

ESPECIAL COVID-19

¡¡GRACIAS!!

#TuColegioContigo





Consultores Inmobiliarios

Segunda fase en Soto de Lezkairu



Información y venta:
948 118 163
www.legconsultores.com

2
UNIQUE
LEZKAIRU

SUMARIO

Consejo de Redacción:
Rafael Teijeira, Alberto Lafuente,
Tomás Rubio, Julio Duart y Susana
Miranda.

Comisión Científica:
Laura Barriuso, M^a Victoria Güeto,
Oscar Lecea, Rebeca Hidalgo, Mar-
cos Lama, Carlos Panizo, Tomás
Rubio y Enrique Sáinz de Murieta.

Coordinación General:
Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción y fotografía:
Trini Díaz.

Publicidad:
Tel: 948 22 60 93

Diseño y maquetación:
Gráficas Pamplona.

Redacción y Administración:
Avda. Baja Navarra, 47. Pamplona
Tel.: 948 22 60 93
Fax: 948 22 65 28
Correo-e: trini@medena.es

**Soporte válido del Ministerio
de Sanidad:**
SV-88014-R

Depósito Legal:
NA. 100-1988
La Revista "PANACEA" no
comparte necesariamente los
criterios de sus colaboradores en
los trabajos publicados en estas
páginas.

PRECIO:
6 Euros (IVA incluido)

En este número destacamos...



4

Editorial:
Percepciones y aprendizajes



7

Entrevista:
Dr. Rafael Teijeira: "La pandemia ha
acelerado la digitalización del Colegio"



12

Reportaje: En primera línea contra la
COVID-19 en Navarra



24

Tu Colegio contigo: atención
al colegiado, nuevos servicios y
prestaciones



36

APP Colegio de Médicos de Navarra



38

228 Médicos voluntarios



42

Apoyo emocional: Entrevista con el
psiquiatra Manuel Martín Carrasco



50

Fórmate en tu Colegio



54

Punto de vista:
Diario de una pandemia, por Carlos
Panizo



58

Atención rehabilitadora a personas
afectadas por COVID-19 en fase aguda,
por **Enrique Sáinz de Murieta** y
Marta Supervia

...y además:

35 Ahora tus eventos también
virtuales. Congresos Colegio de
Médicos

46 Stop bulos

47 Solidaridad entre médicos

68 Desescalada

72 Sociedades científicas: Día de la
Atención Primaria

76 Asesoría jurídica

80 Pacientes

83 Clen College

84 In Memoriam

90 Agradecimientos

94 Anecdotario



Síguenos en @MedenaColegio
para estar informado de la
actualidad colegial y profesional
www.colegiodemedicos.es

COVID-19: A modo de reflexión, percepciones y aprendizajes

**Comisión de
Deontología y
Junta Directiva
del COMNA**

"Habrá que ver
y analizar las
posibilidades
razonables y
beneficiosas, así
como los límites,
en la utilización
de la telemedicina
a partir de ahora"

Cuando la pesadilla todavía planea es difícil pensar con claridad y sobre todo con orden.

En este tiempo desconcertante y doloroso nos ha venido muchas veces a la cabeza el ejemplo de Aristóteles, citado repetidamente por maestros de la ética, de aquel barco que transportaba una valiosa carga y se vió sorprendido, en medio del mar, por una tormenta inesperada que puso a su capitán en el aprieto de tener que elegir la actitud a tomar que, de entrada, era algo tan complicado como salvar a la tripulación o salvar la carga, que además de valiosa era muy pesada y ponía en riesgo la resistencia del barco y, por tanto, la vida de sus tripulantes; otra opción más arriesgada era esperar y ver si la tormenta amainaba y así poder llegar a puerto con la tripulación a salvo y la carga intacta... Y no le quedaba más remedio que decidir lo más conveniente en esas circunstancias que no había elegido.

Como en ese ejemplo, esta pandemia nos ha obligado a situarnos, a decidir y a actuar con rapidez en respuesta a algo no previsto. Aún aceptando que la tormentosa llegada del coronavirus nos haya sorprendido a todos, cuando esto se calme, la forma de afrontarla va a ser sin duda un importante motivo de reflexión que va a poner sobre la mesa, además de hechos y datos precisos, situaciones de base, adaptaciones organizativas, razones de actuación, riesgos asumidos, circunstancias y consecuencias que deberán ser cuidadosamente analizadas para que como se suele decir "esto no vuelva a ocurrir", al menos de la misma manera si otra más previsora o más preventiva o menos dolorosa se considerara posible.

Poco se puede aportar a lo ya dicho en el curso de la pandemia pero lo cierto es que nos ha cambiado la vida y hasta se han generalizado, en poco tiempo, nuevas formas de lenguaje, de trabajo, de relaciones sociales, normas, leyes y conceptos donde es difícil distinguir lo esencial y necesario de lo accesorio y temporal o pasajero.

Como Comisión de Deontología y Junta Directiva hemos aprendido que había cosas no tenidas en cuenta o verbalizadas, a lo mejor por obvias, en un primer planteamiento de reflexión, cuando comenzaban los problemas; por ejemplo: no contábamos con el lenguaje comunicativo que iba a ser utilizado; ni contábamos con que la desprotección o la protección inadecuada de los profesionales iba a pasar una factura en su salud tan importante; ni que su intenso trabajo, solidaridad y entrega les iba a afectar tanto emocionalmente; ni que las residencias de ancianos iban a ser una diana en la pandemia; ni pensábamos en la ruptura, alejamientos familiares y sociales por la alta contagiosidad del virus, ni en muertes en aislamiento...

El lenguaje de la
pandemia

"Más adelante,
cuando se
pueda analizar
objetivamente
lo sucedido,
sabremos en
qué proporción
la indicación
terapéutica
ha superado
los recursos
disponibles y
si su carencia
o escasez
ha llevado a
priorizarlos,
en qué
circunstancias
y con qué
consecuencias"

Se han colado en nuestras conversaciones cotidianas y en medios de comunicación palabras hasta ahora poco utilizadas, que probablemente han venido para quedarse: epis, alerta, alarma, confinamiento, teletrabajo, respiradores, colapso, escasez de recursos, priorización, desescalada...

Son palabras rotundas a las que no se les puede negar el mérito de haber contribuido con su difusión a un cierto conocimiento y ayuda en el manejo práctico de la situación, aunque haya prevalecido a veces, por su carácter imperativo, el control sobre la comprensión, responsabilidad y prudencia en los comportamientos, como en el caso de *confinamiento*.

No todo el mundo conocía la necesidad y la importancia, demostrada en esta pandemia, de unos adecuados *equipos de protección individual* o "epis" que como los *test*, otra palabra significativa asociada, iban a llegar tarde.

Por otro lado, los equipos de protección han cambiado el aspecto profesional de los hospitales y modificado, ojalá que temporalmente, el habitual proceso de comunicación a cara descubierta y en proximidad de la relación clínica que ha sido canalizada por vías telemáticas alternativas que, afortunadamente, se han demostrado útiles en las relaciones a tres bandas: sanitarios-pacientes-familiares. Y habrá que ver y analizar las posibilidades razonables y beneficiosas, así como los límites, en la utilización de la *telemedicina* a partir de ahora.

Hay palabras que, agrupadas, han tenido una enorme y especial repercusión en los momentos más complicados de tratamiento de la pandemia cuando el temor a la escasez o falta de recursos era una realidad por el número de pacientes graves o en estado crítico que desbordaban los hospitales sin poder hacer previsiones de hasta cuándo. *Respiradores-priorización de pacientes-UCI* son palabras que, ante una amenaza real, pueden haber contribuido a desviar la confianza en el criterio profesional hacia el número de camas y de respiradores disponibles.

En el ámbito sanitario y en previsión de una situación de emergencia o catástrofe, se han publicado en los últimos meses, sobre todo en el inicio de la pandemia, numerosos Informes, Documentos, Protocolos, Guías de actuación, Revisiones, Recomendaciones... en previsión de una situación de colapso y emergencia sanitaria. Y también se ha tenido en cuenta la posible necesidad de un racionamiento o denegación de un tratamiento por su escasez, aún considerándolo potencialmente beneficioso. Todos los escenarios habían sido contemplados, salvo la intensa y dramática realidad que hemos vivido.

Más adelante, cuando se pueda analizar objetivamente lo sucedido, sabremos en qué proporción la indicación terapéutica ha superado los recursos disponibles y si su carencia o escasez ha llevado a priorizarlos, en qué circunstancias y con qué consecuencias.

Lo que tal vez no se ha explicado bien a la población es que, en situaciones normales de funcionamiento y aún con la urgencia que suele requerir este tipo de decisiones, un ingreso y tratamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos siempre responde a una valoración clínica del paciente para saber si está indicado, no está indicado o está claramente contraindicado; otra cosa es que el tratamiento indicado no pueda llevarse a cabo por falta de recursos. Si no se tiene esto claro es lógico el malestar, la desconfianza y la sospecha de *discriminación* que puede suscitar el no acceso a un respirador o a un ingreso en Cuidados Intensivos, por diferentes circunstancias.

También en este tiempo se ha hablado mucho de edad y de *personas mayores*, enlazando en ocasiones con *discriminación en la atención sanitaria* o con *residencias de ancianos*.

El tema de las residencias, por el elevado índice de mortalidad, ha sido uno de los aspectos más tristes y tratados y aireados en los medios de comunicación. Necesitaremos tiempo para alejarnos de una visión grupal y homogénea de las personas mayores y aunque, parte de ellas, vivan agrupadas en ámbitos institucionales nunca deberemos olvidar el respeto que cada una merece y a cada una se le debe en su individualidad y en cualquier circunstancia, máxime si su buen cuidado depende de los demás; y ésto es extensible a cualquier persona de cualquier edad, que necesite ser cuidada, atendida, supervisada o tutelada por otras personas. La reflexión es necesaria.

Percepciones y aprendizajes

"A partir de ahora, lo que nos corresponde y lo que sea más conveniente deberíamos descubrirlo y entenderlo juntos porque todos nos hemos convertido en afectados y a todos nos afecta"

Las percepciones han sido referidas en conversaciones informales entre colegas, pero dentro de un planteamiento de *vivencias buenas y malas* que hemos agrupado como negativas y positivas.

Negativas:

1. Descuido de la administración a sus sanitarios.
2. Distancia y falta de conexión entre políticos y ciudadanos.
3. Desgaste por tener que aclarar informaciones contradictorias y erróneas difundidas sin control.
4. Incertidumbre por la evolución de la enfermedad y los tratamientos disponibles.
5. Miedo al contagio.
6. Medidas de aislamiento como dificultad en el trato con el paciente.
7. Contagios y fallecimientos de profesionales sanitarios por coronavirus en el desempeño de su trabajo.

Positivas:

1. El impulso sin condiciones y sin fisuras de los sanitarios ante la pandemia.
2. Solidaridad: juntos podemos hacer grandes cosas.
3. Capacidad y crecimiento en el trabajo multiprofesional con reconocimiento mutuo.
4. Ampliación del campo del saber multidisciplinario e interacción desarrollada a velocidad exprés.
5. Descubrimiento de nuevas formas de trabajo en equipo.
6. Descubrimiento de nuevas formas de mantener desaislado al paciente: Visitas y consultas virtuales. Pases de visitas con el familiar al otro lado de la cámara...

"Es momento de reflexión y de diálogo"

Todos hemos aprendido algo: es momento de reflexión y de diálogo. Desconocemos el grado de incertidumbre que deberemos asumir en un futuro pero, y a esto hacíamos alusión en nuestra inicial reflexión, como sanitarios, como profesionales, como pacientes, como familiares y como sociedad, todos estamos inmersos e implicados en esta pandemia; todos debemos cuidarnos, cuidar y mantenernos no solo unidos sino coordinados. Todos debemos saber donde estamos e intentar hacer bien lo que nos corresponde.

A partir de ahora, lo que nos corresponde y lo que sea más conveniente deberíamos descubrirlo y entenderlo juntos porque todos nos hemos convertido en afectados y a todos nos afecta.

Dr. Rafael Teijeira,
Presidente
del **Colegio de
Médicos de
Navarra**

“No somos héroes.
Somos personas,
bien preparadas
profesionalmente,
que tienen claro
cuál es su deber
primordial: la
atención al
paciente, y
así lo han
demostrado”

- **La pandemia nos pilló por sorpresa, pero el Colegio de Médicos se adelantó al Estado de Alarma y decidió suspender dos semanas antes todas las actividades presenciales ¿Cómo se vivieron estos primeros días en el Colegio?**
- Los momentos iniciales fueron de gran incertidumbre. Desde los últimos días de febrero y principios de marzo se valoró la situación y el 4 de marzo se decidió limitar en el Colegio la realización de actividades presenciales formativas. Asimismo, se comunicó a los organizadores de los distintos actos en los que estaba prevista nuestra asistencia que los miembros del Colegio no acudirían por coherencia con el cierre de actividades en nuestras sedes, procediendo el 13 de marzo a comunicar el cierre de la sede colegial.

El Colegio optó entonces por el trabajo online y se centró en atender las necesidades y demandas de los colegiados frente a la pandemia.

“La pandemia ha acelerado la digitalización del Colegio, priorizando la prestación de nuevos servicios a nuestros colegiados”

- **¿Qué principales líneas de acción se han desarrollado? ¿Con qué objetivos?**
- En el plan estratégico que se había elaborado ya se contemplaba la digitalización progresiva del Colegio priorizando la prestación de servicios a nuestros colegiados, que es el objetivo fundamental de la Institución. Nos planteamos que quizá las circunstancias derivadas del Estado de Alarma que obligaba a un gran esfuerzo por parte de los colegiados, con el confinamiento general de la población y el cierre físico de la sede, debían ser el catalizador que precisábamos para iniciar el proceso de digitalización, y así lo hicimos.

Primero se digitalizaron tareas administrativas sencillas para los colegiados a través de la web, después la APP Colegio de Médicos de Navarra que se lanzó el pasado 27 de marzo y que permite al colegiado conectarse

“La APP Colegio de Médicos de Navarra permite conectarse con un clic a cualquiera de los servicios digitales prestados por el Colegio”

con un clic a cualquiera de los servicios digitales prestados por el Colegio. He de reconocer que al principio los servicios eran pocos, pero dos meses después y gracias al esfuerzo de los profesionales del Colegio, esta APP está consolidada y los servicios digitales accesibles son muchos más. Además, completamos la oferta con servicios de entretenimiento o acompañamiento familiar e incluso diseñamos una red solidaria y de confianza, nuestra red GALENO.

A día de hoy, además de la APP y de la actividad presencial con cita previa, se ofrece a los colegiados y usuarios del Colegio la posibilidad de comunicación directa vía telefónica y por e-correo.

Estas nuevas herramientas han llegado para quedarse, serán dinámicas y se adaptarán a las necesidades de nuestros colegiados y de la sociedad. Todo ello sin olvidar la necesidad de mantener la actividad presencial, que se irá retomando en la medida que sea posible.

- **¿Qué demandas de los colegiados se han atendido?**
- En la primera fase de la pandemia el Colegio habilitó dos correos para la comunicación directa colegiados-Colegio, uno dedicado a comunicaciones generales y otro para consultas en el ámbito ético-deontológico. En general, las reclamaciones tuvieron que ver con la falta de equipos de protección. Respecto a los aspectos ético-deontológicos fueron pocas las consultas, en parte porque, poco tiempo después y con participación de profesionales de nuestro Colegio, se creó un “Comité asesor sobre decisiones éticas en el cuidado del paciente



ENTREVISTA

con coronavirus” que probablemente sirvió para resolver esas cuestiones entre los profesionales.

- **Retomando el tema de los servicios al colegiado ¿Qué nuevas prestaciones se han puesto en marcha?**

- Con lo aprendido en estos tres últimos meses y la experiencia acumulada tras la organización del I Foro de Sanidad, Medicina y Ciudadanía, y siempre siguiendo la línea de digitalización progresiva que se recoge en el Plan Estratégico, hemos ampliado la oferta de actividades “on line”, diseñando una plataforma que permite la organización de Congresos y/o eventos online, con posibilidad adicional de asistencia física, es decir, nos permitirá ofrecer un nuevo servicio mixto, on y off line abierto a la ciudadanía en general.

- **Puede parecer una paradoja pero... ¿Ha estado el Colegio ahora más cerca de los colegiados? ¿Con qué respuesta?**

- El Colegio siempre ha pretendido estar cerca de los Colegiados, es su razón de ser. Creo que la atención presencial al colegiado también es muy importante. Ante la imposibilidad de mantener la actividad presencial hemos intentado que los colegiados y sus familias estuvieran lo mejor atendidos posible. Las cifras de comunicación de los colegiados con el Colegio durante la pandemia son muy buenas. A fecha de finales de mayo, se habían descargado la APP más de 1.200 colegiados. Hubo más de 10.000 entradas a los videos y actividades ofrecidas y se gestionaron más de 450 solicitudes en la sección de servicios internos.

- **¿Qué otras ventajas destacaría de esta nueva etapa de digitalización colegial?**

- Desde mi punto de vista, una de las principales ventajas es la agilidad en la respuesta a las solicitudes sin necesidad de desplazarse a la sede colegial. La mayoría de ellas se han resuelto en las siguientes 48-72 horas desde su petición.

- **¿En qué medida la situación generada por la COVID-19 cambiará las líneas de acción del Colegio y su plan estratégico?**

- Un plan estratégico dibuja líneas estratégicas, avanzando el futuro y atendiendo a una situación ordinaria, y la COVID-19 es cualquier cosa menos una situación ordinaria. Bien es cierto, que un plan estratégico es un instrumento de gestión flexible y debe contar con la posibilidad de mejora y adaptación permanente. Por eso, el plan del Colegio adaptará algunas cuestiones dentro de las líneas que ya están definidas. En este momento, no vemos la necesidad de cambiar esas líneas porque estamos convencidos de que las situaciones con causa en la COVID-19 siempre van a ser coyunturales y en ningún caso estructurales.

- **La Junta Directiva se ha posicionado en temas como los test rápidos, los equipos de protección o la situación de los MIR ¿Se ha tenido en cuenta la opinión del Colegio? ¿Qué colaboración ha habido con el Departamento de Salud?**

- Desde el primer momento, el Colegio se puso a disposición del Departamento de Salud. El contacto con sus responsables ha sido permanente y, en la medida de nuestras posibilidades, hemos trasladado propuestas y ofrecido sugerencias, ideas y alternativas, en ocasiones de forma conjunta con otros colegios profesionales. Los temas abordados han ido desde la localización de hoteles de descanso y para profesionales infectados, materiales de protección, registro de profesionales voluntarios, pruebas serológicas, situación de los MIR y PreMIR... En general, he de decir que se nos ha escuchado y que se han atendido nuestras propuestas, en ocasiones más tarde de lo que nos hubiera gustado, pero se han atendido.

- **El Colegio también ha trabajado con sociedades científicas en documentos de propuestas ¿Se siente satisfecho del trabajo realizado en estos meses?**

- Han sido innumerables los documentos generados en esta pandemia por distintos organismos. Para la elaboración de nuestras propuestas siempre hemos tenido en cuenta documentos de sociedades científicas y publicaciones relevantes. También las propuestas elaboradas



“El Colegio ha tenido claro que el material de protección que ha puesto a disposición de sus colegiados debía garantizar su homologación y seguridad para uso profesional”

desde la OMC como Institución y la SEIMC. En relación con la actividad de Atención Primaria fuimos conscientes del papel relevante que ha jugado y tiene que jugar Atención Primaria en la atención a los pacientes en esta crisis sanitaria y, desde el consenso con las sociedades científicas y con la colaboración también de los vocales del Colegio, hicimos llegar un documento a la Consejería. A fecha de hoy estamos a la espera de que se nos remita el documento elaborado por Salud para estudiarlo y seguir haciendo aportaciones.

• **La pandemia nos deja un sentimiento agri dulce ¿qué ha sido lo peor? ¿y lo mejor?**

- El editorial que se publica en la revista recoge lo mejor y lo peor expresado por algunos profesionales. Creo que no descubro nada nuevo si reitero que lo mejor ha sido la dedicación de los profesionales. No somos héroes. Somos personas, bien preparadas profesionalmente, que tienen claro cuál es su deber primordial: la atención al paciente y así lo han demostrado con una actuación que, en ocasiones, ha puesto en riesgo su salud y su propia vida. Ese trabajo de los profesionales se ha desarrollado de forma multidisciplinar y con reconocimiento mutuo, con unión y coordinación, a pesar de la incertidumbre y urgencia en la toma de decisiones.

Lo peor, el dolor y sufrimiento que han vivido los pacientes y sus familias con situaciones de soledad y angustia, sin posibilidad de apoyo y consuelo, con especial referencia a lo ocurrido en las residencias. Eso, junto con la sensación de impotencia comunicada por los profesionales, son sin género de dudas lo peor de esta crisis.

• **Se han puesto en marcha iniciativas para la protección de los profesionales con los Colegios de Enfermería y Farmacia ¿La colaboración institucional entre colegios sanitarios se ha fortalecido?**

- En primer lugar, quiero señalar que ha sido evidente la falta de material de protección para los profesionales en la primera fase de la pandemia. Siempre ha sido una preocupación que se ha trasladado a la Consejería. A este respecto, el Colegio ha tenido claro que el material de protección que ha puesto a disposición de sus colegiados debía garantizar su homologación y seguridad para uso profesional. Eso ha condicionado nuestra actuación y siempre se ha hecho en colaboración con entidades colegiales o no, que aseguraran la calidad del material distribuido.

• **¿Cree que la pandemia ha puesto en valor a los colegios profesionales? ¿Por qué?**

- En el ámbito de los colegios de médicos a nivel nacional hemos tenido reuniones virtuales semanalmente y creo que la actividad de los colegios de médicos ha sido importante. Nuestro presidente, Serafín Romero, siempre pone de manifiesto la amplitud y variedad de propuestas y aportaciones de los Colegios en esta crisis. También hay que resaltar las propuestas y aportaciones que como Institución ha hecho la OMC a nivel nacional y que, por supuesto, hemos asumido como propias y hemos difundido entre nuestros profesionales y trasladado a las autoridades sanitarias competentes.

Respecto a la colaboración en el ámbito autonómico creo que ha sido muy satisfactoria. Los contactos han sido muy frecuentes entre Colegios, especialmente con Enfermería, pero también con Farmacia, Psicología Odontólogos y el resto de colegios del ámbito sanitario. Siempre he recibido propuestas constructivas y ánimo de cooperación y colaboración en mis contactos con ellos.

“El esfuerzo ha merecido la pena. Si el resultado ha sido satisfactorio o no, deben valorarlo ahora nuestros colegiados”

- **El cansancio se nota entre los profesionales ¿Qué necesitan ahora?**

- Tras el intenso trabajo que han realizado en esta crisis, los profesionales están cansados físicamente y anímicamente. Necesitan ayuda en lo profesional y en lo personal. En la primera fase, el Colegio ofreció un servicio de atención emocional, complementario al que se ofrecía por el SNS-O, gracias a la colaboración desinteresada de la Fundación Argibide y Padre Menni. Pasada esta fase más aguda nos hemos centrado en el ámbito profesional, donde hemos comunicado la creación del observatorio COVID-19 de la OMC y ofreciendo a los colegiados, en la misma comunicación, asesoramiento individual sobre las ayudas a las que tiene derecho. En lo personal hay consenso en que situaciones como la vivida, sostenida a lo largo de semanas, afecta a la capacidad de adaptación de cualquier persona, al estado emocional y a la capacidad de responder a los acontecimientos. Pasada esta fase aguda, queremos ofrecer un servicio de apoyo emocional como continuidad del anterior con dos niveles de atención: uno individual y otro grupal, que en breve esperamos tener ya en funcionamiento.

- **Presidencia y Junta Directiva han tenido que doblar jornada. Además de seguir en sus respectivos trabajos y responsabilidades, han atendido las necesidades de los colegiados ¿ha merecido la pena?**

- Sin duda, el esfuerzo ha merecido la pena. Si el resultado ha sido satisfactorio o no, deben valorarlo ahora nuestros colegiados. Con errores y aciertos quiero destacar que, los miembros de la Junta y las personas que trabajan en el Colegio, han realizado propuestas constructivas y han colaborado activamente en su desarrollo y difusión con plena disposición para atender las necesidades más allá de horarios convencionales. Desde aquí, quiero agradecer también su trabajo.

- **En este especial Panacea miembros de la Junta Directiva y comisiones del Colegio aportan su testimonio en la lucha frente a la COVID-19 ¿Cómo ha sido su experiencia como forense?**

- La actividad de los médicos forenses estuvo condicionada por las instrucciones que se elaboraron y aprobaron desde el Ministerio de Justicia, en coordinación con el CGPJ. Básicamente, las actuaciones se limitaron a reconocimientos considerados urgentes que incluían víctimas de violencia sexual, de violencia de género e internamientos en unidades de hospitalización psiquiátrica. En muchos de los casos la intervención se hizo de forma telemática. Otra de las actuaciones que se ha realizado en el ámbito médico-legal es la realización de

“La colaboración entre colegios profesionales sanitarios ha sido muy satisfactoria”

autopsias en muertes derivadas a investigación judicial. Se revisaron y establecieron protocolos específicos para levantamiento de cadáveres y práctica de la autopsia, uso de EPIs,... Se nos ha preguntado con frecuencia sobre las autopsias a fallecidos por COVID-19. Este tipo de estudios corresponden al ámbito de la Anatomía Patológica y no al ámbito forense. Respecto a las autopsias médico-legales, durante la fase de confinamiento inicial ha habido un descenso de muertes violentas, que se ha corregido en estos últimos días.

- **¿Quiere añadir algo más?**

- Sí. Quiero agradecer a nuestros profesionales sanitarios en general y a los médicos en particular el enorme esfuerzo que han realizado. No sé si tenemos la mejor sanidad del mundo, lo que si tenemos son los mejores profesionales. Además del sector sanitario han sido muchos otros los que han contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas. A ellos también un millón de gracias. Tenemos que tener un recuerdo especial para las víctimas, para todas ellas, pero me van a permitir que me acuerde especialmente de los médicos que han fallecido por atender a sus pacientes. Por último, hacer un llamamiento a la prudencia y a la responsabilidad personal. A día de hoy siguen siendo muchas las incertidumbres. La prudencia en nuestras actuaciones ha de ser la norma en esta etapa.

EN PRIMERA LÍNEA CONTRA LA COVID-19 EN NAVARRA

Nunca pensaron que iban a hacer historia como protagonistas anónimos de la lucha contra el virus que ha puesto en jaque al mundo. Ahora, que el país está en desescalada, les hemos pedido que nos relaten en primera persona cómo han vivido esta dramática epidemia en sus hospitales, centros de salud y residencias. Están física y mentalmente agotados, pero mantienen su confianza en la Medicina, la ciencia y el esfuerzo colectivo mostrado por la profesión para salir adelante. Comparten, además, su compromiso con los médicos de Navarra, formando parte de la Junta Directiva del Colegio.

DR. TOMÁS RUBIO VELA,
VICEPRESIDENTE PRIMERO
DEL COLEGIO DE MÉDICOS.
INTERNISTA EN EL COMPLEJO
HOSPITALARIO DE NAVARRA
(CHN).

*Cristina García Labairu,
Fermín Jiménez
Bermejo y Tomás
Rubio en el Complejo
Hospitalario de
Navarra. ▼*



La especialidad de Medicina Interna trata de valorar al paciente de forma integral. Enfrentarnos a una patología desconocida ha supuesto un gran reto para todos los profesionales. Partíamos de unos conocimientos escasos sobre su patogenia y apenas documentos sobre el tratamiento y evolución, salvo su alto nivel de contagiosidad y mortalidad. A todo esto se añadió una avalancha de casos evolucionados en el tiempo, es decir, con importante afectación general, lo que provocó la saturación del sistema. Ante la presencia de una enfermedad de origen infecciosa con afectación multisistémica, la Dirección del CHN decidió asignar los

pacientes con COVID-19 al Servicio de Medicina Interna, que contó con 100 camas ocupadas y, durante algunos momentos, se atendieron a más de 250 pacientes ingresados.

Sobre estas premisas se establecieron unidades multidisciplinarias, dado que la enfermedad afecta a diferentes órganos y sistemas, siendo uno de los más característicos el pulmón. Estas unidades estaban formadas principalmente por especialistas en Neumología y Medicina Interna, ayudados por otros médicos del hospital. En concreto, mi Unidad estaba formada por 2 neumólogos, 4 internistas, 2 nefrólogos, 2 neurólogos, 1 hematólogo,

1 endocrinólogo, 1 cardiólogo y 4 residentes (2 de reumatología y 2 de neurología).

Desde el hospital se crearon protocolos de tratamiento, que se actualizaban a diario. En nuestra Unidad, ante la mala evolución de los casos, se decidió revisar los protocolos, así como la bibliografía disponible. Con el apoyo de todos los médicos de la Unidad, se consensuó un nuevo protocolo de tratamiento para optimizar resultados.

Un inconveniente que encontramos fue el no disponer de biopsias que nos indicaran exactamente lo que estábamos tratando y a qué nos enfrentábamos. Tras hablar con el Servicio de Anatomía Patológica, se decidió la realización de necropsias con aguja gruesa guiadas por ecografía, dando más luz a nuestros tratamientos.

Progresivamente, y con dichos ajustes del tratamiento, un diagnóstico más precoz y medidas higiénicas (mascarilla y aislamiento social), la enfermedad fue disminuyendo progresivamente.

Con los pacientes y sus familias

Uno de los problemas principales y más graves al que nos hemos enfrentado ha sido la falta de material. Al principio

no disponíamos de suficientes mascarillas recomendadas FFP2, por lo que tuvimos que reutilizarlas. Posteriormente, nos distribuyeron mascarillas que se demostró que no eran protectoras y, para terminar, aportaron otras "pendientes de acreditación" por la CE, con un informe de su validación durante el episodio de pandemia. Esto ha creado gran inseguridad a la hora de trabajar.

