

# Revista

del COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS DE ASTURIAS



ESPECIAL COVID-19



Julio 2020

Esta Revista se financia íntegramente con la publicidad. El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias dedica, desde 1986, al menos el 0,7% de su presupuesto a programas de desarrollo sanitario en el Tercer Mundo.

# PRESTACIONES Y SERVICIOS

que el Colegio de Médicos de Asturias ofrece a sus colegiados



- Asesoría Jurídica gratuita, Extra-Judicial y Judicial especializada en asuntos médicos en todas sus ramas (civil, penal, laboral y contencioso-administrativa), con experiencia práctica real en este terreno de más de 20 años. No existe una especialidad jurídica equiparable en el terreno de la abogacía privada en toda Asturias.

- Asesoría Fiscal gratuita para tramitación de todo tipo de consultas y confección de declaraciones de IRPF; altas, bajas, modificaciones, pagos trimestrales, etc., altas en el Régimen Especial de Autónomos.

- Asesoría Social gratuita. Informa de todos los recursos y prestaciones sociales existentes y facilita los trámites necesarios para la obtención de ayudas de carácter social, así como el seguimiento de expedientes, etc.

- Mediación como Tomador de Seguro de Responsabilidad Civil Colectivo para la profesión (obligatorio desde noviembre de 2003 por imposición de la LOPS), con la consiguiente ventaja en la obtención de mejores precios y condiciones de contrato y el asesoramiento de nuestros abogados independientes de cualquier compañía aseguradora.

- Certificados ordinarios, de defunción, talonarios de estupefacientes y recetas privadas oficiales con el número de colegiado de esta Corporación.

- Posibilidad de que el Colegio autentifique la firma del colegiado a efectos de expedientes de adopción, validación de informes médicos, etc.

- Seguro de Vida Colectivo que indemniza a los herederos de médico en caso de fallecimiento en cuantías de 3.900 euros por muerte natural (sin límite de edad), 7.800 euros por muerte

por accidente y 11.700 euros por muerte de accidente de automóvil. En estos dos últimos casos sólo hasta los 65 años.

- Prestaciones de acción social para huérfanos de médicos, viudas de éstos, o en los supuestos de invalidez del médico, siempre que estén adheridos a la FPSOMC.

- Acogerse a la protección arbitral de la Comisión Deontológica frente a denuncia de cualquier paciente o de otro médico, persona o entidad, ya sea pública o privada.

- Inclusión en los recientes Registros Profesionales creados por el artículo 5-2º de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

- Posibilidad de participar en los distintos cursos oficiales de formación continuada que el Colegio está acreditado para impartir con la nueva Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

- Uso gratuito de los salones, club social y locales del Colegio de Médicos en sus distintas sedes de Oviedo, Gijón y Avilés para conferencias, charlas, reuniones, etc., siempre que sean gratuitas y no cuenten con otras fuentes de ingresos.

- Posibilidad de domiciliar socialmente las Sociedades o Asociaciones Profesionales que, en relación con su ejercicio profesional, puedan constituir los distintos colectivos médicos.

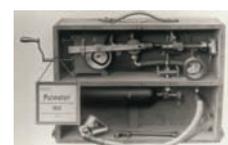
- Acogerse al PAIME (Plan de Atención Integral del Médico Enfermo) siempre que estén adheridos a la FPSOMC.

- Censo de viudos/as con inclusión en todas las actividades colegiales.

- Registro de Agresiones y Asistencia Jurídica frente a las mismas.



Carta del presidente. ....	5
“Tenemos que seguir ganando tiempo hasta que desarrollemos mejores métodos diagnósticos, fármacos más eficaces y vacunas”. <i>Dr. Álvaro González Franco</i> .....	6
Protagonismo de la ética y deontología ante la pandemia COVID-19. <i>Dr. Ángel Pérez Arias</i> .....	9
Cuídate en casa .....	11
Impacto psicológico de la COVID-19 y la situación de alarma y confinamiento en España. <i>Dres. Paz García-Portilla y Julio Bobes García</i> .....	12
Impacto psicológico y psiquiátrico de la pandemia del coronavirus en los profesionales sanitarios. <i>Dra. Elisa Seijo Zazo</i> .....	14
Atención y cuidado de nuestros mayores. <i>Dr. José Gutiérrez Rodríguez</i> ..	16
Binomio anosmia y COVID-19. <i>Dra. Adela González Fernández</i> .....	19
Sobre la COVID-19. <i>Dra. Marta García Clemente</i> .....	21
El PAIME continúa atendiendo a médicos con trastornos psíquicos en esta crisis sanitaria .....	23
“Hemos visto que las infecciones más graves aparecen en varones, de más de 60 años y con otras enfermedades previas”. <i>Dra. Lola Escudero Augusto</i> .....	24
“Me siento muy orgullosa de mi profesión y de mis compañeros”. <i>Dra. Maite Antuña Braña</i> .....	26
“Mientras no se tenga un tratamiento efectivo, todo lo que sea ganar tiempo al virus juega a favor del paciente”. <i>Dr. Manuel Valledor Méndez</i> .....	28
“El gasto excesivo generado a todos los niveles lastrará el futuro de la atención primaria”. <i>Dr. José M<sup>a</sup> Fernández Rodríguez-Lacín</i> .....	30
“La decisión de confinar a la población precozmente fue la más acertada”. <i>Dr. Manuel Amadeo Fernández Barrial</i> .....	32
“El papel de la atención primaria tiene que ser fundamental, es más, tiene que ser el eje del sistema”. <i>Dr. Antonio Hedrera Peláez</i> .....	33
Los sanitarios españoles que trabajan en primera línea contra la COVID-19, Premio Princesa de Asturias de la Concordia. <i>Dr. Alejandro Braña Vigil</i> .....	35
Nuevas líneas de ayuda desde la Asesoría Social. <i>Fedra Salvador Fernández</i> .....	37
Ventilación mecánica: semblanza de un hito en la historia de la medicina. <i>Dr. Miguel Ángel Bermejo Álvarez</i> .....	38
Santos sanadores y médicos santos, vistos ahora, en tiempo de pandemia. <i>Dr. Ángel García Prieto</i> .....	41



Dirección Técnica:  
Comunicación Profesional  
Publicidad:  
Serrador, Publicidad y Comunicación  
Fotografías:  
Enrique G. Cárdenas



Oviedo:  
Plaza de América, 10 - 1<sup>o</sup>  
33005 Oviedo  
Teléfono 985 23 09 00  
Horario de verano:  
Hasta el 30 de septiembre (incluido).  
Lunes a viernes: 8.30 a 14.30 h.

IMPRIME: Gofor  
D.L. AS-4738-2001

Gijón:  
Avda. de la Constitución, 15 - 1<sup>o</sup>  
33208 Gijón  
Teléfono: 985 16 38 26  
Horario de verano:  
Hasta el 30 de septiembre (incluido).  
Lunes a viernes: 9.00 a 14.00 h.

Internet Colegio: [www.comast.es](http://www.comast.es) [secretaria@comast.es](mailto:secretaria@comast.es)  
Los artículos aquí publicados reflejan la opinión de sus autores. Esta publicación no se responsabiliza necesariamente de los criterios en ellos expuestos.

Avilés:  
C/ Cabruñana, 50  
33402 Avilés  
Teléfono: 985 56 56 13  
Horario:  
Lunes a viernes: 9.30 a 13.30 h.

## Registro de médicos afectados por la COVID-19

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha puesto en marcha el *Observatorio de Médicos afectados por la COVID-19* con la intención de valorar el impacto que la enfermedad ha causado entre los miembros de nuestra profesión. Los datos recogidos a través del formulario nos permitirán conocer el número de afectados, y las distintas condiciones que tuvieron que afrontar nuestros compañeros durante la pandemia, así como conocer las consecuencias que la infección ha causado en los mismos.

Los datos obtenidos nos proporcionarán información relevante para poder afrontar nuevos brotes, o futuras pandemias, y a nuestra Organización le servirán para establecer las acciones jurídicas, profesionales y de protección social encaminadas a lograr que nuestra profesión sea considerada de riesgo, y que la enfermedad por COVID-19 sea considerada enfermedad profesional, y en aquellos casos donde haya habido secuelas o fallecimientos establecer nuevas prestaciones, bien para el profesional o su familia, desde nuestra *Fundación de Protección Social*.

En los Colegios de Médicos reside la representación de la profesión médica, y desde allí es donde podemos llegar a todos, independientemente del

lugar de trabajo o del tipo de ejercicio realizado por los profesionales. Solicitamos vuestra colaboración porque no sólo sois necesarios sino imprescindibles en esta labor de difusión para que todo el que haya estado afectado rellene el formulario de recogida de datos.

El cuestionario es totalmente anónimo, y solo se permite la entrada al mismo una vez validados contra el Registro del CGCOM el **número de colegiado y el DNI**, para comprobar que quien responde es médico colegiado.

Para rellenarlo entrar en:

<https://www.cgcom.es/registro-covid>

También se deberá rellenar el **Código Captcha** y la aceptación de la cesión de los datos para su trata-



miento antes de proceder a la **VALIDACIÓN**.

Muy importante es advertir que una vez enviado el formulario el Registro no permitirá una nueva entrada por lo que es importante no equivocarse al rellenarlo.

En caso de tener alguna dificultad para validar el acceso deberá ponerse en contacto con su Colegio para verificar los datos de colegiación.

El diseño permite su cumplimentación en menos de 4 minutos, y las respuestas no se asocian a la identidad del colegiado.

Os agradecemos vuestra colaboración para que este proyecto llegue a todos los médicos expuestos, ya que es necesaria toda la información para la defensa de sus intereses.



**DR. ALEJANDRO BRAÑA VIGIL**  
Presidente del Ilustre Colegio  
Oficial de Médicos de Asturias

Queridos colegas y amigos:

Con seguridad, nadie podía pensar hace siquiera unos meses la catástrofe que se nos venía encima, sanitaria en primer lugar, pero también económica y social. Nuestro mundo, más o menos organizado en torno a parámetros bien conocidos, ha sido puesto patas arriba por la acción deletérea de un virus nuevo con gran capacidad infectante y también capaz de inducir el desarrollo de un síndrome infeccioso muy grave, todavía insuficientemente conocido.

El SARS-COV-2 lo que sí ha dejado meridianamente clara es la futilidad de nuestras previsiones y nuestras apetencias de control sobre nosotros mismos y el entorno. La COVID-19, una minúscula partícula

de genes rodeados de proteínas, tiene poder bastante para hacernos patente nuestra debilidad y, desde luego, la trascendencia vital de disponer de una sanidad fuerte y organizada, capaz de hacer frente con eficacia a estos tremendos retos.

Estamos pasando un tiempo difícil, seguramente el más complicado desde el punto de vista sanitario del que la humanidad, sin distinción de razas ni lugares, tiene constancia desde hace al menos un siglo. Esta pandemia nos ha mostrado claramente las debilidades de nuestro sistema sanitario que han de ser corregidas obligadamente y de manera inmediata: calidad de la atención sociosanitaria, reordenamiento de recursos sanitarios, disponibilidad de bienes de equipo, etc., de manera que se asegure una óptima asistencia para todos los que la precisen y que los médicos y todo el personal sanitario podamos realizar nuestro trabajo en condiciones de máxima seguridad.

El propio ejercicio de la Medicina se abre a cambios que afectan aspectos clínicos y asistenciales como son los que atañen a la naturaleza de la interacción médico-enfermo, así como a la relación ente los propios profesionales asturianos. La Comisión Central de Deontología se ha manifestado muy claramente en este aspecto, señalando las ventajas del procedimiento telemático en determinadas circunstancias en las que no es posible la actividad presencial. Pero hemos de tener presente que la despersonalización de la asistencia supone la pérdida del contacto directo con el enfermo e, inevitablemente, conduce a la anulación del componente personal y humano que

es básica en la buena práctica clínica (ver *Informe de la Comisión central de Deontología en relación a la telemedicina en el acto médico*. Pag. Web [www.icomast.es](http://www.icomast.es)).

En el Colegio hemos hecho un gran esfuerzo para mantener el contacto y la información detallada y puntual de todas las novedades estadísticas, protocolos de manejo de la enfermedad, así como de las disposiciones administrativas y legales que pudieran ser de interés. Ciento veinte noticias sobre la COVID-19 incluidas en nuestra web son buena prueba del cuidado que hemos puesto en los aspectos de información a todos los colegiados. El trabajo administrativo fue realizado plenamente de manera no presencial durante el período de confinamiento y también estuvieron abiertas nuestras asesorías jurídica, fiscal y social. Ahora, de manera gradual y progresiva, estamos normalizando nuestra actividad de manera que se pueda dar directamente el servicio que cada colegiado requiera.

Deseo para vosotros y vuestras familias salud y ánimo. Que el verano sea un tiempo propicio para el descanso que todos necesitamos.

Un cordial y afectuoso saludo,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A. Braña Vigil', written in a cursive style.

## Dr. Álvaro González Franco

Director Unidad de Gestión Clínica  
de Medicina Interna HUCA

«Tenemos que seguir ganando tiempo hasta que desarrollemos mejores métodos diagnósticos, fármacos más eficaces y vacunas»



### —Situación actual del coronavirus en el HUCA.

—La situación actual, a 1 de junio de 2020, es de mínima actividad del virus a nivel hospitalario en nuestra Comunidad Autónoma, con pacientes sólo en Cabueñes y HUCA en el momento actual. En concreto, en el HUCA sólo quedan cinco pacientes en la UCI y catorce en planta, trece con COVID confirmados, de los cuales la mitad están ingresados por otro motivo clínico diferente, y un un paciente con sospecha.

### —Valoración de COVID-19. ¿qué sabemos de esta enfermedad?

—En estos tres meses hemos aprendido mucho del SARS-CoV-2, pero aún así, yo diría que siguen siendo más las facetas desconocidas que lo que conocemos. Se trata de una enfermedad infecciosa respiratoria emergente causada por el coronavirus 2 del *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) que puede dar lugar a un síndrome agudo respiratorio severo. A fecha de hoy (1 de junio), la COVID-19 se ha extendido rápidamente a la mayoría de los países del mundo, afectando a más de seis millones personas, y causando más de 370.000 muertes según las estadísticas de la *Johns Hopkins University of Medicine*.

La mayoría de las personas infectadas presentan una enfermedad leve-moderada (80%), el 14% desarrolla una enfermedad grave (disnea, taquipnea  $\geq 30/\text{min}$ , saturación  $\text{O}_2 \leq 93\%$ ,  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ , y/o infiltrados pulmonares de  $\geq 50\%$  de los campos radiológicos en 24-48%) y el 6% restante sufren un curso crítico caracterizado por insuficiencia respiratoria, shock séptico y /o fallo multiorgánico. Se desconoce el porcentaje de pacientes asintomáticos, pero cada vez se estima en un volumen más importante. En mi opinión, es especialmente destacable esta capacidad de contagio en personas asintomáticas, ya que parece un rasgo diferencial con respecto a otras infecciones víricas, en las que la capacidad infectiva se concentra en los primeros días de inicio de

síntomas. Actualmente sabemos que las primeras 48 horas antes de iniciar síntomas se puede transmitir el virus. También destacaría que está prácticamente descartado que pueda haber reinfecciones en el corto plazo.

Respecto a lo desconocido, desde un punto de vista fisiopatológico no sabemos qué fármacos son eficaces, si la inmunidad va a ser duradera ni cuánto de eficaz ante una nueva infección, cuál va a ser el comportamiento del virus con el calor, ni si está mutando hacia formas menos agresivas. Igualmente desconocemos por qué unos pacientes desarrollan un cuadro de hiperactividad inflamatoria que los lleva a fracaso respiratorio y necesidad de soporte ventilatorio invasivo. Tampoco sabemos bien la intensidad y tipo de secuelas que puede dejar esta infección. Parece que en los estudios radiológicos de control que se están empezando a realizar en pacientes ingresados por neumonía COVID, se objetiva una resolución de las lesiones, pero todavía es pronto para tener una respuesta contundente y con una mínima evidencia.

Desde un punto de vista epidemiológico, desconocemos si generará nuevos brotes intensos que nos obligue a nuevos confinamientos o cómo se va a comportar en el invierno con el virus de la gripe, si va a “ocupar” su espacio o va a tener un efecto sinérgico que genere una situación de tensión sanitaria todavía superior a la que acabamos de pasar.

### —¿A cuántos pacientes de COVID-19 se ha atendido en el HUCA?

—En el AS IV hemos atendido alrededor de 800 pacientes en estos casi tres meses.

### —¿Ha cambiado día a día el enfoque que hacían del virus?

—No diría que día a día, pero es evidente que nos hemos ido adaptando, actualizando protocolos, tanto asistenciales como diagnósticos o terapéuticos, en base a lo que se iba publicando y siempre intentando generar el máximo consenso entre las especialidades

más directamente implicadas en el hospital, ante la falta de evidencias científicas.

### —¿Qué daño produce en los enfermos?

—Como he referido previamente, es una enfermedad emergente, con puerta de entrada respiratoria, con afectación inicial y fundamental pulmonar, pero en donde cada vez está teniendo más peso la respuesta inflamatoria generadora de una tormenta citoquímica responsable del fracaso respiratorio y de las complicaciones cardiovasculares y tromboembólicas con afectación en prácticamente cualquier órgano diana: corazón, sistema nervioso central, riñón, tubo digestivo, piel, coagulopatía, ... En la edad pediátrica ha generado mucho temor los cuadros descritos tipo vasculitis-like, especialmente Kawasaki, cuantitativamente escasos, pero de alta letalidad.

