso es porque los aprecio mucho a todos, y sé que tienen el mismo sentido del humor que yo, y puedo molestarles cuando nos dan respuestas largas. Quiero agradecerles a todos ustedes, las personas que se ocupan de nuestro equipo de atención médica, porque creo que hay muchas personas importantes y miembros de la familia que escuchan y miran, y los apreciamos mucho. Y finalmente, lo más importante, quiero agradecer a cada miembro del equipo de atención médica. Porque como hemos dicho antes, tenemos que ser una comunidad fuerte para superar esto y estoy orgullosa de ser parte de esta comunidad fuerte de UW. Gracias a todos. Gracias por todas las preguntas y seguiremos brindando respuestas. Volveremos con ella a las 3:00 el viernes nuevamente. Cúdense.