Otro de los problemas ha sido la distribución de los pacientes por el centro. Al ser una enfermedad altamente contagiosa, se deberían haber centralizado los ingresos y no realizarlos en plantas diferentes y alejadas del Complejo Hospitalario.

Una experiencia vivida, y difícil, fue la comunicación con la familia de los pacientes. Es complicado explicar por teléfono una patología compleja y, más aún, cuando la evolución no es buena o debemos informar de una situación final de la enfermedad. Además, esta conversación tenía que mantenerla con cada uno de los familiares. Acompañar a los pacientes en su momento final y sin su familia al lado, incrementa la dureza de la atención.

De lo positivo de la experiencia me quedo con el trabajo multidisciplinar y en equipo (administrativos, celadores, auxiliares, enfermería y médicos), una gran y grata experiencia que deberíamos continuar practicando.

"Me quedo con el trabajo multidisciplinar y en equipo, experiencia que deberíamos continuar practicando"

Implicación y colaboración entre profesionales. El trabajo en equipo ha sido fundamental. En la foto: Sara García Pérez, Guillén Sada, Fermín Jiménez, Jon Corroza, Leyre Úcar, Idoia Rubio, Aiora Ostolaza, Tomás Rubio, Antonio Oliván, Tania Galicia, Belén Marín, Cristina García Labairu, Fernanda Slon y María Alfonso. ▼



DR. CARLOS BEAUMONT CAMINOS, VICEPRESIDENTE SEGUNDO DEL COLEGIO DE MÉDICOS. MÉDICO DE URGENCIAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN).



"Hemos tenido que
ir aprendiendo
y adaptando
nuestros centros
según la pandemia
iba avanzando"

"Nos preocupaba
ser vectores de
transmisión de
la enfermedad
a nuestro seres
queridos"

Esta pandemia de COVID-19 ha sido una muy dura prueba para el sistema sanitario y para todos sus profesionales. Nos hemos enfrentado a algo desconocido con equipamientos que, al

inicio, eran insuficientes o inadecuados. Hemos tenido que ir aprendiendo y adaptando nuestros centros según la pandemia iba avanzando.

Cuando aparecieron los primeros casos, a finales de febrero, la sensación principal que reinaba era de incertidumbre. No sabíamos muy bien cómo identificarlos (el criterio geográfico impidió diagnosticar muchos casos al inicio), desconocíamos todo acerca del tratamiento y tampoco sabíamos cómo se iban a desarrollar los acontecimientos (a pesar de que teníamos el ejemplo cercano de Italia).

Comenzábamos cada día de trabajo no con miedo, pero sí con respeto a lo desconocido. Aunque, por qué no decirlo, muchos de nosotros hemos tenido

miedo a ser vectores de transmisión de la enfermedad a nuestros seres queridos. Creo que más que por nosotros mismos, este miedo era por nuestros padres, abuelos, hijos o parejas.

Actualización continua, adaptación de protocolos

En mi caso, en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), se produjo una importante reorganización, sectorizando el ingreso en dos circuitos diferentes: respiratorio (sospechosos de COVID-19) y no respiratorio. Los protocolos de actuación iban cambiando casi día a día, lo que nos exigía una actualización continua en el manejo de los pacientes. Esta capacidad de adaptación del Servicio y reorganización interna nos ha permitido atender a los pacientes de la manera más ágil posible, priorizando su propia seguridad y la del personal sanitario. Por seguridad se restringió el acompañamiento a los pacientes, lo que ha hecho más difícil la estancia en Urgencias a algunos de nuestros pacientes y sus familiares. A pesar de intentar dar toda la información por teléfono, las familias han echado de menos no poder acompañar a sus seres queridos.

De igual modo que el Servicio de Urgencias, en pocos días el CHN se supo adaptar de manera admirable a una situación sin precedentes, reubicando personal, reorganizando circuitos y plantas de hospitalización, adecuando nuevos espacios... También es de destacar el trabajo del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias, organizando el dispositivo de Refena, la recogida de muestras a domicilio o adecuando el Hotel Iruña Park para alojar pacientes; y, por supuesto, también el de la Atención Primaria.

Equipos de protección y test diagnósticos

Las deficiencias iniciales en cuanto a equipos de protección fueron evidentes, aunque poco a poco se han ido solventando. La escasez de mascarillas FFP2 nos ha hecho trabajar con mascarillas quirúrgicas, cuyo nivel de protección nada tiene que ver con las recomendadas. A este respecto, es de agradecer las donaciones que se hicieron por parte de particulares y empresas de pantallas y equipos de protección. La ola de solidaridad que ha traído la pandemia es otro aspecto positivo que no debe caer en el



"El número de PCR realizadas debería haber sido mucho mayor"

olvido. De todos modos, la falta de equipos de protección es algo que no debemos permitir que se repita.

Otro aspecto negativo ha sido el de los test diagnósticos. Por un lado, los test rápidos no han sido lo fiables que nos hubiera gustado. Y por otro, pienso que se ha sido muy restrictivo, sobre todo al inicio, a la hora de indicar la PCR. Ya dijo la OMS que había que hacer el mayor número de test posibles. En nuestros protocolos, se reservaba la PCR a pacientes que fueran a ingresar. Teniendo en cuenta la capacidad de Navarra (contando con Nasertic, Navarrabiomed y la CUN con el CIMA), el número de PCR realizadas debería haber sido mucho mayor.

Creo que los profesionales sanitarios

hemos dado lo mejor de nosotros mismos en estos días. La colaboración de todos los servicios del CHN ha sido máxima: servicios que asumían pacientes de urgencias; médicos de otros servicios (quirúrgicos y médicos) apoyando en plantas COVID y ayudando en los ingresos de Urgencias; residentes de Medicina de Familia reforzando el Servicio de Urgencias... Mención especial merece la importante ampliación de las UCIs y los compañeros de anestesia que tuvieron que asumir muchos de esos pacientes (incluso en Urgencias se prepararon seis camas por si había que trasladar pacientes de UCI). Todo el mundo se ha movilizó de forma voluntaria, aportando en cada caso lo que podía. Sin duda alguna,

"La ola de solidaridad que ha traído la pandemia no debe caer en el olvido"

esto ha sido de lo mejor que nos ha traído esta pandemia: las ganas de ayudar y la capacidad de adaptación de los profesionales.

Esperemos que el tan temido rebrote que todos los expertos predicen, llegue más debilitado de lo que nos auguran los científicos. En cualquier caso, lo que tengo claro es que nos cogerá más preparados y espero que con algunas lecciones aprendidas.

JUANA CELAY RODRIGO,
VOCAL DE MEDICINA
RURAL. MÉDICA DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN
LA ZONA BÁSICA DE SALUD
DE AURITZ-BURGUETE
(CONSULTORIO DE ERRO).



"Lo mejor de la experiencia vivida ha sido la gran capacidad de trabajo y reorganización demostrada por Atención Primaria"

"No debemos olvidar el esfuerzo físico y psicológico que ha supuesto darle cara a esta crisis"

Lo mejor de la experiencia vivida ha sido la gran capacidad de trabajo y reorganización demostrada por la Atención Primaria (AP) en Navarra ante una situación totalmente desconocida y en un contexto de incertidumbre y tensión. Se ha realizado un sobreesfuerzo de trabajo y adaptación ejemplar para

dar respuesta a la pandemia.

Como aspectos positivos, destacaría la implicación de los y las profesionales de la Salud, trabajando en equipo y aportando capacidad resolutoria desde todos los estamentos (personal de admisión, medicina, enfermería, trabajo social, etc); la implicación de otros profesionales (farmacias, trabajadoras familiares de servicios sociales, personal de centros sociosanitarios, personal de limpieza y transporte, etc.) y del resto de la comunidad (entidades locales, voluntariado en redes de ayuda ...); la disposición, trabajo y esfuerzo de organizaciones como Colegios profesionales, velando por la salud y seguridad de la colegiación y por una correcta

relación médico-paciente también desde la deontología. Como aprendizaje me quedo con la experiencia de hacer equipo: sanitarios, sociosanitarios, organizaciones, comunidad... Todos y todas somos necesarias.

Se ha mejorado mucho en organización de Equipos, y en la comunicación y trabajo con el resto de especialidades hospitalarias y con otros servicios, e incluso con otros departamentos, creando Unidades conjuntas de atención.

Lo peor ha sido el desconocimiento, la preocupación por el cambio continuo en la información, la tensión ante semejante reto y el estrés consecuente. Ha habido problemas de comunicación, sobre todo en las primeras semanas, con departamentos como Derechos Sociales, Salud Pública y Prevención de Riesgos Laborales.

Es preciso seguir trabajando bastante en seguridad y material de protección. Han faltado, además, medios diagnósticos que faciliten nuestro trabajo en la detección precoz de contagios.

Emociones compartidas

El apoyo entre compañeros ha sido fundamental, sobre todo con los más cercanos

del equipo. Vivir una situación semejante nos ha ayudado a comprender mucho mejor los sentimientos de la otra persona y a que pudieran aflorar los nuestros, sin sentirnos mal por ello. Hemos compartido con el equipo preocupación, incertidumbre, tristeza, llanto... emociones que no quieres mostrar a tu familia para no preocuparles más (inconscientemente vas creando distancia física con los tuyos, por el miedo a la posibilidad de contagio).

He vivido con tristeza la muerte injusta de tantos compañeros y he sentido el afecto en los grupos de la profesión médica, Junta y Vocalía, tan importantes en esta etapa.

Pacientes atendidos y acompañados

La mayor parte de las demandas de los pacientes se han intentado solucionar vía telefónica, con envío de fotos a mi teléfono personal cuando era necesario. Hemos intensificado la frecuencia de las llamadas a pacientes más frágiles y vulnerables. Creo que se han sentido atendidos y acompañados.

En cuanto al duelo, a pesar de la distancia física, se intenta mantener un «encuentro» telefónico o presencial con la debida precaución, lo más cercano

posible, con cariño, con el recuerdo de los que ya no están. Si el tiempo es suficiente, conoces a la persona y se hace desde el afecto, se puede transmitir mucho.

En esta «guerra» estamos implicados todos y todas. Los profesiones y trabajos que se han catalogado como indispensables se merecen un aplauso, pero sobre todo merecen reconocimiento y recompensa, y no caer en promesas falsas de cara al futuro. La población, en general, también tiene que cumplir en lo que se le exige, acatando las medidas de prevención.

Desescalada

Ahora, en la desescalada, es el momento de hacer lectura de lo ocurrido: tener en cuenta lo que ha funcionado y darle su importancia y lugar; analizar lo que ha fallado y corregirlo; y escuchar.

No debemos olvidar el esfuerzo físico y psicológico que ha supuesto darle cara a esta crisis. Tenemos que estar preparados para futuras situaciones similares, para poder reaccionar cuanto antes y evitar males mayores.

Atención Primaria y urgencias somos los primeros en tener contacto con los pacientes. Sabemos que, durante largo tiempo, vamos a tener que compaginar

la atención de procesos de salud agudos y el seguimiento de crónicos y pacientes vulnerables con la atención a casos posibles de COVID. Va a suponer un cambio en nuestra manera de trabajar. Hay que seguir en alerta para lograr diagnósticos precoces de COVID, manteniendo la protección necesaria para garantizar nuestra seguridad y la de los pacientes, al tiempo que continuamos con el resto de atenciones. Personalmente noto el cansancio por la exigencia requerida en todo este tiempo, la preocupación por la adaptación a la siguiente etapa y la necesidad de «normalizar» la relación con la familia, la sociedad y con una misma.

"Hemos mejorado la comunicación y coordinación con las especialidades hospitalarias"

"Ahora es el momento de hacer lectura, de tener en cuenta lo que ha funcionado y darle su importancia y su lugar"



Juana Celay y Araceli Cerrada, en el ▲ consultorio de Erro.
(Foto de Diario de Noticias).

DRA. ANA M^a HERRERO LEÓN, VOCAL DE LA JUNTA COMARCAL DE TUDELA. INTERNISTA EN EL HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA.



"Fue preciso reforzar turnos. Especialistas que normalmente no hacen guardias se ofrecieron voluntariamente"

"El Comité de Ética Asistencial del Área de Tudela, del que formo parte, ha colaborado en apoyo a la toma de decisiones"

"Los profesionales necesitan ver reconocido su esfuerzo"

En los inicios de la pandemia, cuando aún no teníamos ningún caso en el Hospital y recibíamos noticias de compañeros sobre la magnitud que estaba alcanzando en sus localidades, con informaciones continuas en los foros profesionales, recuerdo un sentimiento de incredulidad, de que

algo parecido pudiera llegarnos, y nos pusimos en alerta. El ligero retraso, probablemente de una semana, nos ayudó a prepararnos.

Las primeras semanas fueron de adaptación continua a la sucesión de protocolos y ampliación de camas destinadas a los enfermos con coronavirus, que supuso un enorme esfuerzo de adaptación por parte del Servicio de Urgencias y de Medicina Interna, en primer lugar, y posteriormente de Medicina Intensiva y Anestesia. Los compañeros de Atención Primaria sufrieron en primera línea la llegada del virus y fueron varios los infectados que tuvieron que dejar sus puestos para hacer cuarentena. También afectó a algunos compañeros del Hospital, aunque no hemos tenido que lamentar casos graves.

Apoyo mutuo y motivación

Lo mejor de la lucha contra la COVID ha sido el espíritu de compañerismo y colaboración que, en medio de las complicadas situaciones encontradas, nos ha permitido salir a flote. Fue preciso reforzar turnos y especialistas que normalmente no hacen guardias se ofrecieron voluntariamente. Liderados por unos jefes, Ángel Samperiz y Teresa Rubio, que han trabajado, organizado y coordinado de forma ejemplar.

Lo más duro se vivió en las primeras fases por el incremento de enfermos sin haber terminado de organizarnos y con problemas de material que, al principio, obligó a "optimizar" en exceso su uso.

Hacer frente a esta situación de catástrofe y con continuas actualizaciones de los protocolos para adaptarnos a una demanda creciente e intensa, ha sido posible con profesionales motivados y muy concentrados en dar respuesta a una situación nueva para todos y con una gran capacidad de colaborar y apoyarnos unos a otros. En los primeros días, Medicina Interna se vio sobrepasada a pesar del incremento de horas de trabajo; se necesitó la colaboración de compañeros de otras especialidades médicas

en planta y guardias, la incorporación a planta y hospitalización a domicilio de los residentes de familia de último año y más personal de enfermería y auxiliares. Si en Urgencias y en planta la reorganización y colaboración ha sido grande, en la UCI (que tuvo que multiplicar por cuatro sus camas) la reorganización fue compleja, ágil y crucial. La respuesta y colaboración por parte de la Dirección ha sido cercana y completa.

Tomar decisiones ha sido complejo y el Comité de Ética Asistencial del Área de Tudela, del que formo parte, ha colaborado cuando se le ha requerido en apoyo a la toma de decisiones.

Riesgos y amenazas

En la primera fase faltaron equipos protección, que obligaron a restringir su uso y a utilizar materiales no homologados, elaborados incluso por voluntarios. Ahora el escenario es muy distinto y la principal amenaza está en la relajación de las medidas de protección al pensar que el peligro ha pasado.

Lo que yo he vivido principalmente es trabajo y colaboración entre compañeros, tanto entre los médicos como con el resto de los estamentos sanitarios. No he percibido



miedo, aunque sí incertidumbre frente a una enfermedad nueva, sin certezas en su manejo. Para combatir el estrés, la mejor ayuda ha sido compartir las experiencias de cada día. Desde Salud Mental se puso a disposición de los profesionales un plan de ayuda tanto personal como para enfrentar la comunicación con las familias. Trabajo social ha sido también una ayuda inestimable.

Han llegado los aplausos, desde el primer día, y otros muchos detalles (comida, material) que han sido motivo de agradecimiento por nuestra parte y que hemos expresado en videos que se han difundido desde los distintos servicios del Hospital.

¿Y ahora qué?

Ahora hay que recuperar fuerzas, recordar lo aprendido, la importancia del trabajo en equipo. Los profesionales necesitan ver reconocido su esfuerzo, la certeza de que vamos a contar con las herramientas necesarias para enfrentar las crisis, ésta que aún no ha terminado y las que puedan venir. Hemos aprendido mucho sobre organización en situación de crisis, y los protocolos y planes de contingencia ahí están. Esperemos que no necesitemos volver a implementarlos.

En el Hospital se han organizado y estabilizado dos circuitos de atención diferenciados para los enfermos con o sin coronavirus en

urgencias, en planta y UCI. En este momento se realiza PCR a todos los pacientes con ingreso programado o con exploración endoscópica. La población tiene que entender que la vuelta a la normalidad no será fácil y que se necesitará tiempo.

"La reorganización de la UCI (que tuvo que multiplicar por cuatro sus camas) fue compleja, ágil y crucial"

DRA. CARMEN MARTÍNEZ VELASCO, VOCAL DE MEDICINA LIBRE Y COLECTIVA. INTERNISTA EN EL HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN (ESTELLA).



"Somos protagonistas de un nuevo hito en la Historia de la Medicina; no recuerdo haber aprendido tanto en tan solo cinco meses"

"La precariedad laboral de los médicos con ejercicio privado, que han colaborado como nunca, sigue persistiendo"

En general, ni los gobiernos europeos, ni el sistema sanitario español, ni público ni privado, ni los profesionales, estábamos preparados para enfrentarnos a una situación que, si nos la cuentan, sólo la hubiéramos dado como posible en un mundo de ciencia ficción o película de terror. La actitud de todos los profesionales ante el llamamiento de la sociedad, en lo que puede considerarse una crisis humanitaria y no solo sanitaria, ha sido lo mejor.

Sin embargo, y con respecto a los profesionales que ejercen la medicina privada, las medidas globales de protección ante la infección -impulsadas por las diferentes sociedades científicas y por la propia Organización Médica Colegial con el fin de evitar que las consultas se convirtieran en un foco de contagio- han instado a que sólo se hayan atendido en consulta ordinaria los casos urgentes o no demorables. Ha demostrado que su realidad diaria no es muy diferente a la de otros profesionales autónomos, con

trabajadores a su cargo o gastos fijos, cuyos ingresos se reducen a cifras próximas a cero, tanto si el médico autónomo trabaja en su consulta propia como si lo hace para centros sanitarios o grandes grupos hospitalarios, en los que suele cobrar un porcentaje de lo que factura.

Más allá de las estructuras

Se ha evidenciado la necesidad indiscutible de la Medicina Privada que se muestra ahora, más que nunca, como un soporte complementario del sistema sanitario público. Cerca del 10% de los pacientes que han requerido UCI y el 20% de los hospitalizados por coronavirus han sido tratados en hospitales privados desde el inicio de la epidemia. La precariedad laboral de estos profesionales, que han colaborado como nunca, sigue persistiendo, al estar en manos de las grandes compañías aseguradoras que les han obligado, en muchos casos, a mantenerse en sus cuadros médicos sin garantizarles unos ingresos mínimos.

El sistema sanitario, en general, ha respondido dando más del 100% de su capacidad actual y los profesionales -en los centros de salud, hospitales, residencias- han superado en eficacia

"Los profesionales han superado en eficacia a las propias estructuras que los sustentan"



con creces a las propias estructuras que los sustentan.

El desconocimiento sobre la infección y su comportamiento clínico, nos ha afectado absolutamente a todos por igual: gestores, clínicos, epidemiólogos, medicina laboral, farmacia, mundo sociosanitario,... Ha sido un auténtico caos y cuando algo así ocurre, o partes de un sistema bien estructurado y coordinado (con técnicos y expertos al mando, líderes con capacidad de generar y mantener equipos) o el fracaso está asegurado. No cabe aquí olvidar a los sanitarios fallecidos en la batalla, con una media de edad de 60 años.

Testigos y protagonistas

La cooperación ha sido máxima, imposible

cooperar más. El profesional de la medicina, en concreto, ha sufrido un estrés prácticamente inaceptable, por su intensidad y duración. Horas de trabajo sin descanso, ausencia de evidencia científica sobre lo que estábamos y estamos haciendo, y una cruda dureza en el mundo de las emociones al ser testigos y protagonistas de tanto sufrimiento en tan corto espacio de tiempo.

Con respecto al miedo al contagio, es una vivencia más personal, pero es lo que nos toca sobre llevar y es lo que hemos intentado evitar para nosotros y nuestras familias. Va con nuestra profesión. La carga adicional psicológica ha sido, por tanto, importante.

No está siendo fácil acompañar a nuestros pacientes con COVID-19, que presentan especial

vulnerabilidad al estar totalmente solos ante su proceso, aislados en su habitación mientras viven una situación de postración, fiebre y dificultad respiratoria, sin contacto físico, con unos profesionales vestidos como astronautas y evitando cualquier maniobra prescindible que pudiera incrementar el riesgo de contagio. Lo hemos pasado todos muy mal, pero quien peor lo está pasando es el enfermo y su familia.

Nuevos tiempos, nuevas herramientas

Ante la desescalada es preciso articular nuevas maneras de organizar las consultas, nuevos circuitos intrahospituarios que nos ayuden a convivir con el virus de una manera lo más segura posible.

La Medicina Privada

ya ha desarrollado y aproximado nuevas maneras de acercamiento al paciente utilizando la tecnología. Es ese perfil de empresario emprendedor, el que las grandes compañías y monopolios de Salud desvalorizan de manera persistente.

Frente a un rebrote, no cabe duda de que ahora estamos mejor preparados, pero no bien preparados. No existen evidencias consistentes ni unánimes sobre el tratamiento adecuado en los casos de mayor gravedad, ni tampoco un tratamiento que bloquee la evolución hacia el temido síndrome inflamatorio pulmonar. Somos protagonistas de un nuevo hito en la Historia de la Medicina; no recuerdo haber aprendido tanto en tan solo cinco meses.

**DR. JUAN JOSÉ UNZUÉ
GAZTELU**, VOCAL DE
MÉDICOS JUBILADOS.
VOLUNTARIO EN RESIDENCIAS
DE ANCIANOS (RETIRO
SACERDOTAL BUEN PASTOR
Y RESIDENCIA SACERDOTAL
ARGARAY).



"Nunca imaginé lo
que iba a suceder"

"Estoy notando
ahora el estrés
físico y psíquico
acumulado"

"Hemos encontrado
muchas dificultades
para ampliar
plantillas"

"El miedo al contagio ha
sido un factor importante
de estrés"

Además, a todo esto se sumó la angustia de las familias y tuvimos que asumir no solo la atención de los pacientes sino la comunicación con familiares, gestiones, recetas y toda clase de servicios.

Todo ello, extremando las medidas necesarias para mitigar el miedo a contagiarnos y ser transmisores de la enfermedad. Este peligro ha sido un importante factor de estrés.

A modo de resumen

Ha sido duro y ahora estoy notando el estrés físico y psíquico acumulado; los voluntarios han sido fenomenales y los trabajadores magníficos; hemos encontrado muchas dificultades para ampliar plantillas porque no querían trabajar con pacientes positivos; las familias de los residentes han sido, en ocasiones, aceleradores de estrés pero otras han sido fantásticas; el Arzobispo y su equipo se han comportado de maravilla, han hecho todo lo que han podido y han dado la cara en todo momento. Ha sido fundamental la disposición y colaboración del personal sanitario de los centros de salud.

¿Si hubiera sabido todo esto, lo volvería a hacer? Francamente, no lo sé.

Cuando tuvimos conocimiento de la pandemia decidí continuar con mi actividad y acompañar a los residentes, que conocía muy bien, a pesar de las reticencias de mi familia que temían por mi salud. También es verdad que no imaginaba lo que iba a suceder y la serie de eventos negativos que he vivido.

Al comienzo impartí varias charlas sobre el coronavirus en las residencias y Obispado, que despertaron mucho interés y bastantes preguntas. La situación se complicó en pocos días y el virus empezó a propagarse en las residencias, afectando a personas con demencia, difíciles de manejar. Con la primera muerte, llegó la tristeza y el sentimiento de impotencia frente al coronavirus que fue afectando a varios de los residentes, algunos con cuadros gravísimos y con final mortal.

Participación en Beneficios

El privilegio de ser **mutualista**

Hoy, obtener una rentabilidad garantizada para tus ahorros es más que complejo. PSN es una entidad mutual sin ánimo de lucro que **orienta su gestión al mutualista haciendo las cosas de manera diferente.**

Por eso, **además de un interés garantizado, nuestros seguros de ahorro cuentan con Participación en Beneficios**, una rentabilidad extra que ofrecemos a nuestros mutualistas.

Rentabilidad en 2019 ⁽¹⁾
3,29 %

PSN MAS Seguro de Ahorro Garantizado	2,81%	TAE en el periodo 2015-2019 ⁽²⁾
PSN Ahorro 5 (SIALP)	2,38%	TAE en el periodo 2016-2019 ⁽²⁾
Planes de Pensiones PSN	16,25%	Rentabilidad media en 2019 ponderada por patrimonio ⁽³⁾

(1) Rentabilidad anual de las inversiones afectas a las provisiones técnicas de los seguros de ahorro de PSN en 2019. Rentabilidades pasadas no garantizan rentabilidades futuras. (2) Simulación real con una prima única. La rentabilidad que se muestra es neta de gastos pero podría variar en otros casos en función de la fecha de contratación. (3) Fuente V-Dos.



Visítanos en nuestra nueva oficina en Pamplona y te informaremos de cuál es el seguro que más se adapta a tus necesidades.

C/ Navarro Villoslada, 1 - Bajo
Tel. 948 199 684

Gana más contratando alguno de nuestros seguros de Ahorro:

- **PSN Elite**
- **PSN MAS**
- **PSN Rentas**
- **PSN Rentabilidad Creciente PPA**

COVID-19: ---

TENER Y SENTIR AL COLEGIO MÁS CERCA QUE NUNCA

Ya en el 4 de marzo, el Colegio de Médicos suspendía todas sus actividades de formación presenciales dirigidas a médicos y organizadas por dicha entidad durante el mes de marzo, con el fin de proteger la salud de los profesionales sanitarios frente a la COVID-19.

En un comunicado remitido por el Departamento de Salud, y consensuado por el Colegio de Médicos y de Enfermería de Navarra, se recomendaba a los profesionales sanitarios, fundamentalmente médicos y enfermería, que se abstuviesen de organizar y de asistir durante las siguientes semanas a congresos, jornadas, seminarios o cursos de formación con el objetivo de garantizar su protección y evitar que pudieran actuar como transmisores de la enfermedad.

Esto originó el aplazamiento de algunos eventos de sociedades científicas en la sede colegial como el XXV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), que ha anunciado su celebración el 25 y 26 de septiembre.





Agradecimiento a colegiados y funcionamiento de los servicios

El 13 de marzo, días antes de la declaración del Estado de Alarma, Rafael Teijeira, en nombre de la Junta Directiva, se dirigió por correo a los colegiados para transmitirles "nuestra gratitud por vuestra respuesta ante esta crisis sanitaria que nos ha sobrevenido. Como representación de todos los médicos navarros, este Colegio se siente muy orgulloso de vuestra profesionalidad e implicación en el desempeño de vuestra actividad en estos momentos". Al mismo tiempo, anunciaba una serie de medidas para la protección individual de su personal y de la colegiación, en vigor desde el 16 de marzo, tales como la suspensión de la atención al público en la sede colegial (manteniendo la atención personalizada para los profesionales que lo solicitaran por cita previa), la implantación de medidas para facilitar el teletrabajo de los empleados y la puesta en marcha de herramientas para garantizar la atención continuada de los colegiados vía telemática.

Se anunció, asimismo, la suspensión de la actividad presencial de las empresas asociadas como Clén College, Centros de Reconocimientos y Restaurante El Colegio.

Nuevas herramientas para la colegiación

Tras la declaración del Estado de Alarma, la Junta Directiva del Colegio de Médicos centró todos sus esfuerzos en poner en marcha iniciativas y nuevos servicios para que la colegiación sintiera el apoyo y la cercanía del Colegio durante la pandemia. Comenzó una carrera contra reloj para estar, más cerca que nunca, al lado de los médicos de Navarra.

Se habilitaron nuevos correos para establecer una comunicación directa y rápida de los colegiados con la Junta Directiva y así recoger sus inquietudes, preocupaciones y sugerencias. También la Comisión Deontológica abrió un nuevo canal para la comunicación directa con los profesionales que quisieran plantear cuestiones relacionadas con la ética y la deontología médicas.

Iniciativas en colaboración con el Departamento

En colaboración con el Departamento de Salud, el Colegio ha ido informando a sus colegiados sobre el procedimiento y los teléfonos de contacto para el cribado de coronavirus de médicos de la sanidad pública y privada en Pamplona y Tudela.

Puso a disposición del Departamento de Salud varias propuestas de establecimientos hoteleros y residenciales para los profesionales sanitarios. La Orden Foral 11/2020, de 29 de marzo, autorizó la habilitación de hoteles para descanso y para alojamiento de personal positivo en COVID-19. El Colegio facilitó información útil y práctica sobre los recursos existentes y se prestó a facilitar las gestiones.

La Comisión Deontológica del Colegio ha participado, además, en el comité asesor sobre decisiones éticas en el cuidado de pacientes de coronavirus creado, mediante Orden Foral, con el fin de servir de "apoyo a los profesionales sanitarios que se enfrenten a decisiones sobre la aplicación de las recomendaciones de actuación clínica en una situación de crisis sanitaria".