### —¿Es un virus que va mutando?

—Es cierto que este tipo de virus posee esta cualidad. Recientemente se están reportando informes que apuntan a esta posibilidad, porque parece que empiezan a disminuir los cuadros más graves, pero no está del todo claro. Es indiscutible que las medidas de aislamiento social están ayudando a que las personas infectadas tengan menor concentración de virus, y este aspecto puede estar también influyendo en el predominio de cuadros menos agresivos. Se precisan más estudios para confirmar que las características infectivas y patogénicas de los nuevos clusters del SARS-CoV-2 aislados son efectivamente diferentes y traen como consecuencia cuadros más leves.

### —¿Cuál es el tratamiento que han ido comprobando que funciona mejor contra el Coronavirus? ¿Existe un fármaco específico y eficaz?

—De manera muy simplificada, podríamos resumir que disponemos de dos grupos de fármacos para combatir el SARS-CoV-2: uno se centra en disminuir la capacidad replicativa del virus y el otro en bloquear la cascada in-

flamatoria que provoca en los cuadros más graves. En ambos casos, lo que sí se puede afirmar de forma rotunda es que, a día de hoy, no disponemos de evidencia científica suficiente a pesar de gran producción científica de artículos relacionados con la COVID. Por otro lado, empieza a existir consenso sobre la disminución de la calidad de los artículos publicados, con la sensación cada vez más generalizada de que se está primando publicar rápido sobre la calidad científica, con conclusiones fundamentalmente basadas en registros ante la ausencia de ensayos clínicos, lo que aumenta la incertidumbre de la comunidad científica. A día de hoy no se ha conseguido identificar un fármaco que haya demostrado una efectividad clara contra el SARS-CoV-2.

De los fármacos que buscan inhibir la replicación viral (como la hidroxicloroquina, lopinavir, ritonavir), de momento sólo tenemos evidencias *in vitro*. Actualmente tenemos la gran polémica con los resultados de cloroquina, fármaco en el que estaban depositadas grandes esperanzas, en el que un registro de casos que ha generado múltiples críticas por no haberse publicado ni contrastado la metodología empleada, ha concluido su falta de eficacia, además de alertar sobre un posible riesgo de aumento de mortalidad, que está teniendo como efecto más inmediato el bloqueo de ensayos clínicos en marcha para dilucidar su efecto.

Sin querer entrar en grandes polémicas, no deja de ser sorprendente que se estén tomando decisiones de gran calado (suspender ensayos clínicos) en base a resultados de registros internacionales, cuya fortaleza metodológica es siempre inferior.

Por otra parte, están los fármacos que bloquean la cascada inflamatoria (tipo remdesivir o tocilizumab), donde parece que sí se tienen datos más prometedores, si bien desconocemos dosis, duración y momento más adecuado para su inicio. En conclusión, tenemos que seguir ganando tiempo hasta que desarrollemos mejores métodos diagnósticos, fármacos más eficaces y

vacunas, que serán la respuesta definitiva para proteger a toda la población.

### —¿Cuándo se produjo en Asturias el momento más crítico?

—La primera semana de abril es cuando en Asturias tuvimos el máximo de presión asistencial. Sólo en el HUCA llegamos a tener 200 pacientes ingresados en planta, además de otros 60 pacientes en la UCI.

### —¿Cómo se han organizado los médicos en el HUCA para hacerle frente?

—No voy a decir que nuestra organización haya sido modélica, pero sí puedo afirmar que la sistemática de circuitos limpio-sucio implantados en todas las plantas COVID, tanto en el HUCA como en el HMN, la estructura física y la organización asistencial desarrollada en Urgencias, los equipos mixtos de Neumólogos e Internistas para la gestión de los pacientes ingresados en el HUCA, así como la capacidad para asumir pacientes con criterios COVID en nuestras UCIs con el apoyo de Anestesia para gestionar este pico asistencial, nos han permitido hacer frente de forma razonablemente eficiente a esta pandemia.

Comparando nuestros datos (con 530 pacientes) con los publicados en JAMA con datos de Nueva York (2600 pacientes y, hasta ahora, la serie con mortalidad más baja publicada a nivel mundial), tenemos la misma tasa de mortalidad global (21%), destacando que nuestra cohorte tenía un mayor predominio de personas de >80 años y que la mortalidad en la UCI fue mucho menor (26 vs 78%).

Igualmente la tasa de profesionales infectados en los servicios que hemos estado en primera línea de actuación ha sido muy baja (<8%), lo que pone de manifiesto la idoneidad de la organización de las plantas COVID, donde los servicios de Preventiva y Riesgos Laborales, así como la labor incansable de formación asumida desde la Dirección de Enfermería, han tenido un papel esencial.

### —¿Intentaron adelantarse a la COVID?

—Hemos intentado dar la mejor respuesta asistencial a la pandemia en nuestra Comunidad Autónoma, con contacto directo y constante con las autoridades sanitarias, con el resto de áreas y con la atención primaria. Destacaría el esfuerzo de coordinación realizado entre sistema sanitario y social, del que esperamos que se saquen las conclusiones oportunas para no repetir errores pasados.

### —¿Cuál fue el peor momento vivido en el HUCA? ¿Cómo se enfrentaron a él?

—En mi opinión, la semana más dura fue la primera de abril, en la que había un volumen muy importante de ingresos diarios por COVID, precisándose abrir una planta de hospitalización detrás de otra (organizadas con cámaras y circuitos sucio-limpio) para extremar la calidad y la seguridad de la atención, tanto para los pacientes como para los profesionales. En esa semana fatídica se llegaron a precisar seis facultativos de guardia para atender el volumen de pacientes ingresados en planta. Igualmente esa semana veíamos cómo se llegaba al límite de las camas habituales de UCI en el HUCA, si bien en los planes de contingencia elaborados se tenían previstas y preparadas opciones para seguir garantizando la atención a más pacientes críticos.

Afortunadamente, cuando estábamos llegando al límite de camas UCIs y de la capacidad de atención de pacientes de los equipos COVID (equipos mixtos de neumólogos e internistas), lo que obligaría al resto de especialistas a ver a este tipo de pacientes, las medidas de confinamiento implantadas en Asturias comenzaron a surtir efecto.

Igualmente coincidió esa semana con el cambio de protocolo terapéutico consensuado en el HUCA, con inicio de fármacos bloqueadores de la cascada inflamatoria en una fase más precoz, antes de pasar a la UCI. Probablemente ambos aspectos influyeron para que la presión asistencial comenzara a reducirse.

### —¿Llegaron a temer que se produjera un colapso sanitario?

—Creo que, en esa semana crítica de principios de abril, lo que más tensión generaba era la imposibilidad de saber hasta cuándo iba a seguir la situación epidemiológica. Si mirábamos hacia otras comunidades autónomas o Italia, todavía nos podían quedar dos semanas más a ese ritmo, lo que obligaría a transformar todo el HUCA en hospital COVID, como ocurrió en los grandes hospitales de Madrid. Afortunadamente, este escenario no llegó a producirse, siendo destacable que, frente a lo que ocurrió en otras muchos hospitales en España, en el HUCA el resto de especialidades apenas tuvieron que intervenir en la atención directa de los pacientes COVID.

### —¿Qué mensaje le gustaría dar a sus compañeros médicos de Asturias en relación a la situación generada por la alarma sanitaria?

—Estamos avanzando en la desescalada y, aunque cada vez hay más voces que aseguran que la COVID está vencido y que no vamos a tener que pasar por una situación igual otra vez, no creo que haya una evidencia científica que avale este planteamiento. Confío en que en los próximos meses podamos disponer de técnicas diagnósticas más rápidas y fiables, así como de fármacos más eficaces y seguros, hasta que obtengamos una vacuna de acceso universal que nos permita afrontar esta pandemia con otra perspectiva. Como este escenario no parece factible a corto plazo, debemos estar preparados para convivir con este virus, manteniéndonos alerta, acostumbrándonos a extremar las medidas de higiene y asepsia, no sólo durante nuestro ejercicio profesional, sino también como ciudadanos, y ganar tiempo (manteniendo distancia social). Ahora mismo, son las únicas medidas eficaces a aplicar, tanto en el entorno profesional como en el personal, para ahorrar vidas y evitar nuevos confinamientos y mayor deterioro económico y social. ■

# Protagonismo de la ética y Deontología ante la pandemia COVID-19



**Dr. Ángel Pérez Arias**

Presidente de la Comisión Deontológica Colegio de Médicos de Asturias.

Desde el siglo XVI hasta la actualidad, se han producido un promedio de tres pandemias por siglo, con intervalos entre 10-50 años. El siglo XXI, ha venido marcado por la aparición de la pandemia H1N1 en 2009 y la ocasionada por el virus SARS-CoV-2 en 2020,

además de otros eventos infecciosos. Esta última, ha alcanzado dimensiones de catástrofe y sugerido problemas éticos que, implican equilibrar derechos, deberes, intereses y valores, a los cuales no siempre se ha dado una respuesta definitiva.

Entre otros conflictos éticos presentados tendríamos:

- Protección de derechos individuales y salud colectiva.
- Priorización de recursos frente a racionamiento.
- Humanización de la asistencia y acompañamiento al final de la vida.
- Estrés del personal sanitario.

La primera cuestión a considerar es, libertad individual (autonomía) frente a salud pública (bien común). Surgen cuestiones como ¿Qué restricciones a la libertad individual son legítimas en favor de la salud poblacional? Los ciudadanos tenemos el deber legal y moral de corresponsabilidad en las medidas individuales de protección y prevención. La libertad responsable con seguridad y beneficencia colectiva no deberían ser antagónicas, debiendo mediar un equilibrio entre derechos personales e interés común. Esta **ética de la responsabilidad** obliga a ponderar derechos y deberes, principios y valores como, precaución, solidaridad, proporcionalidad, reciprocidad. La responsabilidad personal revela nuestro carácter ético y surge cuando somos conscientes de las consecuencias de nuestros actos. Es necesario reflexionar sobre “*haz tu parte*” por el bien común.

Un segundo punto sería cuándo y bajo qué condiciones están justificadas las intervenciones dirigidas a limitar la interacción social. Las autoridades sanitarias se enfrentan con decisiones morales, encontrándonos ante una **ética de la salud pública** que balancea los cuidados centrados en el paciente con los de la sociedad. Los intereses generales se enfrentan con los particulares, requiriendo restricciones de derechos individuales, siendo el sujeto de reflexión ética la población (beneficio colectivo) y no el individuo. Principios como la transparencia y justicia se convierten en una obligación social que lleva a favorecer la atención de los más vulnera-

bles. Incluso, se plantea la necesidad de priorizar a determinados grupos profesionales que, como ciudadanos con los mismos derechos y deberes, necesitan estar protegidos para responder a la demanda asistencial (cuidar al cuidador).

Un tercer tema es la priorización en la asignación de recursos y los criterios de selección de pacientes ante el dilema de necesidades y medios disponibles. Nos encontramos ante una posible **ética del racionamiento**. Esto alcanzó el máximo exponente cuando algunos medios de comunicación lanzaron el mensaje “*los mayores de 80 años no ingresarán en unidades de cuidados intensivos*” y algunas sociedades científicas plantearon la realización de un triaje para acceder a la ventilación mecánica. La priorización no es ninguna novedad en sanidad, sino algo inherente a todo sistema de salud (listas de espera, cartera de servicios). Lo que se plantea no es una priorización, sino una denegación de un tratamiento potencialmente beneficioso a un grupo de pacientes vulnerables en base a la edad o discapacidad. Para la toma de decisiones, debemos considerar en primer lugar el nivel científico, luego el legal y por último el ético-deontológico que, es el más exigente.

Esta ética del racionamiento, exige que se cumpla con el principio de equidad, cuyo concepto no es unánime. La equidad, es el derecho de todos los seres humanos a ser tratados con igual consideración y respeto. Las diferencias, solo se justifican si van en beneficio de los más desfavorecidos (discriminación positiva). Surge tensión entre los principios de utilidad/eficiencia (el mayor beneficio para el mayor número de personas) y el humanitarismo/personalismo, ante la posibilidad de acudir a criterios como la edad para discriminar a grupos poblacionales. La objeción a estas normas viene dada también por ir en contra del Estado de Derecho a la Salud recogido en nuestra Constitución y en contra de la dignidad intrínseca

que el ser humano tiene por el hecho de ser persona.

Otro punto es la humanización de la asistencia inherente a las profesiones sanitarias. La lucha contra la pandemia ha ido acompañada de medidas restrictivas de acompañamiento, especialmente en pacientes críticos e institucionalizados en residencias, con fallecimientos en soledad en muchas ocasiones. En estos momentos de despedida, ante la angustia de los familiares y la presión de los profesionales, es más necesario que nunca reflexionar sobre cómo facilitar un entorno más compasivo en el morir como parte de la calidad asistencial, atendiendo los valores en conflicto y posibles cursos de acción. El acompañamiento y la asistencia espiritual es una exigencia ética de primer orden, recogido en la Carta de Derechos de los Pacientes y planes de humanización del SNS. En nuestra Comunidad Autónoma, la Ley 5/2018 sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida, recoge en varios artículos aspectos relacionados con el derecho al acompañamiento de pacientes al final de la vida.

Un último aspecto es el estrés moral, emocional y laboral sufrido por los profesionales con el consiguiente cansancio, abatimiento, conmoción e incertidumbre por miedo al contagio ante la falta de medios de protección. La profesión de médico entraña un riesgo, como lo atestiguan los compañeros fallecidos en su labor asistencial pero tenemos derecho a tener miedo a enfermarse, a la ansiedad y a la conciliación familiar.

Desde un punto de vista ético, atender pacientes con posibilidad de transmitirles el virus es una actitud contraria al principio de no maleficencia. Según el principio de beneficencia, se exige del médico el deber y la responsabilidad de protegerse para proteger, no solo a pacientes sino también al resto de la comunidad.

La Deontología permite que, ante situaciones de riesgo vital inminente e inevitable, poder abstenerse de actuar (artículo 6.2 del actual Código de Deontología Médica), sino disponer de los medios necesarios e imprescindibles de protección. La Deontología no obliga a los médicos a poner en riesgo su seguridad, su salud, su vida. Las administraciones públicas deben garantizar los medios para una atención de calidad y segura. En cuanto al apoyo profesional y psicológico en la toma de decisiones, es un imperativo del Sistema Sanitario proporcionar criterios sencillos, claros, objetivos, transparentes y consensuados, valorando la singularidad de cada persona. Las decisiones difíciles deben tomarse de forma colegiada, para evitar el gasto emocional de los profesionales. Al final, el peso de la decisión será personal del médico, encontrándose solo ante su conciencia y compromiso con el paciente.

En conclusión, la pandemia ha causado una crisis sanitaria para la cual no estábamos preparados. Caímos en un exceso de confianza, incluidos los expertos y no reaccionando con prontitud. Se dice que hay que convertir las crisis en oportunidades y que corregir es de sabios. La forma más eficaz de combatirla es aprender de lo sucedido y estar preparados para lo que pueda venir. Tenemos una oportunidad para sacar nuestros mejores principios morales reconduciendo y adecuando el modelo biomédico y bioético.

Ante una catástrofe como la que vivimos, se exige de los responsables sanitarios unos valores éticos, planificar usando diversos escenarios potenciales y salvaguardar a profesionales sanitarios y poblaciones vulnerables. Debemos plantearnos el futuro y decidir si queremos una sociedad unida o marcada por la separación. En un futuro, el modo de enfrentarnos a la incertidumbre debería ser la ética de la justicia, del cuidado y de la solidaridad. ■

## Cuídate en casa

El Ayuntamiento de Oviedo, a través de la Escuela Municipal de Salud, y el Colegio de Médicos de Asturias pusieron en marcha el pasado mes de marzo el programa *Cuídate en casa*, para impulsar las consultas médicas *on line* gratuitas con especialistas de diversas áreas. Se llevaron a cabo a través del programa “Cuídate en casa”, que se enmarca dentro del convenio de colaboración entre ambas instituciones.

El programa *Cuídate en casa*, puesto en marcha a través de la Escuela Municipal de Salud, habilitó un correo electrónico para que los ciudadanos pudieran enviar dudas o consultas médicas relacionadas con el estado de confinamiento.

Los vídeos de los especialistas del Colegio de Médicos de Asturias, que ofrecieron consejos y recomendaciones



domésticas para las diversas dolencias que no requieran atención hospitalaria, se colgaron en la página web <http://enoviedonosquedamosencasa.es>, en las redes sociales del Ayuntamiento y en el canal YouTube municipal.

La concejala de Salud Pública, Yolanda Vidal, celebró “la excelente respuesta del Colegio de Médicos de Asturias y concretamente de su presidente, el doctor Alejandro Braña, que acogió con entusiasmo esta iniciativa y mostró una disposición absoluta con el Ayuntamiento. “Abrimos este canal

de comunicación para ofrecer un servicio público de resolución de dudas o problemas de carácter leve relacionados con la salud. *Cuídate en casa* es una especie de guía de consejos saludables para ayudar a los ciudadanos a convivir con sus dolencias en casa, a que practiquen los hábitos de alimentación, higiene o ejercicio que requiere su situación siempre, obviamente, hablando de cuestiones que no requieran atención hospitalaria o consulta presencial con el médico de cabecera o con el especialista”, señaló la concejala. ■






Viviendas exteriores de 2, 3 ó 4 dormitorios.  
Bajos con jardín y áticos.  
Piscina y gimnasio comunitarios.  
Amplias terrazas rodeadas de zonas verdes.  
Máxima eficiencia energética.

El hogar de tus sueños desde sólo **139.000 euros** + IVA 

985 233 800 | 646 235 361



**constructora**  
**LOS ALAMOS**

[www.alamos.es](http://www.alamos.es) 



**Dres. Paz García-Portilla y Julio Bobes García**

Psiquiatras.