Cribado de coronavirus en REFENA. ▼



En apoyo a los médicos internos residentes

En un comunicado de prensa del 2 de abril, el Colegio solicitó la rectificación, en nombre de la profesión médica, de la orden SND/299/2020 del Ministerio de Sanidad, publicada el 30 de marzo en el BOE, en la que se establecía la prórroga del contrato MIR a los residentes de último año de determinadas especialidades, en lugar de ser contratados como especialistas. "Esta decisión no contribuye a solucionar los problemas de escasez de recursos humanos y supone un duro golpe a la moral de miles de profesionales en su lucha diaria contra la peor situación sanitaria conocida del último siglo", subrayaba el comunicado.

El Colegio recalcó "el enorme esfuerzo de todos los médicos (incluidos los MIR, que estaban a poco más de un mes de concluir su periodo formativo), su dedicación en primera línea contra la COVID-19 y su profesionalidad, incluso sin las medidas de protección adecuadas y con el sufrimiento añadido de poder llegar a ser causa de contagio de familiares o de amigos".

Calificó esta decisión de un error para la profesión, "que lo está dando todo en esta pandemia y que solo puede explicarse por motivos económicos. La profesión médica no entiende que no se les reconozca. Los ciudadanos tampoco".

De esta forma, el Colegio navarro se sumaba a la solicitud expresada también por Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM), el Foro de la Profesión Médica (Sociedades Científicas, Sindicato Médico, estudiantes de Medicina y Decanos de las Facultades de Medicina) y la Vocalía de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo, entre otros.

Esta demanda fue finalmente atendida por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que anunció, el 13 de abril, la modificación de la Orden. El Ministerio de Sanidad y las Comunidades evaluarían a los Médicos Internos Residentes en mayo. El cambio de posición fue aplaudido por el Colegio de Médicos de Navarra en un nuevo comunicado.



<https://www.freepik.es/fotos/fondo>

Material de protección para profesionales de la sanidad pública y privada

Ante la falta de equipos de protección individual entre los profesionales sanitarios durante los primeros momentos, el Colegio de Médicos de Navarra -en colaboración con los colegios profesionales de Enfermería e Ingenieros industriales- se sumó a la campaña de fabricación, recogida, desinfección y distribución de pantallas faciales protectoras, impulsada por Ayuda Makers Navarra.

Del 26 de marzo al 16 de abril se repartieron en toda Navarra más de 16.000 unidades de pantallas protectoras, validadas por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O). El Colegio colaboró en la entrega de material y en la definición del protocolo. La iniciativa movilizó a más de 40 entidades, entre instituciones y empresas, además de numerosos particulares.

El 4 de mayo, los Colegios de Médicos y Farmacéuticos de Navarra firmaron un acuerdo de colaboración para que los médicos con consulta privada pudieran disponer de material de protección que cumpliera estrictamente con las medidas de seguridad necesarias e indicadas por el organismo competente.

El Colegio de Farmacéuticos, con la ayuda de la cooperativa Nafarco, ejerció de intermediario para poner a disposición de estos profesionales mascarillas quirúrgicas, FFP2 y geles hidroalcohólicos, sin margen alguno.

En un único pedido y enmarcado en la situación excepcional de crisis sanitaria, el Colegio de Médicos atendió las demandas de un total de 63 médicos con consulta privadas en Navarra y les entregó el material de protección solicitado.

En el comunicado enviado a la colegiación para informar sobre el acuerdo, Rafael Teijeira subrayó que "desde el Colegio de Médicos queremos asegurarnos de que nuestros colegiados tengan acceso a materiales que cumplen con la normativa de seguridad exigida. Por eso, frente a las ofertas de proveedores de los que no tenemos referencias, hemos preferido llegar a un acuerdo con nuestros compañeros farmacéuticos, aprovechando la proximidad y confianza que ofrece el canal de la farmacia". Agradeció la colaboración de los colegios de Farmacéuticos y Enfermería para la provisión de material de protección durante la crisis.

Por su parte, la presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra, Marta Galipienzo, expresó que "estamos encantados de contribuir a que las consultas privadas puedan ir retomando la normalidad de forma segura en este momento tan crítico. Entre sanitarios debemos ayudarnos y colaborar para poner fin a esta enfermedad. Al mismo tiempo, nos gustaría que este pequeño gesto sirva para manifestar el agradecimiento de los farmacéuticos a la labor del colectivo médico en esta crisis sanitaria".

Entrega de pantallas protectoras en el Hospital Reina Sofía de Tudela. Además, gracias a un acuerdo con el Colegio de Farmacéuticos, se facilitó la adquisición de material de protección homologado a 63 médicos con actividad en consulta privada.



Contagios y fallecimientos: accidentes de trabajo

El Colegio de Médicos de Navarra expresó el pasado 27 de mayo, en un comunicado, su satisfacción ante la aprobación del Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, por el que los contagios y fallecimientos por COVID-19 en los profesionales sanitarios de centros sanitarios o sociosanitarios se consideran contingencia profesional derivada de accidente de trabajo por haber estado expuesto a ese riesgo específico durante el ejercicio de su profesión, independientemente de la fase de la pandemia en la que se haya contraído la enfermedad.

Esta medida era recibida con satisfacción por la profesión puesto que respondía a la solicitud expresada por el CGCOM en una carta dirigida a los ministros de Sanidad y Trabajo. **El Colegio de Médicos de Navarra trasladó esta petición a la Consejería de Salud en el marco del Consejo Navarro de Salud.**

La demanda contaba con el respaldo de un informe de los servicios jurídicos del CGCOM, la asesoría jurídica del Colegio de Médicos de Navarra y el aval de la Asamblea del Consejo General de Colegios de Médicos de España, en su reunión llevada a cabo el pasado 1 de mayo.



Publicado en el BOE

El Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y Seguridad Social y tributarias para paliar los efectos del COVID-19 contempla, en su Artículo 9, la "consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2 durante el estado de alarma".



#TU COLEGIO CONTIGO

Información útil para médicos con actividad en consulta privada

El Colegio de Médicos y la Vocalía de Medicina Libre y Colectiva crearon un espacio web con información útil dirigida a los profesionales en ejercicio privado, en la que se incluye:

- Acuerdo de colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de Navarra para la adquisición de mascarillas y gel hidroalcohólico.
- Solicitud de pantallas protectoras (en colaboración con el Colegio de Enfermería de Navarra) y guantes desechables.
- Comunicado del COMNA sobre la validación electrónica de la receta privada en papel.
- Carta del CGCOM a las compañías aseguradoras.
- Carta del CGCOM a los ministros de Sanidad y Economía.
- Asesoría jurídica: normativa para la apertura de consultas, ayudas y ERTes.
- Recomendaciones sanitarias ante las medidas de desconfinamiento y apertura de consultas médicas privadas.
- Noticias de la Vocalía.

Os recordamos que la Asesoría Jurídica del Colegio está a vuestra disposición para consultas sobre temas profesionales y jurídicos. Para ello, contacta con tu Colegio en el teléfono 948 22 60 93.



Enlace a **INFORMACIÓN PARA MÉDICOS CON ACTIVIDAD EN CONSULTA PRIVADA**
<https://colegiodemedicos.es/covid-19-ejercicio-privado/>



Observatorio 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 en la profesión.

Los datos recogidos, a través de un formulario, permitirán conocer el número de afectados y las distintas condiciones que tuvieron que afrontar los médicos durante la pandemia, así como conocer las consecuencias que la infección ha causado. Proporcionarán, además, información relevante para poder afrontar nuevos brotes o futuras pandemias y al CGCOM le servirán para establecer **acciones jurídicas, profesionales y de protección social** para el profesional y sus familias.

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

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

Al formulario se accede a través del enlace
<https://www.cgcom.es/registro-covid>



Asesoría en ayudas COVID-19

El Colegio de Médicos de Navarra, con el fin de ofrecer un servicio personalizado a sus colegiados, ha realizado una recopilación de las ayudas actualmente vigentes en relación con la COVID-19, que pone a disposición de quien esté interesado.

Para ello, ha habilitado el correo tucolegiocovid19@medena.es al que podrás dirigirte para que te informemos sobre las ayudas existentes y la forma de acceder a dichas prestaciones.

El sector asegurador inicia el pago de prestaciones a los sanitarios

El pasado 7 de abril, UNESPA (Asociación Empresarial del Seguro) anunció el compromiso de más de un centenar de aseguradoras de constituir un **fondo solidario** dotado de 38 millones de euros para proteger a los profesionales sanitarios y de las residencias de mayores que luchan más directamente contra la COVID-19 en España. Esta iniciativa sectorial busca reconocer la extraordinaria labor y el esfuerzo personal que estos profesionales realizan durante la pandemia.

En una carta dirigida al Consejo General de Colegios de Médicos, UNESPA informó que se ha iniciado el pago de las prestaciones del seguro gratuito que protege a más de 700.000 profesionales, entre los que se encuentran los médicos.

La cobertura incluye un seguro de vida con un capital de 30.000 euros por fallecimiento por causa directa de la COVID-19, así como un subsidio de 100 euros al día para aquellos que resulten hospitalizados por esta misma causa, siempre que el ingreso haya sido superior a 3 días y con un máximo de 14 días. La póliza tiene carácter retroactivo desde el pasado 14 de marzo de 2020 y estará vigente hasta el próximo 13 de septiembre de 2020, ambos días inclusive.

En su página web se detallan cuáles son los perfiles profesionales cubiertos, qué documentación se debe presentar para solicitar la prestación y por qué medios remitirla.

ENLACE A PÁGINA WEB:

<https://www.unespa.es/que-hacemos/coronavirus/>

También se informa sobre los teléfonos y direcciones de correo a las que deben dirigirse los médicos de Navarra para solicitar las prestaciones, ya que varían según la Comunidad Autónoma donde resida el beneficiario.

Para los profesionales de Navarra, el teléfono de contacto es el 93 014 10 54, en horario de lunes a jueves de 8 a 19 horas y viernes de 8 a 18,30 horas.



Acuerdo con la CUN para la realización de estudios serológicos y de PCR de detección de COVID-19 a familiares y médicos jubilados.

El Colegio de Médicos de Navarra facilita a familiares de primer grado de los colegiados en Navarra y a los médicos jubilados y sus familias, la realización de estudios serológicos y PCR de detección de COVID-19 en condiciones económicas ventajosas.

El acuerdo entre el Colegio de Médicos y la Clínica Universidad de Navarra (CUN), firmado el pasado 29 de mayo, se materializó tras el anuncio, por parte del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea, de la realización de estas pruebas en los profesionales sanitarios en activo del ámbito público y privado.

Con esta iniciativa, la CUN quiere reconocer la labor realizada por los profesionales durante la pandemia de COVID-19.

Este acuerdo, al que se han sumado el Colegio de Enfermeras y Farmacia, facilita tres opciones con condiciones económicas ventajosas:

- Opción 1: estudio completo para las familias y que consta de una consulta médica + prueba PCR + prueba serológica (ELISA/CLIA).
- Opción 2: prueba PCR.
- Opción 3: prueba serológicas que incluyen análisis de IgG por un lado e IgM e IgA por otro.

Las pruebas deben solicitarse bajo prescripción, requisito que se entiende cumplimentado en la primera opción al haber un profesional con el que se realiza la consulta médica. En el segundo (PCR) y tercero (pruebas serológicas) al rellenar el dato del número del colegiado. Serán los propios médicos los que determinarán la opción más adecuada en cada caso.



*En la foto de la firma del acuerdo: **Iñigo ▲ Goenaga**, Director de Desarrollo de la CUN; **Arantxa Osinaga**, presidenta del Colegio de Enfermería; **Dr. Rafael Teijeira**, presidente del Colegio de Médicos; **Marta Galipienzo**, presidenta del Colegio de Farmacéuticos; y **José Andrés Gómez Cantero**, Director General de la CUN.*

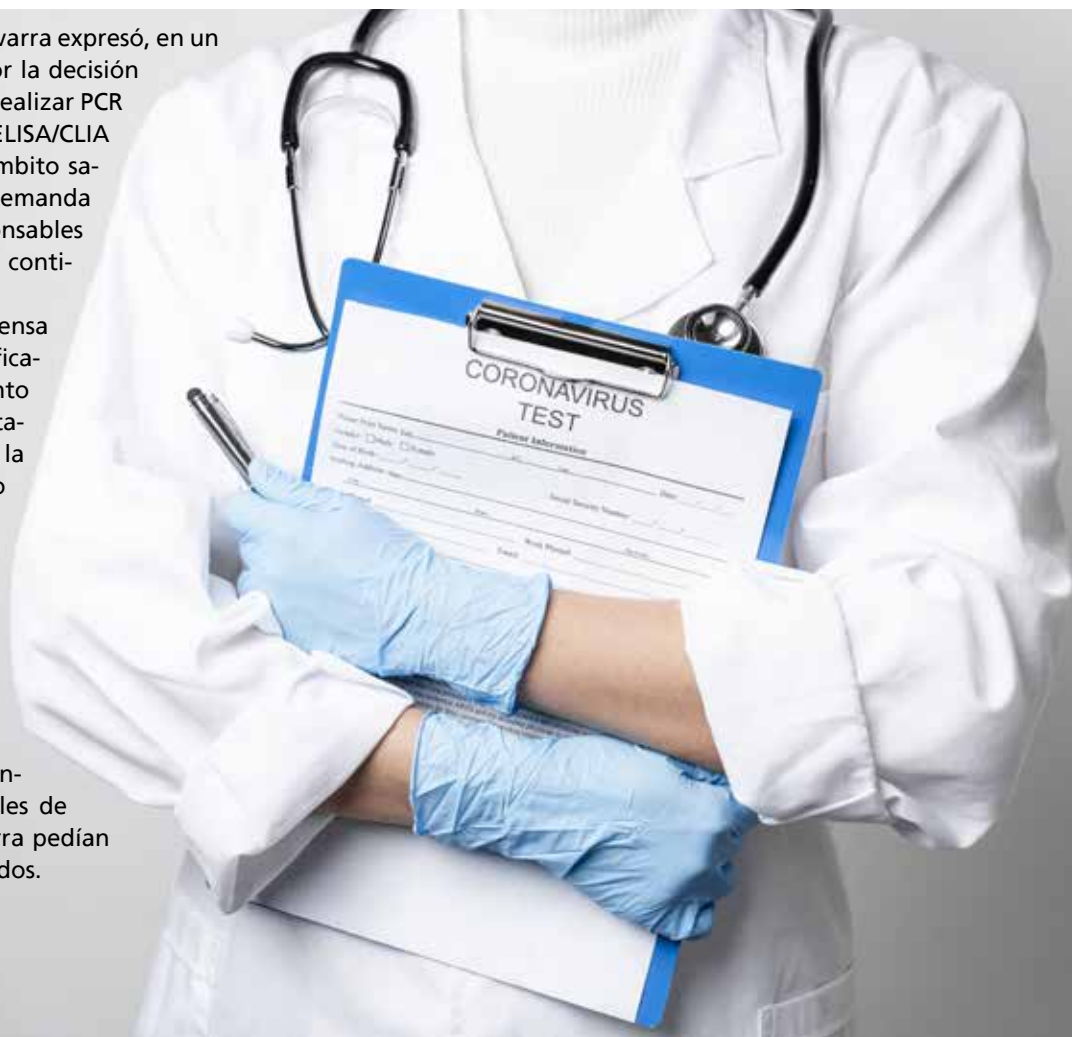
Conviene recordar que antes de realizar el análisis serológico SARS-Cov2 se requiere estar 4 horas en ayunas. Enlace a la solicitud: <https://www.cun.es/pruebas-covid-cun-colegio-medicos> 

El Colegio de Médicos celebra la decisión de realizar PCR y serología de anticuerpos por ELISA/CLIA a sanitarios de Navarra

El Colegio de Médicos de Navarra expresó, en un comunicado, sus satisfacción por la decisión del Departamento de Salud de realizar PCR y serología de anticuerpos por ELISA/CLIA a todos los profesionales del ámbito sanitario público y privado, una demanda que había solicitado a los responsables de la sanidad navarra de forma continuada durante esta pandemia.

Tanto en comunicados de prensa como en distintas cartas y notificaciones dirigidas al Departamento de Salud, este Colegio ha solicitado en nombre de la profesión la materialización de un estudio de seroprevalencia por ELISA para los colegiados, una demanda expresada por muchos médicos por correo electrónico o telefónicamente.

El pasado 23 de abril, en una carta conjunta dirigida a la consejera de Salud del Gobierno de Navarra, Santos Induráin, los colegios profesionales de Médicos y Enfermeras de Navarra pedían explicaciones sobre los test rápidos.



Acceder a noticia:

<https://colegiodemedicos.es/carta-a-la-consejera/> 

También en el documento elaborado por el Colegio de Médicos y sociedades científicas de Atención Primaria una de las propuestas dirigidas al Departamento de Salud incidía en la necesidad de *"establecer protocolos de estudio serológico (tipo ELISA) y de PCR periódicos de los profesionales con métodos fiables"*.



**AHORA TUS
EVENTOS
TAMBIÉN
VIRTUALES**

**ORGANIZAMOS TU CONGRESO ONLINE,
PRESENCIAL O SEMIPRESENCIAL**



**ACCESO
PRIVADO**



**VENTA DE
ENTRADAS**



**AULA
ONLINE**



STREAMING

PRESENCIAL

Control de acceso y venta de entradas automática a través de nuestra tienda online.

SEMIPRESENCIAL

Vende entradas presenciales y online. Disfruta de nuestras instalaciones y nosotros nos encarguemos del resto.

ONLINE

Reduce costes alquilando nuestros espacios virtuales donde podrás acoger a todos tus invitados.



EMAIL DE CONTACTO **MÁS INFORMACIÓN**
jmagallon@medena.es pamplonacongresos.es

**TU EVENTO
DE EXTREMO
A EXTREMO**



COLEGIO DE
MÉDICOS DE NAVARRA

35

APP Colegio de Médicos de Navarra: Tu Colegio a golpe de clic

La APP Colegio de Médicos de Navarra es una novedosa y eficaz herramienta de gestión online y comunicación que se ha puesto a disposición de los médicos y sus familias durante el confinamiento. En tan solo una semana logró más de mil descargas.

Integra servicios, procesos y trámites que ofrece el Colegio a sus médicos y médicas a través de su móvil; y facilita gestiones al instante como alerta de agresiones, solicitud de recetas médicas privadas, Validación Periódica de la Colegiación, solicitud para el registro de méritos, y certificados de idoneidad profesional, de colegiación, de especialidad, de baja o de adhesión al seguro colectivo de responsabilidad civil...

Permite el acceso a acuerdos y convenios y llevar siempre disponible en el móvil el carnet digital de colegiación con identificación por código QR.

Es una herramienta dinámica que cada semana se actualiza con la incorporación de nuevos servicios colegiales, que ahora se pueden tramitar a golpe de clic desde el móvil.

Con los médicos y sus familias durante el confinamiento

La APP adelantó su lanzamiento para estar más cerca de los médicos y sus familias durante la pandemia, ofreciendo actividades de ocio y vídeos de agradecimiento a los sanitarios de músicos, deportistas o cocineros navarros.

Desde el mes de abril, la APP compartió actividades de ocio para las familias: cocina con Álex Múgica o Iñaki Andrades; deporte con Swan Coaching o Antonio Bazán (jugador de balonmano del Helvetia Anaitasuna y la Selección Española); clases de inglés o francés online y gratuitas con Clen College; robótica con Educativ; salsa, bachata y Kizomba con Bailando con Eneko; concursos de pintura y relatos cortos.

También desde la APP se ha anunciado y dado acceso a los nuevos servicios que el Colegio de Médicos ha puesto en marcha para ayudar a los médicos navarros en su lucha contra la COVID-19, tales como apoyo emocional, consultas ético-deontológicas, información actualizada sobre el coronavirus, normativa y recomendaciones.

La APP incluye una Red Galeño de solidaridad y ayuda mutua entre familias para suplir las necesidades de conciliación, apoyo escolar o compañía que vayan surgiendo.

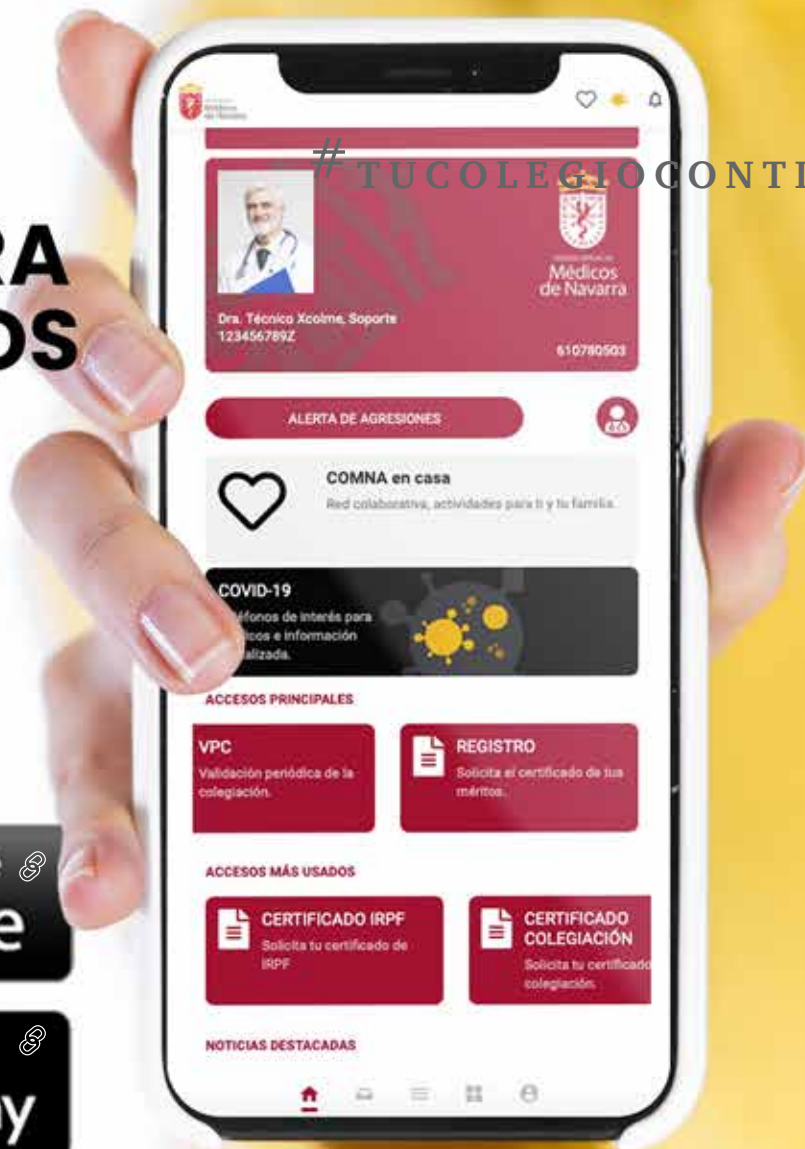


¿Cómo entrar en la APP?

La aplicación APP Colegio de Médicos de Navarra se puede descargar para Android e iOS.

Una vez hecha la descarga, para poder entrar a la APP tendrás que introducir tu usuario y contraseña. La primera vez que te metas tendrás que darle a RECUPERAR CONTRASEÑA para que generemos tu usuario. Inserta tu número de colegiado y te llegará un SMS al móvil con la información para acceder. En caso de que no te llegue el SMS contacta con sistemas@medena.es

DESCARGA LA **APP** PARA COLEGIADOS DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA



¿QUÉ TE OFRECE LA NUEVA APP?

- ✓ TU CARNET DIGITAL SIEMPRE CONTIGO
- ✓ VENTAJAS QUE TE AYUDARÁN EN TU DÍA A DÍA
- ✓ TRÁMITES Y GESTIONES AL INSTANTE
- ✓ NOTICIAS, SERVICIOS Y ACTIVIDADES

CON LA TECNOLOGÍA



COLEGIO DE
MÉDICOS DE NAVARRA

228 facultativos responden al llamamiento del **Colegio de Médicos** y se ponen a disposición del Departamento de Salud

La experiencia en la retaguardia o a la espera de poder ayudar

63

Jubilados/as

52

Con ejercicio privado

34

De diferentes especialidades

79

Licenciados en Medicina sin plaza MIR

63 jubilados, 52 médicos con ejercicio privado, 34 de diferentes especialidades y 79 licenciados en Medicina sin plaza MIR respondieron al llamamiento del **Colegio de Médicos de Navarra** para reforzar al personal médico que ha trabajado en primera línea frente a la **Covid-19**.



En total, 228 médicos y médicas de Navarra se inscribieron como voluntarios en los listados que el Colegio de Médicos gestionó y puso a disposición del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra desde los días previos a la Orden SND/232/2020, del 15 de marzo, que estableció medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 y tratar de garantizar la existencia de profesionales suficientes para atender a todas aquellas personas afectadas por este virus.

El Colegio de Médicos ha mantenido durante marzo y abril **una línea de correo electrónico** a través de la cual los médicos se podía incorporar a esta red de apoyo. Cada día, el Colegio comunicaba al Departamento de Salud las nuevas incorporaciones al registro, que se sumaban a las solicitudes recibidas directamente en el correo abierto por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para quienes desearan prestar sus servicios acogiéndose a estas medidas excepcionales.

El Departamento de Salud ha sido el encargado de avisar a los profesionales que mostraron su disponibilidad, en caso de necesidad y de agotarse la listas de sustitución, para reforzar los equipos de atención sanitaria a la ciudadanía. Según datos del Departamento, tan solo fue necesario contratar 6 médicos jubilados (1 de Medicina Interna y 5 de Atención Primaria).

En el caso de profesionales jubilados, el llamamiento se dirigía a personas menores de 70 años. El Decreto-ley Foral 1/2020, de 18 de marzo, de medidas urgentes para responder a la crisis del coronavirus, permitió prolongar la permanencia en el servicio activo del personal que pasase a la jubilación, así como reincorporar a profesionales sanitarios jubilados para reforzar la plantilla.

Compromiso y responsabilidad

Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos, manifestó su agradecimiento por este caudal de compromiso y generosidad que ha demostrando la profesión médica en Navarra, "que ha dado un paso al frente para ayudar a paliar esta situación de crisis y contribuir así a rebajar, en lo posible, la grave presión asistencial añadida a la que se han visto expuestos muchos de nuestros médicos".

Extiende este mensaje de agradecimiento al resto de profesionales sanitarios y a otros colectivos del ámbito público y privado, que han sido fundamentales en el desarrollo del sistema de contención establecido.

No se deja de ser médico y menos frente a la COVID-19

El Código de Deontología Médica dice textualmente que "la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia". La crisis provocada por el coronavirus ha demostrado que en el ADN de los médicos y médicas de Navarra este precepto ético es la norma.



Lola Bulnes, otorrino jubilada, no lo dudó. La lista de voluntarios abierta por el Colegio de Médicos le





Incertidumbre entre las más jóvenes: Lucía, Patricia y Ana a la espera de elegir plaza

permitió plantearse la vuelta. “No fue necesario, lo que me hizo pensar que la situación iba mejorando”. A pesar de todo, ha pasado el confinamiento “con inquietud, sorprendida y, muchas veces, enfadada por las noticias que se estaban dando, por la falta de claridad en las cifras y en las normas a seguir para resolver esta pandemia”. Expresa el deseo de que “aprendamos a gestionar los recursos sanitarios, tanto de personal como de medios como si esto pudiese volver a suceder en cualquier momento”.

Gonzalo Morales, neurofisiólogo jubilado, explica así el impulso que le llevó a inscribirse en el registro: “Me pareció lo más natural. Aunque ya estoy jubilado creo que todavía podría ser útil y ayudar a mis compañeros, a los pacientes y al mismo tiempo devolver a la sociedad algo de lo mucho que me ha dado. No creo que tenga nada de especial, es consustancial a la profesión que elegí. Aunque mi especialidad no era de especial utilidad en esta pandemia, al menos en primera línea, no lo dudé”.

No le llamaron y desde su confinamiento ha sufrido con las víctimas, especialmente en las residencias de ancianos. “Hemos contraído una gran deuda moral con la generación de entre 80 y 100 años por haberlos dejado a su suerte después de todo lo que ellos habían hecho por nosotros. En el deber de las autoridades sanitarias está, además, el haber expuesto a los sanitarios a la enfermedad sin elementos de protección suficientes. Otro aspecto negativo es la confusión de datos. Como elemento positivo fundamental está la ola de generosidad y solidaridad que ha sacudido a la sociedad”.

En la retaguardia, **Juan María Guergué**

Por edad, Juan María Guergué, intensivista jubilado, no pudo volver a primera línea pero colaboró en la gestión “de algún que otro problema”. Como muchos de los que han estado en la retaguardia, siente pudor a la hora de hablar porque los “verdaderos protagonistas son los que han estado a pie de paciente”.

Ha sido jefe de la UCI del Complejo Hospitalario de Navarra y en una entrevista concedida a eldiario.es explica que se ofreció “a través del Colegio de Médicos y al actual jefe de servicio de la UCI del Complejo Hospitalario de Navarra, que fue residente mío. Enseguida me llamaron para incorporarme. Para mí fue un orgullo”. Ha estado echando una mano en labores de coordinación, asesoría o comisiones, no directamente con el paciente. Ha formado parte del comité asesor de decisiones éticas que se creó por Orden Foral expresamente para la gestión de esta crisis.

Asegura que “nunca había visto una situación semejante, esta necesidad de recursos UCI no la hemos vivido nunca antes en Navarra. Pero ni yo ni nadie. Hemos vivido situaciones algo similares, pero ni de lejos de esta dimensión. Se vivió en el año 2009 con la Gripe A, cuando se llegó a tener a 18 pacientes con ventilación mecánica, pero no fue esto. Ahora han sido muchos más pacientes y más prolongado en el tiempo. Pero el trabajo que se está haciendo es muy bueno y en gran parte gracias a la colaboración entre equipos, que ha sido un éxito. Solo con los intensivistas no era posible, ha sido fundamental la colaboración con los equipos de anestesia, urgencias, etc”.

En Navarra no fue necesario incorporar a los recién licenciados en Medicina sin plaza MIR, tal y como tuvieron que hacer otras comunidades autónomas para reforzar la lucha contra la COVID-19. En total, 79 jóvenes voluntarios se pusieron a disposición del Departamento de Salud.

La crisis sanitaria provocada por la COVID-19 llegó para **Lucía de Pablo**, **Patricia Quiroga** y **Ana López-Picazo** un mes después de examinarse del MIR. “Ante las noticias que fuimos recibiendo esas primeras semanas sobre el peligro de la pandemia, y en especial, el grave riesgo que supondría el colapso de nuestro sistema sanitario, ninguna dudamos en apuntarnos como voluntarias. Dentro de poco seremos parte del equipo y teníamos ganas de empezar, ¿por qué no hacerlo cuando más se nos necesitaba?”, se pregunta Lucía de Pablo.

Patricia Quiroga añade que “la mayor parte de mis compañeros comparten conmigo que no es una decisión que haya que pensarse mucho. Momentos como este, en los que sientes que puedes ayudar a los demás en algo importante, hacen que me reafirme aún más de que mi vocación es la Medicina”.

Las tres han estudiado Medicina en la Universidad de Navarra y han compartido desde sus casas la impotencia de no poder ayudar. “Que no nos llamaran –dice Patricia– indicaba indirectamente que la situación se estaba controlando y me aliviaba. Si se hubiera necesitado, hubiera ido inmediatamente, pero también creo que es una situación delicada para quienes nos acabamos de graduar y no tenemos apenas experiencia.

MÉDICOS VOLUNTARIOS



Lucía de
Pablo



Patricia
Quiroga



Ana
López-Picazo

Normalmente una empieza a trabajar siempre con vigilancia y rodeada de médicos que enseñan a los recién llegados; en la situación que estábamos viviendo era más difícil la docencia y puede ser que hubiésemos supuesto aún mayor trabajo para los médicos. De todas formas, yo me mantuve al día, actualizando mis conocimientos, leyendo artículos y estando al tanto de nuevos posibles tratamientos, de las medidas de aislamiento y de la evolución epidemiológica por lo que pudiera suceder".

Lucía de Pablo destaca que "lo peor ha sido ver el sufrimiento de los enfermos, sobre todo por la soledad a la que se han tenido que ver sometidos en momentos tan duros donde la compañía de los demás se hace indispensable. Y lo mejor, la entrega y el trabajo en equipo de todos los sanitarios. Están siendo un

gran ejemplo para toda la sociedad, pero más para los que pronto nos vamos a dedicar al cuidado de los enfermos".

Viven con preocupación de qué manera puede afectar esta crisis a su futuro más inmediato. En una situación normal ya habrían elegido plaza y comenzado su formación como residentes. El coronavirus ha alterado sus planes más inmediatos y ven con incertidumbre su futuro. En este sentido, Lucía de Pablo cree que "va a cambiar mucho la forma de trabajo en los centros sanitarios durante los próximos años y vamos a tener mucho que aprender a lo largo de la residencia. A corto plazo, mi futuro laboral aún es muy incierto". Patricia añade que "el inicio de la residencia no va a ser como todos esperábamos. Empezamos con retraso y habrá que ver cómo se reestructuran nuestras

rotaciones, además de estar preparados para lo que pueda pasar con el coronavirus. La ilusión, aunque la incertidumbre me inquiete, es aún mayor al haberme dado cuenta de lo que verdaderamente representa la Medicina y la trascendencia que tiene una buena asistencia médica para la sociedad".

Este tiempo de confinamiento ha permitido a **Ana López-Picazo** "pensar con tranquilidad en el futuro" y esta ha sido una de las conclusiones: "Durante los años de carrera va creciendo la vocación por ayudar en algo que tanta preocupación puede crear en cada uno: nuestra salud. Esa preocupación se ha manifestado más clara que nunca estos meses. He admirado desde casa el empeño del personal sanitario por cuidar a los pacientes y estoy deseando formar parte de él".



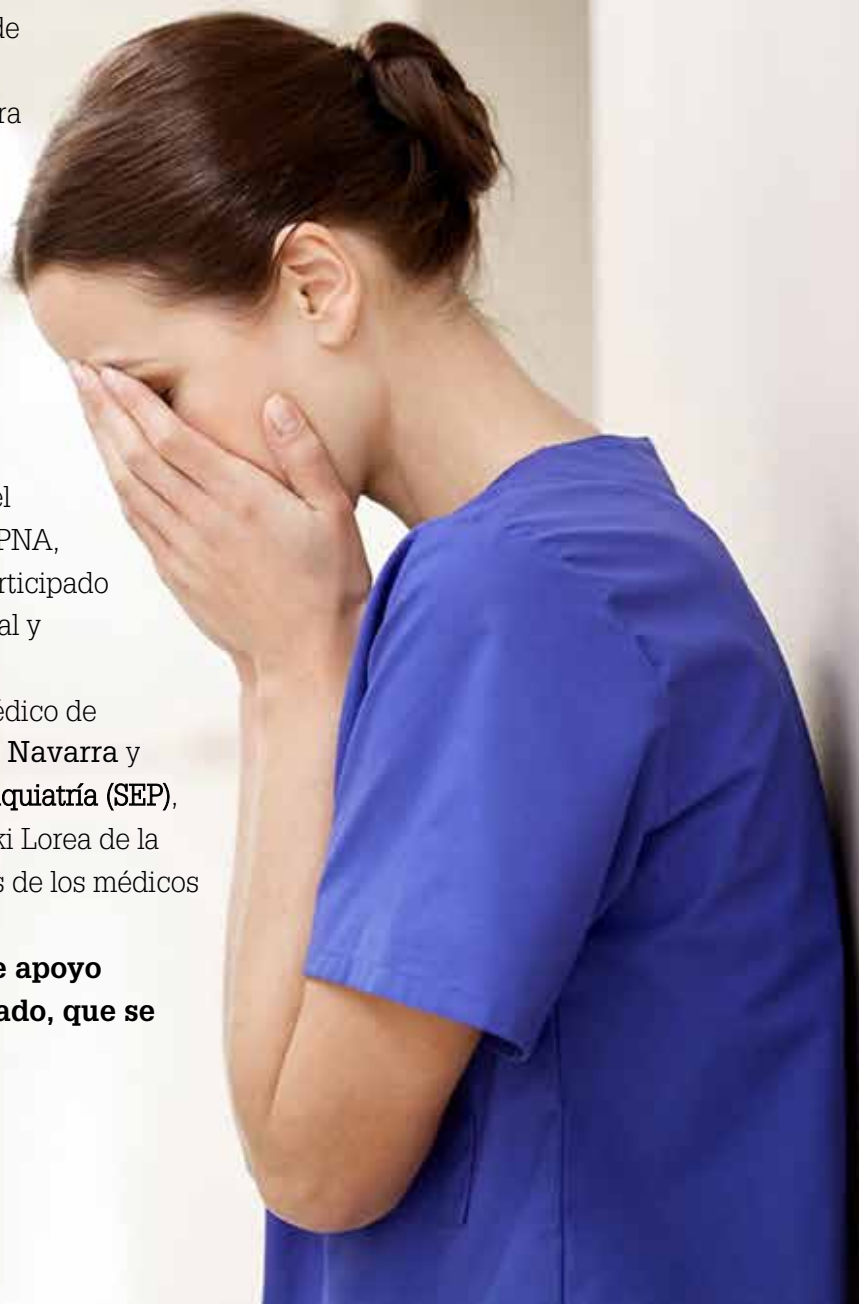
Apoyo emocional y mindfulness frente al coronavirus

Desde el inicio de la pandemia, el Colegio de Médicos fue consciente de que el bienestar emocional de los médicos era fundamental para enfrentarse a la Covid-19. En colaboración con la Clínica Psiquiátrica Padre Menni y la Fundación Argibide ofreció un servicio gratuito de tele soporte para los médicos en situación de aislamiento o **malestar emocional**.

Además se han realizado cursos online de mindfulness para el autocuidado, impartidos por el psicólogo clínico y profesor Asociado del Departamento de Ciencias de la Salud de la UPNA, Iñaki Lorea. Un total de 30 facultativos han participado en las actividades propuestas: apoyo emocional y mindfulness.

El Dr. Manuel Martín Carrasco, Director Médico de los **Centros de Hermanas Hospitalarias en Navarra** y vicepresidente de la **Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)**, y los psicólogos clínicos Gala Velázquez e Iñaki Lorea de la Fundación Argibide han atendido las llamadas de los médicos y médicas navarros.

El Colegio ultima ahora un servicio de apoyo emocional como continuidad al ya prestado, que se anunciará próximamente.



Dr. Manuel Martín Carrasco,

Director Médico de los Centros de Hermanas Hospitalarias en Navarra y vicepresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).

APOYO EMOCIONAL

—¿Cómo define el malestar emocional que el coronavirus ha podido causar en los profesionales?

—Como ocurre en todas las situaciones de crisis o de emergencia sanitaria, la estabilidad psicológica de los facultativos es un elemento fundamental para atajar adecuadamente la situación planteada. Por lo tanto, el bienestar emocional de los médicos es muy importante tanto para ellos mismos como para los pacientes que están tratando.

El malestar emocional se asocia a la situación de estrés intenso que estamos viviendo, que puede derivar en síntomas de ansiedad, con sus correlatos somáticos (insomnio, inquietud, pérdida de apetito...), cognitivos (pensamiento circular, negativismo...) y emocionales (irritabilidad, frustración, sentimientos de culpa...). Hay muchos elementos que pueden contribuir a aumentar el estrés; por ejemplo, el cansancio, las dificultades organizativas, la toma de decisiones críticas o la impotencia ante determinadas situaciones. Hay que tener en cuenta que tenemos que proporcionar apoyo y atención sanitaria. La angustia del paciente o de su familia puede ser difícil de manejar para el personal sanitario.

En cualquier caso, se trata en la mayoría de los casos de una respuesta normal a una situación estresante objetiva. Esto no quiere decir que los médicos estén desarrollando trastornos mentales.

—¿Qué les preocupa?

—Un aspecto importante ha sido la seguridad. Por ejemplo, la confianza en los equipos que estaban utilizando, tanto para protegerse ellos mismos como para no ser un vector de transmisión, tanto a los pacientes como a sus familiares. También les afecta poderosamente la incertidumbre, en este caso al enfrentarse

a una enfermedad nueva y todavía poco conocida, en la que se parte de supuestos que cambian cada poco tiempo, sin olvidar la situación social y económica del país, que también afecta a los médicos, como es natural. Otros elementos que aparecen repetidas veces son la presión asistencial y la desconfianza en las estructuras políticas y organizativas. No hay que olvidar que el colectivo médico partía de una situación conflictiva en muchos aspectos —salario, condiciones de trabajo, etc.— por lo que a veces se vive el reconocimiento de la clase política y de la sociedad en su conjunto de una forma ambivalente. Dicho de una forma coloquial, muchos médicos piensan: “menos aplausos y llamarnos héroes y más proporcionarnos las condiciones que necesitamos; lo que hacemos es cumplir”.

—¿Qué están necesitando ahora?

—Es primordial contar con los medios necesarios (material, pruebas de diagnóstico, personal, etc.). El sistema no puede funcionar exclusivamente sobre la base del sacrificio del personal, especialmente porque la situación parece que va a prolongarse, de una u otra manera, hasta que se alcance el nivel necesario de inmunidad en la población; es decir, durante meses. Pero también que haya transparencia informativa, racionalidad en la reorganización asistencial, y primacía de los criterios técnicos y científicos sobre los políticos. Son elementos necesarios para crear confianza. Y finalmente, un compromiso firme de revisar la situación del colectivo cuando termine el estado de alarma.

—¿De qué manera les puede pasar factura?

—A medida que la situación excepcional se va “normalizando” y los medios van mejorando, incluyendo la

“Cuando decrece la presión, pero no desaparece, pueden manifestarse las consecuencias de un estrés crónico”

disponibilidad de recursos hospitalarios, ha ido creciendo la confianza en que se va a salir airoso de esta situación, aunque con un coste terrible en muchos aspectos, sobre todo en vidas humanas.

El reto siguiente es cómo hacer frente a la fase de desescalada en la que hemos entrado. La urgencia genera una movilización intensa de recursos personales, y la misma excitación nos mantiene. Cuando decrece la presión, pero no desaparece, pueden aparecer las consecuencias de un estrés crónico. Los síntomas de tipo ansioso decrecen y pueden aparecer otros más relacionados con el síndrome depresivo, como cansancio, fatigabilidad, desmotivación o incluso tristeza.

—Cuidar al que cuida ¿el médico se deja ayudar?

—Es un tópico decir que el médico es un mal paciente, pero en el caso de los problemas emocionales, no hay duda de que cuesta trabajo reconocerlos, y mucho más dejarse ayudar. En este caso, los médicos por lo general compartimos las actitudes sociales negativas hacia los problemas emocionales y psicológicos en general. Hay una dificultad para aceptar



las propias limitaciones, aunque forman parte de la misma naturaleza humana y todos, absolutamente todos, las tenemos. El tener conocimientos sobre el tema también facilita el autotratamiento, en sus distintas modalidades, o el pedir ayuda de manera informal, llamando a un colega y pidiéndole, por ejemplo “algo para dormir”. Todos estos comportamientos pueden demorar el recibir el diagnóstico y el tratamiento adecuados, con consecuencias negativas en cuanto al pronóstico.

–¿Qué sentimientos han sido más comunes entre los médicos en aislamiento? ¿A qué riesgos se exponen?

–Los médicos nos sometemos con frecuencia al aislamiento, ya que somos una población con alto riesgo de contagio. Cuando padecemos la enfermedad, nos vemos inmersos en la lucha contra la misma, lo que da lugar a una nueva movilización de los recursos personales, a todos los niveles.

Cuando se trata de aislamiento en asintomáticos, o en casos de enfermedad leve, se puede experimentar ansiedad, preocupación o miedo en relación al propio estado de salud y al de otros a los que se haya podido contagiar, principalmente familiares y colegas; la experiencia de estar en auto-observación u observado por otros por síntomas y signos de haber contraído la infección; preocupa el tiempo que está restando a su trabajo por este proceso; las repercusiones sociales de la pandemia; y el fallecimiento de colegas, familiares o personas cercanas, con los procesos de duelo que conlleva. Se puede experimentar soledad asociada con el



sentimiento de haber sido excluido del mundo y de sus seres queridos; malestar o rabia si piensa que ha sido contagiado por la negligencia de «otros»; aburrimiento y frustración por no estar conectado a la rutina habitual de su vida; mayor deseo de beber alcohol o consumir sustancias o fármacos para afrontar esta situación; y síntomas depresivos como desesperanza, cambios en el apetito o alteraciones graves del sueño.

–La Sociedad Española de Psiquiatría recomendó limitar la exposición a los medios de comunicación.

–Es una recomendación general para toda la población, pero es particularmente importante para los médicos. Se intenta evitar la aparición de una preocupación patológica. Por ejemplo, puede limitarse el acceso a programas de noticias a uno al día, y reducir también la lectura de periódicos. Es importante evitar las noticias que circulan por las redes sociales y acudir a fuentes solventes para las cuestiones relacionadas con la epidemia, por ejemplo, la OMS, las sociedades científicas, publicaciones

reconocidas, o las páginas informativas de la Administración.

–Es importante mantener una actitud positiva ¿Cuál es la parte positiva de todo esto?

–Ante estas situaciones, es importante que sintamos y valoremos la satisfacción del deber cumplido. Para una profesión con los estándares éticos que tiene la medicina, creo que es la satisfacción más importante.

Por otra parte, la crisis ha revelado una serie de déficit del sistema sanitario y de la atención en residencias de mayores, por lo que tenemos una magnífica oportunidad para subsanarlos.

Finalmente, la crisis ha obligado a centrarnos en las cosas importantes, y nos ha revelado el valor del tiempo personal. Son también enseñanzas fundamentales.

–¿Qué secuelas quedarán? ¿Cómo minimizar su impacto?

–La mayoría de las personas superarán esta situación de forma natural, puesto que se trata de una crisis general y las respuestas ante el estrés que estamos viendo son casi siempre normales.

“A veces, se vive el reconocimiento de la clase política y de la sociedad en su conjunto de una forma ambivalente”

No obstante, en un reducido grupo puede haber una serie de respuestas desproporcionadas por su intensidad o duración, incluyendo la posible aparición de trastornos por estrés postraumático. Hay que tener en cuenta que solo las personas sometidas a circunstancias excepcionales suelen desarrollar este trastorno, por lo que podría darse sobre todo entre el personal de las UCIs o de atención de Urgencias.

Evidentemente, entre los médicos hay también personas con mayor riesgo para su salud mental, sobre todo los que con anterioridad tenían algún tipo de trastorno mental. Esto puede suponer un porcentaje no desdeñable, ya que sabemos que la profesión médica se ve afectada con frecuencia por trastornos mentales, como ansiedad, depresión o consumo de sustancias. Por ejemplo, el riesgo de suicidio es más elevado entre los médicos que en otras profesiones o que en la población general. Además, como ya he señalado antes, con frecuencia se trata de personas no diagnosticadas o que recurren al autotratamiento.

La mejor forma de prevenir estos problemas es el diagnóstico y tratamiento en fases iniciales. Por lo tanto, es importante animar a los médicos a pedir ayuda. Ante todo, somos personas, con todo lo que ello implica.



Fundación Argibide:

Recomendaciones en el aislamiento.

Desde la Fundación Argibide aportaron algunas claves para sobrellevar el aislamiento:

- Reconocer y atender las propias necesidades.
- Cuidar las necesidades básicas: sueño, alimentación y descanso.
- Ventilación emocional. Es importante compartir las propias emociones y pensamientos ante esta situación. Es probable que haya otros compañeros en la misma situación. Utilizar recursos tecnológicos para hablar con ellos como whats app o videollamadas puede ser de gran ayuda.
- Mantener la comunicación con familia y amigos.
- Identificar aquellos pensamientos que aparecen de manera recurrente y que generan malestar. “No me voy a curar”, “les he fallado”, “debería estar trabajando”... Tratar de llevar a cabo en su lugar un afrontamiento más positivo. No es lo mismo pensar que no puedo salir y que no estoy ayudando a pacientes

y compañeros, que pensar que no ha sido mi culpa, que estoy expuesto a un alto riesgo y reconocerme el mérito y el esfuerzo. Puedo recordarme que al estar aislado estoy protegiendo y cuidando tanto a mis compañeros como a los pacientes y que, en definitiva, quedándome en casa también estoy colaborando en frenar al virus.

- Llevar el foco a aquellas actividades que sí se pueden controlar: higiene, medidas de protección, rutinas... y no en aquello que se escapa del control propio: reincorporarse lo antes posible a trabajar, curarse o detener al virus.
- Tomarse un momento para identificar las fortalezas y recursos que le han ayudado a hacer frente otras situaciones difíciles y de estrés en su vida.
- Poner en marcha estrategias de regulación emocional: atención al momento presente, respiración diafragmática, relajación progresiva, etc.. que ayudan a la desactivación fisiológica.



Stop bulos: Infórmate en los canales oficiales

Desde el Colegio de Médicos de Navarra ofrecer información veraz y contrastada ha sido uno de los compromisos con los profesionales y ciudadanos para combatir los bulos y noticias falsas.

Con este fin, se creó ya en el mes de marzo un espacio web que da acceso a información, consejos, recomendaciones y documentos de fuentes oficiales como el Ministerio de Sanidad, la consejería de Salud del Gobierno de Navarra y el Consejo General de Colegios de Oficiales de Médicos (CGCOM).

Desde la página web del Colegio de Médicos de Navarra se puede acceder a información actualizada sobre la COVID-19, datos sobre la situación actual y su evolución, información para la ciudadanía, documentos técnicos para profesionales y material informativo en formato audiovisual y gráfico, diseñado para permitir su descarga o compartirlo en redes sociales.

Se puede también consultar todos los documentos, comunicados e informes del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y los colegios profesionales dirigidos a los profesionales médicos y a la población en general. Incluye, además, normativa estatal y autonómica de la crisis sanitaria, actualidad internacional, prestaciones a médicos y sus familias de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FP-SOMC) y los informes elaborados por la Comisión Asesora COVID-19-OMC.

Enlace a INFORMACIÓN OFICIAL COVID-19

<https://colegiodemedicos.es/informacion-oficial-sobre-coronavirus/>

Informes de la Comisión Asesora COVID-19-OMC

El pasado 21 de abril se creó la Comisión Asesora COVID-19-OMC en la que participan 19 expertos de diversas áreas para analizar y realizar propuestas a las múltiples dimensiones epidemiológicas, de salud pública, clínicas, profesionales, bioéticas y de organización asistencial que plantea la pandemia de la COVID-19.

La citada Comisión, impulsada por la Organización Médica Colegial, ha elaborado los siguientes informes:

[Sobre pruebas diagnósticas para COVID-19](#)

[Sobre utilización de mascarillas en el ámbito sanitario](#)

[Sobre la Atención Primaria en la desescalada de la Pandemia](#)

Recomendaciones de las sociedades científicas

Numerosas sociedades científico-médicas están publicando documentos de recomendaciones para la atención clínica en el ámbito de especialidades, técnicas específicas y/o grupos de pacientes en torno a la COVID-19.

Han elaborado guías, protocolos y material, que la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME) recoge en un espacio web específico que alberga contenidos sobre la enfermedad elaborados por expertos de las sociedades científicas e incluye, por ejemplo, recomendaciones en el ámbito de la práctica clínica o consejos para pacientes desde diferentes puntos de vista.

[Acceso a páginas web de Sociedades sobre COVID-19](#)

[Acceso a Documentos de Recomendaciones](#)

Desde el Colegio de Médicos hemos difundido -en web, APP y redes sociales- informes y documentos de sociedades científicas y anunciado sus webinars y actividades online dirigidas a los médicos.

[Sobre pruebas diagnósticas masivas a poblaciones](#)

Solidaridad entre médicos:

Ampliación de prestaciones de la FPSOMC durante la pandemia



La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC), entidad que representa la acción solidaria de todo el colectivo médico a nivel estatal, ha reforzado las prestaciones a médicos y sus familias ante la crisis del coronavirus.

Desde la solidaridad que ha marcado siempre la actuación de esta Fundación centenaria, la FPSOMC ha extendido, con carácter extraordinario, la cobertura de algunas de las ayudas recogidas en el Catálogo de Prestaciones 2020 durante la crisis sanitaria y el estado de alarma decretado por las autoridades.

En concreto, la FPSOMC ha ampliado las ayudas al apoyo familiar en el hogar y en teleasistencia domiciliaria para padres.

De esta forma, desde la FPSOMC se atienden las demandas puntuales de aquellos médicos Socios Protecto-

res que, con hijos menores a su cargo, necesiten suplir su acompañamiento o cuidado, incompatible con las obligaciones laborales actuales.

Esta ayuda, que tiene como objetivo facilitar la conciliación personal, familiar y profesional, cubre también las tareas de apoyo prestado por otros familiares que, por ser personas de riesgo de contagio de coronavirus, no pueden seguir desempeñando labores de acompañamiento y cuidado de los menores.

Por otro lado, para prevenir el aislamiento y la soledad de los padres mayores de médicos en activo y dotarles de herramientas de comunicación programada ante cualquier necesidad o emergencia, la FPSOMC puso en marcha también la ayuda de teleasistencia. A través de esta prestación, los Socios Protectores pueden beneficiarse de ayudas para la adquisición de un servicio activo 24 horas,

los 365 días del año, para poder mantener el contacto con padres mayores, especialmente vulnerables en estas circunstancias. Este servicio de teleasistencia busca también promover la permanencia de los padres en el domicilio y dar respuesta a cualquier necesidad que pudiese acontecer.

Estas ayudas extraordinarias se suman a las que viene ofreciendo habitualmente la Fundación a la Conciliación Personal, Familiar y Profesional.

Toda la información sobre estas prestaciones está disponible en la web de la FPSOMC 

El Catálogo de Prestaciones 2020 puede consultarse en el [enlace](#) 



¿Cómo acceder a estas ayudas?

El acceso a las prestaciones se realiza mediante solicitud telemática a través de los colegios oficiales de médicos, o mediante la contratación directa del servicio con el proveedor del mismo y posterior justificación del gasto ante la Fundación.

Para más información, la FPSOMC dispone del siguiente teléfono: 91 431 77 80, extensión 3, y el correo electrónico: fundacion@fpsomc.es

Ayuda para profesionales que se incorporaron a las labores asistenciales durante la crisis

La FPSOMC atendió las solicitudes de ayudas de los médicos que se han incorporado con carácter excepcional a las labores asistenciales durante la crisis del coronavirus y que han realizando su colegiación con este fin. Les ofreció acceso al Catálogo de Prestaciones 2020 estuvieran o no registrados como Socios Protectores y dió respuesta a sus necesidades en los mismos términos que si lo fuesen.

Servicio de Atención e Información Telefónica TResuelve (900 222 121)

La FPSOMC cuenta con el Servicio gratuito de Información Telefónica: TResuelve: 900 22 21 21.

El Servicio proporciona información actualizada para el colectivo médico y sus familias, sobre recursos de atención social en todo el territorio del estado, tanto de la propia Fundación como sobre recursos movilizados por otras entidades.

Dispositivo Específico de Protección Social COVID-19

La FPSOMC ha anunciado la creación de un "Dispositivo Específico de Protección Social COVID-19" para atender y dar respuesta a las necesidades de los médicos y/o sus familias, derivadas de realizar la labor asistencial a los pacientes de COVID-19.

Mediante este dispositivo se pretende lanzar un paquete de medidas especiales para ayudar a las familias de los médicos que han fallecido por COVID-19 y a los profesionales que sufran secuelas derivadas de la enfermedad. Esta iniciativa es una de las líneas de trabajo que desarrollará el Observatorio de médicos afectados por COVID-19 que ha puesto en marcha la Organización Médica Colegial.

Sobre la Fundación para la Protección Social de la OMC

La Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC) es una entidad privada de ámbito nacional, de carácter social y sin ánimo de lucro. Su origen se remonta a 1917 con la creación del Colegio de Huérfanos a iniciativa del Dr. Cortezo, entonces presidente de la Unión Médica, organización corporativa profesional.

La FPSOMC representa la acción solidaria de todo el colectivo médico destinada a la ayuda de los profesionales más necesitados. Tiene como misión principal atender y dar respuesta, complementariamente al sistema público, a las necesidades más inmediatas y básicas de los miembros de la profesión médica y a sus familias, ya sean de carácter asistencial, dependencia o discapacidad, de conciliación de la vida personal, familiar o laboral, de prevención, promoción y protección de la salud o de protección para el ejercicio profesional. Todo ello a través de prestaciones, programas y servicios que les permitan afrontar de manera integral los posibles riesgos en materia social.

La Fundación destina anualmente más de 12 millones de euros en ayudas para más de 3.000 beneficiarios.

Guillermo Pérez Fidalgo, premio Jesús Galán 2018 durante el acto de entrega en el Colegio de Médicos de Navarra.



Premios Jesús Galán 2020 a los mejores expedientes académicos

Los Premios Jesús Galán, que convoca la Fundación para la Protección Social de la OMC anualmente, celebran una nueva convocatoria en 2020 con el objetivo de enaltecer el trabajo y la dedicación al estudio académico que realizan los huérfanos de médicos acogidos en la Fundación.

Los premios para huérfanos de médicos acogidos por la Fundación, dotados con 5.600 euros, se distribuyen en dos categorías para el curso 2018/2019, una para el mejor expediente académico en los estudios de medicina y otra para el mejor expediente académico de cualquier otra disciplina.

Las candidaturas deben enviarse a través de los Colegios Oficiales de Médicos antes del próximo día 31 de julio. La Junta de Patronos de la Fundación determinará las candidaturas ganadoras en el transcurso de la reunión ordinaria que se celebrará en el mes de septiembre de 2020, así como la fecha de la entrega de los premios.

El Premio Jesús Galán 2018 al mejor expediente académico se quedó en Navarra. Fue para Guillermo Pérez Fidalgo, licenciado en Ingeniería Industrial que desde los 16 años ha percibido las ayudas para huérfanos de la Fundación. El premio se entregó en el Colegio de Médicos de Navarra, en un acto en el que participó el Presidente de la OMC, Serafín Romero, y el exconsejero de Salud, Fernando Domínguez.

Durante el año 2019, el 55% de las 2.624 ayudas concedidas han sido de tipo educacional, con becas para contribuir a sufragar los gastos del sustento y educación de los hijos e hijas huérfanos de Socios Protectores.



Fórmate en
tu Colegio

Programa de Formación Médica Continuada acreditada (septiembre-diciembre 2020)

La Sección Académica del Colegio de Médicos de Navarra está cerrando el programa de Formación Médica Continuada acreditada para el segundo semestre de 2020, que incluye acciones formativas presenciales, semipresenciales y online en las áreas de Competencias Clínicas Comunes y Competencias Transversales Médicas.

El programa puede sufrir variaciones, en función de la evolución de la pandemia.

ÁREA DE COMPETENCIAS CLÍNICAS COMUNES

Son actividades dirigidas a los médicos asistenciales, que tienen como objetivo la actualización en materias clínicas de interés y aplicación en diferentes especialidades y ámbitos asistenciales.

1. FORMACION ONLINE SOBRE URGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES

Desde el Plan de Formación Médica Continuada 2018 venimos organizando cursos online sobre los códigos de Urgencias Tiempo-dependientes implantados en la Comunidad Foral: Código Sepsis, Código Ictus y Código Infarto.

Son Actividades online con soporte en el aula virtual del Colegio (<https://www.aulamedena.es>), que incluyen actividad individual (estudio de material seleccionado con apoyo de tutor y realización de tareas), y actividad grupal de revisión y discusión de casos clínicos.