## Impacto psicológico de la COVID-19 y la situación de alarma y confinamiento en España

### —¿Por qué realizar un estudio de salud mental sobre una infección vírica que produce morbilidad respiratoria grave?

—La COVID-19 ha estado presente en la Psiquiatría desde el inicio de la pandemia. En febrero de 2020, las principales revistas de la especialidad empezaron a publicar cartas al editor y editoriales sobre el impacto emocional de la COVID-19 y la necesidad de incluir la atención a la salud mental en el sistema de control de la pandemia. El

6 de marzo se publicaron los primeros resultados sobre las respuestas psicológicas inmediatas de la COVID-19 en la población general de Wuhan (Wang et al., 2020), lo que llamó nuestra atención y nos puso en marcha por compromiso social creando el grupo de investigación IPSI-COVID-19 (Impacto Psicológico de la COVID-19).

Se trata de un equipo multidisciplinar compuesto por casi 30 profesionales de la Psiquiatría, la Psicología Clínica, la Enfermería de Salud Mental

y la Investigación procedentes de la Universidad de Oviedo, CIBERSAM, ISPA, INEUROPA y SESPA. Así, cuando el 14 de marzo la pandemia se hizo visible en España y el Gobierno de la nación decretó el estado de alarma y el inicio del confinamiento, estábamos preparados para iniciar nuestro estudio sobre las consecuencias psicológicas de la pandemia COVID-19 y del confinamiento, ambas situaciones desconocidas hasta entonces en España.

### —¿En qué consistió el estudio?

—Diseñamos un estudio nacional con dos olas de encuesta de una semana de duración cada una de ellas. Lanzamos la primera oleada el 19 de marzo y la segunda el 16 de abril. Utilizamos un reclutamiento virtual en bola de nieve en el que las personas que contestaban a la encuesta que diseñamos se convertían a su vez en reclutadores de nuevos participantes (estrategia de muestreo *Respondent-Driven Sampling*), obteniendo un total de 21.207 respuestas en la primera oleada y de 6.108 en la segunda.

La encuesta incluía preguntas sobre información demográfica y clínica básica, junto con dos instrumentos de evaluación psicométrica, la DASS-21 y el IES, que valoraban los siguientes cinco tipos de respuestas psicológicas ante la COVID19 y el confinamiento: depresiva, de ansiedad, de estrés, pensamientos intrusivos y conductas de evitación de dichos pensamientos.

### —¿Cuáles fueron los resultados?

—Las características de las personas que respondieron aparecen en la gráfica. Además, un 11% refirió haber tenido síntomas compatibles con la enfermedad COVID-19, pero sólo al 1.4% de los participantes le habían hecho los tests de detección siendo positivo el resultado en 64 de ellos (0.3%). Además, el 21% tenía familiares o amigos próximos infectados por la COVID-19.

### —Impacto psicológico.

—En la primera oleada, prácticamente

el 70% de los encuestados presentó al menos una respuesta psicológica precoz desadaptativa ante la COVID-19 y el confinamiento. La respuesta más frecuentemente desarrollada fue la de tipo depresivo (47%), seguida de la de evitación de pensamientos sobre el tema (44%). La menos frecuente fue la de ansiedad física y psíquica (10.7%). Este mismo perfil de respuesta se obtuvo en las personas que habían tenido un trastorno mental (TM) en el pasado y en las que lo tenían en el momento actual. No obstante, en ambos casos la frecuencia de presentación de estas respuestas era significativamente más alto que en las personas que nunca habían tenido un TM.

Para ver cómo evolucionó el impacto psicológico en función del avance de la pandemia y la duración del confinamiento, analizamos el subgrupo de personas que contestaron en ambas oleadas (un total de 1.304). La frecuencia de respuestas desadaptativas aumentó del 68,2% al 84% en el plazo de un mes. También evolucionó el tipo de respuesta predominante, pasando de una reacción inmediata de tipo depresivo a una reacción con sintomatología propia del estrés post-traumático (pensamientos intrusivos sobre el tema y conductas evitación de los mismos) al cabo de un mes.

### —¿Han identificado factores de riesgo para desarrollar respuestas psicológicas patológicas?

—En las personas que nunca tuvieron un TM, el hecho de ser mujer confiere un mayor riesgo de presentar cualquier respuesta psicológica patológica, mientras que, en las personas con TM pasado o actual, solo aumenta el riesgo para alguna de estas respuestas.

### —¿Y de protección?

—Detectamos que ser capaz de distraerse con alguna actividad disminuye el riesgo de presentar respuestas psicológicas desadaptativas.

### —Al igual que con las enfermedades somáticas, ¿tienen los mayores mayor

### riesgo de consecuencias psicológicas derivadas de la COVID-19?

—En contra de lo esperado, encontramos que las personas de 60 o más años tienen menor riesgo de desarrollar respuestas psicológicas patológicas derivadas de la COVID-19 y el confinamiento que las personas menores de 60 años. Pensamos que, al menos en parte, este hallazgo podría estar relacionado con una mayor capacidad de resiliencia en estas edades de la vida.

### —Suicidio.

—No preguntábamos directamente por este tema en la primera oleada del estudio. Sin embargo, casi el 9% de los encuestados respondieron que “en los últimos siete días habían pensado que la vida no merecía la pena ser vivida”. Este pensamiento se considera el primer escalón de la escalera que lleva a los comportamientos suicidas. Factores que encontramos se asociaban a esta idea negativa sobre la vida fueron tener ingresos <500 euros/mes, tener personas ancianas a su cargo, y tener historia pasada o actual de TM.

### —¿Tienen datos específicos sobre el personal sanitario?

—Tenemos datos de la segunda oleada que nos dicen que el grado de afectación psicológica de los sanitarios fue mayor en Madrid y Barcelona. En concreto, el 44% de los sanitarios de estas zonas refieren síntomas de depresión frente al 35% de los sanitarios procedentes de comunidades del resto de España. Asimismo, el 22% refiere síntomas de ansiedad y el 35% de estrés, frente al 15% y el 17% de otras comunidades. En cuanto a los patrones de sueño, el 23% refiere tener problemas casi todos los días para dormir, mientras el 12% revela soñar con lo sucedido casi a diario. Entre los métodos para sobrellevar la pandemia, uno de cada cuatro sanitarios refiere haber aumentado el consumo de alcohol y casi el 20% el consumo de tabaco.

### —¿Cómo piensan utilizar los resultados obtenidos?

Edad media 39.7 años

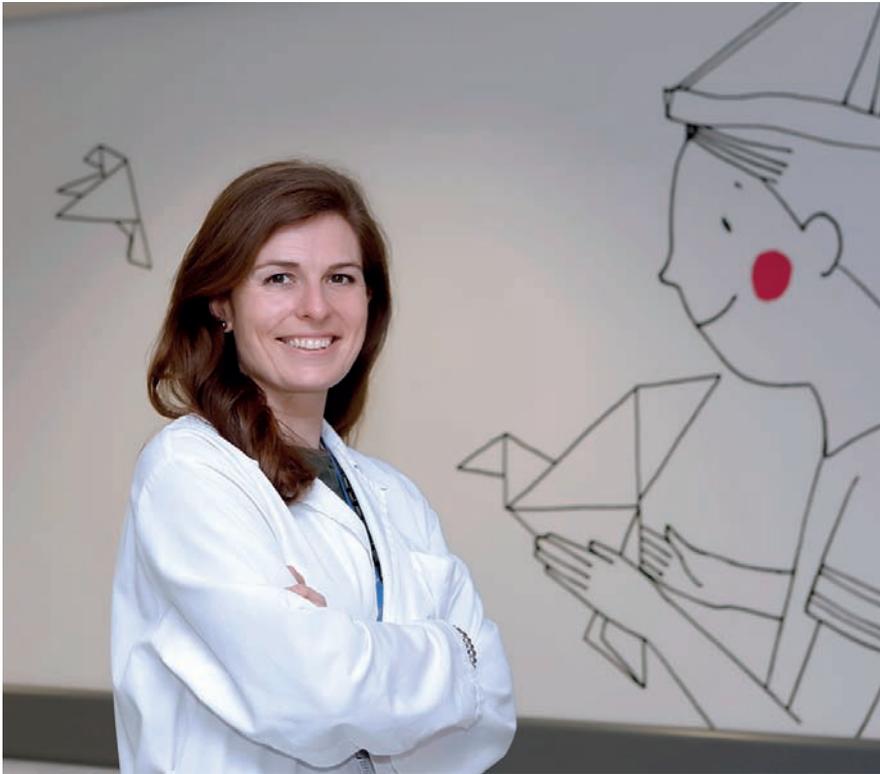


Perfil de personas que respondieron.

—Además de facilitar la adquisición de nuevos conocimientos y su transmisión a través de la publicación en revistas especializadas de impacto con revisión por pares, queremos contribuir a su traslación a la sociedad. Por ello, estamos desarrollando una App para ayudar a la población española a combatir las reacciones psicológicas desadaptativas frente a esta pandemia y otras situaciones catastróficas similares que puedan aparecer en el futuro, y consecuentemente, a prevenir la aparición de trastornos mentales y del comportamiento. La experiencia de situaciones similares nos ha enseñado que en los próximos meses asistiremos a la cuarta oleada de patologías derivadas de la COVID-19, los trastornos mentales y del comportamiento. Como consecuencia de las situaciones vividas, de los familiares fallecidos sin el acompañamiento ni los rituales de despedida habituales, de las pérdidas sufridas bien sean de tipo económico, laboral u otro, se incrementará el número de personas con reacciones patológicas de tipo depresivo, ansioso o postraumático, y/o consumo de alcohol y otras drogas.

En síntesis, las intervenciones preventivas y precoces de la Psiquiatría en estos casos contribuirán a la prevención de aparición de nuevos casos de trastorno mental, a la prevención de descompensaciones en los pacientes que tengan o hayan tenido un trastorno mental en el pasado, así como a evitar su cronificación en el caso de que aparezcan. ■

# Impacto psicológico y psiquiátrico de la pandemia del coronavirus en los profesionales sanitarios



**Dra. Elisa Seijo Zazo**

Psiquiatra. Presidente de la Sociedad Asturiana de Psiquiatría.  
Responsable de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. HUCA.

**E**l año 2020 va a ser recordado como el año de la pandemia de la COVID-19, una situación extrema desde un punto de vista sanitario y humano, a la cual no se habían tenido que enfrentar los profesionales sanitarios en nuestro país en los últimos 100 años.

Hasta hace unos meses, si nos llegan a hablar de un virus letal, de rápida transmisión, que colapsaba hospitales, terminaba con miles de vidas, y que se iba extendiendo por numerosos países sin que hubiera un medio efectivo para frenarlo, habríamos pensado que se trataba del argu-

mento de una de tantas películas de terror relacionadas con contagios y pandemias.

Lamentablemente, la pesadilla se hizo realidad y nos pilló (a los profesionales y sistemas sanitarios) desprevenidos y sin suficientes medios para la reacción.

Esto ha generado una serie de consecuencias negativas en los profesionales sanitarios, tanto físicas (infección y muerte de profesionales sanitarios) como psicológicas (sensación de vulnerabilidad, impotencia, o incluso culpa).

Es en las consecuencias psicológicas y/o psiquiátricas en las que vamos a centrar nuestra atención en el presente artículo. En este sentido podríamos establecer un problema nuclear, y una serie de factores accesorios que lo matizan.

El conflicto nuclear en este caso sería la gestión del estrés que supone la exposición a una enfermedad letal, que no sólo puede acabar con la vida de nuestro paciente, sino que, dada la alta tasa de contagio, también puede poner en riesgo nuestra propia vida y la de nuestros familiares directos. Se trata de un hecho que necesariamente modifica aspectos fundamentales de la relación médico-paciente. A esto se añadirían los problemas accesorios, entre los que incluiríamos la falta de información sobre la enfermedad a la que nos enfrentamos, la insuficiencia de medios de protección, la respuesta de las autoridades sanitarias, y la respuesta de la sociedad.

Enfrentarse a una enfermedad potencialmente letal no debería resultar, en sí misma, una situación de sobrecarga de estrés en profesionales sanitarios que están acostumbrados a lidiar con la muerte de sus pacientes, pero en el caso de la COVID-19 el gran problema ha derivado del volumen de exposición a esta situación de emergencia vital.

Desde el punto de vista psicológico, el volumen de pacientes atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivos ha llevado a los profesionales al máximo nivel de tensión asistencial, lo que se traduce principalmente en una respuesta aumentada de estrés y ansiedad. Esta situación incrementa

la posibilidad de cometer errores (por cansancio, sobrecarga emocional, falta de concentración, etc.), con la subsecuente aparición de sentimientos de impotencia, irritabilidad y dudas de la propia capacidad. Los médicos se han visto desbordados por momentos, de cada vez mayor duración, sin saber cómo compartirlo con los demás, para no parecer débiles o sin capacidad para dar respuesta a todos en todo momento.

Por otro lado, la sobrecarga asistencial ha llevado a los profesionales sanitarios a verse en la obligación de aplicar sistemas de triaje y toma de decisiones rápidas, habitualmente reservadas a situaciones de grandes catástrofes, con un alto componente de conflicto moral. Se ha tenido que afrontar la decisión de jerarquizar niveles de atención, generando un nuevo sistema de organización desconocido hasta ahora.

Los sentimientos de culpa que se suceden a los conflictos éticos han sido destacados por los médicos en un sondeo llevado a cabo por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), en el cual cerca del 70% de los internistas afirmaba que la sobrecarga y la presión asistencial vivida en los hospitales durante el inicio de la pandemia había afectado directamente a su bienestar físico y emocional, refiriendo sentimientos de tristeza, impotencia e insomnio, así como menor capacidad de concentración para disfrutar de actividades de ocio. Así mismo, un estudio reciente, publicado en la revista JAMA, sobre el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios en el epicentro de la pandemia en China, también señala una alta prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, insomnio, y una respuesta aumentada de estrés.

Otro de los aspectos a destacar en la actual crisis sanitaria es la exposición de los profesionales a una situación de riesgo biológico. Para la gran

mayoría de los médicos esto ha supuesto una novedad a la que antes no se habían enfrentado, provocando la aparición de sentimientos de miedo y culpa. Miedo a enfermar, a contagiar a pacientes, colegas o a los familiares con quienes se convive en el hogar, y miedo al aislamiento.

La necesidad de medidas de aislamiento generalizadas, que en nuestro país han determinado la instauración de un estado de alarma, ha tenido un impacto de estrés sobreañadido en los pacientes con COVID-19, quienes han de estar solos durante la hospitalización, alejados de sus familias y, en algunos casos, mueren en soledad. La crisis de la COVID-19 está exponiendo al personal sanitario a un sufrimiento intenso ante estas muertes de los pacientes en aislamiento, con familias desconsoladas por no poder acompañar a sus seres queridos. Entre los profesionales esta situación está causando un profundo impacto, no sólo por la tristeza y la necesidad de tener que actuar como único soporte psicológico del paciente, sino por el miedo anticipatorio de verse en la misma situación ante un eventual contagio.

Esta reacción de miedo, junto con la presión de no dejar los servicios descubiertos y “fallar” a los compañeros, puede llevar al profesional a minimizar los síntomas de un posible contagio. En este sentido, cabe señalar que la respuesta de las administraciones sanitarias ante los posibles casos de infección en profesionales sanitarios ha contribuido a la minimización de la percepción del riesgo de contagio en el ámbito laboral, con protocolos que en un inicio obligaban a la reincorporación a los puestos de trabajo en plazos incluso menores que los recomendados a la población general. La realidad ha sido la tasa de contagio entre profesionales sanitarios más alta del mundo.

La minimización inicial del impacto de la pandemia, la falta de me-

dios de protección, de información, la demora en el establecimiento de protocolos y medidas de seguridad, así como declaraciones públicas de altos responsables de servicios de salud, en las que se llegaba a “sugerir” que la alta tasa de contagios entre los profesionales sanitarios era “culpa” de los propios profesionales, ha generado sentimientos de rabia e irritabilidad, y una desafección de los profesionales hacia los responsables políticos sanitarios.

Queda por determinar el impacto a medio y largo plazo de la exposición a estrés de los médicos que han trabajado en primera línea contra la COVID-19. El riesgo de aparición de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es innegable, pero no disponemos de datos que nos permitan determinar la magnitud que pueda llegar a alcanzar. Estudios previos en profesionales sanitarios expuestos a la epidemia de la gripe aviar en China o de Ébola en Sierra Leona, sitúan la posibilidad de desarrollar un TEPT en torno a un 15%. Al igual que está sucediendo con muchos de los problemas sanitarios relacionados con la COVID-19, será el propio devenir de los acontecimientos el que nos confronte con la realidad clínica.

Por otro lado, y para destacar un factor positivo de esta pandemia, se ha sentido la más que positiva respuesta social de agradecimiento y apoyo a los profesionales sanitarios. Probablemente los aplausos de las ocho desde las ventanas y balcones, junto con los homenajes de bomberos, policía, ejército... en las puertas de los hospitales, hayan sido la mayor fuente de alivio psicológico que han recibido los profesionales sanitarios durante esta crisis, y seguro que han contribuido a que los profesionales hayan cumplido con ese sobreesfuerzo asistencial y psicológico como respuesta a la gratitud manifestada por la sociedad. ■

## Atención y cuidado de nuestros mayores



**Dr. José Gutiérrez Rodríguez**

Geriatra.  
Coordinador Asistencial del AGC  
de Geriatria Hospital Monte Naranco.

### CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE LOS PACIENTES MAYORES CON COVID-19

El día 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de nuevo coronavirus 2019 (nCoV) en China como una Emergencia de Salud

Pública de Importancia Internacional. Posteriormente, el 11 de marzo proclamó la pandemia mundial por el virus nombrado oficialmente como *severe acute respiratory syndrome coro-*

*navirus 2* (SARS-CoV-2), que puede infectar al ser humano provocando un cuadro clínico denominado *coronavirus disease 2019* (COVID-19).

El 31 de enero fue detectado el primer caso de infección por SARS-CoV-2 en España. Posteriormente la enfermedad se extendió por todo el estado confirmando altas tasas de infectividad, hospitalización, ingresos en UCI y letalidad, que condicionaron un elevado impacto asistencial sobre nuestro sistema de salud. De esta forma, en nuestro país, el 20 de marzo se habían contabilizado 19.980 casos y 1.002 fallecidos y en nuestra comunidad autónoma 344 casos y dos fallecidos.

Ese mismo día, tras un gran esfuerzo organizativo se abren las plantas para pacientes con COVID-19 del Hospital Monte Naranco: un total de 38 camas destinadas a personas mayores de 80 años con infección por coronavirus, que precisan hospitalización por presentar insuficiencia respiratoria aguda o descompensación de patología de base y que, en caso de empeoramiento clínico, no serían subsidiarios de beneficio de ingreso en UCI. Estas plantas fueron gestionadas por un equipo humano formado por cuatro especialistas en Geriatria, dos supervisoras de planta, veinte enfermeras, dieciséis auxiliares de clínica, diez celadores y seis limpiadoras.

Durante estos dos primeros meses de actividad asistencial se ha prestado atención a más de 120 enfermos y hemos podido observar las diferencias de comportamiento de esta patología cuando afecta a personas mayores y las características especiales que adquiere la COVID-19 en el paciente anciano.

Se ha descrito que los síntomas más frecuentes que presentan los sujetos afectados por COVID-19 son fiebre, disnea y tos. Sin embargo, en pacientes mayores pierden fuerza estas manifestaciones tradicionales, de-

teciéndose con mayor frecuencia síntomas inespecíficos como la confusión, las caídas o el deterioro del estado general. Estos hallazgos confirman la importancia de tener en cuenta, en todo momento y ante cualquier patología, la posibilidad de presentación atípica de la enfermedad en el anciano. Por ello, en función de la situación epidemiológica, en personas mayores que sufren deterioro del estado general, *delirium* hipocinético o caídas, deberíamos sospechar de la posibilidad de infección por SARS-CoV-2 independientemente de la existencia de fiebre o tos.

Los pacientes mayores hospitalizados por COVID-19 muestran una elevada tasa de letalidad, siendo aquellos con incapacidad funcional grave los que tienen peor pronóstico vital. Se han descrito tasas de letalidad del 35% en población china de mayores de 60 años y del 57% en pacientes mayores de 80 años ingresados en hospitales de la ciudad de New York.

Estas cifras tan elevadas se pueden explicar si consideramos que la edad avanzada es un factor de riesgo para desarrollar COVID-19 grave, al estar asociada a situaciones de inmunosenescencia, inflamación sistémica y estrés oxidativo.

Las personas mayores presentan un sistema inmunológico envejecido y deprimido que disminuye su capacidad de respuesta ante los procesos infecciosos. Por ello, es el grupo etario más vulnerable ante esta enfermedad, el que mayor número de casos acumula y el de más riesgo para desarrollar complicaciones graves tras la infección.

El SARS-CoV-2 es un patógeno respiratorio que penetra en las células alveolares afectando la pared y provocando una serie de cambios patológicos que tienen como final común la disfunción alveolar. Este proceso se acompaña de una tormenta inflamatoria mediada por citoquinas, interleucinas e interferón que, uni-

da a la diseminación viral, extienden el proceso inflamatorio afectando al endotelio de todo el árbol vascular y al sistema de coagulación, pudiendo llegar a desencadenar complicaciones cardiovasculares graves y fallo multiorgánico.

Todas estas manifestaciones fisiopatológicas se ven potenciadas en las personas mayores. El envejecimiento se asocia con cambios estructurales de la pared vascular, disfunción en-



dotelial e incremento de los mediadores inflamatorios y los productos resultantes del estrés oxidativo.

Estos cambios confieren al paciente anciano un estado de inflamación sistémica que marca una tendencia a la agregación, coagulación y vasoconstricción.

Por tanto, las personas mayores viven en un estado proagregante y procoagulante permanente que les provoca mayor vulnerabilidad y gra-

vedad ante la infección por SARS-CoV-2 y que, en parte, podría explicar esas altas tasas de letalidad.

Actualmente no disponemos de evidencia científica sobre el tratamiento del paciente hospitalizado por COVID-19 y la mayoría de ellos son tratados de forma empírica con antibioterapia, con especial relevancia de azitromicina y ceftriaxona, hidroxiclороquina, esteroides, antivirales e inmunoglobulinas. Sin embargo, ninguno de estos fármacos ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de personas mayores infectadas por SARS-CoV-2. Además, algunos de ellos pueden tener efectos secundarios indeseables muy graves, especialmente en pacientes que presenten un intervalo QT largo. Así mismo, pueden desencadenar interacciones graves con otros fármacos prescritos con relativa frecuencia, como antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos. La falta de evidencia, los efectos secundarios y las posibles interacciones farmacológicas generan incertidumbre entre los facultativos en la toma de decisiones terapéuticas.

Por otro lado, muchos de los pacientes mayores hospitalizados por COVID-19 presentan situaciones de dependencia funcional grave, deterioro cognitivo severo y pluripatología con enfermedades crónicas evolucionadas en fases avanzadas. En estos casos la prescripción de los fármacos referidos no mejoraría ni su expectativa de vida ni su calidad de vida. Por ello, en estas personas estaría indicado prescribir un tratamiento sintomático, aplicar medidas de confort y gestionar un acompañamiento familiar con el objetivo de paliar el sufrimiento en la fase de final de vida.

Durante esta fase de pandemia también hemos asistido a situaciones de edadismo, como cuando una de nuestras comunidades autónomas publicó una instrucción para evitar el ingreso en UCI de pacientes mayores de 80 años.

La decisión de ingresar a un paciente mayor en un servicio hospitalario o en una UCI no debe basarse en la edad cronológica. Disponemos de suficiente evidencia que nos demuestra que ingresar en UCI a personas mayores con varias patologías crónicas, dependencia funcional y deterioro cognitivo no incrementa su tiempo de vida ni disminuye la mortalidad. Así mismo, ingresar en este tipo de unidades a personas mayores robustas sin patologías crónicas significativas, sí puede tener un beneficio considerable en términos de salud.

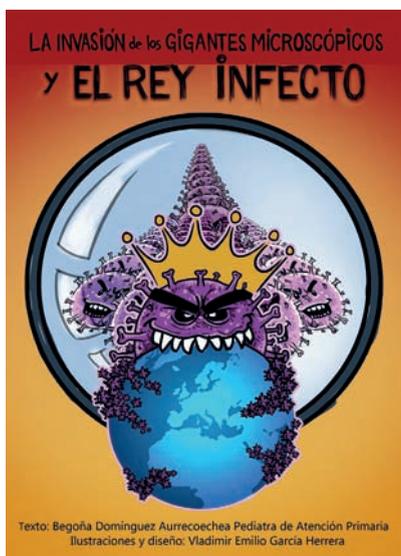
A este respecto, la Sociedad Española de Medicina Geriátrica publicó

**La falta de evidencia, los efectos secundarios y las posibles interacciones farmacológicas generan incertidumbre.**

un documento en el que especificaba que *“En ningún caso se privará de atención hospitalaria a usuarios independientes y robustos que son subsidiarios de recibir la misma atención sanitaria e intensidad terapéutica que los ciudadanos más jóvenes”*. Es decir, la toma de decisiones debe realizarse

de forma individualizada y tras valorar integralmente a la persona, ya que cualquier decisión diagnóstica o terapéutica tomada sin evaluar la capacidad funcional de las personas, estará abocada al error.

En definitiva, las personas mayores son las más vulnerables al SARS-CoV-2, las que más enferman y las que presentan más sintomatología atípica, hospitalizaciones, gravedad y letalidad. Todo esto condiciona que, para nuestra sociedad debe ser un imperativo ético proteger, atender y cuidar de nuestros mayores enfermos de COVID-19. ■



## La invasión de los gigantes microscópicos y el Rey infecto

La Dra. Begoña Domínguez, pediatra de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria explica en el cuento *La invasión de los gigantes microscópicos y el Rey infecto* las causas, las formas de contagio y la forma de luchar contra los virus y la pandemia de Coronavirus.

La publicación es un homenaje al Dr. Juan Caunedo, médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública fallecido recientemente, siendo jefe de Medicina Preventiva del HUCA.

De forma muy gráfica, sencilla y completa, explica para niños y adultos, qué son los virus, en que consiste la enfermedad COVID 19, la importancia de las medidas de higiene en su prevención y cómo podemos colaborar todos en frenar su expansión y en el control de otros virus en general. Las ilustraciones son obra de Vladimir Emilio García Herrera.

**Enlace para descargar el cuento:**

[https://www.familiaysalud.es/sites/default/files/la\\_invasion\\_de\\_los\\_agentes\\_microscopicos\\_y\\_el\\_rey\\_inefecto\\_reducido.pdf](https://www.familiaysalud.es/sites/default/files/la_invasion_de_los_agentes_microscopicos_y_el_rey_inefecto_reducido.pdf)



## CARNÉ COLEGIAL



El carné de médico colegiado tiene una caducidad de cinco años. Transcurrido ese tiempo ha de ser renovado. Para ello el médico interesado deberá pasar en persona, y no delegar en nadie, por cualquiera de las tres oficinas que tiene este Colegio en Oviedo, Gijón o Avilés para actualizar sus datos y cumplimentar la ficha de reconocimiento de firmas. También deberá aportar una foto reciente tamaño carné.

# Binomio anosmia y COVID-19



**Dra. Adela González Fernández**

Otorrinolaringólogo.

La pandemia por SARS-Cov-2 tuvo su origen en el Este de China y se extendió rápidamente por Europa y el resto del mundo causando un síndrome respiratorio agudo de evolución grave incluso mortal.

Los datos que nos llegaban de China referían cómo síntomas principales de la COVID-19 fiebre, tos, dificultad para respirar, odinofagia, rinorrea y congestión nasal y mialgias. Cuando el número de pacientes

infectados fue aumentando exponencialmente, comenzó a llamar la atención la emergencia de dos nuevos síntomas:

## La pérdida del olfato y el gusto de inicio brusco

Su inicio podía ocurrir antes o durante la infección por SARS-Cov-2 y en algunos casos era el único síntoma. Hasta tal punto que Sociedades Científicas como la SEN, Sociedad Británica de Rinología, Sociedad de

ORL del Reino Unido, Sociedad Francesa de ORL, algunos Hospitales de nuestra comunidad como el Hospital San Agustín de Avilés donde el jefe de servicio de ORL junto con el jefe de Servicio de Neurología, etc. emitieron sendos comunicados recomendando el auto confinamiento preventivo de aquellas personas con pérdida brusca de olfato como posibles infectadas por Sars-Cov-2.

En un estudio multicéntrico europeo recién publicado en una muestra de 417 pacientes de doce hospitales de diversos países se encontró que el 88% de los pacientes con test positivo para SARS-Cov-2 tenían algún tipo de disfunción olfativa-gustativa.

Recientemente el Ministerio de Sanidad español ha reconocido que hasta el 43% de los españoles afectados de COVID-19 habían referido disfunción olfativa y gustativa.

## Causas de pérdida de olfato

Las principales causas de pérdida de olfato son:

En primer lugar las rinosinuales (rinitis, rinosinusitis y pólipos nasales).

En segundo lugar las de causa vírica en el curso de infecciones del tracto respiratorio superior. Los virus implicados son los del resfriado común (mas de 200), coronavirus y virus de la influenza. Estas disfunciones olfativas de origen vírico remiten en la mayoría de los casos de forma espontánea cuando cesa la infección aunque en unos pocos casos pueden quedar secuelas de mayor o menor gravedad durante meses o permanentes. No se conoce muy bien la patogenia de la lesión de la vía olfativa en las anosmias de causa viral aunque en autopsias de pacientes anósmicos por este motivo se encontraron alteraciones del epitelio olfativo por daño de las neuronas sensoriales y también reducción del tamaño del bulbo olfatorio.

La presbiosmia o anosmia en relación a la edad avanzada es también uno de los principales sino el principal factor de pérdida de olfato.

Otras causas son: las anosmias postraumáticas, las anosmias congénitas aisladas o sindrómicas.

La pérdida olfativa es también un sensor precoz de enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson y la enfermedad de Alzheimer. Y así hasta 300 enfermedades que pueden originar disfunciones olfativas.

### ¿Por qué se pierde el olfato y el gusto en COVID-19?

En cuanto a la patogénesis de la alteración del olfato y el gusto en la COVID-19 las últimas publicaciones hablan de que el SARS-Cov-2 tiene afinidad por las células con receptores que expresan dos proteínas a las que se une el virus para penetrar en nuestro organismo: ACE2 y TMPRSS2. Estos receptores son muy abundantes, entre otras, en las células de soporte del epitelio olfativo. El SARS-CoV-2 infecta las células de soporte del epitelio olfatorio utilizando las proteínas ACE2 y TMPRSS2 como puerta de entrada. De esta forma, produce un daño en las células de soporte que, posteriormente, afectaría a las neuronas sensitivas olfatorias.

El sentido del gusto es otra víctima. La sensación que nos permite distinguir los sabores al comer se encuentra en unas estructuras de la lengua, las papilas linguales. Estas papilas tienen unos receptores denominados yemas gustativas formadas por tres tipos de células: células receptoras gustativas, células de soporte y células precursoras o basales. Aunque no se conoce aún el nivel expresión de las proteínas ACE2 y TMPRSS2 en las papilas linguales, es probable que el virus infecte en las yemas gustativas de la misma forma que lo hace en la nariz.

También se ha descrito que el SARS-Cov-2 se uniría a los recepto-

res del ácido siálico que forma parte de la mucina de la saliva protegiendo a la molécula gustativa de la degradación prematura. La reducción del ácido siálico elevaría el umbral gustativo.

### ¿Se puede recuperar el olfato y el gusto?

Se está viendo que la mayoría de los pacientes con COVID-19 recuperan el olfato cuando cesa la infección o a lo sumo a los 15 o 30 días. Las neuronas olfatorias se regeneran a los 30/60 días a expensas de las células basales por lo que cabe esperar recuperación de la pérdida al cabo de este intervalo de tiempo. En cuanto al gusto, la recuperación podría ser más temprana porque las células receptoras gustativas regeneran a expensas de las células precursoras a los 14 días.

## La pérdida olfativa es un sensor precoz de enfermedades neurodegenerativas.

### ¿Cómo podemos tratar la disfunción olfatoria por COVID-19?

Si bien en anosmias de etiología vírica siempre y cuando se detecten en una fase precoz se recomienda el uso de corticoides orales e intranasales, en COVID-19 no está indicada la corticoterapia vía general, pues podría empeorar la evolución de la enfermedad. En cuanto a los corticoides inhalados, si ya se están utilizando por patología previa como rinitis alérgica o asma, se aconseja no suspender el tratamiento.

Hasta ahora el único tratamiento para los pacientes con pérdida de la percepción olfativa que se ha demostrado eficaz con un nivel de evidencia es el entrenamiento olfativo. Consiste en olfatear odorantes de una forma repetitiva y estructurada durante un

tiempo prolongado. En cuanto a los odorantes a emplear o a la duración en el tiempo del entrenamiento hay diversos protocolos publicados, siendo el tiempo recomendado de entrenamiento de al menos doce semanas.

### Conclusiones

Hasta ahora todo lo publicado sobre la anosmia y ageusia en COVID-19 se basa en estudios preliminares y autocuestionarios, pues no se ha podido evaluar la disfunción olfatogustativa en la consulta con olfatométros y test olfatogustativos ni con otras exploraciones del Área ORL. Son necesarios más estudios, ver la evolución en el tiempo de estos pacientes y proseguir los estudios iniciados.

Los datos obtenidos hasta ahora apuntan a que podríamos considerar la anosmia COVID-19:

**BioMarcador de COVID-19** a veces incluso en pacientes asintomáticos, con lo que sería muy útil para indicar aislamiento preventivo y evitar la propagación de la enfermedad.

**Predictor de evolución de la enfermedad:** en algunos estudios parece asociarse de forma significativa a evolución leve y moderada de la enfermedad por SARS-Cov-2. Si fuera así podríamos no indicar en principio la hospitalización de estos pacientes y liberar así recursos sanitarios.

La pérdida del olfato y el sabor a medio largo plazo implican importantes alteraciones en nuestra vida social, laboral, de salud, incluso psiquiátricas y se le considera un marcador pronóstico de mortalidad por lo que se debería recomendar la rehabilitación olfativa de forma precoz a todos aquellos pacientes afectados.

Y en los que persista la disfunción olfativa deberían ser valorados mediante exploración del área ORL y olfatometrías validadas. ■

# Sobre la COVID-19



**Dra. Marta García Clemente**

Presidenta de ASTURPAR  
(Sociedad Asturiana de Patología Respiratoria).

**L**a enfermedad por el virus SARS-CoV2, llamada COVID-19, es una infección vírica causada por un nuevo coronavirus emergente, descrito por primera vez en el mercado de mariscos en Wuhan (China) en diciembre de 2019. El incremento rápido del número de casos, debido a

la importante transmisibilidad del virus, hizo que la OMS declarara la COVID-19 como una pandemia mundial el 11 de marzo de 2020.