En el plan 2020, para atender la demanda de los colegiados, hemos programado nuevas ediciones de las actividades sobre Código Ictus y Código Infarto Navarra. Durante el primer semestre de 2020 la actividad formativa no se ha detenido y se han desarrollado las ediciones:

- **CÓDIGO ICTUS. CONCEPTOS BÁSICOS. Ed. 3:**
Del 20 de Enero al 10 de Febrero de 2020.
- **CÓDIGO INFARTO NAVARRA. CONCEPTOS BÁSICOS Ed. 5:**
Del 12 de Febrero al 5 de Marzo de 2020.
- **CÓDIGO INFARTO NAVARRA. CONCEPTOS BÁSICOS Ed. 6:**
Del 4 al 26 de mayo de 2020.
- **CÓDIGO ICTUS. CONCEPTOS BÁSICOS. Ed. 4:**
Del 27 de mayo al 17 de Junio.

Con lista de espera de colegiados interesados, está programada la **7ª Edición del curso CÓDIGO INFARTO NAVARRA. CONCEPTOS BÁSICOS**, que tendrá lugar del 6 al 28 de Octubre de 2020. Ya está disponible la ficha de inscripción de interesados en la web del Colegio.

Las actividades realizadas han sido acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de Navarra con 2,21 créditos para Código Infarto y 2,51 créditos para Código Ictus (médicos). La acreditación de la séptima edición del Código Infarto Navarra está en trámite.

2. ACTIVIDADES APLAZADAS DEL PRIMER SEMESTRE

- La organización del curso sobre **Urgencias Tiempo-dependientes Código Trauma**, previsto con metodología mixta –actividad en aula virtual y sesión presencial de prácticas– está sin calendario, a la espera de normalización de las actividades presenciales.

- **Curso teórico-práctico de actualización y abordaje de patología alcohólica.** Alcoholismo: una enfermedad con alto potencial pluripatológico.

La actividad estaba programada en el mes de mayo y fue aplazada en el Estado de Alarma. La nueva fecha propuesta es el 17 de septiembre y su acreditación está en trámite.

Está dirigido esencialmente a todos aquellos médicos que atienden a pacientes con trastornos relacionados por el consumo de alcohol.

La patología relacionada con esta sustancia es muy variada, por lo que el curso puede ser de interés para un amplio sector de profesionales de la sanidad: Medicina Interna, Psiquiatría, Medicina de Familia, Aparato Digestivo y Neurología, entre otras. La prevalencia de consumo de alcohol es muy alta: en España, entre un 5-7% de la población tiene un consumo de riesgo, lo que propicia numerosas patologías relacionadas con esta sustancia, cifra que se eleva a un 15% de las personas que acuden a una consulta de Atención Primaria. Es, además, el 10% de la causa directa o indirecta de ingresos en centros hospitalarios.

En muchas ocasiones los trastornos inducidos por consumo de alcohol no se detectan correctamente, lo que dificulta en gran medida el manejo de su tratamiento.

- **Programa Salud de los pies a la cabeza. Actualización en patologías incapacitantes.**

Son ciclos de sesiones presenciales cortas (tres sesiones de hora y media) sobre contenidos de interés compartido entre profesionales de Atención Primaria y Medicina del Trabajo. El programa del CICLO 9 se aplazó por el Estado de Alarma y sigue así hasta ver la evolución de la pandemia.

ÁREA DE COMPETENCIAS TRANSVERSALES MÉDICAS

Actividades dirigidas a todos los colegiados sobre materias de aplicación en cualquier especialidad y ámbito de ejercicio profesional. Esta línea de trabajo incluye, para el ejercicio 2020, actividades en los programas de formación: Comunicación Clínica, Medicina Legal y Ética y Deontología.

1. COMUNICACIÓN CLÍNICA

TALLER. COMUNICACIÓN EN SALUD. TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS.

Es un Taller presencial, acreditado por la por la Comisión de Formación Continuada de Navarra con 0,71 créditos para médicos.

La comunicación adecuada constituye un elemento clave para los profesionales de Salud. Trabajan con elementos que conllevan fuertes implicaciones emocionales, tanto desde el lado del usuario como del profesional. Resulta fundamental para el profesional, dotarse de recursos y herramientas para abordar las complejidades de la comunicación en diferentes situaciones como las de la adhesión al tratamiento, educación al paciente, hiperfrecuentación, conflictos, enfermos crónicos, problemas psicosomáticos y todos los aspectos emocionales relacionados con la salud.

Las técnicas activas y el psicodrama utilizan recursos inherentes al ser humano para abordar estas cuestiones: el juego, la creatividad, la espontaneidad y la empatía. Con ellas tratamos de expresar de forma externa, un sentimiento, una sensación corporal o una situación personal o interpersonal, representándola de una u otra forma. Este es un método de trabajo basado en la acción: "no me lo cuentas, hagámoslo" (J.L. Moreno). Es muy adecuado tanto para situaciones individuales, como para trabajo con grupos de todo tipo.

Fecha de realización: Programado para Marzo de 2020, se aplazó por el Estado de Alarma y está pendiente de confirmar nueva fecha en el mes de octubre.

2. OTRAS LÍNEAS DE TRABAJO

(Pendientes de programación en función de la evolución de la pandemia)

- **Medicina legal. Responsabilidad Profesional Médica.**
- **Ética y Deontología. Seminarios con metodología mixta, con actividades en aula virtual y sesiones presenciales. Líneas de trabajo:**
 - Voluntades Anticipadas y Planificación Anticipada de la toma de decisiones. Revisión desde la ética y la deontología (Formación solicitada a raíz de una consulta a la Comisión de Deontología).
 - Telemedicina ¿una nueva forma de relación clínica? Un planteamiento de reflexión ética y deontológica.

La información se irá actualizando en la página web del Colegio:
<https://colegiodemedicos.es/formacion-2/> y en la APP Colegio de Médicos de Navarra 

CERRADOS AL PÚBLICO PERO EN CONTACTO ON LINE. LLÁMANOS!!!

#yomequedoencasa#EsteVirusLoParamosUnidos



Ahora tus eventos también virtuales

El Colegio de Médicos de Navarra ha desarrollado una plataforma para la organización de eventos online, presenciales o semipresenciales, que aporta un novedoso valor añadido a la experiencia de más de 25 años ofreciendo este servicio a la sociedad navarra y acogiendo congresos nacionales e internacionales. Es un paso más en la digitalización y puesta en marcha de novedosos servicios tecnológicos que está impulsando el Colegio de Médicos de Navarra para dar respuesta a los retos actuales.

Conscientes de la necesidad de adaptación a un nuevo escenario para la organización de eventos, Congresos Colegio de Médicos ofrece la posibilidad de gestionar y digitalizar de forma eficiente congresos, jornadas, reuniones, actividades formativas y culturales, tanto presenciales como online. Con esta iniciativa, que ahora pone a disposición de sus colegiados preferentemente y de la sociedad navarra, podrás seguir realizando toda la actividad congresual o formativa sin que la "nueva normalidad" lo impida.

La plataforma digital incluye venta de entradas, gestión de asistentes, grabación de vídeo, formatos digitales... Para ello, Colegio de Médicos de Navarra cuenta con un equipo con más de 10 años en el ámbito digital y con herramientas y conocimientos para poder llevar a cabo cualquier evento sin complicaciones técnicas.

¿Qué ventajas ofrece?

ACCESO PRIVADO

Tus invitados disfrutarán de acceso privada a tu evento donde podrás colgar material, vídeos, incluso emitir el evento en directo. Accesible desde web, apple store y google play.

VENTA DE ENTRADAS

Desde nuestra plataforma podrás vender entradas para controlar el acceso a nuestras instalaciones o entradas virtuales para que los usuarios disfruten del material online y evento en directo o enlatado.

AULA ONLINE

En todo momento tendrás el control de asistentes con todos los datos de contacto para que puedas comunicarte con ellos: whatsapp, llamadas, mails, email marketing, sms marketing, notificaciones...

STREAMING

Da valor a tus eventos con material adicional a consultar online, crea eventos 50% online o 100% online mediante vídeos enlatados o **vídeos en directo**.

Contacta con nosotros <https://pamplonacongresos.es/contacto/>

Visita nuestra WEB para conocer los servicios de Congresos Colegio de Médicos <https://pamplonacongresos.es/congresos-virtuales/>

Diario de una pandemia:

Sentimientos encontrados,
emociones reveladas,
valores recuperados
y carencias manifestadas.



Carlos Panizo Santos, hematólogo de la Clínica Universidad de Navarra y miembro del Comité Científico de la revista Panacea.

Este es mi testimonio sobre cómo he vivido personalmente toda esta situación del COVID en el ámbito de la CUN y desde una especialidad (la Hematología y Hemoterapia) que no ha tenido la visibilidad de otras que han estado en primera línea, pero que ha estado involucrada tanto en el diagnóstico analítico como en el diseño de tratamientos de estos enfermos. Y, además, inmerso en un entorno familiar sanitario. Poco entraré en cuestiones técnicas, hablaré sobre todo de sentimientos.

Recuerdo que mi primera sensación fue de desconcierto viendo las noticias que llegaban de China, y de alarma cuando el New England Journal of Medicine publicó rápidamente los primeros trabajos sobre el entonces brote epidémico del COVID-19 en Whuan. Me acuerdo que pensé: “para que lo publiquen tan rápido en el NEJM, esto tiene que ir muy en serio”, pero por otra parte mi cerebro me decía: “igual será como la preocupación que hubo por gripe A, o el ébola...tranquilo”. Cuando llegaron las noticias del brote en Italia ya estaba claro que más pronto que tarde nos iba a tocar lidiar con el virus, así que fue momento de ponerse a estudiar y recabar información científica sobre la enfermedad, cómo podía afectar a mis pacientes inmunodeprimidos o que estaban bajo tratamiento de quimioterapia, los tratamientos que se estaban haciendo en China, etc.

Indignación, desamparo y miedo

Cuando ya la pandemia se instala en España mis sentimientos cambian hacia la indignación, el desamparo y el miedo. Los que trabajamos con pacientes infecciosos (los hematólogos lo hacemos con muchísima frecuencia) sabemos que para controlar la expansión de los gérmenes que se transmiten por el aire hay que realizar un estricto aislamiento respiratorio.

Mi indignación aparece cuando veo que al poder público le interesan más los réditos políticos que el bienestar sanitario de la población, retrasando deliberadamente los mecanismos previstos para el control de la difusión de la pandemia y fomentando la participación social en manifestaciones y eventos deportivos.

Comienzan a ingresar los primeros pacientes y simultáneamente van enfermando también familiares y compañeros del ámbito sanitario, la inmensa mayoría por haberse expuesto a pacientes infectados sin que se les hubiese advertido sobre las

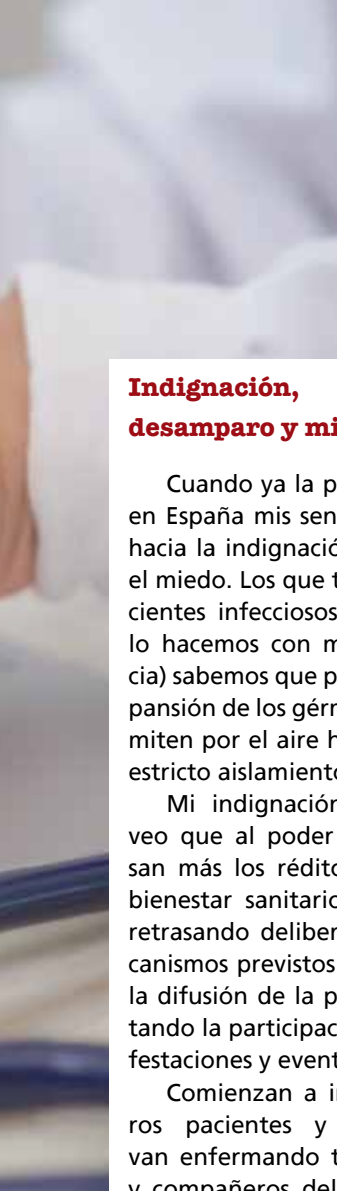
medidas de protección adecuadas o directamente sin habérselas proporcionado.

Me resulta difícil describir la situación vivida, sobre todo al principio, con una sola emoción. He visto en mis compañeros, en mis familiares, en mis pacientes y desde luego he percibido en mi propio interior sentimientos de desamparo, incompreensión, tristeza, y miedo. Sobre todo, miedo. Quizá no tanto al contagio y a tener que padecer en propias carnes la enfermedad -riesgo que uno ya tiene asumido con los años de profesión- sino a "llevar a casa" la enfermedad y poner en riesgo a la familia con la que se convive, inocentes que se ven expuestos a la infección por la profesión que ha elegido el cónyuge, el progenitor o el hijo. Bien es verdad que conforme avanzaba la epidemia se tomaron iniciativas y se pusieron a disposición de los médicos hoteles para tratar de paliar este riesgo. Mejor tarde que nunca.

Orgullo por la profesión

La epidemia avanza, se incrementa el número de sanitarios infectados y hay que recurrir a otras especialidades para cubrir los puestos de primera línea. Aquí mi sentimiento es de orgullo hacia el ofrecimiento voluntario de los residentes y de los médicos más jóvenes a ocupar esos puestos. Sé de algunos que dejaron sus rotaciones o trabajos en el extranjero para ofrecerse a acudir a donde fuesen necesarios, acabando alguno asistiendo en el IFEMA de Madrid. Y digo orgullo también hacia nuestro sistema MIR de formación por el trabajo bien hecho. Al final los residentes, los médicos jóvenes en general, no son sino "esquejes" de sus mayores y maestros.

Algo habrán visto en el ejemplo profesional de sus maestros, algo les habrán, les habremos, hecho vivir, algo habrán aprendido a nuestro lado para que en situación tan adversa sientan la llamada del servicio hacia el paciente, hacia la sociedad. No quiero olvidar tampoco el orgullo de pertenencia a la profesión médica que sentí por la valentía con que se ofrecieron los médicos jubilados para trabajar contra la epidemia allí donde fuesen necesarios.



Reorganización y repuesta

Con los residentes fuera de sus propios servicios y como en la CUN van ingresando cada vez más enfermos infectados, toca reorganizar todo: la hospitalización, las consultas, el laboratorio... en particular pensando que los pacientes hematológicos que trato, por inmunosuprimidos, tienen un alto riesgo de contagio, y en caso de contagiarse, de que la evolución sea desfavorable. Y pensando también en el riesgo de contagio de los profesionales que hemos de atenderlos. En la CUN enseguida se nos recomendó el uso de mascarilla, decayó el uso de la corbata, sustituido por la obligatoriedad del pijama quirúrgico, se obligó al lavado de manos a la entrada, se limitó el número de acompañantes, se realizó despistaje clínico a todos los pacientes que accedían... Al poco se crean dos hospitales con circuitos completamente independientes, COVID y COVID-free en una sola estructura física, en la medida de lo posible se instauran turnos de trabajo presencial y teletrabajo, se promueve la realización de teleconsultas con los pacientes que no pueden o no deben acudir a la clínica... La sensación percibida ha sido la de una institución con agilidad y cintura para adaptarse rápido a estas nuevas necesidades, sacando de donde no había para proteger a enfermos y personal, ofreciendo y poniendo material y estructuras a disposición de las autoridades sanitarias públicas.

Solidaridad sin fronteras

Diría que el sentimiento predominante con mis compañeros hematólogos de España y Sudamérica ha sido el de solidaridad. Como ya he señalado, la pandemia podía crear muchos problemas a nuestra población de pacientes principalmente mayores e inmunodeprimidos. Ese temor compartido ha hecho que de forma espontánea se difundiese entre nosotros una solidaridad fraternal que propició la organización de grupos de teleconferencias y whatsapp internacionales para poder pedir o recibir opinión, crear protocolos de actuación comunes, generar registros con los datos de los pacientes afectados...

Podemos asegurar que paraguayos, chilenos y argentinos tomaron medidas a tiempo, aprendiendo con humildad y por adelantado de lo que estaba sucediendo en España. Bien es verdad que mi especialidad no ha

estado involucrada en la primera línea en el tratamiento de los enfermos infectados, pero si puedo asegurar que la actividad en retaguardia colaborando tanto en el diagnóstico analítico como en el diseño de tratamientos, o en la preparación de ensayos clínicos ha sido febril y efervescente. Por su pertinencia o su originalidad, de entre todas las actividades en las que nos hemos visto inmersos en la CUN en el ámbito de la Hematología, particularmente me gustaría destacar tres que han incidido directamente sobre los pacientes infectados: el diseño de los protocolos de anticoagulación para enfermos de COVID-19, la puesta en marcha de tratamientos con células dendríticas inmunomoduladoras y el desarrollo de tratamientos con anticuerpos donados por pacientes que han superado la enfermedad.



▲ UCI de la Clínica
Universidad de Navarra
durante la atención a
pacientes con COVID-19

PUNTO DE VISTA

Sentimientos encontrados

No obstante, si para algo ha servido el inmenso impacto que el COVID-19 ha tenido sobre el sistema sanitario ha sido para poner en evidencia sus carencias. Afortunadamente no ha quedado más remedio que jubilar rápido el mantra de que "en España tenemos la mejor sanidad pública del mundo" que, de tan evocado interesadamente, había calado en la sociedad como verdad absoluta e inefable. Tampoco creo que se nos deba una consideración de héroes, ni que nuestro destino se encuentre en el martirio en el trabajo. Ni siquiera que seamos los mejores médicos o enfermeros del mundo como he escuchado. Desde luego, sí que hemos dado muestras de ser, al menos, tan esforzados, generosos, abnegados y eficientes como los de otros países europeos de nuestro entorno. Pero los más infectados del mundo. Y todavía no he escuchado una explicación mínimamente científica para esto; irracionales, vergonzantes e incluso humillantes, varias. Mucho menos algo de humildad, una disculpa, una autocrítica; porque algo no se habrá previsto, planificado o realizado, o

algo se habrá hecho mal, para que uno de los pilares de nuestro sistema sanitario, el de sus trabajadores, haya quebrado llevándose la vida de no pocos y la salud de otros muchos de nosotros.

Por eso, el aplauso al que asistimos puntualmente a las 8:00 PM todos los días, me genera sentimientos encontrados. Cuando veo a cada persona aplaudiendo, a mi vecina de enfrente, a la abuelica que sale al balcón del chaflán, al joven que después de aplaudir se marca un par de canciones con el saxofón, sé reconocer que su aplauso es de sincero agradecimiento y eso me resulta emocionante. Sin embargo, cuando pienso en cómo el aplauso individual se ha ido transformando y promoviendo como un evento de masas, me impresiona de expiatorio y catártico de la conciencia social que en la última década ha permanecido impasible sin querer hacerse eco de las dificultades laborales y de las carencias en estructuras e instalaciones sanitarias con las que los profesionales de la salud hemos estado trabajando y venimos reclamando.



Atención rehabilitadora a personas afectadas por COVID-19 en fase aguda en Unidades de Cuidados Intensivos

Autores:



Dr. Enrique Sainz de Murieta

Médico rehabilitador

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España.



Dra. Marta Supervía

Médica rehabilitadora

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Dr. Esquerdo 46, 28007 Madrid, España.
Mayo Clinic, 200 First St. SW, Rochester, MN 55905, USA.

La pandemia por coronavirus COVID-19 ha sometido a grandes tensiones a los sistemas sanitarios a nivel mundial. El rápido aumento en el número de personas con problemas de salud graves ha precisado una reorganización de los profesionales sanitarios para reforzar la atención en servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos (UCI) y plantas de hospitalización. Las consecuencias del confinamiento en las personas más vulnerables está generando un nuevo escenario en el perfil de discapacidad al que tienen que dar respuesta los servicios de Medicina Física y Rehabilitación.

La pandemia por coronavirus está obligando a los servicios de rehabilitación a reinventarse. En la fase inicial, los equipos de profesionales de rehabilitación (médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas, entre otros) tuvieron que reaccionar rápidamente. Se suspendía temporalmente la asistencia rehabilitadora a los procesos atendidos habitualmente –con la excepción de los casos en los que el cese de atención podía suponer la aparición de efectos secundarios– y se reforzaban las consultas telefónicas para resolver ciertos procesos de forma no presencial.

En los momentos con mayor restricción de movilidad de las personas, los profesionales de los equipos de rehabilitación, apoyados por las direcciones de los centros sanitarios, han creado materiales sobre ejercicios en diferentes formatos con el objetivo de facilitar la atención tanto a personas afectadas por la enfermedad por COVID-19 como a personas confinadas con otros problemas de salud.

En el mes de marzo, ante los retos que se planteaban en la fase aguda desde la perspectiva rehabilitadora, se crearon redes de profesionales conectados entre sí trabajando para elaborar protocolos de actuación en rehabilitación. La Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF) ha publicado en su página web documentos que sociedades científicas nacionales han creado y actualizado en tiempos muy breves. Destacan los documentos publicados por la Sociedad de Rehabilitación Cardíaca y Respiratoria (SORECAR), actualizado el 7 de abril de 2020, y el documento del Área de Fisioterapia Respiratoria de La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) publicado el 26 de marzo. Con ellos se pretende unificar criterios de actuación para dar respuesta a las necesidades de los pacientes COVID-19 ingresados en UCI. Conocer las experiencias en asistencia rehabilitadora y las guías de práctica clínica de países que se han visto afectados en primer lugar (China, Corea e Italia) ha sido de gran utilidad para diseñar e implementar estrategias de atención.

“En el mes de marzo se crearon redes de profesionales del ámbito de la rehabilitación que han trabajado de forma conjunta para elaborar protocolos de actuación”

En un primer momento, lo urgente en rehabilitación ha sido prestar asistencia a pacientes ingresados de mayor gravedad en las plantas de hospitalización por médicos rehabilitadores y fisioterapeutas con especial hincapié en las UCI. Paralelamente, igual que en otras especialidades, los médicos rehabilitadores se integraban en los equipos hospitalarios junto a profesionales de medicina interna y otras especialidades médicas para realizar labores de tratamiento médico en planta de ingresados de pacientes graves con enfermedad COVID-19. Al mismo tiempo, se suspendía temporalmente la asistencia rehabilitadora de los procesos atendidos habitualmente con la excepción de los casos en los que el cese de atención podía suponer la aparición de efectos secundarios.

El 11 de mayo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento “Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19”, subrayó la importancia que tienen los servicios de rehabilitación especializada en la atención a los pacientes con COVID-19 ingresados en UCI.

El beneficio en la salud de los/las pacientes de la actividad rehabilitadora se debe a que:

- Optimiza los resultados en materia de salud y funcionalidad, reduciendo las complicaciones.
- Ayuda a abordar las consecuencias de la COVID-19 grave, como deficiencias físicas, cognitivas y disfagia, y proporciona apoyo psicosocial.
- Es especialmente beneficiosa en pacientes mayores y en aquellos con problemas de salud previos.
- Facilita el alta temprana.
- Reduce el riesgo de reingreso. La rehabilitación ayuda a los pacientes a no deteriorarse tras del alta hospitalaria y a evitar el reingreso, lo cual es fundamental en un contexto de escasez de camas de hospital.

El modelo idóneo de atención rehabilitadora en el paciente con enfermedad por COVID-19 tiene que ser integral (aborda-je de aspectos físicos, psicológicos, cogni-tivos y sociales), al igual que se realiza en otros procesos de nivel de complejidad moderada o elevada en rehabilitación. Los/as profesionales implicados trabajan de forma coordina-da para conseguir los mejores resulta-dos de salud clínicos y de reincorporación de la persona al en-torno habitual. Para poder alcanzar esos resultados con la ma-yor seguridad y ac-cesibilidad, se están implementado por numerosas organi-zaciones sanitarias herramientas de te-lemedicina, tele-re-habilitación y aplica-ciones móviles que refuerzan los auto-cuidados y proveen asistencia sin riesgo de contagio. La OMS menciona, en su do-cumento, estas modalidades asistenciales y el papel que pueden desempeñar en la pande-mia. La rehabilitación domiciliaria se reserva para los perfiles de pacientes más vulnerables o con inestabilidad clínica. La rehabilitación en el ámbito residencial es otro ámbito en el que la rehabilitación desempeña un papel cla-ve para minimizar el impacto en la capacidad funcional de las personas mayores que viven en ese entorno y han superado la enfermedad por COVID-19. Las fases de la rehabilitación de estos pacientes se presentan en la **tabla 1**.

Tabla 1. Fases de la rehabilitación en COVID-19

Fases de la rehabilitación en COVID-19

	Hiperaguda	Aguda	Subaguda	Crónica	Incorporación a la comunidad
Entorno	Unidades de Cuidados Intensivos	Servicios de Rehabilitación en ingreso hospitalario	Unidad de rehabilitación de paciente ingresado	Entorno Residencial/ Hospital de día/ Programa medicina ambulatoria	Rehabilitación ambulatoria/ Servicios basados en la comunidad/ Servicios rehabilitación domiciliaria/tele-rehabilitación
Enfoque	Función vital básica	Autocuidado básico y autogestión: reintroducción a las actividades de la vida previa y a la comunidad (baja intensidad) o mantenimiento de habilidades	Autocuidado básico y autogestión: reintroducción a las actividades habituales previas en la comunidad (alta intensidad)	Integración social y a la comunidad	Entrenamiento de habilidades más complejas
Meta general de la intervenciones	Sostener y facilitar recuperación de AVD/Estabilización médica	Aparición de habilidades	Desarrollo de habilidades →	Habitación al uso de las habilidades →	
	← ← Intervenciones de rehabilitación → →				Autocuidados y mantenimiento de habilidades

El objetivo de este artículo es dar a conocer las necesidades de rehabilitación que pueden presentar los pacientes afectados de forma grave o crítica por la enfermedad por COVID-19 en las fases iniciales del continuum asistencial. De forma paralela, pretendemos mostrar brevemente las actuaciones del mé-dico rehabilitador en esta fase de atención.

Manifestaciones clínicas de la enfermedad COVID-19

La enfermedad producida por el nuevo coronavirus 2 denominada COVID-19 tiene un espectro de manifestaciones clínicas muy variado. Su severidad varía desde una infección asintomática, una enfermedad leve del tracto respiratorio superior a una neumonía viral grave que puede ocasionar síndrome de distrés respiratorio agudo, shock, fallo renal y afectación cardíaca y/o muerte. Esas complicaciones contribuyen a la necesidad de requerir ingreso en UCI. Los informes actuales estiman que el 81% de los casos son asintomáticos o leves; el 14% graves (infección que requiere oxígeno); el 5% críticos y precisan soporte vital. La transición a formas más agresivas se suele producir entre los 7 y 14 días del inicio de los síntomas. Estas cifras varían en función de diferentes factores (localización geográfica, método diagnóstico, etc.).

La asistencia rehabilitadora está enfocada a la prevención de los déficits y del impacto funcional que pueden implicar tanto el síndrome respiratorio agudo por el COVID-19 como la patología neuromuscular que puede aparecer en esta fase.

El SARS-Cov2 es un síndrome respiratorio agudo producido por el COVID-19 con afectación multisistémica. Es característica la alerta a una progresión crítica a los 2,5 días de la disnea, que suele ocurrir hacia el noveno día desde el comienzo de los síntomas. Se caracteriza por un fallo hipoxémico agudo profundo con hipercapnia variable. La hipotensión es frecuente y la fiebre variable. Más de un 42% precisan intubación y ventilación mecánica invasiva. Suelen presentar alteración neurológica con delirio que requiere sedación. De forma característica presentan un aumento de la compliance pulmonar, sobre todo al inicio. En una fase tardía la compliance pulmonar es baja.

Entre los problemas neurológicos se encuentran la polineuropatía del paciente crítico, la miopatía del paciente crítico y el síndrome post UCI.

La polineuropatía del paciente crítico (PPC) es una neuropatía mixta sensitivo motora que conduce a una degeneración axonal

“La rehabilitación especializada e integral en la atención a los pacientes con COVID-19 ingresados en UCI es especialmente beneficiosa en personas mayores y con problemas de salud previos, facilita el alta temprana y reduce el riesgo de reingreso (OMS)”

y que puede ocurrir con frecuencia después de la enfermedad por COVID-19. La presentan un 46% de los pacientes hospitalizados con distrés respiratorio agudo. Produce dificultad para dejar la ventilación mecánica, debilidad generalizada y simétrica. Es mayor a nivel distal e incluye debilidad diafragmática. También se asocia a dolor, pérdida de movilidad, fatiga, incontinencia, disfagia, ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático y afectación cognitiva.

La miopatía del paciente crítico (MPC) se presenta en un 48 al 96% de los pacientes en UCI con distrés respiratorio agudo. Es una miopatía difusa no necrotizante con degeneración grasa, atrofia de fibras y fibrosis. Se asocia a exposición a corticoides, parálisis y sepsis. La presentación clínica es similar al síndrome post UCI, pero con mayor debilidad proximal y preservación sensitiva. Al igual que en la polineuropatía, los nervios craneales y músculos faciales están preservados. La recuperación es más probable y completa que en la polineuropatía, sin embargo en ambas la debilidad, pérdida de resistencia física y pérdida de función pueden persistir por encima de dos años o incluso más.

El síndrome post UCI se describe de forma separada a la PPS y MPC. Se asocia con una reducción de la función pulmonar (patrón restrictivo), reducción de la fuerza inspiratoria, disminución de la fuerza de extensión de rodilla, debilidad en extremidad superior y en el puño y descenso en la capacidad funcional. Presenta algunas características diferenciales en los pacientes COVID-19. Un estudio observacional de pacientes con síndrome post UCI encuentra alteraciones en la esfera física, cognitiva o psiquiátrica en un 64% a los 3 meses y en un 56% a los 12 meses. Conlleva un deterioro de la calidad de vida de la familia. La capacidad funcional pulmonar se ve habitualmente comprometida. En la mayoría de los pacientes los volúmenes pulmonares y la espirometría se normalizan a los 6 meses, pero la alteración en la capacidad de difusión pulmonar puede llegar a los 5 años. Un 47% de pacientes presentan limitación funcional en extremidades superiores a los 6 meses.