Se trata de una enfermedad infecciosa en la que la puerta de entrada es el aparato respiratorio y cuyo espectro clínico es muy amplio. El órgano

donde se expresa la enfermedad con mayor gravedad es el pulmón, apareciendo de forma frecuente neumonías que pueden ser graves y pueden complicarse con distrés respiratorio agudo, shock séptico y fracaso multiorgánico. Sin embargo, algunos sujetos se encuentran asintomáticos o presentan enfermedad leve con clínica de vías respiratorias altas y, ocasionalmente síntomas digestivos, neurológicos o alteraciones cutáneas. Se estima que aproximadamente un 14% de los pacientes desarrollan enfermedad respiratoria importante que requiere hospitalización y un 5% puede necesitar ingreso en la unidad de cuidados intensivos, siendo la mortalidad elevada y variable en función de la edad. No sabemos cual será la evolución de los pacientes que han sufrido esta infección pero se han observado casos de enfermedad tromboembólica venosa secundaria a la misma y es posible que algunos pacientes puedan presentar fibrosis pulmonar como complicación a largo plazo.

En relación con su origen, al igual que ocurrió con otras enfermedades relacionadas con coronavirus emergentes, como el síndrome respiratorio agudo y grave (SARS) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), el virus SARS-CoV2 parece haber saltado desde un huésped original, que en este caso sería el murciélago, a través de un huésped intermedio no claramente identificado, hasta los humanos convirtiéndose en un virus particularmente peligroso. Posteriormente su capacidad de diseminarse a partir de personas asintomáticas o con enfermedad leve, unido a otros factores como el aumento de las comunicaciones, la globalización y otras características propias de una sociedad avanzada, han dado lugar a un incremento exponencial de casos que ha puesto al límite al sistema sanitario de muchos países, incluidos algunos tecnológicamente muy avanzados.

Pero no solamente se trata de una crisis sanitaria, sino que de ella han derivado importantes consecuencias soci-

ales, habiéndose paralizado la vida personal y económica de muchos países, incluido el nuestro. La sociedad ha tenido que descender su velocidad, comenzar a reinventarse y disfrutar de algunas cosas que el ritmo de vida frenético nos había hecho olvidar. La globalización, responsable en parte de la rápida propagación del virus, ha desaparecido de forma brusca: las líneas aéreas han cancelado sus vuelos, se han cerrado fronteras, se han vaciado nuestras calles, los coches han desaparecido de la estampa diaria de nuestras ciudades dando lugar a un descenso importante en los niveles de contaminación, y el teletrabajo se ha convertido en una realidad en nuestras vidas. Con todo ello, nuestras relaciones sociales se han visto afectadas por una obligada distancia de seguridad y hemos quedado confinados en nuestros domicilios en una situación inimaginable solo unas semanas antes. Es probable, además, que el futuro nunca vaya a ser igual y que los cambios en las relaciones personales, en la economía y en los sistemas de salud hayan llegado para quedarse.

Tendremos que asumir y entender todo esto como una nueva normali-

dad, probablemente pendientes de la llegada de nuevos patógenos que puedan conducirnos a una situación de pandemia similar a la que ha ocurrido. La experiencia vivida nos tiene que servir para poder tomar medidas de forma precoz y estricta en caso de que esto ocurriera. En este sentido países como Corea del Sur o Vietnam que ya habían tenido experiencia con otros coronavirus, estaban preparados para ello y cuando apareció el SARS-CoV2 supieron actuar con celeridad, con medidas estrictas de confinamiento, consiguiendo contener la pandemia con una mortalidad escasa, lejos de la objetivada en Europa, EEUU o América Latina. El uso de mascarillas de forma precoz y la importancia del lavado de manos son hechos que nos han advertido como medida prioritaria desde estos países y que deberemos tener en cuenta a la hora de afrontar un rebrote de la enfermedad si es que éste apareciera.

La profesión de los trabajadores sanitarios ha cobrado protagonismo y nuestra imagen ha salido reforzada de esta situación, tanto a nivel asistencial como de investigación. El riesgo

de atender a pacientes graves con una infección de alta transmisibilidad ha puesto en gran valor nuestro trabajo y la sociedad así lo ha entendido. Durante estos meses, en mi experiencia personal, he visto como profesionales de distintas categorías y especialidades, sacando lo mejor de cada uno de ellos, se han unido para tratar una enfermedad grave desconocida para nosotros, sin un tratamiento específico establecido y en unas circunstancias en las que nunca habíamos trabajado previamente. Por todo ello los pacientes y la sociedad en general nos han mostrado su agradecimiento.

El futuro no va a ser fácil y ahora nos toca tratar de recomponer el sistema sanitario pensando en algunos cambios que tendrán que ser obligatorios en nuestra manera de entender la sanidad. La pandemia vivida ha sido un duro golpe para todos, pero tal vez haya que verla como una gran oportunidad de mejora del sistema. La sociedad debe pararse a pensar en el valor real de los medios socio-sanitarios, su financiación y su eficiencia. ■

## PLAN DE ATENCIÓN AL MÉDICO ENFERMO

El Colegio Oficial de Médicos de Asturias cuenta entre los servicios que oferta a sus colegiados con el Plan de Atención al Médico Enfermo, PAIME.

El PAIME tiene como finalidad atender, de manera integral (asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral) e integrada, a los médicos que sufren problemas psíquicos y/o conductas adictivas, asegurar que reciben el adecuado tratamiento y, en consecuencia, que puedan retornar con adecuadas garantías a ejercer su profesión. Este programa de médicos para médicos es, por tanto, un instrumento de control de la buena praxis médica y un elemento de garantía para la población, porque cuidar al médico enfermo supone defender por encima de todo la salud de los ciudadanos.

Este Programa es estrictamente confidencial y respetará en todo momento el anonimato del médico.

**Más información sobre el PAIME en: [www.comast.es](http://www.comast.es) y a través del teléfono 985230900 y del correo electrónico [paim@comast.es](mailto:paim@comast.es)**

## El PAIME continúa atendiendo a médicos con trastornos psíquicos en esta crisis sanitaria

Problemas de ansiedad, alteraciones emocionales, trastornos del sueño son algunas de las reacciones más habituales entre el colectivo médico en esta pandemia. El sobreesfuerzo y la presión añadida de trabajar en unas condiciones límites, pueden hacer mella en la salud mental de los médicos.

Este programa de los Colegios de Médicos de España bajo el paraguas de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC), ha flexibilizando sus horarios y los canales de comunicación, también online, además de la consulta presencial para poder atender a los médicos con trastornos psíquicos durante esta crisis sanitaria.

Los principales motivos que han aducido los profesionales médicos al acudir al PAIME durante la pandemia, han sido los altos niveles de ansiedad en relación a fallecimientos de pacientes a los que intentaron salvar sin conseguirlo, temor al contagio propio y/o miedo a contagiar a familiares.

Para la Dra. Enriqueta Ochoa, psiquiatra y coordinadora del PAIME en el Colegio de Médicos de Madrid, es muy importante poder ayudar a los

médicos tanto ahora, durante la crisis sanitaria como después. “En la fase más complicada de la pandemia los médicos se han volcado en el trabajo, pero cuando la situación mejore, será cuando comenzaremos a expresar las emociones y las reacciones contenidas. Aunque estemos acostumbrados a situaciones de alta demanda, ésta es extraordinariamente compleja. En este sentido es importante trabajar en la prevención de los posibles trastornos que pueden aparecer en este colectivo profesional mirando al futuro, a la etapa postpandemia”, advierte.

Esta especialista considera que el objetivo es que los facultativos puedan mantener su estabilidad emocional, y cuando esta se ve alterada, ayudarles a manejar de forma adecuada las emociones y sentimientos que pueden aparecer, para prevenir la aparición de trastornos mentales

y si así ocurre, tratarlos lo antes posible para evitar se cronifiquen. Para ello, recomienda reconocer la propia vulnerabilidad ante la demanda que nos realizan, actuar con tranquilidad, mantener un alto nivel de concentración para seguir todos los procedimientos PCI (prevención y control de la infección), descansos breves pero regulares durante la actividad asistencial para prevenir la fatiga mental, mantener apoyo y confianza entre los componentes de los equipos para aumentar la motivación e incrementar la eficiencia, y por último tener una actitud de comprensión hacia los pacientes, la mayoría superados por el miedo al contagio. “Además es clave que sepan gestionar de forma adecuada posibles pensamientos de frustración y culpa acerca de las dificultades de recuperación de los pacientes graves”, asegura la Dra. Ochoa.

### ¿Qué es el PAIME?

El programa PAIME es un instrumento de control de la buena praxis médica y por tanto un elemento de garantía para la población, porque cuidar al médico enfermo supone defender por encima de todo la salud de los ciudadanos. Cualquier médico colegiado en activo, que no esté en situación de jubilación o de incapacidad laboral permanente puede solicitar este servicio gratuito. Este programa facilita al “médico enfermo” aceptar la necesidad de ayuda como tal y solicita recibir tratamiento en el PAIME, comprometiéndose a acudir a las visitas y recomendaciones que se le indiquen, cumplir las prescripciones de su terapeuta y a no abandonar el programa hasta que no se le dé el alta definitiva. ■



Se recuerda a todos los colegiados la necesidad de **aportar al Colegio todos sus títulos oficialmente expedidos o reconocidos.**

(Artículo 36 del Reglamento y Estatutos particulares del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias).



## “Hemos visto que las infecciones más graves aparecen en varones de más de 60 años y con otras enfermedades previas”

**La Dra. Lola Escudero Augusto** es jefe de Servicio de la UCI polivalente del HUCA y coordinadora autónoma de trasplantes.

### —¿Cómo se adaptó la UCI del HUCA para atender a pacientes de COVID-19?

—La UCI del HUCA dispone de siete Unidades (cuatro Unidades de diez camas cada una y una Unidad de cuatro camas, en total 44 camas de UCI polivalente y 20 camas en la UCI cardiaca). De forma progresiva y según iba aumentando el ingreso de pacientes con COVID-19 fuimos convirtiendo todas las unidades en áreas preparadas para atender pacientes con SARS-CoV-2. Esto requirió realizar algunos cambios estructurales, entre otros cambiar la presión positiva de la que normalmente están dotadas las UCIs a una presión negativa de 10-15 pascales para minimizar el riesgo de contagio

a los profesionales. Por otra parte, a nivel organizativo el equipo médico se dividió en tres grupos estancos para trabajar a turnos. De esta forma, asegurábamos que si algún miembro del equipo se contagiaba y el resto del grupo tenía que ponerse en cuarentena, los otros dos equipos podían seguir trabajando y atendiendo a los pacientes. Éramos muy conscientes de nuestra gran responsabilidad y queríamos garantizar la asistencia a todos los pacientes hasta el final.

### —¿Llegaron a temer por el colapso de la UCI?

—Sí. El día más crítico que vivimos fue cuando solamente quedaban tres camas libres en la UCI “habitual”.

Viendo la magnitud de la pandemia y la rápida expansión del virus en otras Comunidades, desde el inicio de la crisis y trabajando contra reloj conseguimos montar una UCI de 25 camas en un espacio anexo a la UCI en un plazo de diez días, que fue casi como realizar un milagro. Fue una obra realizada en un tiempo record, gracias al excelente y exhaustivo trabajo a tres turnos y sin descanso que realizó el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento del HUCA dirigido por Josu Jiménez. Teníamos pues, estas 25 camas de UCI en reserva y también más dotación de camas previstas en otras áreas del hospital dedicadas habitualmente a la recuperación postquirúrgica.

### —¿Qué hace que este virus curse de forma leve, moderada o grave?

—Desconocemos todavía muchas cosas del SARS-CoV-2, pero como en todas las infecciones influye mucho el estado inmunitario del huésped, su edad y comorbilidades previas así como la cantidad de inóculo que provoca la infección. En este caso hemos visto que las infecciones más graves aparecen en varones, de más de 60 años y con otras enfermedades previas, siendo la obesidad un factor agravante, aunque también hemos tenido pacientes más jóvenes sin comorbilidades.

### —¿Sabemos algo del tratamiento contra el coronavirus?

—El comportamiento del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) que provoca es en algunos aspectos parecido al SDRA por el virus de la gripe, por lo que en este aspecto los médicos especialistas en Medicina Intensiva contamos con una amplia experiencia ya que todos los años tenemos un número importante de pacientes ingresados en nuestras UCIs por gripe. En estos casos tratamos a los pacientes con parámetros de ventilación mecánica protectora, decúbito prono 16 horas/24 horas y medidas de mantenimiento general habitual en un paciente crítico con soporte hemodi-



Equipo de la UCI del HUCA.

námico, hemodiafiltración renal, tratamiento de las sobreinfecciones, etc. En cuanto al tratamiento puramente farmacológico para la COVID-19 se han utilizado muchos medicamentos antivirales y otros destinados a evitar la excesiva respuesta inflamatoria secundaria a la infección viral, pero hasta la fecha no hay evidencia de su eficacia.

### —¿Es importante ganar tiempo al virus?

—Siempre es importante ganar tiempo para mejorar la organización y ampliar la dotación de camas de UCI. La expansión ha sido tan rápida y tan violenta que, como hemos podido comprobar, no hay sistema sanitario en el mundo preparado para un ataque de este tipo. Esto nos debe hacer reflexionar sobre la necesidad de mantener un sistema sanitario robusto y con buen equipamiento. Es muy importante invertir en investigación, ciencia y salud para salvar vidas, pero también porque hemos aprendido la alta dependencia que existe entre enfermedad y economía. La pandemia ha puesto de rodillas a la economía mundial y serán muchos los efectos colaterales derivados de ella. Afortunadamente Asturias ha sido en los últimos años la Comunidad Autónoma con más inversión

en sanidad y esto nos ha permitido mantener una adecuada asistencia sanitaria. Lo que tendremos que preparar para el futuro es una reserva estratégica de respiradores, camas de UCI, equipos de protección individual etc.

### —¿Habrá rebrotes?

—Nadie tiene la respuesta a esta pregunta, aunque personalmente creo que no habrá un rebrote de tanta intensidad. Estamos viendo en Wuhan y Corea nuevos casos, por lo que hay que estar alerta y monitorizar estrictamente la evolución. Y, por supuesto, no hay una situación igual para todas las áreas geográficas. Las ciudades con alta densidad de población tendrán más riesgo.

### —¿Qué tasa de mortalidad tiene la enfermedad en estos momentos?

—En las UCIs del HUCA a mediados del mes de mayo 19 pacientes COVID-19 permanecían ingresados, por lo que los datos de mortalidad real se podrán establecer cuando estos pacientes finalicen su atención, pero a fecha de hoy la mortalidad en UCI es del 17%. Y hemos tenido ingresados a pacientes de edad elevada, el mayor de 80 años que superó con éxito la intu-

bación, la ventilación mecánica y diecisiete días de ingreso en UCI.

### —¿Qué huella nos dejará la COVID-19?

—Muchas cosas, a nivel personal nos hará más filósofos... hemos percibido de golpe la cruda constatación de la fragilidad humana; hemos sido muy conscientes de que somos seres sociales que necesitamos caricias y abrazos casi tanto como el oxígeno; hemos comprobado que podemos ser maravillosamente solidarios ante las desgracias colectivas, y sobre todo, creo que nos ha enseñado que todas las vanidades son efímeras, y que debemos ejercer más intensamente el *carpe diem*, disfrutando con intensidad de todas las cosas que nos rodean, desde la infinita belleza de unos ojos azules al sabor de unas fresas. A nivel sanitario hemos aprendido la facilidad con que un virus puede propagarse rápidamente en esta cada vez más aldea global y eso nos obligará a estudiar más la parte puramente epidemiológica; se desarrollarán mucho más algunas disciplinas como la Microbiología, los tratamientos antivíricos, la producción de vacunas, etc.

### —¿Qué mensaje le gustaría dar a sus compañeros médicos?

—Mi reconocimiento y profunda admiración a los compañeros de todas las especialidades y ámbitos que han trabajado de forma incansable a veces en condiciones muy difíciles en la lucha contra esta pandemia. Todo ha sido labor de grandes equipos. Especialmente quiero mencionar, por la parte que me toca, mi enorme reconocimiento, admiración y gratitud a todo mi equipo de la UCI por su magnífico e incansable trabajo. Hemos conseguido mantener siempre el ánimo y hasta el sentido del humor dentro de la desolación y la amargura que nos ha tocado vivir. Y han sido realmente jornadas interminables de trabajo en condiciones de máximo estrés. ■



“Me siento muy orgullosa de mi profesión y de mis compañeros”

**La Dra. Maite Antuña Braña**, especialista en Medicina Intensiva, es la responsable de la UCI del Hospital de Cabueñes.

**—¿Cómo se adaptó la UCI del Hospital Universitario de Cabueñes para atender a pacientes de COVID-19?**

—La UCI del HUCAB duplicó su capacidad tras convertir las catorce camas habituales en camas para pacientes COVID-19 y se habilitaron trece camas para pacientes críticos no COVID. Esta Unidad recibió pacientes también del área III. Esta ampliación fue a expensas de una reorganización de camas de críticos, con ocupación de las camas de la Unidad Coronaria, que pasó a camas del Servicio de Anestesia.

**— ¿Cuál fue el máximo de capacidad de la UCI? ¿Llegaron a temer por el colapso de la UCI?**

—En nuestra Unidad COVID la máxima ocupación fue del 90 % si pensamos en colapso porque esta máxima ocupación se alcanzó en 48-72 horas y había pocas posibilidades estructurales en nuestro hospital para más camas de críticos COVID.