Por ello, la atención de rehabilitación tiene gran importancia. Desde SORECAR se han elaborado diferentes documentos con recomendaciones específicas dirigidas a unificar la atención a estos pacientes.

Los pacientes que sobreviven a esta situación clínica presentan déficits tanto a nivel físico como psicológico y social de larga evolución.

Abordaje rehabilitador del paciente COVID-19 en fase hiperaguda

Los objetivos de la rehabilitación son: facilitar el destete y disminuir el tiempo de ventilación mecánica, prevención de los problemas neurológicos, facilitar el aclaramiento bronquial (en casos de dificultad), disminuir las complicaciones, facilitar la activación del paciente y reducir la afectación psicológica.

La intervención de rehabilitación del equipo de rehabilitación se realiza consensuada con el equipo de profesionales de la UCI.

Se establece previamente un plan de tratamiento individualizado, registrando en una tabla diferentes parámetros que influyen en el proceso. Incluyen constantes vitales (concentración de oxígeno inhalado, saturación de oxígeno percutánea, frecuencia respiratoria, presión intracraneal, temperatura, presión

arterial, frecuencia cardíaca), comorbilidades (arritmias, isquemia cardíaca, shock, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, estenosis aórtica, existencia de fracturas inestables), nivel de conciencia y agitación (cuantificable por la Escala RASS), sincronía con el ventilador, función muscular cuantificable por la Escala de Función Muscular del Medical Research Council (MRC), estado cognitivo, estado funcional, etc.

Las primeras guías de práctica clínica (GPC), basadas en el consenso de expertos, recomiendan realizar una selección multidisciplinar del paciente candidato a rehabilitación respiratoria. Se inicia la terapia por criterios de seguridad para el/la paciente cuando los parámetros se encuentran en los valores que muestran la **gráfica 1**.

Las técnicas dirigidas para conseguir esos objetivos las realizan fisioterapeutas protegidos con los equipos de protección individual adecuados, monitorizando en todo momento constantes y parámetros que alerten sobre la necesidad de suspensión de la terapia. Se suspende la terapia de forma inmediata cuando aparecen las circunstancias que se muestran en la **gráfica 2**.

La guías internacionales indican que los pilares del tratamiento rehabilitador lo constituyen el posicionamiento del paciente, la movilización temprana y el manejo respiratorio.

Posicionamiento del paciente

Los profesionales de la UCI indican y realizan la colocación en postura en prono. Mantenido durante más de 16 horas mejora la oxigenación y reduce el desequilibrio ventilación/perfusión, mejora la mecánica pulmonar y disminuye el daño producido por la ventilación.

Se produce una mejora del cociente ventilación/perfusión colocando al paciente de forma progresiva en posición antigravitatoria se va elevando la cabecera de la cama progresivamente de 30° a 60°.

Al igual que en pacientes encamados se realizan cambios posturales y vigilancia de posición articular de tobillos, hombros, caderas y rodillas (en ese orden).



Gráfica 1.

Requisitos para iniciar tratamiento fisioterápico en UCI de paciente COVID-19. Dra. Urbez Mir. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Rehabilitación en la UCI. Patología respiratoria. Webinar mayo 2020. Sociedad Centro de Medicina Física y Rehabilitación.

Cuándo iniciar

- Temperatura $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$.
- Ventilación.
- FR $\leq 40\text{rpm}$.
- Presión arterial:
 - Sistólica $\geq 90\text{ mmHg}$ o $\geq 180\text{ mmHg}$.
 - Media $\geq 65\text{ mmHg}$ o $\leq 110\text{ mmHg}$.
- Cardíaca:
 - Frecuencia cardíaca ≥ 40 o ≤ 120 .
 - Ausencia de nueva arritmia o isquemia miocárdica.
 - No Shock (Niveles de ácido láctico $\geq 4\text{ mmol/l}$).
 - Ausencia de EAO o no sospecha.
- Ausencia de nuevo evento trombótico inestable.
- Nivel de conciencia: RASS -2 a +2.
- Presión intracraneal $< 20\text{ cm H}_2\text{O}$.
- Ausencia de fracturas inestables.
- Ausencia hepatopatía o daño renal.
- Ausencia sangrado activo.

Gráfica 2.

Indicaciones de suspensión del tratamiento fisioterápico en UCI de paciente COVID-19. Dra MR Urbez Mir. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Rehabilitación en la UCI. Patología respiratoria. Webinar mayo 2020. Sociedad Centro de Medicina Física y Rehabilitación.

Suspensión inmediata

- Temperatura: $> 38,5^{\circ}\text{C}$.
- Ventilación:
 - Sat O₂ $< 90\%$ o descenso de $> 4\%$.
 - PEEP $\geq 10\text{ cm H}_2\text{O}$.
 - Asincronía con el ventilador.
 - Migración o decoloración del TET.
- FR $> 40\text{rpm}$.
- Presión arterial:
 - Sistólica $< 90\text{ mmHg}$ o $> 180\text{ mmHg}$.
 - Media $< 65\text{ mmHg}$ o $> 110\text{ mmHg}$ o cambio $> 20\%$.
- Cardíaca:
 - Frecuencia cardíaca < 40 o > 120 latidos/min.
 - Aparición de arritmia o isquemia miocárdica.
- Pérdida de conciencia, inquietud o irritabilidad.
- Desconexión de monitorización.
- Agravamiento de disnea o respiración entrecortada, fatiga intolerable, eructos, cefalea, visión borrosa, palpitaciones, sudoración, alteración del equilibrio o caída del paciente.

Fisioterapeutas

Realizan la terapia en UCI con los equipos de protección individual para aplicar las técnicas de fisioterapia. Las movilizaciones precoces se contemplan por las GPC como una de las principales áreas que debe cubrir la rehabilitación. Los/las fisioterapeutas progresan desde ejercicios pasivos de movilización articular para prevenir rigideces a ejercicios activos asistidos de intensidad progresiva en períodos menores de 30 minutos, así como de control postural. Es necesario el control de vías. Se puede realizar electroestimulación muscular. En función del nivel de conciencia es útil incentivar la realización con material formativo en pdf o en formato video.

La movilización precoz consigue beneficios en la función respiratoria, el rango articular, el trofismo muscular, el metabolismo proteico, la microcirculación, la perfusión, el consumo de oxígeno, el tiempo con ventilación mecánica, el tiempo de destete, la duración de la estancia hospitalaria, los reingresos y la mortalidad al año.

La movilización temprana aumenta los niveles de la interleucina 10 (mediadora de la inflamación) y disminuye la interleucina 6.

El manejo respiratorio es otra de las funciones de los/las fisioterapeutas, profesionales imprescindibles en el equipo de atención rehabilitador. No hay evidencia suficiente de la efectividad de las diferentes técnicas para ser aplicadas de forma general o preventiva.

Un 23-28% del total de los pacientes ingresados por COVID-19 en UCI presentaron secreciones. En ese subgrupo hay que realizar una valoración exhaustiva del cociente riesgo/beneficio de las técnicas para facilitar su expulsión.

Las técnicas reflejas y voluntarias para ganancia de volúmenes dirigen al paciente cuando está consciente (aunque esté intubado), utilizando el reflejo miotático. Pueden ayudar a la respiración espontánea. Las técnicas para el aclaramiento mucociliar son la espiración

asistida manualmente, realizando una oscilación manual durante la misma. Puede combinarse con la aspiración por enfermería.

El asistente de tos no se realiza por tema de seguridad. No están recomendadas otras ayudas mecánicas.

Los/las fisioterapeutas van progresando a la realización de actividad temprana monitorizando estrechamente las constantes vitales con especial atención a la disnea. La duración no debe sobrepasar los 30 minutos. Se instruirá al paciente sobre realización de volteos, paso a sedestación en cama, sedestación pisando el suelo y progreso a la realización de ejercicios activos-asistidos de los principales grupos musculares (cuádriceps, tríceps, extensor carpo, etc). En pacientes seleccionados se pueden utilizar técnicas de entrenamiento de músculos inspiratorios y periféricos.

Terapia ocupacional

La terapia ocupacional juega un rol clave en la rehabilitación de estos pacientes para la prevención de complicaciones (prevención de delirio, plano de almohadas, desarrollo de ortesis) y el tratamiento de déficits cognitivos, ofreciendo terapias alternativas de comunicación (comunicación aumentativa) y educando a la familia para el manejo de pacientes complejos. También interviene en la rehabilitación motora de pacientes que presentan déficits a este nivel (limitación actividades vida diaria, predisposición a caer por alteraciones de equilibrio y movilidad).

Foniatría

Las alteraciones del habla así como en la deglución (disfagia) pueden presentarse en los pacientes críticos, siendo más frecuentes en aquellos pacientes que precisaron intubación. Datos recientes demuestran que la disfagia tiende a persistir y que su presencia es independiente de otros eventos clínicos adversos.

“El modelo idóneo de atención rehabilitadora tiene que ser integral (abordaje de aspectos físicos, psicológicos, cognitivos y sociales)”

La disfagia se asocia con un riesgo de mayor aspiración y neumonía inducida por aspiración, retraso en la reanudación de la ingesta oral y desnutrición, disminución de la calidad de vida, prolongación de la estancia en la UCI y en el hospital, y aumento de morbilidad y mortalidad con la una elevada repercusión en los sistemas de salud.

Por ese motivo, un diagnóstico y manejo precoz puede evitar complicaciones importantes a corto y largo plazo.

Impacto funcional a medio y largo plazo

Una vez que el paciente supera la fase en la UCI es necesario seguir un protocolo estructurado de recogida de variables. Tras el alta de la UCI, el paciente puede seguir presentando en mayor o menor grado disfunción respiratoria, disfunción muscular y pérdida de la aptitud física que se manifiesta como intolerancia para la actividad física, debilidad muscular (que incluye a la musculatura respiratoria, del tronco y de las extremidades), alteraciones del control motor y del equilibrio que aumentan la probabilidad de padecer caídas así como trastornos psicológicos.

Se estima que un 85% de los pacientes con PPC pueden presentar diferentes grados de debilidad y disfunción neuromuscular hasta los 5 años. La disfunción pulmonar puede afectar a más de un 40% de los pacientes que han precisado ventilación mecánica. Los pacientes que requieren ventilación mecánica más de 48 horas presentan en un 65% deterioro funcional al año y más del 25% pueden presentar problemas psiquiátricos en el primer año tras el alta como depresión mayor y estrés postraumático. Los problemas cognitivos, especialmente en pacientes con disfunción del sistema nervioso central por isquemia, pueden persistir a largo plazo. Autores como Lu-Lu Yang y col.

han publicado, además de recomendaciones de práctica clínica, un modelo de atención con diferentes estrategias para responder a las necesidades de rehabilitación tras el alta hospitalaria. Hay que tener en cuenta que la “Iniciativa de Salud China 2019-2030” hace especial hincapié en incluir la rehabilitación respiratoria en el “Plan de Atención a la Enfermedad Pulmonar Crónica”. Existen varios estudios rigurosos que avalan los beneficios de la rehabilitación respiratoria en estos pacientes a nivel de reducción de ingresos hospitalarios y la duración de estos, disminución de la disnea y mejora de la función respiratoria, reducción de la disfunción muscular en extremidades superiores e inferiores, mejora de la ansiedad y depresión, y aumento de la calidad de vida relacionada con la salud.

A fecha de hoy, la evidencia sobre el pronóstico de estos pacientes con COVID-19 es insuficiente, especialmente en las personas mayores en los que la enfermedad se complica con problemas crónicos preexistentes. Aquellas con pluripatología crónica, obesidad y fragilidad van a precisar, sin duda, enfoques interdisciplinares. Se desconoce cuándo los déficits son reversibles o por el contrario permanecerán durante largo tiempo. La evidencia científica disponible en relación a la atención al SARS ayuda a diseñar planes de rehabilitación respiratoria a pacientes COVID-19. Sin embargo, en los pacientes con COVID-19 la fibrosis pulmonar

no es el cuadro dominante. Aunque el daño residual en los pulmones de los pacientes más severos que han padecido SARS-Cov2 puede predisponer a diferentes grados de limitación funcional.

Para diseñar un plan terapéutico hay que valorar la presencia de secuelas y déficits en otros sistemas u órganos que pueden menoscabar la capacidad funcional del paciente a medio y largo plazo. En este momento, existen estudios de cohortes que investigan

“El médico rehabilitador es el responsable de valorar de modo integral al paciente, realizar un diagnóstico funcional y pautar el tratamiento rehabilitador adaptado a cada paciente”

Gráfica 3.

Componentes de un programa de rehabilitación integral al paciente con afectación grave por COVID-19. Bugliera et al Journal of Rehabilitation Medicine. 14 de abril 2020.

Programa de Rehabilitación paciente COVID-19

- Ejercicio aeróbico. En casos con alteraciones de función respiratoria, sistema musculoesquelético y desacondicionamiento físico.
 - Entrenamiento de fuerza. En casos de debilidad de músculos periféricos.
 - Entrenamiento del equilibrio estático y dinámico. Cuando existen alteraciones de equilibrio.
 - Técnicas de aclaramiento bronquial. En pacientes con hipersecreción bronquial.
 - Entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria (AVD) cuando existe limitación para su realización.
 - Rehabilitación cognitiva y apoyo psicológico. Cuando se detecten problemas cognitivos y del estado de ánimo.
-

la evolución en el tiempo de problemas cardíacos, problemas neurológicos de diferente tipo como encefalitis viral o ictus o problemas cognitivos que pueden afectar a la atención, memoria, función ejecutiva. Los planes de atención rehabilitadora dirigida a los pacientes con secuelas que originan limitación funcional tras la fase aguda serán más efectivos con cada hallazgo resultante de las investigaciones en curso.

Los programas de rehabilitación en esta fase que se realizan en la región italiana de Lombardía, afectada intensamente por la pandemia, se componen de los siguientes elementos que se presentan en la **gráfica 3**.

La OMS ha publicado al respecto que la demanda de profesionales de rehabilitación aumentará tanto para la atención de pacientes agudos y UCI, de modo que es necesario asegurar que estén dotados del personal requerido. También habrá una mayor demanda de rehabilitación especializada más extensa, en particular para personas mayores que suelen necesitar estos servicios.

La Estrategia Navarra de Atención a pacientes crónicos y pluripatológicos aporta herramientas para una atención proactiva a aquellas personas afectadas por COVID-19 que pueden precisar mayor nivel de atención. El Plan de Capacidad Funcional de Navarra 2018 establece un modelo de atención en rehabilitación integrado entre niveles y con el espacio socio-sanitario, rehabilitación domiciliar e implementación de la tele-rehabilitación. Las acciones implementadas en ambas estrategias suponen grandes oportunidades para que Navarra lidere un modelo de atención a las necesidades de la rehabilitación y mejora de la capacidad funcional del paciente con COVID-19 en el Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19. OMS. Oficina Regional para las Américas. Organización Panamericana para la Salud. 11 de Mayo 2020 Documento del gobierno OPS/NMH/MH/COVID-19/20-0010.
2. Ceravolo MG, De Sir Andrenelli E, Negrini F, Negrini S Systematic rapid "living" review on rehabilitation needs due to covid-19: update to march 31st 2020 Eur J Phys Rehabil Med 2020 Apr 22 doi: 10.23736/S1973-9087.20.06329-7.
3. Mikkelsen ME, Neztter G, Iwashyna T, Post-intensive care syndrome (PICS) Up To Date. Apr 2020.
4. Considerations for Postacute Rehabilitation for Survivors of COVID-19. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6(2):e19462. Published 2020 May 8. doi:10.2196/19462.
5. Asociación Médica de Rehabilitación de China, Comité de Rehabilitación Respiratoria de la Asociación Médica de Rehabilitación de China, Grupo de Rehabilitación Cardiopulmonar de la Rama de Medicina Física y Rehabilitación de la Asociación Médica de China. Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases, 2020, 43 (2020-03-03). <http://rs.yiigle.com/yufabiao/1183323.htm>. DOI: 10.3760 / cma.j.cn112147-20200228-00206. [Pre-publicado en línea].
6. Gómez A, López AM, Vilelabeitia K, Morata AB, Supervía M, Villamayor B, Castillo J, Pleguezuelos E Recomendaciones básicas de SORECAR sobre rehabilitación respiratoria en el paciente COVID-19. 21 de marzo 2020 Sheehy LM.
7. Rehabilitación en la UCI de paciente COVID-19. Urbez MR Hospital Universitario La Paz. Madrid. Rehabilitación en la UCI. Patología respiratoria. Webinar mayo 2020 Sociedad Centro de Medicina Física y Rehabilitación.
8. M. López Martín Revisión paciente COVID REHABILITACIÓN. Actitud en el paciente crítico Servicio de Rehabilitación. HU de la Princesa.
9. Herman c, Mayer K, Sarwal A Scoping review of prevalence of neurologic comorbidities in patients hospitalized for COVID-19. Neurology 2020 Apr 28 doi: 10.1212/ WNL.0000000000009673.
10. Yang L, Yang T Pulmonary Rehabilitation for Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Chronic Diseases and Translational Medicine 14 mayo 2020 <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2020.05.002>.
11. Martínez-Pizarr S. REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON COVID-19 [RESPIRATORY REHABILITATION IN PATIENTS WITH COVID-19] [published online ahead of print, 2020 May 14]. Rehabilitation (Madr). 2020;10.1016/j.rh.2020.04.002. doi:10.1016/j.rh.2020.04.002.
12. Brugliera L, Spina A, Castellazzi P, Cimino P, Tettamanti A, Houdayer E, Arcuri P, Alemanno F, Mortini P, Lannaccone S Rehabilitation of COVID 19 patients DOI: 10.2340/16501977-2678.
13. Schreiber A, Fusar Poli B, Bos LD, Nenna R. Noninvasive ventilation in hypercapnic respiratory failure: from rocking beds to fancy masks. Breathe (Sheff). 2018 Sep;14(3):235-237. doi: 10.1183/20734735.018918. PMID: 30186523; PMCID: PMC6118891.



Colegio de Médicos y sociedades científicas de Atención Primaria proponen **11 medidas** al Departamento de Salud

El Colegio de Médicos de Navarra, en colaboración con las sociedades científicas de Atención Primaria (namFYC, SEMERGEN y SEMG) y las vocalías de Primaria del Colegio, remitió el pasado 21 de abril al Departamento de Salud un documento con 11 propuestas de medidas a corto y largo plazo para la Atención Primaria de Salud en Navarra, un nivel asistencial que, desde el primer momento, ha resultado indispensable para el desarrollo de esta crisis sanitaria provocada por la COVID-19.

Las propuestas contemplan aspectos como la participación de profesionales de Atención Primaria (AP) en la toma de

decisiones, la protección de sanitarios y pacientes, la necesidad de protocolos claros de seguimiento y alta de pacientes, la desinfección periódica de los centros de salud, la planificación en el control de crónicos, el refuerzo de plantillas, canales telemáticos para una comunicación ágil y efectiva entre AP y Hospitales y la mejora de la coordinación con Hospitalización domiciliaria, ámbito sociosanitario, Salud Pública, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Comunitaria. Pedían, además, establecer protocolos de estudio serológico (tipo ELISA) y de PCR periódicos con métodos fiables.

11 propuestas

1. En la toma de decisiones, grupos de trabajo, etc., deben estar los profesionales de AP que están en primera línea.
2. Se necesita material suficiente y adecuado. Aunque ha mejorado la llegada de material, que en algunos casos se ha revelado como no adecuado, se debería **poner más énfasis en la protección del personal**, siendo necesario asegurar el abastecimiento del material homologado a corto y medio plazo y la formación específica a los profesionales de los Centros de Salud en materia de protección.
3. Debe establecerse la posibilidad de poder realizar los test diagnósticos en Atención Primaria para profesionales y pacientes. Es necesario un **acceso precoz a las pruebas de diagnóstico fiables**, lo que conllevaría disminuir el tiempo de diagnóstico y conseguir un aislamiento domiciliario precoz.
4. Respecto a los pacientes evaluados en los centros de salud, se deben establecer **protocolos de seguimiento y alta**, incluyendo a los que no se les ha hecho test, de cara a retomar su actividad habitual, asegurando el menor número de contagios y mejorando la comunicación médico-paciente por procedimientos no presenciales.
5. Se deben establecer protocolos de **seguimiento de los pacientes COVID+** (consultas presenciales, Rx tórax de control, Analíticas, ECG...) con distribución del trabajo entre enfermería y medicina. El acceso precoz a las radiografías en el circuito de los pacientes con coronavirus ha supuesto que los diagnósticos de las neumonías se hicieran de forma temprana, reduciendo las complicaciones. Se debe estudiar la implantación de otros procedimientos que permitan dar seguridad al profesional en el seguimiento de estos pacientes.
6. Tras el alta hospitalaria, se debe establecer en los **informes de alta** criterios claros de seguimiento, como necesidad de análisis de control, radiografías, ECG, pruebas de función respiratoria..., estableciendo las recomendaciones y criterios de derivación posterior. De igual forma, se debe facilitar la **comunicación ágil y efectiva AP-Hospital** con canales telemáticos. La modificación frecuente de criterios en base a la evidencia lo hace imprescindible. En ese sentido, se propone sesiones clínicas AP-Hospital multidisciplinarias.
7. Se ha de establecer **procedimientos de desinfección periódicos** de las consultas/lugares de trabajo.
8. Hay que planificar el **control de los pacientes crónicos** junto con los pacientes respiratorios buscando la normalización de las tareas lo que llevará a la sobrecarga asistencial, al menos temporalmente. Esto necesitará **refuerzos** tanto en profesionales médicos como de enfermería para normalizar la asistencia. Es necesario ofrecer a nuestros R4 de Familia contratos atractivos (duraderos) para cubrir las necesidades actuales y futuras. Hay que pensar en una ampliación y/o reasignación de recursos profesionales, reasignación de tareas entre los profesionales de los equipos y en hacer lo necesario para poder adecuarnos a la nueva situación, dando la flexibilidad necesaria a cada zona para que se organice en función de sus necesidades y contando con el apoyo de los servicios correspondientes. Nadie como la Unidad Básica de Actuación(UBA) conoce a sus pacientes y puede apoyarse en la relación con el paciente para su seguimiento clínico y emocional. Es necesario, por tanto, atender a los criterios de los profesionales de las UBA en cuanto a criterios de modalidad de atención, rediseñando tiempos de atención, espacios, cupos,... estableciendo el liderazgo del médico en la planificación futura, buscando el consenso en los equipos.
9. Hay que **mejorar la coordinación/comunicación de Atención Primaria** con:
 - a) Hospitalización domiciliaria: durante la pandemia se produjo una comunicación, en algunos casos, deficiente, originando momentos de tensión entre los profesionales. Deben establecerse criterios uniformes en la selección de los pacientes.
 - b) Ámbito socio-sanitario (Departamento de Derechos Sociales): tanto en atención de pacientes como en materia de prevención se han visto muchos déficit de comunicación, que no ha facilitado la organización en centros socio-sanitarios.
 - c) Salud Pública, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Salud Comunitaria: es necesario establecer vías de comunicación efectiva con respuestas unitarias desde los servicios.
10. Se deben establecer **protocolos de estudio serológico** (tipo ELISA) y de PCR periódicos de los profesionales con métodos fiables.
11. Se deben establecer protocolos de estudio serológico de la población, inicialmente de riesgo y posteriormente extensible a toda la población, con test que cumplan los requisitos, asegurando su fiabilidad diagnóstica.

DESESCALADA

La **Atención Primaria**, eje del sistema sanitario, también frente a la COVID-19

En el documento conjunto de propuestas, Colegio de Médicos y sociedades científicas de AP subrayan que la crisis sanitaria provocada por la pandemia COVID-19 ha supuesto un reto sin precedentes para la profesión sanitaria. "Los médicos han demostrado un altísimo nivel de profesionalidad. Han sido capaces de gestionar, gracias a un gran esfuerzo personal, la presión a la que han sido sometidos, tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario".

En Atención Primaria la actividad de los profesionales se ha desarrollado principalmente en la detección precoz de casos, en el control de contactos, seguimiento de casos leves y moderados y de los pacientes tras su alta hospitalaria mediante distintos procedimientos: presencial, atención domiciliaria y telefónica. Su carga asistencial se ha incrementado por la atención a pacientes de Residencias, distintas comunidades y nuevos centros residenciales habilitados. "Y todo ello, sin desatender la demanda no demorable y urgente diaria y en un contexto de incertidumbre y tensión, con limitación/problemas, especialmente en la primera fase, en disponer de la protección necesaria y con la necesidad de reorganización de horarios de los centros para garantizar la atención con la mayor seguridad posible ante una situación tan cambiante".



ACCEDER AL DOCUMENTO
COMPLETO

ANPE: Propuesta de desescalada en la pediatría de Atención Primaria.

La **Asociación Navarra de Pediatría (ANPE)** elaboró un documento con propuestas de desescalada para la Atención Pediátrica en centros de salud en el que proponía, entre otras medidas, mantener un triaje eficiente y dos circuitos de atención diferenciada.

En su propuesta, presentada el pasado 6 de mayo, ANPE argumenta que se desconoce el estado inmunológico de lactantes, niños y adolescentes y también de los profesionales respecto al SARS-CoV-2, "por lo que es imprescindible seguir adoptando medidas de protección que garanticen la seguridad de los ciudadanos y ciudadanas y de los profesionales de una manera uniforme, en todos los ámbitos asistenciales". En este sentido, recalca la importancia de la realización de un estudio de serología de carácter epidemiológico en menores de 15 años. "En este colectivo estamos trabajando a oscuras completamente. La levedad de los síntomas y el escaso número de casos atendidos en los hospitales y centros de salud, provocan que apenas tengamos datos de pruebas diagnósticas o serológicas. Y creemos que es un dato de extraordinaria relevancia, tanto para avanzar en el conocimiento de la enfermedad (concordancia clínico-analítica) como para posteriores acciones de movilidad, apertura de centros..."

Considera que en la fase de desescalada el acceso a los servicios sanitarios debe seguir siendo preferentemente no presencial. "La atención pediátrica basada en consultas no presenciales ha permitido el seguimiento en niños y adolescentes y ha resuelto muchas consultas, dudas y trámites burocráticos. A su vez ha permitido realizar un triaje eficiente para determinar qué pacientes y en qué momento debían acudir a una consulta presencial. El resultado ha sido satisfactorio para padres, niños y profesionales de los equipos de pediatría".

Según ANPE, es necesario mantener ahora el triaje en la entrada de los centros de salud a todos los grupos de edad, como se ha venido haciendo durante los últimos meses, y proponen que la atención se distribuya en dos circuitos de atención diferenciada en función de si el paciente presenta o no síntomas compatibles con enfermedad por SARS-CoV-2.

El documento sigue las recomendaciones del Grupo laboral-profesional de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).



ACCEDER AL DOCUMENTO
COMPLETO

La OMC presenta 45 propuestas en la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados

En representación de la Organización Médica Colegial (OMC), el Dr. Serafín Romero, presidente del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) presentó, el pasado 2 de junio, en la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, 45 propuestas para la necesaria reforma de la Sanidad y también para prepararnos ante futuras amenazas.

En su introducción, aludió a la "gran complejidad" e "incertidumbre" que provoca la pandemia de la COVID-19 por los interrogantes que genera su variabilidad, las secuelas o los propios tratamientos. Por ello, subrayó que el regreso a la normalidad es el que "más retos supone" para la profesión médica.

Defendió una "oleada reformista" para llevar a cabo "las reformas necesarias y para prepararnos ante futuras amenazas" porque "ya somos dolorosamente conscientes de nuestra vulnerabilidad ante pandemias en este mundo globalizado".

Trasladó a los diputados que "tienen una deuda moral con la sanidad y los sanitarios".

Propuestas para la reconstrucción desde la profesión médica

Las propuestas que el presidente del CGCOM presentó en la Comisión, se agrupan en seis grandes bloques: Estrategias de transición y preparación para amenazas de salud pública; Redefinición y reformas del SNS; Financiación, viabilidad y sostenibilidad; Recursos humanos en salud. Profesión Médica; Primer nivel asistencial. Atención Primaria. Espacios Sociosanitarios. Salud Pública; y Encaje del sistema privado de salud.



Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados. ▲



Serafín Romero presentó 45 propuestas en nombre de la profesión médica. ▲



ACCEDER AL DOCUMENTO COMPLETO

En el Día de la Atención Primaria

Reconocimiento a los profesionales y cumplimiento del **Decálogo** de objetivos

El Foro de Médicos de Atención Primaria

celebró, el 12 de abril, el Día de la Atención Primaria recalcando el papel de la Atención Primaria (AP) en la gestión de la pandemia de la COVID-19 que ha sido, es y continuará siendo crucial, “pues la AP se sitúa en la base de la curva, tanto en las primeras fases de transmisión comunitaria como en el seguimiento final de las altas hospitalarias”.



En un comunicado manifestó su apoyo y reconocimiento a todos los compañeros, médicos y pediatras de Atención Primaria, que desarrollan su labor asistencial en esta pandemia, en muchas ocasiones desprovistos del material de protección individual adecuado a estándares. También lamentaron el fallecimiento en acto de servicio de compañeros que, a pesar de las carencias en materia de protección, han afrontado el riesgo, anteponiendo la asistencia de sus pacientes a su propia seguridad.

El Foro de Médicos de Atención Primaria reivindicó en este día su Decálogo de objetivos para la Atención Primaria:

1 La Atención Primaria es el eje del sistema sanitario y así debería ser reconocida a todos los efectos.

Uno de los principales problemas acaecidos durante esta pandemia en nuestro país ha sido que la gestión se ha centrado en el abordaje hospitalario debido a la imprevisión y minusvaloración del peligro, lo que desencadenó en una explosión de la epidemia. En regiones como Canarias o Murcia, donde se ha tenido en cuenta a la Atención Primaria para el diagnóstico clínico, el seguimiento de estos pacientes, la contención y la ralentización en la llegada a los hospitales y la continuidad asistencial al alta, se ha conseguido una contención de la epidemia que se traduce en la menor tasa de pacientes confirmados por 100.000 habitantes.

En la mayoría de las comunidades, la Atención Primaria se ha visto expuesta por la falta de equipos de protección individual para los profesionales y mermada, tanto por una deficiente gestión de los recursos humanos, en favor de la puesta en marcha de hoteles hospitalizados y macro-hospitales de campaña, como por limitar los circuitos de solicitud de pruebas diagnósticas.

2 La Atención Primaria debe liderar, por tanto, la gestión de los procesos del enfermo crónico dentro del sistema sanitario y social.

En una situación de saturación como la que hemos atravesado, en la que el seguimiento hospitalario de los pacientes crónicos se ha visto cancelado o pospuesto, queda demostrado cómo en el seguimiento de patologías crónicas, como la diabetes, la cardiopatía, el asma, EPOC o HTA, entre otras, los profesionales de la Atención Primaria están asumiendo tareas que les corresponden, tal y como hacían habitualmente e incluso asumiendo algunas de las tareas habituales de los compañeros de segundo nivel. Además, la Atención Primaria se posiciona como líder y continúa con la atención domiciliaria demostrando su compromiso y vocación, acudiendo en ocasiones a los domicilios sin equipos de protección individual o con algunos de calidad dudosa, exponiéndose al contagio por COVID-19, con importante riesgo para su salud y la de sus familias, como se demuestra en el alto número de casos confirmados en este colectivo.

La Atención Primaria es el nexo de referencia para el seguimiento estructurado de los pacientes crónicos, frágiles y con comorbilidad, que son claramente los pacientes de riesgo.

3 Los Médicos de Familia y Pediatras deben a su vez, liderar la toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de recursos sanitarios (profesionalización de la gestión).

Las distintas entidades que confluyen en el Foro de Médicos de Atención Primaria reclamamos que, en la estrategia de abordaje de esta pandemia en España, se tenga en cuenta nuestro nivel asistencial, dotando de recursos la Atención Primaria, en lugar de cerrar centros, disponer de equipos de protección individual homologados, disponer de test para detectar a la población de manera más correcta favoreciendo un aislamiento mejor de los casos, y tener accesibles las distintas opciones terapéuticas. No entendemos cómo el aplaudido millón de pruebas rápidas de detección de anticuerpos frente al SARS-CoV-2 no va a estar a disposición para que los pediatras y médicos de familia los realicen a sus pacientes.

4 Dado su papel central en el sistema sanitario, los médicos de familia y pediatras deben tener acceso al catálogo completo de pruebas complementarias.

La limitación de los test diagnósticos en Atención Primaria ha supuesto la imposibilidad de un diagnóstico precoz, la detección de focos de infección y el abordaje de las complicaciones de forma temprana, con la consiguiente saturación de las urgencias hospitalarias y el sentimiento de desconfianza en la población general, que no entiende que no se les realice la prueba diagnóstica si su situación no es grave si o acuden a centros privados.

5 El ejercicio de la Medicina en Atención Primaria debe tener un entorno profesional y laboral atractivo: estabilidad, incentivación...

Es urgente garantizar la estabilidad del profesional de Atención Primaria, así como incentivar con criterios profesionales su tarea. Se trata de un colectivo que ha respondido de manera ejemplar en esta crisis, aceptando movilidad y cambio de sus funciones, aumentando su horario de atención, trabajando fines de semana y festivos sin recibir hasta el momento ningún tipo de remuneración o compensación, y que en las próximas semanas se enfrenta a una carga de trabajo aún mayor de la que soportaba, gestionando una avalancha de altas hospitalarias, de pacientes crónicos de segundo nivel con atención demorada y de pacientes críticos sin tratamiento hospitalario. Muchos de estos profesionales lo están asumiendo con contratos precarios. Realmente es de justicia garantizar estabilidad.

6 Las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, con un tiempo mínimo de 10 minutos por pacientes.

La Atención Primaria está demostrando su gran capacidad de adaptación y trabajo en grupo en este proceso. En pocas semanas hemos conseguido cambiar nuestra forma de trabajo, incorporar al personal no sanitario a tareas asistenciales y optar por el contacto telefónico, siguiendo con la actividad asistencial, pero evitando la acumulación de los pacientes en los centros de salud y reduciendo el contagio en ellos.

Desde el Foro de Atención Primaria siempre hemos reivindicado que las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, con un tiempo mínimo de 10 minutos por pacientes, siempre teniendo en cuenta el contexto socio demográfico y eliminado toda actividad burocrática que no tenga justificación clínica, facilitando al máximo su realización.

7 La Gestión de la Incapacidad Temporal debe tener un diseño basado en criterios clínicos, evitando la multiplicación de informes y haciéndola extensiva a todos los niveles asistenciales.

En plena crisis hemos asistido también a un descontrol en esta materia que ha provocado la generación de diferentes documentos, tanto a nivel de comunidades autónomas como del propio Ministerio. En esta línea abogamos por aunar esfuerzos para una mayor coordinación y trabajo conjunto de todas las especialidades implicadas en una baja laboral, potenciando la formación de todas las especialidades, y mejorando los sistemas de información entre los distintos organismos y niveles implicados.

8 La receta electrónica debe extenderse a todos los niveles asistenciales y a todo el Sistema Nacional de Salud.

La pandemia del coronavirus ha puesto de manifiesto la utilidad para los ciudadanos de la consulta telefónica y su indicación desde todos los niveles asistenciales, tanto el hospital como la urgencia extrahospitalaria o la medicina privada. La receta electrónica permite una prescripción y un seguimiento de la medicación que ha evitado la asistencia de pacientes a los centros sanitarios para la renovación de medicación crónica. Es necesario cambiar aspectos tan criticados por los médicos de Atención Primaria, como el visado con carácter económico o la incomunicación con los farmacéuticos comunitarios, algo realizado en algunas comunidades autónomas en esta pandemia y que debe continuarse y extenderse a todo el territorio nacional.

- 9** La formación en Atención Primaria debe empezar en la Universidad, con la creación de un área de competencias en Medicina de Familia y la definición de competencias específicas de Pediatría de Atención Primaria en la formación de grado.

La alerta sanitaria ha hecho visible la casi inexistencia de la Medicina de Familia y de la Pediatría de Atención Primaria en la formación en la Universidad, pero a su vez ha puesto de manifiesto también la importancia que merece su presencia para adquirir competencias imprescindibles para cualquier profesional que ejerza la Medicina. Estas competencias son especialmente necesarias ante una situación de crisis sanitaria.

La formación en Atención Primaria es fundamental para entender la estrategia de nuestro sistema de salud. La Atención Primaria es la base del sistema y es necesario que los profesionales y la sociedad sean conscientes de ello para no caer en la falsa creencia de que la Medicina solo se hace en los hospitales.

- 10** Se debe facilitar el acceso de los profesionales de Atención Primaria a las actividades formativas y promover la investigación teniendo en cuenta las características propias de dicho nivel asistencial.

El abordaje de la alerta sanitaria del COVID-19 detecta la necesidad de profundizar en la investigación en Salud Pública y en los abordajes de prevención y promoción de la salud, así como la participación de los profesionales de Atención Primaria en las actividades formativas de las mismas, disponiendo de tiempo en su jornada laboral y estímulos económicos, al igual que sucede en otros niveles asistenciales.

Esta participación en la investigación de la Atención Primaria creemos que puede dar un cambio importante al planteamiento de nuevas situaciones sanitarias y a la organización del SNS.

Finalmente, el Foro expresó su deseo de que esta crisis sanitaria sirva para aprender de la importancia de la Sanidad, sustituyendo la expresión "GASTO SANITARIO" por la de "INVERSIÓN SANITARIA" y de la necesidad de que esta inversión sea suficiente, tanto en recursos humanos como en infraestructura y medios, para garantizar la potenciación de la Atención Primaria como eje que sustenta y alrededor del cual debe orbitar todo nuestro sistema sanitario.

¿Quiénes forman el Foro de Médicos de Atención Primaria?

El Foro de Médicos de Atención Primaria agrupa a sociedades científicas, sindicatos profesionales y a la Organización Médica Colegial bajo un programa de objetivos comunes para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad de Sistema Nacional de Salud. Las entidades y sociedades integrantes son:

-  Asociación Española de Pediatras de Atención Primaria (AEPap)
-  Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)
-  Conferencia Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)
-  Organización Médica Colegial (OMC)
-  Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
-  Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
-  Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
-  Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

NORMATIVA PARA LA APERTURA DE CONSULTAS, AYUDAS Y ERTES

■ MARIANO BENAC URROZ. ASESOR JURÍDICO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

MARIANO BENAC OFRECE, EN EL SIGUIENTE ARTÍCULO, INFORMACIÓN SOBRE LA NORMATIVA RELATIVA A LA APERTURA DE CONSULTAS Y CENTROS SANITARIOS; AYUDAS ESTATALES, AUTONÓMICAS Y DE MUTUAL MÉDICA PARA AUTÓNOMOS E INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE ERTES.

NORMATIVA SOBRE APERTURA DE CONSULTAS Y CENTROS SANITARIOS (ACTUALIZACIÓN A 8 DE JUNIO DE 2020).

Normativa estatal:

- Orden SND/388/2020, de 3 de mayo (BOE 3/5/20);
- Orden SND/399/2020, de 9 de mayo (BOE 9/5/20);
- Orden SND/414/2020, de 16 de mayo (BOE 16/5/20);
- Orden SND/458/2020, de 30 de mayo (BOE 30/5/20).

Con las últimas normas correspondientes a la Fase 3 no se modifican las limitaciones, medidas de higiene y prevención que había antes. No se imponen nuevas medidas ni se flexibilizan las mismas a efectos prácticos.

Las únicas diferencias destacables serían:

- Limitación del aforo al 50% de la consulta (antes 40%): que se puede interpretar como una limitación de las personas que pueden estar en la sala de espera, siempre respetando la distancia de seguridad de 2 metros.
- Cita previa: ya no es necesaria la cita previa.

A partir del 8 de junio -en que la Comunidad Foral de Navarra accede a la Fase 3- se exige:

1. Aunque no es necesaria la cita previa, en la consulta el aforo máximo será del 50% (sala de espera).
2. Debe garantizarse la atención individualizada al cliente con la debida separación física o, en el caso de que ésta no sea posible, mediante la instalación de mostradores o mamparas.
3. Horario de atención preferente para mayores de 65 años.

Las medidas de higiene que deberán aplicarse son las siguientes:

- Limpieza y desinfección al menos dos veces al día, con especial atención a las superficies de contacto más frecuentes como pomos de puertas, mostradores, muebles, teléfonos, perchas, etc.; una de las limpiezas se realizará obligatoriamente al finalizar el día, se utilizará desinfectantes como disolución de lejía (1:50) o los desinfectantes con actividad virucida autorizados por el Ministerio; tras cada limpieza, los materiales empleados y EPIs utilizados se desecharán de forma segura.
- También se realizará limpieza y desinfección de los puestos de trabajo, con especial atención a mostradores, mamparas, teclados, terminales de pago, pantallas táctiles, etc.
- Lavado y desinfección diaria de uniformes y ropa de trabajo, que deberá lavarse de forma mecánica en ciclos de lavado entre 60 y 90°; si no se utiliza uniforme o ropa de trabajo, las prendas utilizadas también deberán lavarse en las condiciones señaladas anteriormente.
- Deberá disponer la consulta de papeleras, a ser posible con tapa y pedal.

La Orden Ministerial señalada establece las **medidas de prevención de riesgos para el personal** que trabaje en las consultas:

- No podrán incorporarse los trabajadores -médicos y resto de personal- que en el momento de la reapertura estén en aislamiento domiciliario por tener diagnóstico del COVID-19 o síntomas compatibles con el COVID-19; ni tampoco los que, no teniendo síntomas, se encuentren en periodo de cuarentena domiciliar por haber tenido contacto con alguna persona con síntomas o diagnosticada de COVID-19.
- En todo caso, su titular deberá cumplir con las obligaciones de prevención de riesgos establecidos en la legislación vigente, tanto con carácter general como específicamente para prevenir el contagio del COVID-19. Se asegurará que todos los trabajadores cuenten con EPIs adecuados al nivel de riesgo, que tengan permanentemente a su disposición geles hidroalcohólicos con actividad virucida autorizados y registrados por el Ministerio de Sanidad para limpieza de manos o, cuando esto no sea posible, agua y jabón.
- El uso de mascarillas será obligatorio cuando no pueda garantizarse la distancia de seguridad interpersonal de aproximadamente dos metros entre el trabajador y el paciente o entre los propios trabajadores.



- Si no es posible el mantenimiento de la seguridad interpersonal, se deberá utilizar el EPI oportuno que asegure la protección tanto del médico como del paciente, debiendo asegurar en todo caso el mantenimiento de la distancia de dos metros.
- Estas medidas de distancia deben también cumplirse en vestuarios, taquillas y aseos de los trabajadores así como en áreas de descanso y zonas de uso común.
- El fichaje con huella dactilar se deberá sustituir por otro o limpiarse después de cada uso.

Respecto de los **pacientes**, también la Orden Ministerial establece medidas de protección e higiene aplicables en el interior de la consulta:

- El tiempo de permanencia será el estrictamente necesario para que el paciente pueda ser atendido.
- En las consultas/clínicas en que sea posible la atención personalizada de más de un cliente al mismo tiempo, deberá señalarse de forma clara la distancia de seguridad interpersonal de dos metros entre los pacientes, con marcas en el suelo, o mediante el uso de balizas, cartelera y señalización.
- Las consultas/clínicas deberán poner a disposición de los pacientes dispensadores de los geles hidroalcohólicos referidos con anterioridad.
- No se utilizarán los aseos por los pacientes a no ser que sea absolutamente necesario, en caso de utilizarlo se procederá a la inmediata limpieza de sanitario, grifos y pomos de puerta.

AYUDAS PARA AUTÓNOMOS

1. AYUDAS ESTATALES (<https://www.sepe.es/HomeSepe/COVID-19.html>)

- *Real Decreto Ley 8/2020, de 17 de marzo*: según el art. 17, para obtener las ayudas **–prestación por cese de actividad–**, el autónomo debe:

a/ Estar afiliado al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) de la Seguridad Social. b/ Estar al corriente en el pago de las cuotas de la Seguridad Social.

Y encontrarse en alguna de estas dos situaciones:

- Que se trate de una actividad suspendida por el Real Decreto 463/2020, que como se ha dicho en el punto 1 no es el caso de las sanitarias. Parece que, en principio, a los médicos no se les aplica este apartado.
- Cuando la facturación en el mes anterior al que se solicita la prestación, se reduzca en un 75% en relación con el promedio de facturación del semestre anterior. Por lo que no es necesario que exista un cese de la actividad, pero se deberá acreditar esta situación. La prestación consiste en el 70% de la base reguladora (promedio de las bases de cotización de los doce meses anteriores) y tendrá una duración de un mes, que se ampliará hasta el último día del mes en que finalice el estado de alarma, en el supuesto que éste se prorrogue y tenga una duración superior a un mes.

- *Real Decreto-Ley 11/2020, de 31 de marzo*, habilita a la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) a otorgar moratorias de seis meses, sin intereses, a empresas y autónomos para aplazar el pago de las cotizaciones a la Seguridad Social:

- En empresas (PYMES), las correspondientes al mes de abril, mayo y junio.
- En autónomos, las correspondientes al mes de mayo, junio y julio.

- *Real Decreto-Ley 15/2020, de 21 de abril*: Moratoria en el pago de la renta por alquiler de la consulta (arrendamiento para uso distinto del de vivienda).

– En el caso de que el propietario sea un *“gran tenedor”* (más de 10 inmuebles urbanos, excluyendo garajes y trasteros, o una superficie construida de más de 1.500 m²) y sin perjuicio de mejor acuerdo entre las partes, se establece la moratoria en el pago de la renta mientras dure el estado de alarma, con un máximo de cuatro meses, sin penalización de intereses y con fraccionamiento de cuotas en un plazo de dos años.

– En el resto de los casos: la moratoria temporal del pago de la renta se supedita al acuerdo de las partes. Además, las partes podrán disponer libremente de la fianza que podrá aplicarse al pago total o parcial de alguna de las mensualidades. Dicha fianza deberá reponerse posteriormente.

– Requisitos que deben reunir el arrendatario (titular de la consulta): estar afiliado y de alta en la Seguridad Social en la fecha de declaración del estado de alarma; que la actividad haya quedado suspendida (la actividad sanitaria no ha quedado suspendida, sino reducida a urgencias); para aquellos que mantienen urgencias, deberán acreditar la reducción de la facturación del mes natural anterior al que se solicita la moratoria, en al menos, un 75%.

2. AYUDAS DEL GOBIERNO DE NAVARRA

En las *Leyes Forales 6/2020 y 7/2020, de 6 de abril* (BON de 9/4/20), que convalidaron los previos Decretos-Leyes Forales 1/2020, de 18 de marzo y 2/2020 de 25 de marzo, se contienen las medidas extraordinarias de carácter fiscal relativas a la ampliación de plazos para autoliquidaciones tributarias y aplazamiento de deudas tributarias.

(Pueden consultarse en la web de BENAC ABOGADOS www.benacabogados.eu/blog-2/)

Además, el *Decreto-Ley Foral 3/2020, de 15 de abril*, (BON 17/4/20), mejora las ayudas de la Seguridad Social a los autónomos, y añade una ayuda directa extraordinaria de 2.200 €, siempre que tengan reconocida la prestación por cese de actividad de la Seguridad Social y cumplan los siguientes requisitos: residencia en Navarra; hallarse al corriente de obligaciones tributarias con Hacienda y pago de cuotas a Seguridad Social; no haber solicitado ayudas por promoción de empleo autónomo 2020; no tener obligación de tributar por el Impuesto sobre el Patrimonio; que la suma de ingresos de la unidad familiar no supere, mientras dure el estado de alarma, el límite de cuatro

veces el IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples), es decir 2.151,36 €/mes (537,84 € x 4) -con hijos y mayores de 65 años a cargo, aumenta el límite-; y permanecer de alta como autónomo en el RETA y en el IAE durante doce meses.

En el caso de que no tengan reconocida la prestación por cese de actividad tendrán derecho a una ayuda de 700 €, siempre que además de cumplir los anteriores requisitos, acrediten que su facturación en el mes natural anterior se ha reducido en al menos un 30% en relación con el promedio de facturación del semestre natural anterior; que será de 800 € si la suma de los ingresos de la unidad familiar no supera el límite de tres veces el IPREM (1.613,52 €).

El plazo para solicitarlas es desde el dos de junio hasta el 31 de julio, ambos inclusive

3. AYUDAS PARA AFILIADOS A MUTUAL MÉDICA

- a) Los médicos que lo soliciten NO PAGARÁN primas HASTA JULIO; podrán diferir el pago de los recibos de los meses de abril, mayo y junio.
 - b) En julio se iniciará el cobro de los recibos del Seguro MEL con normalidad y durante dos meses se cobrará un solo recibo por mes.
 - c) En septiembre, octubre y noviembre se iniciará el cobro de los recibos atrasados. En estos tres meses se pasarán dos recibos.
3. Los mutualistas que se encuentren en cuarentena u hospitalización por el virus SARS-CoV2 y que tengan contratados el Seguro de Incapacidad Laboral o el Seguro de Guardias Médicas recibirán las coberturas y prestaciones como con cualquier baja laboral.

INFORMACIÓN PARA AUTÓNOMOS CON EMPLEADOS (ERTES)

- **ERTE:** *Expediente de Regulación Temporal de Empleo* (arts. 22 y 23 RDL 8/2020 y art. 7 de la Orden SND/232/2020).

Se deben aclarar una serie de circunstancias:

- No se trata de un despido, sino de una medida temporal que supone un posterior restablecimiento del trabajador a la situación que se encontraba en el momento de dictarse el Real Decreto del Estado de Alarma.
- No es una figura de nueva creación; estaba regulada en Estatuto de los Trabajadores.
- Las especialidades se refieren principalmente a una mayor agilidad de los procedimientos y exoneración de cuotas de Seguridad Social en los de fuerza mayor.
- Se podrá hacer uso de estas medidas mientras se mantenga la situación extraordinaria derivada del COVID-19.

sanitaria "curativa" y de urgencia ("asistencia necesaria para resolver problemas de salud que puedan tener una evolución desfavorable si se demora su tratamiento").

Y que esa, entendemos, es la razón por la que se están aceptando expresamente ERTes por fuerza mayor en el caso de clínicas dentales a las que, igualmente, solo se les exige la asistencia de urgencia.

Si se autorizara en estos casos, el empleador no tendría que realizar la cotización a Seguridad Social de su personal, y la retribución de los empleados (prestación de desempleo) la abonaría el Servicio Público de Empleo (SEPE); en ambos casos, en tanto dure el Estado de Alarma. Y supeditado al mantenimiento del empleo en los seis meses siguientes a la reanudación de la actividad laboral.

SUPUESTOS:

1.-ERTE POR CAUSA DE FUERZA MAYOR POR CESE DE ACTIVIDAD:

Aquellas actividades que hayan quedado suspendidas por la declaración del Estado de Alarma (según el anexo del RD 463/2020). Por ejemplo: bares, restaurantes o actividad de comercio, etc. Actividades sanitarias o médicas o accesorias a estas NO están incluidas como obligadas a cese de actividad.

Como se ha indicado, y a pesar de que las consultas médicas están efectivamente excepcionadas por el Real Decreto del Estado de Alarma (artículo 10) de la suspensión de apertura al público -es decir, que tienen que abrir-, lo cierto es que conforme al artículo 7º de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, solo tienen que prestar asistencia en casos de asistencia

2.-ERTE POR CAUSAS CONVENCIONALES (ECONÓMICAS, TÉCNICAS, ORGANIZATIVAS O DE PRODUCCIÓN):

En estos supuestos la retribución de los trabajadores también es a cargo del Servicio Público de Empleo (SEPE) que percibirán la prestación de desempleo, pero el empleador tiene que efectuar las cotizaciones a la Seguridad Social por sus empleados mientras dure la situación de suspensión de sus contratos o reducción de su jornada.

3.-PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD:

El médico autónomo con empleados podría también acogerse a la prestación por cese de actividad, además de plantear el ERTE; son compatibles ambas prestaciones.



COCEMFE

Navarra

Federación de Asociaciones de
Personas con Discapacidad Física y
Orgánica Nafarroako Pertsona Ezgaitu
Fisiko eta Organikoen Elkarten

“Reinventarse” en tiempos de crisis

COCEMFE Navarra y sus 18 asociaciones se han reinventado durante la crisis sanitaria y el confinamiento para atender a las personas con discapacidad y enfermedades crónicas: “Sus necesidades no desaparecen por quedarse en casa y nuestra responsabilidad es seguir atendiéndolas”.

“El confinamiento está dejando una factura personal física y psicológica importante tanto en infancia como en población adulta con discapacidad”, indican desde las asociaciones, que han retomado la atención directa.

“Esta crisis ha servido para darnos cuenta, más si cabe, del valor de unos servicios sólidos de salud, atención social y educación. Y de que la nueva normalidad debe ser más inclusiva que nunca y no dejar a nadie atrás”.

■ Iñaki Cenicerros

Sin atención directa pero no sin atención. Las asociaciones navarras de la discapacidad “se han reinventado” durante el confinamiento para atender las necesidades de las personas, sustituyendo la atención directa por “imaginación” y nuevas tecnologías. Terapias a través de videoconferencia, apps con ejercicios personalizados, jornadas virtuales, seguimientos telefónicos... son algunas de las herramientas que han utilizado durante el confinamiento tanto COCEMFE Navarra como sus 18 entidades federadas, que incluso han dejado hojas de ejercicios en los buzones para combatir la brecha digital presente en este grupo social.

“Las necesidades no desaparecen por quedarse en casa y nuestra responsabilidad es acompañarles desde la distancia, continuando los servicios en áreas como autonomía personal, psicología, empleo, formación, ocio...”, explica Manuel Arellano, presidente de la Federación.

Todo un abanico de posibilidades para minimizar el impacto del confinamiento en las personas con discapacidad”, si bien ya ha dejado “una factura importante” tanto física como psicológica, principalmente en personas con patologías musculodegenerativas o neurodegenerativas, quienes necesitan una terapia continuada y en pacientes con síntomas predominantes como apatía o depresión”.

“El trabajo desplegado en casa ha servido a muchas personas para mantener su estado de salud física y mental, pero en casos como párkinson, esclerosis, ELA, alzhéimer... los ejercicios y terapias en casa no son suficientes. Para todas estas personas, nuestros servicios y terapias son un complemento fundamental a las terapias farmacológicas y suponen la mejor forma de retrasar la progresión de la enfermedad”, explica Arellano, y añade: “Es tan duro como cierto que muchas personas asumen que no van a recuperar en meses lo perdido ni en lo físico ni en lo psicológico”.



◀ Reunión online de COCEMFE Navarra.

Unidad para revertir los efectos

Pero aún estamos a tiempo de revertir los efectos de este confinamiento, confían desde COCEMFE Navarra. "Ahora más que nunca asociaciones, administraciones, especialistas... tienen que trabajar de la mano para retomar las terapias, las atenciones y las citas médicas que se hayan postergado durante esta crisis por motivos de seguridad".

De esta forma, gran parte de las asociaciones de la discapacidad han retomado la atención directa "con mucha ilusión por llenar las agendas de citas" y tomando las máximas medidas de seguridad. También la propia Federación COCEMFE Navarra, que ha retomado sus servicios directos de transporte adaptado, empleo, vida independiente o igualdad, entre otros.

No así las asociaciones que tratan a personas con mayores riesgos de contagio y de mortalidad por coronavirus, como pacientes con enfermedades, neuromusculares, ELA, fibrosis quística..., las últimas en retomar la atención directa.

"Desde el inicio de la desescalada, estamos trabajando por recuperar la atención directa que nos demandan los y las pacientes, haciendo lo imposible por dotarnos de los equipos de seguridad suficientes, como mascarillas o pantallas protectoras, además de espaciar las citas, turnarnos para trabajar de forma presencial, seguir los consejos de los diferentes colegios profesionales como fisios...", explican desde COCEMFE y sus asociaciones.

Un esfuerzo dirigido a garantizar la seguridad del equipo de profesionales y sobre todo de las personas usuarias. De ahí que, desde el inicio, demandaran al Gobierno de Navarra un protocolo social y sanitario con las medidas de seguridad necesarias para garantizar al máximo la vuelta a la atención directa. Asimismo, exigen a la Administración la dotación de EPIS y recursos para poder realizar un atención de calidad y segura.

Una trabajadora de la asociación ANELA, ▲ mostrando un ejercicio a través de videoconferencia.

Lecciones aprendidas

Por último, y mirando un poco más hacia el futuro, COCEMFE Navarra confía que la vuelta a la atención directa "suponga el principio de una nueva normalidad más inclusiva que nunca", como indica en la campaña #InclusiónImparable.

"Esta crisis nos ha servido para darnos cuenta del valor de unos servicios sólidos de salud, atención social y educación, así como la importancia de los cuidados a las personas y la desigualdad de género en su reparto. Por tanto, "la solución a la crisis no puede pasar por dismantelar el sector social o por recortes en el estado de bienestar, sino precisamente por lo contrario, por apostar por una sociedad más fuerte y justa que no deje a nadie atrás".

COCEMFE Navarra (Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica) es una organización sin ánimo de lucro nacida hace más de 10 años para mejorar la calidad de vida y la autonomía de este grupo social a través de servicios propios y la representación de sus entidades, actualmente 18 con casi 6.000 personas asociadas.

La voz de los pacientes

ALCER Navarra:

"Ahora más que nunca es necesario seguir trabajando en favor de las personas con enfermedades crónicas".

SARAY:

"Tenemos mucho trabajo por delante, tanto a nivel sanitario como de asociaciones, con citas y sesiones aplazadas... pero sobre todo muchas ganas".

EM Navarra:

"Nos hemos tenido que reinventar desplegando asistencia virtual, teleasistencia, sesiones en *streaming*, seguimiento telefónico de cada caso... pero la atención presencial es esencial para evitar que personas pierdan facultades".

ASNAEN Navarra:

"Las personas con enfermedades neuromusculares no vamos a recuperar todo lo perdido ni en lo físico ni en lo psicológico, pese a los ejercicios en casa".

ANAPAR:

"Hemos intentado llegar a todas las personas usuarias con sesiones por videollamada, nuevos ejercicios en nuestra app, información por email...e incluso dejamos ejercicios en buzones. Pero una parte de las personas ya necesitaban sesiones personales".

ANADI:

"Hemos tenido que aprender sobre la marcha, nos ha sorprendido la acogida de las charlas *on line* sobre diabetes. De todos modos, la atención directa es insustituible, es la esencia".

ANELA:

"Esta crisis sanitaria hace más patente aún que nuestro colectivo necesita sus terapias de rehabilitación, la única forma de retrasar la progresión".

ATEHNA:

"Como somos un grupo de riesgo, ni siquiera nos hemos atrevido a ir a hacer la compra. Y cada día más de confinamiento para las personas trasplantadas supone ir quedándose sin masa muscular".

ANPHEB:

"Esta situación afecta también en el aspecto psicológico. Pese a las videoconferencias de grupo, la atención telemática... las personas se han ido replegando en sí mismas. Ahora hay mucho trabajo por delante".

FQ:

"Las personas con fibrosis quística estamos acostumbradas a vivir con medidas de seguridad y a realizar ejercicios en casa de fisio-respiratoria. Pero la atención presencial es irremplazable".