**— ¿Qué hace que este virus curse de forma leve, moderada o grave?**

—Parece que el punto clave está en la respuesta inmune innata. Cuando la respuesta inmune puede controlar al virus el proceso cursa de forma leve; cuando no lo controla se produce

una propagación del virus con daño pulmonar que a su vez produce una activación de macrófagos con una gran liberación de citoquinas proinflamatorias. Esta va unida al desarrollo de síndrome de distrés respiratorio agudo. Además, esta gran liberación de citoquinas también produce daño del sistema microvascular y alteración de la coagulación. Los pacientes con síndrome de liberación de citoquinas son los pacientes más graves.

**La experiencia del confinamiento va a ser imborrable para la población y sanitarios.**

**—¿Sabemos algo del tratamiento contra el coronavirus?**

—Sabemos más que al principio, pero a fecha de hoy todavía es insuficiente, sobretodo porque no hay ningún tratamiento, en este momento, cuya recomendación esté sustentada por ensayos clínicos controlados. Hay muchos ensayos en marcha en España y a nivel mundial que esperamos den luz al tratamiento y nos permitan utilizar tratamientos más eficaces. Actualmente se utilizan tratamientos protocolizados basados en las recomendaciones del Ministerio y de la

Agencia Española del Medicamento. El tratamiento que se está realizando se basa en el tratamiento con antivirales, fármacos ya autorizados para otras patologías, como el lopinavir/ritonavir e hidroxiclороquina y con agentes inmunosupresores como el tocilizumab, molécula inhibidora de la IL-6. Recientemente se ha autorizado el uso de otros fármacos como el ruxolitinib, inhibidor selectivo de la JAK. Pendientes de resultados de los ensayos con otro antivírico el Remdesivir, este solo está autorizado en ensayos. En nuestra Comunidad la UCI del HUCA participa en uno de esos ensayos.

**—¿Es importante ganar tiempo al virus?**

—Sí, parece que puede ser importante el control precoz de la inflamación y la liberación de citoquinas para intentar que la infección respiratoria no evolucione a las formas más graves que precisan ingreso en UCI.

**—¿Qué hay de nuevo hoy de COVID-19?**

—Pocas cosas, a la espera de resultados de los ensayos en curso. Quizás el cambio más reciente en el tratamiento es el uso más precoz de agentes inmunosupresores como el tocilizumab. También las expectativas con el ruxolitinib precoz que parece que



Equipo de la UCI del Hospital de Cabueñes.

puede condicionar un control de la inflamación y evitar el daño pulmonar.

— **¿Habrá rebrotes?**

—Es difícil de saber. Cabe pensar que el tiempo que se aproxima, verano, pueda disminuir la transmisión del virus, pero esto puede ser contrarrestado por el incumplimiento de las medidas de aislamiento social. Por ello debemos seguir preparados ya que ahora mismo no disponemos de soluciones eficaces como la vacuna o la alta inmunización de la sociedad.

Y habrá que esperar a ver qué pasa en otoño-invierno, para ver si el nuevo virus se queda y se hace estacional.

— **¿Qué tasa de mortalidad tiene la enfermedad en estos momentos?**

—En estos momentos es difícil de saber puesto que aún tenemos pacientes ingresados. En nuestra Unidad ahora mismo, mediados de mayo la mortalidad es de un 15%, la edad media de los fallecidos ha sido 76 años.

— **¿Qué huella nos dejará la COVID-19?**

—La experiencia del confinamiento creo que va a ser imborrable para la población en general y para los sanitarios también. En los profesionales sanitarios se une el hecho de tener que trabajar de forma muy diferente. Además de intentar salvar la vida de tus pacientes tienes que intentar no contagiarte y enfermarte.

— **¿Qué mensaje le gustaría dar a sus compañeros médicos?**

—El mensaje fundamental es que me siento muy orgullosa de mi profesión y de todos mis compañeros, grandes profesionales, especialmente de todos aquellos que han estado en primera línea: compañeros del SAMU, Atención Primaria, Urgencias hospitalarias, Medicina Interna, Neumología, Microbiología, Anestesia y por último a todos los intensivistas y de forma especial a los de mi equipo, a los que aprovecho desde aquí para felicitarles y darles las gracias por un trabajo excepcional.

— **¿Algo más que resaltar en la COVID-19?**

—Es fundamental resaltar el grandísimo trabajo de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios, enfermeras, TCAE, celadores y personal de limpieza. ■

ANÍMATE A COLABORAR CON LA

*Revista*

Ésta es tu revista, la de todos los colegiados. Si deseas colaborar con nosotros, puedes enviarnos tus artículos indicando tus datos personales (teléfono y correo electrónico) a la dirección [secretaria@comast.es](mailto:secretaria@comast.es). Los textos deberán tener una **EXTENSIÓN MÁXIMA DE FOLIO Y MEDIO ESCRITOS EN UNA TIMES NEW ROMAN CUERPO 12 INTERLINEADO SENCILLO** y en un lenguaje sen-

cillo, apto para todos los lectores. Si rebasan esa extensión, el Consejo Editorial está autorizado a no publicarlos. Anímate a compartir con nosotros tus aficiones, recetas de cocina y viajes, entre otras ideas.

El Colegio no se hace responsable de los datos, informaciones o mensajes vertidos en los artículos: la responsabilidad, naturalmente, será de la persona firmante.



“Mientras no se tenga un tratamiento efectivo, todo lo que sea ganar tiempo al virus juega a favor del paciente”

**El Dr. Manuel Valledor Méndez** es jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital San Agustín de Avilés y responsable de la UCI.

**—¿Cómo se adaptó la UCI del San Agustín para atender a pacientes de COVID-19?**

—Nosotros empezamos a atender pacientes COVID unos días después del inicio de la pandemia. Los primeros pacientes fueron trasladados al HUCA porque era el hospital donde inicialmente ingresaban todos. Eso nos dio más tiempo para prepararnos y cuando recibimos el primer paciente estábamos prevenidos y lo teníamos todo bastante organizado. Se reforzó enfermería y se protocolizaron tanto los circuitos de acceso y niveles de bioprotección como la asistencia a los pacientes COVID.

**—¿Cuál fue el máximo de capacidad de la UCI? ¿Llegaron a temer por el colapso de la UCI?**

—Mirando lo que pasaba en otras comunidades claro que temíamos el colapso. Empezamos con once camas, llegamos a estar llenos. Entonces se aumentó a catorce el número

de camas. Afortunadamente ningún paciente que lo necesitó quedó sin ingresar en la UVI.

**—¿Qué hace que este virus curse de forma leve, moderada o grave?**

—Hay varias teorías, pero aún permanece sin saberse con seguridad. Parece que juega un papel importante la respuesta del paciente a la infección, pero porque unos pacientes presentan una respuesta inflamatoria exagerada que se vuelve contra el propio paciente y otros no, se desconoce. Por supuesto influye una atención temprana y la comorbilidad de los pacientes.

**—¿Sabemos algo del tratamiento contra el coronavirus?**

—Los tratamientos antivirales empleados fueron muy empíricos porque no se disponía de datos sobre ningún medicamento eficaz y se usaron aquellos que se habían ensayado previamente en China, aunque sin evidencia científica sólida. Ahora

hay varios estudios en marcha que en poco tiempo seguro que nos arrojarán luz y permitirán elegir mejor. Respecto al tratamiento de soporte, hoy conocemos mejor su evolución y complicaciones lo que nos permite anticiparnos a su presentación o al menos intentarlo.

**—¿Es importante ganar tiempo al virus?**

—Claro, mientras no se tenga un tratamiento efectivo todo lo que sea ganar tiempo al virus juega a favor del paciente y permitirá avanzar en el conocimiento de la enfermedad y en su prevención y tratamiento.

**—¿Qué hay de nuevo hoy de COVID-19?**

—Casi todos los días aparecen cosas nuevas, aunque unas más relevantes que otras. Son datos fundamentalmente descriptivos. Se conocen su forma de transmisión, alguno de los mecanismos de invasión y cómo evoluciona la enfermedad, pero aún hay

muchas cuestiones que se desconocen. Seguramente con el esfuerzo investigador que se está llevando a cabo a todos los niveles (básico, clínico) se acabará encontrando un tratamiento efectivo y seguramente también una vacuna.

### —¿Habrá rebrotes?

—Como otras muchas cosas de este virus no se sabe con seguridad. Los expertos dicen que sí, que ha venido para quedarse. Lo que no sabemos es su magnitud. Por eso, lo importante es estar preparado y conseguir que el sistema sanitario no se vea superado. Para ello no hay que bajar la guardia, hay que seguir con las medidas de protección contra la transmisión por gotas (mascarilla y distancia de seguridad) y contra la transmisión por contacto (higiene de manos) que son las dos formas fundamentales de transmisión del virus. A esto hay que asociar la detección precoz de casos y la búsqueda exhaustiva de contactos. También es fundamental que, en caso necesario, el sistema sanitario pueda recuperar de forma rápida la capacidad de respuesta (camas de hospitalización y de UCI) que se desplegó estos dos meses.

### —¿Qué tasa de mortalidad tiene la enfermedad en estos momentos?

—Varía según los países. Fuera de los pacientes hospitalizados es difícil de determinar. La guerra de cifras a la que estamos asistiendo solo provoca confusión, además de ser utilizada de forma interesada por unos y por otros. Quizás haya que esperar a poder determinar el exceso de mortalidad en relación con el mismo periodo en años precedentes.

### —¿Qué huella nos dejará la COVID-19?

—De momento han cambiado nuestros hábitos de vida cotidiana. Que este cambio dure más o menos dependerá mucho de que el virus se



Foto de familia del equipo de la UCI del San Agustín.

convierta o no en estacional y de si se encuentra una vacuna. Como pasó en otras crisis puede que haya un antes y un después de esta pandemia. Nunca hemos vivido una situación igual, no sólo por la actividad asistencial sino también por las condiciones que rodearon a estos pacientes: aislamiento

**“Lo importante es estar preparado y conseguir que el sistema sanitario no se vea superado”**

social y familiar, el miedo de los pacientes y el nuestro al contagio y contagiar a los nuestros, en fin, nos hemos sentido mucho más vulnerables. En lo que a la asistencia sanitaria no COVID se refiere también provocó cambios como el aumento de la telemedicina, y algo nada positivo para los pacientes que es el aumento de las barreras para el acceso al sistema sanitario, que esperemos duren lo menos posible.

### —¿Qué mensaje le gustaría dar a sus compañeros médicos?

—En lo que a mis compañeros se refiere, que me siento orgulloso de la profesionalidad que han demostrado y de cómo consiguieron responder a la gran presión asistencial que tuvimos y al mismo tiempo mostrar una enorme empatía con las familias y con los pacientes. Es muy satisfactorio compartir trabajo con compañeros así. Esto lo hago extensivo al equipo de enfermería con el que trabajamos codo con codo. Hubo un gran esfuerzo de todos por lo que el mensaje sólo puede ser positivo.

### —¿Desea añadir alguna pregunta?

—Expresar dos preocupaciones: una que, si bien en una situación especial como esta se pueden aceptar determinadas limitaciones, no vale todo. El sistema sanitario debe de esforzarse por mantener el aspecto humanitario que es consustancial con una asistencia sanitaria de calidad. La otra, apelar a la responsabilidad individual de la ciudadanía en el cuidado de la salud. Vivimos en sociedad y comportamientos pensando sólo en intereses particulares acaban volviéndose contra nosotros, porque en realidad nuestro bienestar en gran parte dependerá del bienestar del otro. ■



**El Dr. José Mª Fernández Rodríguez-Lacín**  
es presidente de SAMFyC Asturias  
(Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria).

## «El gasto excesivo generado a todos los niveles lastrará el futuro de la Atención Primaria»

### —¿Qué reflexión haría sobre el papel que ha jugado la Atención Primaria durante la pandemia?

—Se ha realizado una labor de información a la población muy importante, concienciando a los pacientes para el confinamiento y evitando que saliesen de sus casas. Tuvimos muchas consultas telefónicas que dificultan el trabajo médico ya que generan mas incertidumbre. Este trabajo rápido y coordinado, con muchos cambios y ordenes directas, ha tensionado la

organización de los EAPs, pero también nos ha hecho mas sólidos y mejor preparados para el futuro. Creo que los Centros de Salud han sido muy disciplinados en esta pandemia y a la vez han demostrado elasticidad y capacidad de adaptación en estos tiempos de cambio. El papel de los coordinadores/directores de los Centros ha sido decisivo. Quizás en algún momento se hicieron muy pocas consultas a domicilio con la incertidumbre de la pandemia, pero actualmente esto se está corrigiendo.

### —¿Qué demandas plantean desde la Atención Primaria en la actual fase en la que nos encontramos y en las más inmediatas orientadas tanto a los médicos como a los pacientes?

—En el momento actual debemos consolidar algunos avances que se han dado con la pandemia. La receta electrónica ya no debe volver nunca al modelo pasado de papel. Debe mantenerse ligado a la tarjeta sanitaria como ocurre ahora. Los partes de baja y alta y confirmación de baja laboral deben manejarse matemáticamente sin imprimir papeles. Los trámites de visado de fármacos e inspección deben seguir siendo como en el momento actual.

### —¿Podría hacer una valoración de la gestión de la alarma sanitaria?

—Ha sido un poco caótica con cambios de protocolos y órdenes contradictorias en las fases iniciales y por otra parte muy lenta en la compra de materiales de protección y cambios organizativos que son esenciales. A día de hoy siguen enviando materiales de protección con aspecto de eficacia dudosa, sin gafas de protección adecuadas, a los centros de salud de Gijón.

### —¿Hace falta un cambio de mentalidad?

—Yo creo que debemos acelerar algunas reformas como la telemática que ya mencioné y la definición del papel del Director del Centro y estructura organizativa que ya tenía un decreto redactado para su aprobación. Los cambios de mentalidad se hacen con la normativa. Es difícil que funcione un cuerpo sin cabeza o un equipo sin entrenador.

### —¿Cómo se presenta el futuro en la Atención Primaria?

—Siempre es incierto. Espero que la inversión aumente en Primaria y se mantenga. No tengo datos, pero creo

que se ha invertido más en el Hospital de la Feria de Muestras que en la Atención Primaria de Asturias en lo que va de pandemia.

**—¿Cómo hay que reforzar la Atención Primaria para afrontar esta nueva etapa?**

—Es necesaria una inversión de equipamientos tanto de equipos informáticos y aparatos, que en algunos centros están obsoletos. Los edificios que albergan a los Centros de Salud y sobre todo a los Puntos de Atención Continuada se han quedado muy pequeños para el personal que albergan y la cantidad de pacientes que atienden. También está pendiente el refuerzo de personal prometido antes de la pandemia en los centros docentes y las contrataciones de personal médico necesarias para llegar a los 1.500 pacientes por médico.

**“Debemos acelerar algunas reformas como la telemática”**

**—¿Hay que mejorar la coordinación con el nivel hospitalario para una mejor gestión de la crisis sanitaria?**

—Sin duda. Es necesario un cambio de mentalidad para entender que somos un continuo asistencial para los pacientes y no compartimentos separados de atención. Es necesario regular el acceso a las pruebas médicas por parte de los médicos de familia.

**—¿Qué lecciones hemos aprendido hasta el momento?**

—La más importante es la fragilidad del sistema, que no es tan sólido como pensábamos y la inutilidad de las gerencias integradas que no integran nada y han descapitalizado a la Atención Primaria.

**—¿Puede convertirse esta crisis en la gran oportunidad de replantear el SNS y el papel de la AP dentro del mismo?**

—No. El gasto excesivo generado a todos los niveles lastrará el futuro de la Atención Primaria.

**—¿Cuál es el sentir de los profesionales de AP en Asturias?**

—A mí no me gusta especialmente, le he cogido un poco de manía a la canción y la palabra; pero creo que un “Resistiré” lo define bastante bien. ■



La opción 1 se fija en lo que hacen los demás, la opción 2 se fija en lo que nadie más hace. La opción 1 quiere gustar a todos, la opción 2 quiere gustarte a ti. La opción 1 ya la has visto una y otra vez, la opción 2 vas a verla como nunca antes la habías visto. Presentamos **el primer BMW Serie 2 Gran Coupé**, el coupé de 4 puertas con todo el dinamismo, diseño y tecnología de BMW. Pensado para los que buscan algo más allá de la opción que todos eligen.  
**Bienvenido a la opción 2. Tu primera opción.**

**CONDICIONES ESPECIALES EN TODOS LOS MODELOS PARA PERSONAL SANITARIO.**

**Autosa**  
C. Cerdeño, 31  
Tel.: 985 11 88 00  
Oviedo  
[www.autosa.com](http://www.autosa.com)

WLTP: Consumo promedio: desde 5,9 hasta 7,0 l/100 km. Emisiones de CO<sub>2</sub>: desde 134 hasta 159 g/km. NEDC: Promedio de emisiones de CO<sub>2</sub>: 123 g/km.



**Dr. Manuel Amadeo Fernández Barrial**  
 es presidente de SEMERGEN Asturias  
 (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria).

## «La decisión de confinar a la población precozmente fue la más acertada»

—¿Qué reflexión haría sobre el papel que ha jugado la Atención Primaria durante la pandemia?

—El papel de la Atención Primaria en la pandemia es fundamental en sus tres vertientes: diagnóstico precoz; vigilancia estrecha en el periodo de confinamiento domiciliario y seguimiento de los pacientes tras el alta hospitalaria.

—¿Qué demandas plantean desde la Atención Primaria en la actual fase en la que nos encontramos y en las más inmediatas orientadas tanto a los médicos como a los pacientes?

—Durante todo el proceso la mayor demanda fue la realización de test, que sin embargo, actualmente está subsanado y ya se realiza en los centros de salud.

—¿Podría hacer una valoración de la gestión de la alarma sanitaria?

—La decisión de confinar a la población precozmente fue la más acertada.

—¿Hace falta un cambio de mentalidad?

—El cambio nos lo ha dado la situación actual que nos llevó a ensayar nuevas formas de relación con los usuarios mediante el teletrabajo y la selección de pacientes que realmente necesitasen asistencia presencial.

—¿Cómo se presenta el futuro en la Atención Primaria?

—Crisis/oportunidad, realmente los recursos dedicados a la Atención Primaria podrían aumentarse. Somos el nivel de asistencia más resolutivo y mejor coste/efectividad.

—¿Cómo hay que reforzar la Atención Primaria para afrontar esta nueva etapa?

—Aumentando el personal, introduciendo nuevas tecnologías y aumentando la autogestión en los centros de salud.

—¿Hay que mejorar la coordinación con el nivel hospitalario para una mejor gestión de la crisis sanitaria?

—La Atención Primaria/Atención Especializada siempre fue un valor.

—¿Qué lecciones hemos aprendido hasta el momento?

—Pienso que se pueden hacer las cosas de otra manera. ■



**Dr. Antonio Hedrera Peláez**  
 es presidente de SEMG Asturias  
 (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia).

## «El papel de la Atención Primaria tiene que ser fundamental, es más, tiene que ser el eje del sistema»

—¿Qué reflexión haría sobre el papel que ha jugado la Atención Primaria durante la pandemia?

—La Atención Primaria contribuyó de forma decisiva a la contención del contagio en el momento que se estableció el estado de alarma. Se limitó el acceso a los centros de salud y se filtraron todas las consultas por teléfono; se diagnosticaron los casos de COVID según protocolo, y se siguieron telefónicamente, con intervalos de tiempo adecuados a los protocolos, eso sí muy cambiantes, prestando especial atención a los pacientes que empeoraban para su pronta derivación a hospital.

—¿Qué demandas plantean desde la Atención Primaria en la actual fase en la que nos encontramos y en las

más inmediatas orientadas tanto a los médicos como a los pacientes?

—Se demanda que la asistencia a los centros de salud se haga de forma controlada, es decir, el acceso presencial debe de ser programado por el profesional; serán consultas de alta resolución, en especial en lo que a los crónicos se refiere, y se hará todo lo necesario para que el paciente sea revisado en una sola visita, y la consulta a demanda será presencial si es necesario, ya que durante la pandemia lo que ha quedado claro es que gran parte de las consultas se pueden resolver por teléfono, y lo que se precisa ahora es un filtrado telefónico profesional por parte de las unidades administrativas que deberán establecer qué tipo de demanda es, y a quien corresponde hacerla dentro

del centro de salud. Ahora mismo nos estamos viendo desbordados por muchas llamadas, las cuales en muchos casos no tienen que llegar al médico. Además se precisará más personal en los centros de salud, reforzar la entrada, establecer plantillas adecuadas a la realidad, con estabilidad en el tiempo, reduciendo la variabilidad asistencial y un mayor aprovechamiento tecnológico. Se precisa homogeneizar el funcionamiento telemático de todas las áreas sanitarias y potenciar el uso de correo electrónico y de las videollamadas.

—¿Podría hacer una valoración de la gestión de la alarma sanitaria?

—El estado de alarma en un primer momento originó un funcionamiento caótico. Los centros de salud se autogestionaron en el manejo de la crisis; los protocolos cambiaban de forma constante, eran y siguen siendo demasiado densos, y a los profesionales en muchos casos no podían asimilar esto cambios añadidos a un funcionamiento distinto a lo conocido hasta ahora. El Centro Coordinador del SAMU estuvo colapsado por la sobrecarga de llamadas que recibía más de 3.000 llamadas al día. Era el primer lugar a donde se había redirigido a la población que tenía síntomas y donde había que hacer el primer triaje, llegando casi a colapsarse hasta el punto de que los médicos de familia encontraban serios problemas para conseguir una ambulancia para un traslado por la dificultad para poder acceder al citado centro Coordinador del SAMU. A esto se añadieron los problemas de material de protección. Los equipos de protección individual eran al principio escasos con mascarillas quirúrgicas, sus gafas y bata impermeable de protección; posteriormente llegaron más, pero con batas de peor calidad, con mascarilla quirúrgica y un plástico añadido de protección, hasta que a través de donaciones llegaron las pantallas faciales y, tras 40 días, llegó el siguiente EPI con mascarilla FFP2 y nos entregaron unas batas impermeables. El puntal del estado de alarma lo cons-

tituyeron los médicos, y la ventaja de Asturias fue su falta de comunicación y aislamiento junto a una red sanitaria muy amplia.

### —¿Hace falta un cambio de mentalidad?

—Por supuesto, los médicos de familia vemos una oportunidad de cambio. Queremos dejar atrás la era pre-COVID, donde la demanda asistencial nos desbordaba y al final la medicina de verdad quedaba relegada por la falta de tiempo. Creemos que la mentalidad tiene que ser ver aquello que sea necesario valorar presencialmente, pero lo demás gestionarlo telefónicamente o por correo electrónico, y así se podrá dar una asistencia de calidad con mayor eficiencia.

### —¿Cómo se presenta el futuro en la Atención Primaria?

—Ahora mismo es incierto. Todo dependerá de lo que la Atención Primaria haga en los próximos meses y del respaldo que tengamos por parte de los gestores será el primer obstáculo, pero si se hace bien, si los médicos de familia recuperan el control de la demanda asistencial en esta era post-COVID, será el primer paso para luego vencer los siguientes, como la falta de profesionales por jubilaciones que se producirá en los próximos cinco años. En concreto en un área como la de Gijón se jubilarán casi la mitad de los médicos de Atención Primaria en cinco años y, a su vez, si mejoramos, será una motivación para que los residentes de familia se queden en las consultas de Atención Primaria y no se vayan a Urgencias, como está ocurriendo ahora.

### —¿Cómo hay que reforzar la Atención Primaria para afrontar esta nueva etapa?

—Son necesarias varias cosas: en primer lugar dimensionar las plantillas de una forma adecuada, teniendo en cuenta no sólo el número de pacientes, sino que hay que sopesar cuántos son mayores, la problemática social de la zona, la dispersión, y esas plantillas tie-

nen que ser lo suficientemente amplias para garantizar la cobertura asistencial de urgencias durante la mañana, la tarde y la noche; más medios tecnológicos y en algunos casos estructurales. Esto lo digo porque los centros de salud en el fondo siempre se han considerado unidades administrativas, esto lo ha puesto de manifiesto la pandemia, y por ello los siguientes centros de salud que se construyan deberán de seguir una línea diferente, pensando en el manejo de los pacientes de una forma más controlada, con mejores accesos, con salas más amplias y con consultas médicas más resguardadas, pero interconectadas, y por último, un cambio dentro de los demás estamentos que trabajan en los centros de salud; Enfermería tiene que asumir un papel más preponderante en el triaje de los pacientes y en el seguimiento de todos los crónicos, con mayor autonomía, y las unidades administrativas tienen que profesionalizarse, y gestionar la demanda de los pacientes de forma que se gestione mejor los tiempos de demora.

### —¿Hay que mejorar la coordinación con el nivel hospitalario para una mejor gestión de la crisis sanitaria?

—Es necesario hacerlo. Se está intentando hacer las denominadas consultas colaborativas, que al final lo que buscan es que no sean derivados pacientes que no se van a beneficiar de la valoración por el nivel hospitalario, y servirán para que la Atención Primaria tenga un consultor en aquellos casos dudosos que pueden ser solventados con la ayuda de un médico de hospital sin que precise ser finalmente derivado, de esta forma se eliminará la sobrecarga en el hospital y se reducirán las listas de espera. Al haber menos carga se espera que sean más resolutivos, disminuyendo los tiempos muertos generados entre las primeras consultas y los resultados de las pruebas, que ahora mismo son demasiado largos, y esto genera consultas añadidas en primaria, donde los pacientes llaman para que les informemos los resultados de las pruebas del hospital.

### —¿Qué lecciones hemos aprendido hasta el momento?

—La mayor lección que hemos aprendido es que un porcentaje muy alto de consultas se pueden hacer por teléfono, y también se ha aprendido dónde están las fortalezas de la Atención Primaria, como es su capacidad de reinención y adaptación gracias a sus profesionales, y sus grandes debilidades, como la falta de estructuras y materiales adecuados y, sobre todo, la carencia de profesionales, todo ello producto de la falta de inversión real en los centros de salud durante todos estos años.

### —¿Puede convertirse esta crisis en la gran oportunidad de replantear el SNS y el papel de la Atención Primaria dentro del mismo?

—Como dice ese refrán, “a grandes males, grandes remedios”, y eso es lo que ha pasado ahora. Creemos que esta pandemia, al final ha generado una oportunidad para replantear el SNS al completo, dentro del cual el papel de la Atención Primaria tiene que ser fundamental, es más, tiene que ser el eje del sistema, y para ello hay que ahondar en el camino de gestión de la demanda controlada con mayor colaboración de todos los estamentos dentro de los centros de salud y una mayor colaboración con la atención hospitalaria.

### —¿Cuál es el sentir de los profesionales de Atención Primaria en Asturias?

—El sentido general de los médicos de Atención Primaria es que nos hemos reinventado, adaptándonos a una situación de pandemia con protocolos cambiantes, con envío de material de protección variable, dependiendo de las áreas sanitarias, con miedo al contagio, pero que a pesar de ello se aguantó el tirón, y donde ha predominado la falta de anticipación a los acontecimientos, y la toma de decisiones erráticas por nuestros gestores. ■

# LOS SANITARIOS ESPAÑOLES que trabajan en primera línea contra la COVID-19, Premio Princesa de Asturias de la Concordia



**Dr. Alejandro Braña Vigil**

Presidente del Colegio de Médicos de Asturias



Foto: José Pérez.

Se ha concedido el Premio Princesa de Asturias 2020 de la Concordia a los sanitarios españoles que trabajan en primera línea contra la COVID-19 y esto representa un gran motivo de gran alegría, porque con este Premio se reconoce el sacrificio que se hizo y se sigue haciendo en el tratamiento de estos pacientes, sin abandonar al resto de enfermos que precisan nuestros cuidados. Este Premio supone un reconocimiento oficial (anteriormente expresado por toda la sociedad cada tarde) a la profesionalidad, la entrega, la organización y el compromiso con los pacientes de todo el personal sanitario, sin distinciones.

Son miles los profesionales que, en todos los ámbitos asistenciales,

desde los centros de atención primaria hasta los grandes complejos hospitalarios, han estado en la primera línea de lucha contra la enfermedad por COVID-19, sin escatimar esfuerzos, sobreponiéndose a sus dudas y sus miedos para dar siempre la mejor atención posible a los enfermos.

Es muy de agradecer la sensibilidad que el jurado del Premio Princesa de Asturias de la Concordia ha demostrado sabiendo poner en valor el comportamiento tan meritorio de los profesionales sanitarios. La sociedad española puede estar segura de nuestra entrega al trabajo, tanto en situaciones de crisis extremas como la que estamos pasando, como en el día a día del trabajo dedicado a mejorar la salud de nuestros semejantes.

Están siendo meses muy difíciles para todos. Por nuestra parte, enviamos a la sociedad el mensaje claro de que tienen asegurado el esfuerzo abnegado que es la marca que distingue a las profesiones sanitarias. Nuestro compromiso moral con la sociedad se expresa no solo con la aplicación de nuestros conocimientos sino también en la mejora permanente del desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible a quien lo necesite.

Este Premio a los profesionales sanitarios en su conjunto acierta plenamente en su mensaje, porque el mérito del esfuerzo y del compromiso no es de nadie en concreto, es de todos. ■

## ACTIVIDADES DEL ICOMAST durante el estado de alarma

- Se mantuvo la atención al colegio y al público: siempre por teléfono y correo electrónico y, cuando fue posible, presencial con todas las medidas de protección necesarias.

- En todo momento se mantuvo informada a toda la colegiación a través del envío de correos electrónicos y de la página Web.

- Se actualizó diariamente la página Web colegial con las noticias más importantes relativas a la covid19. El número total de noticias publicadas hasta el 31/5/2020 fue de 106.

- Se mantuvieron las reuniones semanales de la Comisión Permanente: tanto presenciales, como telemáticas cuando no fue posible, realizándose además dos extraordinarias.

- La Asamblea General de Compromisarios y los Plenos quedan aplazados hasta que sea posible su celebración.

- Se suspendieron todos los cursos y reuniones presenciales en los locales colegiales.

- Se aprobó posponer todos los actos de la Semana Médica en honor a la Patrona. Si ello es posible se celebrarán a lo largo del presente año.

- Se suspendió la visita de alumnos de 6.º curso de medicina al Colegio.

- Se mantuvieron reuniones telemáticas con la OMC.

- El Presidente mantuvo reuniones telemáticas con autoridades locales y regionales.

- Se puso en marcha con la Escuela Municipal de Salud del Ayuntamiento de Oviedo, la elaboración de una serie de vídeos autograbados sobre los distintos aspectos de la COVID-19.

- Se gestionó la puesta en marcha de la Campaña de Renta 2019 para su realización *on line*.

- Se mantuvo una reunión con representantes de los médicos aprobados en el MIR2020 por el tema de la elección telemática de plazas.

- Se mantiene información permanente del número de médicos fallecidos por COVID-19.

- Se mantiene la actividad de las Asesorías Jurídica, Fiscal y de Trabajo Social.

### Imagen de la portada



El Dr. Arturo Díaz Pérez, especialista en Medicina Interna y Medicina del Trabajo, es el autor de la foto de portada, que lleva por título *Árboles desnudos mirando al mar* que fue realizada en Perlera en un momento en que la luz del sol, que se va ocultando, ilumina la escena con unos árboles en decadencia mirando al mar y al cielo infinito.

Es gran aficionado a la fotografía desde siempre. “Al jubilarme fue cuando pude dedicarle más tiempo y ampliar los conocimientos en esta bonita expresión artística que nos permite contemplar el mundo de una manera distinta. Como decía el gran fotógrafo francés Robert Doisneau “mi foto es la del mundo tal y como deseo que sea””.



## Nuevas líneas de ayuda desde la Asesoría Social

**Fedra Salvador Fernández**

Trabajadora social y mediadora familiar.

Desde hace tiempo estamos escuchando las palabras “nueva normalidad”, pero en realidad no es nada nuevo que seamos **solidarios**, que saquemos la **fuerza** necesaria para **volver a empezar** una vez más, no es nuevo que nos entreguemos en cuerpo y alma por los demás sin pensar en cómo nos afectará... En esto y mucho más somos expertos.

Y desde el **Servicio de Asesoría Social del ICOMAST** estamos más que nunca para ayudarte en éste y en cualquier momento y circunstancia. Para ello han salido unas nuevas ayudas que estoy segura de que a más de uno y de una le ayudarán a llevar una “nueva normalidad” más llevadera.

Algunas de las nuevas ayudas a modo de ejemplo son:

- **APOYO FAMILIAR:** Ayuda destinada a la adquisición de un servicio de ayuda familiar ante situaciones imprevistas durante la jornada laboral.

El objetivo de dicha ayuda es: facilitar la conciliación personal, familiar y profesional del socio protector. Y por otro lado, atender de forma puntual las necesidades de acompañamiento (servicio de canguro), sobreenvidas en circunstancias puntua-

les, de hijos menores, incompatibles con las obligaciones laborales en el horario de trabajo.

La ayuda consiste en:

- Disponibilidad de 40 horas máximo al año de la unidad familiar con uno o dos hijos menores.
- Disponibilidad de 80 horas máximo al año de la unidad familiar para familias monoparentales, numerosas o con uno o más hijos con discapacidad.
- Hasta un 50% del coste-ayuda\*, previa valoración de ingresos de la unidad familiar

\* Se establece un coste/hora para el cálculo de la ayuda de 8 euros/hora. La ayuda se concede una vez al año por unidad familiar.

Las solicitudes se presentan: en el mes de junio o diciembre. Lugar: Colegio Oficial de Médicos Servicio de TRABAJO SOCIAL.

- **ATENCIÓN TEMPRANA:** (0 – 6 AÑOS). El objetivo es: ayudar económicamente, de forma complementaria al sistema público, al socio protector en los gastos ocasionados por los tratamientos, tanto preventivos como asistenciales, para trastornos presentes durante el desarrollo, o en

riesgo de padecerlos, que potencien la capacidad de desarrollo y bienestar físico o intelectual del niño.

La ayuda consiste en aportar desde la FPSOMC hasta un 50% del coste del tratamiento recibido, hasta un máximo de 535 euros/mes, previa valoración de ingresos de la unidad familiar.

Las solicitudes se presentan: En el mes de junio o diciembre. Lugar: Colegio Oficial de Médicos Servicio de TRABAJO SOCIAL.

- **OTRAS AYUDAS son:** ayudas en casos de convalecencia, respiro de cuidadores, ayuda para cubrir los gastos de tratamientos especiales de 6 a 21 años.

Estas ayudas son de la Fundación para la Protección Social OMC. Los servicios sociales han creado un catálogo muy amplio de servicios que se va actualizando en cada fase para ayudar a todas aquellas personas que lo necesitan.

Si necesitas ayuda para conciliar tu vida familiar y las nuevas condiciones laborales, cuenta con nosotros, pide cita y ven a vernos. Todos los miércoles de 11 a 14h. Podemos ayudarte, confía en nosotros. ■



**Dr. Miguel Ángel Bermejo Álvarez**

Anestesiología y Reanimación.

## Ventilación mecánica: semblanza de un hito en la historia de la medicina

La devastadora pandemia de coronavirus que hemos padecido ha puesto en valor la relevancia de una técnica, la ventilación mecánica, hoy en día rutinaria en algunas especialidades como la Anestesiología o la Medicina Intensiva y que aunque parece llevar con nosotros desde el principio de los tiempos, sorprende, en una mirada retrospectiva, que se trate de un avance científico tan relativamente reciente, tanto en su

concepción técnica actual como en su manejo clínico.

Durante la segunda mitad del siglo XIX se produjeron distintos intentos para ventilar de forma neumática a pacientes con presión positiva a través de traqueostomía o intubación endotraqueal. Las circunstancias clínicas de éstos fueron tan diversas como intoxicaciones o casos de difteria. Sin embargo, no es hasta 1902 cuando Rudolph Matas (médico de origen

español) adapta en Nueva Orleans, un sistema ideado por GE Fells y J. O'Dwyer para su utilización en cirugía torácica, de tal forma que ventilando con presión positiva evitaban el colapso pulmonar durante la cirugía. En 1907 Heinrich Dräger diseñó el *Pulmotor*, un dispositivo de presión positiva controlado por tiempo, revolucionario para su época y del que en diez años llegaron a distribuirse 6.000 unidades; fue comercializado para uso

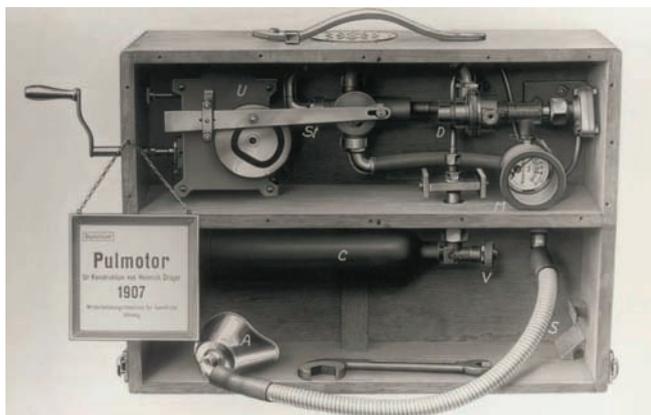


Fig. 1. Dräger Pulmotor 1907.



Fig. 2. Paul Alexander, 68 años unido a un pulmón de acero.

no hospitalario y en principio ideado para reanimación respiratoria a bomberos a través de mascarillas faciales y nasotraqueales (Fig. 1).

A partir de los años veinte cambia radicalmente el paradigma en la evolución de la ventilación mecánica, ya que en el transcurso de una grave epidemia de poliomielitis Philip Drinker y L. Agassiz Shaw llega a la conclusión de que es más “fisiológico” utilizar cámaras que inducen una presión subatmosférica negativa para desplazar el gas desde el exterior a los alveolos (simulando la presión negativa intrapleural que sucede al inicio de la inspiración), que aplicar presión positiva externa; y es de esta forma como surge en la Universidad de Harvard, el denominado “pulmón de acero” (Fig. 2).

Estos dispositivos consistían en una gran cámara metálica que incluía y rodeaba todo el cuerpo menos la cabeza. En dicha cámara existía una presión negativa generada eléctricamente que permitía la entrada pasiva de aire. Durante varias décadas, muchos hospitales se llenaron de salas con pulmones de acero, coincidiendo con las epidemias de poliomielitis, siendo este tipo de ventilación mecánica con presión negativa el patrón dominante de ventilación artificial aplicada en pacientes de todas las edades, aunque fundamentalmente en niños y adolescentes. En este sentido resulta conmovedor visionar el documental sobre el caso de Paul Alexander, abogado norteamericano que lleva des-

de 1952 sobreviviendo, conectado a un pulmón de acero. (*The last of the iron lungs*. <https://www.youtube.com/watch?v=9kEFTmyM1tc>).

Curiosamente, es otra epidemia de poliomielitis en Dinamarca en 1952 la que devuelve el desarrollo e investigación de la ventilación mecánica hacia la presión positiva tal y como se entiende hoy en día. Durante la misma, unos 3.000 pacientes jóvenes fueron ingresados por poliomielitis en Copenhague. De ellos 345 con una forma bulbar grave que les hacía tributarios de ventilación mecánica. Obviamente no había disponibilidad de pulmones de acero suficientes, y



Fig. 3. Dr Björn A Ibsen.

ante la catástrofe que se avecinaba el Dr. Lassen, jefe Médico del Hospital, decidió llamar en interconsulta al Dr. Björn Ibsen, Jefe de Anestesia que, ya por entonces, realizaba ventilación asistida con ambú e intubación endotraqueal para determinadas cirugías; se escogió a una niña de trece años y se le aplicó la técnica empleada por los anestesiólogos durante la anestesia general y la niña sobrevivió. Así se decidió tomar la audaz decisión de intubar la tráquea y ventilar con ambú manualmente a todos los pacientes afectados de parálisis bulbar. Obviamente la mayor limitación era la enorme cantidad de personal necesario para manejar los circuitos respiratorios: durante el pico epidémico más de setenta pacientes, la mayor parte de ellos niños, fueron ventilados simultáneamente de esta forma durante 24 horas al día, en tres turnos, por unos 1.500 voluntarios estudiantes de medicina.

El resultado de aquel heroico esfuerzo fue doble: por un lado la mortalidad de la parálisis bulbar bajó del 87 % al 25 % y por otro el camino futuro de la ventilación mecánica tomó un rumbo diametralmente opuesto (Fig. 3).

En 1953, Carl Engstrom construye el primer respirador (Fig. 4), que podríamos considerar precursor de los actuales, con presión positiva intermitente (IPPV) caracterizado por un dispositivo mecánico simple para ventilación controlada, en el cual un émbolo movido por un motor eléctrico

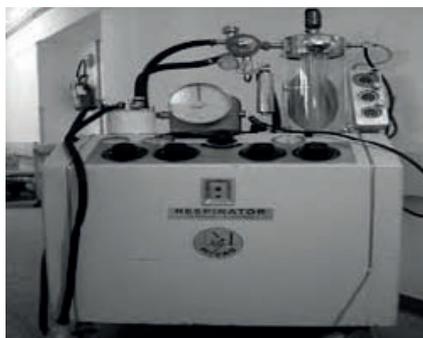


Fig. 4. Respirador Engstron 1953.

generaba ciclos de presión sobre una cámara que contenía una bolsa ventilatoria, suministrando un volumen predeterminado de gas. A partir de ese preciso momento y muy especialmente estos últimos años, el desarrollo ha sido trepidante; así, las sucesivas generaciones de ventiladores han ido incorporando las innovaciones que la técnica permitía en cada momento: alarmas de presión y volumen, PEEP, ventilación asistida, presión de sopor-

te, ventilación controlada por presión o por volumen, ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV), ventilación de alta frecuencia, microprocesadores para control de presiones y flujos y un largo etcétera de modalidades ventilatorias.

Debemos reconocer que los respiradores con los que hoy en día trabajamos son verdaderos prodigios de inteligencia artificial, dotados de una gran versatilidad que les permite adaptarse a los distintos perfiles y situaciones que pueden darse en la clínica (Fig 5), pero obviamente la evolución no se ha detenido. De hecho en un salto cualitativo más, que supone en parte un nuevo paradigma en este campo, hoy es posible oxigenar a un paciente incluso sin participación alveolar, mediante sistemas de oxigenación extrapulmonar por membrana extracorpórea (ECMO). Puede que, en un futuro, la ventilación y oxigenación del paciente crítico y del paciente quirúr-



Fig. 5. Respirador, 2020.

gico sean radicalmente distintas a como siempre la hemos visto los médicos actuales, o quizá no. En cualquier caso, es difícil aventurar cómo puede evolucionar el conocimiento científico. Lo que está claro es que éste no se va a detener. Ya hace más de dos mil años que el gran filósofo hispanorromano Lucio Anneo Séneca dejó sentado que “*jamás se descubriría nada si nos considerásemos satisfechos con las cosas descubiertas*”. ■

## Webinar SARS-COV-2

### *Lecciones aprendidas en Asturias y Urgencias, un reto organizativo*



*Lecciones aprendidas en Asturias*  
De izda. a dcha.: Dres. Santiago Melón, Nataya Solís, Álvaro González, Alejandro Braña y Javier Pérez.



*Urgencias, un reto organizativo*  
De izda. a dcha.: Dres. Pablo Herrero, Ismael Huerta, Alejandro Braña, Luis Antuña y Antonio Trigo.

El Colegio Oficial de Médicos de Asturias organizó el pasado mes de junio dos webinar centrados en los temas *Lecciones aprendidas en Asturias y Urgencias, un reto organizativo* en los que participaron médicos que expusieron cómo hicieron frente a la situación generada por la COVID-19.



**Dr. Ángel García Prieto**

Psiquiatra.

## Santos sanadores y médicos santos, vistos ahora, en tiempo de pandemia

La razón que me anima a publicar este artículo surge al eco de tantos ejemplos que, en las circunstancias adversas vividas ahora, se pueden ver en personas generosas y entregadas a la ayuda de los demás en diversos ámbitos laborales. En este escrito voy a ceñirme a los que están relacionados con la salud y la medicina, porque está muy extendida popularmente la costumbre de pedir a Dios la salud a través de santos intercesores, que pueden ser patronos del lugar,

titulares del nombre que uno mismo tiene o sencillamente por su fama de dadivosos en gracias curativas. Solo algunos de ellos fueron médicos; además ya se sabe que en esto de la santidad sí son todos los que están, pero no están todos los que son. Y así, de millones de médicos de todas las épocas se puede creer que están o estarán destinados a gozar de la gloria del cielo, aunque solo unos pocos pasen por el reconocimiento en el santoral católico con el apelativo de “santo”.

De la primera época del cristianismo se consideran santos algunos, como san Lucas, el colaborador de san Pablo y evangelista, que era médico; san Pantaleón, hijo de otro médico de Nicomedia (Turquía) y mártir en el 303, decapitado en la persecución de Diocleciano. Y poco después en Siria, dos de los cinco hermanos de una misma familia, San Cosme y San Damián, eran también médicos y que por cierto gozan de mucho fervor en el valle de mierense de Cuna, como “los Mártires de Cuna”. También San

Blas, armenio de origen y médico fue igualmente mártir en la última persecución romana del s. IV.

Varios siglos después, en el Renacimiento italiano, aparece la figura de otro: San Antonio María Zaccaría, nacido en Cremona en 1502 en una noble familia; estudió en Padua la carrera de Medicina, que ejerció con preferencia entre los pobres, hasta 1526, para ser luego sacerdote, fundar la congregación de los barnabitas y fallecer en su ciudad natal a los 37 años.

### Tres médicos italianos del siglo XX

Ya mucho más cerca de nuestros días, también en Italia, a la lista se añade Ricardo Pampuri, médico, hermano de la Orden de S. Juan de Dios y santo desde que Juan Pablo II lo canonizara el 1 de noviembre de 1989. Nacido en el pueblo lombardo de Trivolzio, cercano a Pavía, en 1897. Estudió la carrera y se doctoró con la máxima calificación en julio de 1921 en la Universidad de Pavía, después de haber interrumpido sus estudios al incorporarse en el ejército durante la I Guerra Mundial. Ejerció la medicina en Marimondo, un pueblo de Milán, de 1921 a 1927, fecha en la que ingresa en la Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios, enfermando de tuberculosis dos años después y fallecer en 1930. En su causa están consignadas tres curaciones milagrosas, las dos primeras a dos italianos y la tercera a un niño español de Alcadozo (Albacete) en 1982.

El Papa Juan Pablo II canoniza en 1987 a Giuseppe Moscati, un médico de la ciudad de Benevento, cercana a Nápoles. Había nacido en 1880 y falleció cuarenta y siete años más tarde; hijo de un magistrado, tuvo una brillante carrera profesional en la que alternaba la enseñanza universitaria

con la práctica de la medicina. Se caracterizó por una dedicación muy humana a los enfermos y la generosa entrega a los enfermos indigentes. Supo enfrentarse a los problemas sociales y cívicos de su tiempo y su ciudad y llegó a demostrar la coherencia de su fe y su intachable conducta.

También una italiana, la doctora Gianna Baretta, ha sido canonizada hace pocos años, tras haber fallecido heroicamente después de haber dado a luz a su cuarto hijo y preferir la vida de éste a la propia. Padecía un fibroma de crecimiento rápido, por el que le habían sugerido un aborto que ella rechazó. Murió a los 39 años, en 1962. Había ejercido la pediatría en el Nido de Asilo de Puerto Nuevo, una institución de caridad de Génova.

### Al menos tres hispanos hacia la beatificación

Aún más cercanos a nosotros, se han iniciado hace no mucho tiempo algunos procesos de beatificación de médicos; cito solo tres de los que tengo datos, pero es fácil que haya varios más que no conozco. En Pamplona, el boletín de la diócesis de junio de 1997, publicaba un edicto con el inicio de la causa de beatificación de Eduardo Ortiz de Landázuri. Segoviano, nacido en 1910, catedrático de Medicina de la Universidad de Granada, se trasladó a Pamplona con su familia de siete hijos, para iniciar la andadura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, de la que fue decano. Recibió la Gran Cruz de Alfonso X el Sabio y la Cruz del Mérito Civil, porque era un gran trabajador, un excelente profesor y un médico experto y tremendamente humano. “Quienes lo conocieron lo recuerdan como un hombre bueno, alegre, recto y heroicamente cristiano”.

Un caso similar es el médico y profesor Ernesto Cofiño, nacido en 1905 en Guatemala, que tiene abierto su proceso de beatificación, después de haber fallecido en aquella misma ciudad en 1991, con fama de santidad. Pionero de la investigación pediátrica en el país centroamericano, después de haber estudiado medicina en París, fue más de una veintena de años catedrático de pediatría y había creado centros asistenciales para niños necesitados. Casado, tuvo cuatro hijos y también –como Ortíz de Landázuri– era fiel de la prelatura del Opus Dei.

Igualmente está abierta la causa de beatificación del Dr. Pedro Herrero Rubio, de Alicante (1904-1978). Casado, sin hijos, se especializó en ginecología, aunque dedicó su actividad también a la pediatría, volcado en una entrega absolutamente generosa a niños enfermos, especialmente con los pobres y fue especialmente piadoso. Destacó por sus estudios sobre el Kala-Azar, enfermedad parasitaria.

Este artículo no es ni mucho menos un elenco exhaustivo y probablemente existan otras iniciativas de fervor popular que animen nuevas causas de beatificación, además de las que ya estén abiertas y las que puedan existir en latitudes más lejanas. Aquello que los católicos entienden por “santidad” anima todo tipo de actividades y profesiones, pero si consideramos el “alma médica –con palabras del Dr. Valdés-Hevia, que fue presidente de este Colegio de Médicos de Asturias– es el conjunto de valores que se da en un hombre inclinado ante otro ser humano postrado” y a fin y al cabo las virtudes que puede llegar a tener un santo dejan ver muy bien en la medicina su efecto beneficioso, por la gran carga de proyección humana que puede y debe tener su ejercicio. ■

# HAY UNA VENTANILLA ÚNICA del Colegio Oficial de Médicos de Asturias

## ¡utilízala!

Desde la Ventanilla Única de la página web del Colegio se pueden realizar trámites públicos o privados sin necesidad de acudir a nuestras oficinas.



### TRÁMITES PÚBLICOS

a los que puede acceder cualquier usuario.

- **Nuevo colegiado:** mediante la cumplimentación de un formulario se realiza el alta, adjuntándose los documentos en formato JPG o PDF (es necesario presentar posteriormente los documentos originales en la Secretaría del Colegio para compulsarlos).
- **Reserva de Salones:** cumplimentado el impreso que aparece

en la Ventanilla, se envía directamente al Colegio la reserva.

- **Inscripción en cursos** organizados por el Colegio de Médicos: rellenando el boletín de inscripción correspondiente.
- **Opiniones y sugerencias:** Formulario que permite enviar opiniones y sugerencias relativas al Colegio, la página web, etc.

También se encuentra recogida información y documentos autorrellenables sobre:

- **Seguro de Responsabilidad Civil**
- **Capacitación**
- **Consultas privadas**

### TRÁMITES PRIVADOS

sólo para colegiados (a través del nº de colegiado y una contraseña única).

A realizar solo por los colegiados, para lo que se necesita acceder restringidamente.

- **Modificación de datos personales.**
- **Solicitud de baja colegial o de traslado de expediente.**
- **Petición de talonarios de recetas.**
- **Consultas fiscales:** cumplimentando un formulario se remite directamente la consulta a la Asesoría Fiscal del Colegio.
- **Tablón de Anuncios** para consultas o para crear un anuncio y publicarlo en esta sección.

También se encuentra información destinada a colegiados en la pestaña **Servicios y Ventajas** con documentos informativos, convenios... Y por último, un documento descargable relativo al **Registro de Agresiones**.

Desde la Secretaría del Colegio de Médicos se responde y se remite información puntual al colegiado sobre cada trámite, petición o consulta que realice a través de la Ventanilla Única, por lo que la sencillez, rapidez y agilidad en los trámites hacen que sea una herramienta eficaz para este Colegio y desde esta página animamos a todos los colegiados a su utilización.



La Ventanilla Única es una herramienta eficaz por su sencillez y rapidez a la hora de hacer trámites.



Seguro de Automóvil



Sonia tiene que pasar la ITV,  
pero está muy *tranquila*

Porque con su Seguro de Automóvil, en A.M.A. pasamos la ITV de su coche por ella.

*Así de fácil...*

A.M.A. OVIEDO Plaza de América, 10; bajo Tel. 985 23 09 68 oviedo@amaseguros.com  
A.M.A. GIJÓN Emilio Villa, 1; esquina Cabrales Tel. 985 15 57 17 gijon@amaseguros.com

**LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síguenos en     

y en nuestra APP 



**A.M.A.**  
agrupación mutual  
aseguradora