AFAN:

"Si las personas con demencia tienen especial dificultad con el cambio de rutina, mucho más con un confinamiento que de la noche a la mañana impide salir de casa. Ha sido necesario una labor didáctica con las familias para apoyarles en este proceso".

HIRU HAMABI:

"Hemos hecho actividades online a diario como charlas con especialistas, yoga en familia...para que las familias se sientan unidas, pero los niños y niñas con daño cerebral necesitan fisios, logopedas... y sin ellas puede haber consecuencias".

AMIMET:

"Desde el primer día de confinamiento, le dimos la vuelta para seguir atendiendo las necesidades con talleres de estimulación online, además de coser mascarillas y batas para Osasunbidea y entidades sociales".

AFINA:

"Las personas con fibromialgia viven una delicada situación por no haber podido acudir durante semanas a terapias fisioterapéuticas para combatir el dolor".

FRIDA:

"Este confinamiento ha afectado sobre todo a las personas con una salud más vulnerable, como es nuestro colectivo".

ACCU:

"El tejido social ha seguido promoviendo la inclusión y la participación de las personas con discapacidad y enfermedad crónicas, también durante esta crisis".

AMIFE:

"La nueva normalidad debe ser más accesible que nunca, en todos los ámbitos".

ANL:

"La nueva normalidad es una oportunidad para construir una sociedad más fuerte e inclusiva".



CAMPAMENTO URBANO

AULA VIRTUAL - INGLÉS DE 4 A 12 AÑOS

FECHAS Y HORARIOS

22, 23, 24, 25, 26, 29 Y 30 DE JUNIO
ACTIVIDADES DE 9 A 14H DE LUNES
A VIERNES

PRECIO

7€/ CLASE DE UNA HORA
CADA ACTIVIDAD DURA UNA HORA

CLASES
AULA
VIRTUAL

ACTIVIDADES

ONLINE GAMES (9h a 10h) crearán su propio videojuego (de 8 a 12 años).

MASTERCHEF (10h a 11h) deliciosas recetas, vocabulario y expresiones culinarias (de 4 a 12 años).

STORY TELLING (11h a 12h) haremos nuestra historia de aventuras (4 a 10 años).

DEBATES (11h a 12h) aprenderemos a argumentar (de 8 a 12 años).

DANCING GYM (12h a 13h) Aprenderemos divertidas coreografías (de 4 a 12 años).

ARTS&CRAFT (13h a 14h) Sacaremos nuestro lado más creativo (de 5 a 12 años).

WEBPAGE (13h a 14h) Crearemos una página web básica (de 10 a 12 años).

MATRÍCULA ONLINE
VERANO.CLENCOLLEGE.ES

Nunca os olvidaremos



Hasta el pasado 3 de junio, al menos 60 médicos han fallecido por coronavirus en España, la mayoría por estar en contacto con pacientes infectados, según datos facilitados por la Organización Médica Colegial. Nuestro homenaje y reconocimiento a su entrega. Son el testimonio extremo de la ética profesional, de los valores de la Medicina. Nuestras condolencias a sus familias y compañeros.

Más que nunca, hay que nombrarlos para que ocupen un sitio en nuestra memoria personal y colectiva. Desde el 18 de marzo al 3 de junio, los médicos fallecidos son:

18 de marzo:

Dr. Francesc Collado Roura, primer sanitario fallecido por Covid-19. Médico de familia en una consulta privada en el barrio de Sants. También ejercía como perito judicial y en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Barcelona. 63 años.

22 de marzo:

Dr. José Manuel Sánchez Ortega, especialista en Cirugía General y Digestiva en la Clínica Sagrada Familia, en activo a pesar de que tuviera 80 años.

23 de marzo:

Dr. Jaime Mata Guijarro, especialista de medicina general de la colonia militar de Ciudad del Aire en Alcalá de Henares, Madrid. 72 años.

24 de marzo:

Dra. Isabel Muñoz, médica de Atención Primaria Rural en el Centro de Salud de La Fuente de San Esteban, Salamanca. 59 años.

25 de marzo:

Dr. Manuel Barragán Solís, médico de Atención Primaria en el Centro Levante Sur, Córdoba. 63 años.

28 de marzo:

Dr. Santos Julián González, secretario del Colegio de Médicos de Albacete y médico en el Centro de Salud nº VIII, Albacete. 62 años.

Dr. Baldomero Quintanilla Muñoz, médico especialista en Urología en el Centro Médico Teknon, Barcelona. 78 años.

29 de marzo:

Dra. Sara Bravo López, médico de Familia en el Centro de Salud de Mota del Cuervo, Ciudad Real. 28 años.

30 de marzo:

Dr. Antoni Feixa, otorrinolaringólogo del Hospital Quirón Salud, Barcelona. 57 años

Dr. Jesús Montarroso Martín, médico de Familia en el Centro de Salud Avenida de los Institutos de Alcázar de San Juan, Ciudad Real. 64 años.

31 de marzo:

Dr. Albert Coll Nus, médico de Familia en Os de Balaguer y Castelló de Farfanya, Lleida. 63 años.

Dr. José Manuel Pérez Vázquez, una referencia de la oncología y la medicina nuclear en España y socio fundador de la Asociación de Médicos Gallegos-Asomega. 78 años.

Dr. Joan Antoni Vanrell, ginecólogo catalán y profesor. Pionero en España en la utilización de las técnicas de fecundación in vitro. 78 años.

Dr. José Ramón Izquierdo Sanz, médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Cuenca I. 61 años.

1 de abril:

Dr. Carlos Torres Pozo, médico de Familia de ejercicio libre, Toledo. 62 años.

2 de abril:

Dr. Antonio Gutiérrez, coordinador médico del Centro de Salud de Eras de Renueva, León. 67 años.

3 de abril:

Dr. Nerio Aquiles Valarino González, médico del Hospital Quirón Salud, Murcia. 59 años.

4 de abril:

Dra. Eliecer Martina López Muñoz, médica de Atención Primaria en Ávila. 62 años.

Dr. Manuel García Garrido, médico general y fundador del Centre Mèdic Game de Sant Boi, Barcelona.

Dr. Luis Menéndez Ondina, urólogo del Hospital Clínico Puerta del Hierro, Madrid.

5 de abril:

Dr. Luis Pérez, médico de la Unidad de Atención Domiciliaria del SUMMA en El Molar, Madrid. 61 años.

Dr. Juan Antonio Mingorance Espinosa, médico militar de carrera, ejercicio privado, Murcia. 74 años.

Dr. Carlos de Aragón Amunárriz, médico de Familia en Yepes, Toledo. 65 años.

6 de abril:

Dr. Vicente Sánchez Gª Fernández, médico especialista en Oftalmología del SUMMA, Valencia.

Dra. Mª Isabel Lobo Satué, especialista en Cirugía Plástica y Reparadora, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.

7 de abril:

Dr. Luis Fernando Mateos Arroyo, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, coordinador del Centro de Salud de Linares de Riofrío, Salamanca. 64 años.

Dr. José Armando Espinosa, miembro del Grupo de Investigación y Conocimiento en Cuidados Paliativos del Institut Català d'Oncologia (ICO). 55 años.

IN MEMORIAN

11 de abril:

Dr. José Luis San Martín Izcue, médico de Atención Primaria del Centro de Salud San Pablo, Zaragoza. Natural de Villatuerta (Navarra). 55 años.

Dr. Joan Sitjes, pediatra especialista en Gastroenterología Pediátrica en la Clínica Sant Josep, Manresa. 71 años.

14 de abril:

Dr. César Augusto Cueva Alcántara, médico PEAC del equipo de Atención Primaria de Los Yébenes, Toledo. 68 años.

15 de abril:

Dr. Héctor Garrido, pediatra del Hospital de Puertollano, Ciudad Real.

Dr. José Carmelo Utrilla Alcolea, Departamento de Citología e Histología Normal y Patológica de la Universidad de Sevilla.

16 de abril:

Dr. Emilio Ucar Corral, director médico y gerente en funciones del Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid. 58 años.

17 de abril:

Dr. Ricardo Pérez Flores, jefe de servicio de Digestivo del Complejo Hospitalario de Albacete. 62 años.

18 de abril:

Dr. Joaquín Díaz Domínguez, jefe de servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Paz, Madrid. 64 años.

Dr. Jesús Vaquero, jefe de Neurocirugía del Hospital Puerta de Hierro y Catedrático de Neurocirugía de la Universidad Autónoma de Madrid. 70 años.

19 de abril:

Dr. Aurelio Capilla, director Médico del Hospital Beata María Ana de Hermanas Hospitalarias, Madrid. 60 años.

21 de abril:

Dr. José Manuel Iriarte Osa, médico del 112 de la Base UME de Tomelloso, Ciudad Real. 63 años.

22 de abril:

Dr. Manuel Garrido Fernández, médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Alameda, Madrid. 46 años.

Dr. José Manuel Fernández Cuesta, médico del Dispositivo de Urgencias del Centro de Salud de Gran Capitán, Granada. 60 años.

23 de abril:

M.^a Ángeles Nuria García Casado, especialista en Medicina General con ejercicio privado, Madrid. 72 años.

24 de abril:

Dr. Joaquín García Montalbán, médico de Urgencias y Medicina Hiperbárica en el Servicio de Urgencias del Hospital Vithas Nisa, Sevilla.

Dr. Antonio Iniesta Álvarez, especialista de Medicina del Trabajo y Gerente Servicio Medicina del Trabajo y prevención Riesgos Laborales Garrigues, Madrid.

Dr. Santiago Piñol, médico especialista en Anestesia, Barcelona.

25 de abril:

Dr. Alberto Olarte, traumatólogo del Hospital Universitario La Paz y con consulta privada. Madrid. 77 años.

29 de abril:

Dr. Pedro Francisco Marín Esquirol, médico en el área de Urgencias del Hospital San Juan de la Cruz, Jaén. 47 años.

5 de mayo:

Dr. Manuel Rodríguez Picón, especialista en Medicina Física y Rehabilitación en la Casa del Mar de Algeciras y en el Hospital Punta Europa. 62 años.

6 de mayo:

Dr. José Antonio Fernández López, médico de Atención Primaria en el Centro de Salud de San Agustín de Guadalix, Madrid. 61 años.

7 de mayo:

Dra. Rocío Campos Cantero, jefa de sección de Aparato Digestivo en el Hospital Universitario del Sureste y asesora técnica de la Subdirección General de Atención Especializada del Insalud, Madrid.

Dr. Francisco Luis García Rodríguez, médico en la Residencia Geriátrica Mixta de Linares, Jaén. 61 años.

8 de mayo:

Dr. Ramón Priu Baixeras, médico especialista en Medicina Interna en el Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. 71 años.

9 de mayo:

Dr. Julián Cabrera Biosques, médico en el Centro de Salud El Valle, Jaén. 67 años.

Dra. Inmaculada Hernández Beltrán, especialista de Atención Primaria en el Centro de Salud de Pavones, en el Área 1 de Salud, Madrid.

IN MEMORIAN

Dr. Juan Rey Naya, cardiólogo en la Clínica Santa Elena, Madrid.

12 de mayo:

Dr. Sebastián Traba, médico de Atención Primaria en el Centro de Salud de Nuevo Cáceres. 65 años.

14 de mayo:

Dr. Javier Marco Franco, especialista en Medicina Preventiva y jefe del Servicio de Planificación, Calidad y Control de Proyectos del Hospital General de Valencia. 57 años.

16 de mayo:

Dr. Luis Mifsut, cirujano del Servicio de Emergencias Sanitarias del Hospital General de Valencia.

19 de mayo:

Dr. Alberto Tejedor Jorge, director del Laboratorio de Fisiopatología Renal del Hospital Universitario Gregorio Marañón y quien descubrió la cilastatina como protector del riñón. Madrid.

21 de mayo:

Dr. Leonardo Dante González, médico en la Residencia Geriátrica Virgen de la Sierra en Villarrubia de los Ojos, Ciudad Real. 73 años.

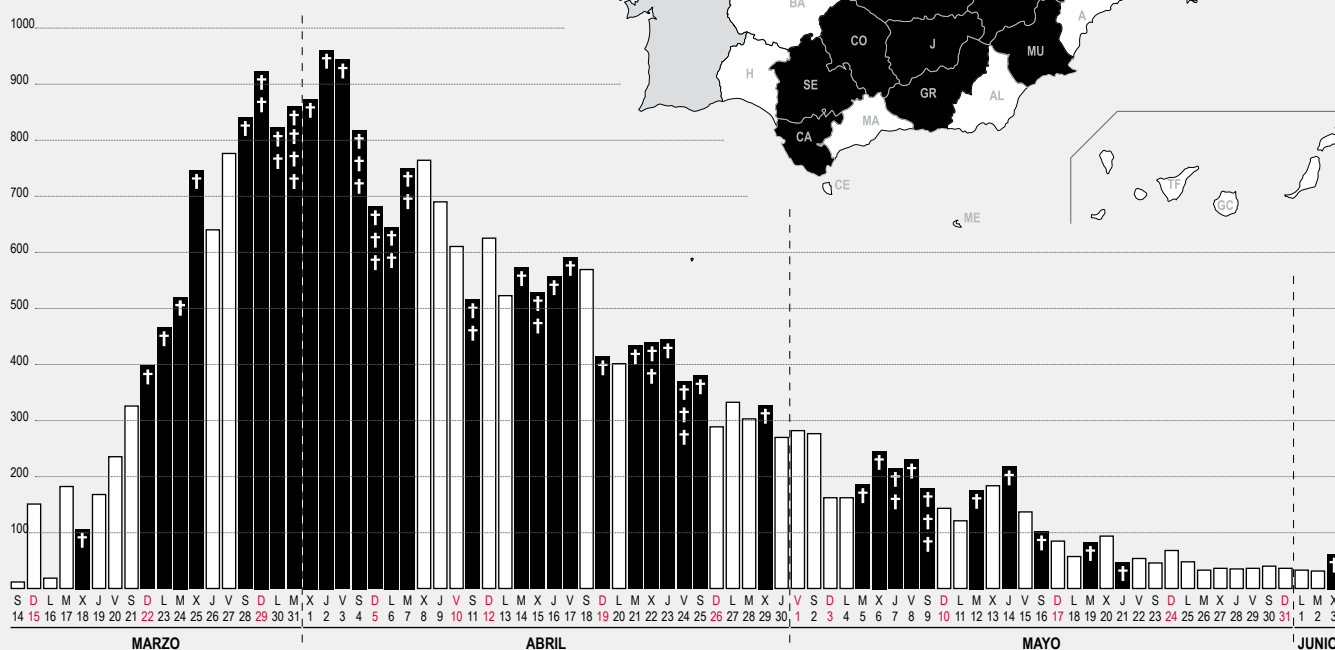
3 de junio:

Dr. Miguel Ángel Peiteado, médico de la Residencia de Ancianos de Villanueva del Alcardete, Toledo. 73 años.

82 días

Entre el 14 de marzo (día de declaración del Estado de Alarma) y el 3 de junio van 82 días; el periodo que comprenden estas dos gráficas elaboradas a partir de datos oficiales.

Gráfica del número de médicos que fallecieron y mapa por provincias de donde se localizan.



FUENTES:

Organización Médica Colegial. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y elaboración propia.



COLEGIO DE
MÉDICOS DE NAVARRA

Navarra rinde 2 minutos de silencio en homenaje a los compañeros fallecidos

Algunos salieron a la puerta de sus centros; otros lo hicieron desde sus puestos de trabajo a través de las redes sociales, compartiendo fotografías, vídeos o mensajes de ánimo y reconocimiento para los fallecidos y sus familias. El 14 de mayo los sanitarios de Navarra honraron con 2 minutos de silencio a los médicos y médicas en activo que han fallecido en toda España por coronavirus.

Colegio de Médicos y Sindicato Médico animaron a los sanitarios navarros a apoyar la campaña nacional impulsada por el Foro de la Profesión Médica de España (FPME), a iniciativa de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). En un comunicado conjunto, ambas organizaciones resaltaron que han fallecido profesionales de todas las especialidades, especialmente de Atención Primaria y Urgencias que, en una muestra más de su responsabilidad y vocación, han puesto la seguridad y salud de los pacientes por encima de la propia, sacrificando sus relaciones familiares e incluso su propia vida. "No dudaron en ponerse en primera línea, a pesar de las incertidumbres que había respecto al virus y los medios insuficientes. Nunca os olvidaremos".



2 minutos de silencio en el Complejo Hospitalario de Navarra, en San Juan de Dios y en el Ambulatorio Santa Ana de Tudela.

Compañeros de José Luis en un homenaje a las puertas del Centro de Salud en el que trabajaba. Asistió, entre otros, el alcalde de Zaragoza.



«Combatiste en primera línea como los valientes, como hacías siempre»

Estimado José Luis:

Te has ido sin ruido, sigilosamente, nunca te gustó ser el centro de atención, pero esta vez de forma lamentable lo has sido, sin tú quererlo. Combatiste en primera línea como los valientes, como hacías siempre, sin escatimar esfuerzos, ni tiempo, con cualquiera que precisara de tu buen hacer, procurando remedio, consuelo, ánimo y esa alegría moderada y a la vez desbordante que te caracterizaba; pero esta vez el enemigo era terriblemente cruel, poderoso, desconocido... y **caíste en la batalla como lo hacen los héroes, peleando hasta el final**, cuando tus compañeros sanitarios comenzábamos a creer que la victoria caería de tu lado.

Nos has dejado aquí, con la tristeza y la pena en nuestra cara y en nuestros ojos llorosos, echándote muchísimo de menos, porque **sabes muy bien que nos falta tu chispa**. Te recordamos sentado en admisión a primera hora del turno porque no tienes dónde acomodarte. Con la sonrisa en la boca y una conversación distendida con todo el que por allí pasa, así nos gusta recordarte, así como tú eras. Fuiste un excelente compañero, el mejor que pudimos tener. Más aún: fuiste un amigo, dejaste el listón muy alto, José Luis.

Has sido un tipo excepcional y ocurrente como los grandes genios. Y me voy a referir con un ejemplo de los muchos que podría contar: solo a ti, querido José Luis, se le puede ocurrir cuando tenías guardia y entrabas a las 11.00, en lugar de a las 13.00 de la tarde, en el Centro de Salud que «tenías almuerzo». Y es que tu trabajo te hacía feliz y repartías la felicidad a los demás. Nuestra comunidad sanitaria tiene un enorme pesar por toda tu familia y por tus seres queridos, que no pueden disfrutar de ti a través de sus sentidos, aunque continúes viviendo en nuestros corazones.

No podemos pensar que todo acaba aquí, más bien **creemos que te has ido para cuidarnos y sonreírnos desde esa dimensión superior en la que ahora estás**, porque tú estás ahí en el cielo de los hombres buenos, que es lo que has sido. Hoy más que nunca tu sonrisa nos acompaña en nuestro quehacer diario. A seguir combatiendo, como tú nos enseñaste a pesar de estar cansados.

Por ti, José Luis, por tu sacrificio, no queremos quejarnos y seguiremos trabajando como tú lo habrías hecho. **Cada uno de nosotros te honrará como te mereces**, con un aplauso, una oración, un brindis, un abrazo o lo que estime oportuno. Te seguiremos sintiendo cerca porque siempre estarás en el centro de salud Arrabal de Zaragoza.

Cuidanos, te seguimos necesitando.

Enlace a la Carta publicada en el Heraldo de Aragón



AGRADECIMIENTOS

El mundo de la música, el deporte, la cocina... con los médicos de Navarra

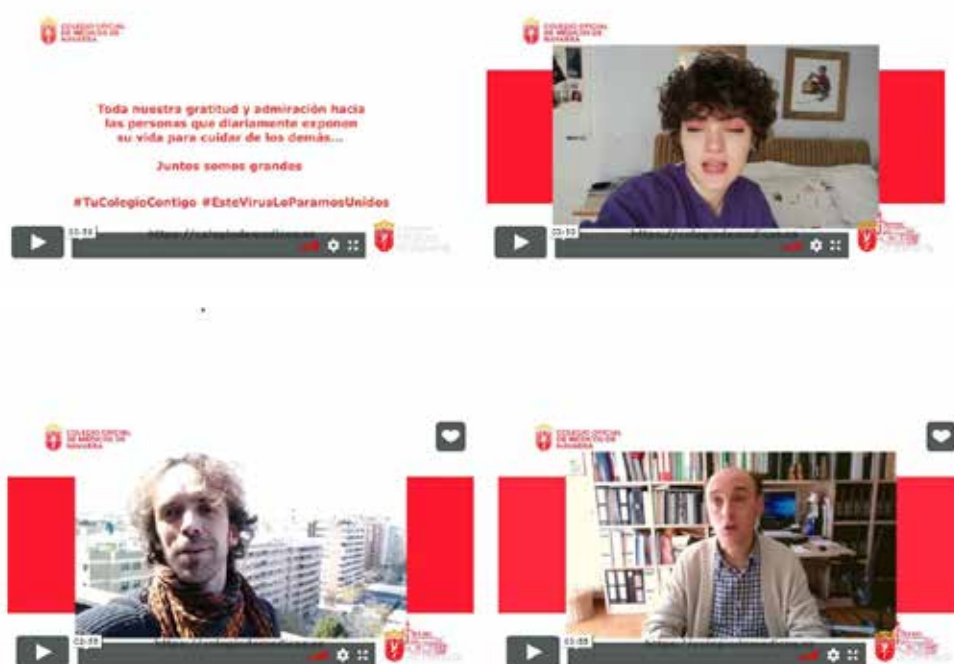
Con el lema "Juntos somos grandes", el Colegio de Médicos de Navarra recopiló el testimonio de una veintena de deportistas, músicos, cantantes, dibujantes, cocineros y profesionales navarros para agradecer el esfuerzo y dedicación del personal sanitario en hospitales y centros de salud frente a la COVID-19.

De esta forma, el mundo de la cultura, la gastronomía, la música o el deporte trasladó un mensaje de apoyo incondicional a los sanitarios navarros, mostrando su gratitud y admiración hacia las personas que diariamente exponen su vida para salvar a los demás.

Han participado en esta iniciativa:

- Mai Garde, futbolista y capitana del Club Atlético Osasuna;
- Javier Erro, cantante (desde Dinamarca);
- Miguel Reta, ganadero; El Drogas, músico;
- Chica sobresalto y Anne Lukín, cantantes y concursantes de Operación Triunfo;
- Gusi, cantante y compositor;
- Aurora Beltrán, cantante;
- Piedrafita, músico;
- Chuchin Ibáñez, músico;
- Igor Ijurra, director del Orfeón Pamplonés;
- Raúl García, futbolista;
- Nerea Pena, jugadora de balonmano;
- Vicente Egea, profesor y director de la Pamplonesa;
- Mikel Urmeneta, dibujante;
- Jesús Garísoain, subdirector de la Pamplonesa;
- Antonio Bazán, jugador de balonmano;
- Iñaki Andradás, cocinero;
- Roberto Torres, futbolista y
- Serafín Zubiri, cantante.

▼ Carátula de los videos.



Los videos se pueden visualizar en la APP que el Colegio de Médicos de Navarra ha puesto a disposición de sus más de 4.200 colegiados y que ya se puede descargar para Android e IOS.



Aplauso viral

A las ocho de la tarde, durante 66 días, el país al unísono aplaudía a los sanitarios desde balcones, terrazas, azoteas y patios de toda España. Las ocho en punto era el inolvidable momento de expresión colectiva, sincronizada y espontánea, que ha marcado el reloj del confinamiento. Había mucho que agradecer a los profesionales de la sanidad que han estado por encima de sus propias estructuras, dándolo todo. A las ocho, el sentimiento de participación y pertenencia se compartía de manera casi mágica. Se dejaba todo para salir a aplaudir –los grandes operadores constataron que, durante los minutos previos y posteriores, el tráfico de datos caía de manera sustancial–. Y más allá del confinamiento, los aplausos persistían.

Surgió a raíz de los vítores de los ciudadanos de Wuhan y se hizo viral, contagiando al mundo entero.

En Navarra muchos colectivos profesionales y de la sociedad civil llevaron los aplausos hasta las puertas de los centros hospitalarios. También se extendió el gesto a otros colectivos vulnerables de infección, como los cuerpos de seguridad y las fuerzas armadas, el personal de los supermercados, trabajadores de limpieza, entre otros. Y con aplausos fueron también despedidos los pacientes con COVID-19 que abandonaban la UCI o el hospital.

Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos, agradeció el aplauso sanitario en los medios de comunicación. Con motivo de su participación en la campaña de Navarra Televisión #QuédateEnCasa dijo: “Los profesionales sanitarios nos mostramos agradecidos por todas las manifestaciones de apoyo y reconocimiento a la tarea de miles de médicos y médicas que viene realizando con gran esfuerzo una labor ejemplar. Ese aplauso generalizado en todo el país, que viene manifestándose diariamente, nos llena de emoción y nos anima a seguir desarrollando nuestra tarea. Esto nos permite mandaros un mensaje de responsabilidad. Necesitamos más que nunca de vuestro esfuerzo colectivo, de vuestro compromiso y apoyo. A los profesionales de la salud les toca estar en primera línea, a la población

en general cumplir con las medidas preventivas que están difundándose desde la autoridad sanitaria. Quedarse en casa es una obligación de todos”.

Quedan en el recuerdo emocionantes imágenes, bandadas sonoras improvisadas, sentimientos a flor de piel en ciudadanos y sanitarios. Es tiempo ahora de seguir aplaudiendo con hechos.



Voluntarios de REFENA agradecen la entrega de los sanitarios. ▲

Sanitarios navarros dan las gracias por los aplausos. ▼



AGRADECIMIENTOS



Premio Princesa de Asturias de la Concordia 2020

El pasado 3 de junio, llegó el anuncio de la concesión del Premio Princesa de Asturias de la Concordia 2020 a los profesionales sanitarios españoles que han combatido en primera línea la epidemia del coronavirus Covid-19. Es, sin duda, el mejor broche final a los aplausos sanitarios.

El jurado destaca su "encomiable nivel de profesionalidad y compromiso; su entrega incondicional, haciendo frente a largas jornadas de trabajo sin contar, en ocasiones, con el equipamiento y los medios materiales adecuados, según quejas de organizaciones profesionales y sindicales del sector". Recalca, además, el "espíritu de sacrificio personal sobresaliente en favor de la salud pública y del bienestar del conjunto de la sociedad", algo que "se ha convertido ya en un símbolo de la lucha contra la mayor pandemia global que ha asolado a la humanidad en el último siglo".



Homenaje del Orfeón Pamplonés ▲ a los sanitarios. ▼

Orfeón Pamplonés: Homenaje a los sanitarios

La primera actividad presencial del Orfeón Pamplonés tras el confinamiento estuvo dedicada a los profesionales sanitarios de Navarra. Tuvo lugar el viernes 29 de mayo, junto a la entrada al antiguo Hospital de Navarra. Con una distancia de dos metros entre cada cantante, ataviados con mascarilla y vestidos de negro, incluido su director Igor Ijorra, los orfeonistas quisieron reanudar así las actuaciones presenciales con el fin de agradecer y confortar a los sanitarios por la labor que desempeñan durante esta pandemia, además de rendir homenaje a los difuntos.



AGRADECIMIENTOS



*Agradecimiento a los
profesionales de la Clínica
San Miguel de Pamplona.
Foto de Iñaki Porto.*

A las **ocho** de la tarde,
durante **66** días...



«Por muy larga que sea la tormenta, el sol siempre vuelve a brillar entre las nubes»

(Khalil Gibran. Novelista y poeta libanés. 1883-1931)

In memoriam. A todos los compañeros que han quedado en el camino.

Dr. Iñaki Santiago, médico de Urgencias en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Yo, que tantos años llevo dedicado al noble arte de la práctica médica, va y me entero ahora de que la palabra virus, del latín *virus*, y valga la redundancia, significa veneno, ponzoña. O sea, algo malo.

Y la palabra corona viene del griego *korónē*, cuyo significado alude a alguna cosa redondeada o circular. En algunos casos podríamos decir que retorcida, aunque no es mi propósito sumergirme en el arduo mundo de la confrontación entre monarquía o república, a pesar de tener muy claro mi posicionamiento personal.

Y héteme aquí que aparece de los confines del planeta un maldito bicho de la familia de los *coronavirus*, que etimológicamente une las dos palabras aludidas previamente. Y así como una venía del latín y la otra del griego, podemos decir sin temor a equivocarnos que esta perversa alimaña procede de China. Más concretamente y según sesudos estudios de expertos investigadores, hay dudas de si saltó de un murciélago o de un pangolín, animal este feo donde los haya, mezcla entre oso hormiguero y piña piñonera y que, por lo visto, debe tener una carne apreciadísima en diferentes andurriales de este nuestro mundano planeta. Y no le quepa a nadie la menor duda de que su supuestamente exquisita carne, sin haberla probado, tendrá un peculiar sabor que seguro que rápidamente identificaremos con el pollo. Porque todo lo que comemos y no sabemos qué es o no somos capaces de definir rápidamente y sin atisbo de rubor, lo

asemejaremos con una sincera afirmación, habitual en todo el mundo:

– ¡Pues sabe a pollo!

Qué curioso que todo lo que no somos capaces de reconocer con un sabor determinado acaba sabiendo a pollo. La serpiente, la rata, el sapo y un sinfín de animalillos de Dios. Recuerdo que hasta una vez comí pollo que, curiosamente, sabía a pollo.

No dudemos de que entre los seres terrestres que podemos ubicar dentro del socorrido “sabor a pollo”, y sin miedo a equívoco, tenemos al tristemente famoso pangolín que, insisto, mira que es feo y que yo personalmente acuso como germen de todo esto, absolviendo al pobre murciélago. Lo cual me lleva a pensar en el hambre que debía tener el pobre humano que por primera vez se decidió a quitarle esa dura cáscara que lo recubre, mezcla entre cota de malla medieval y escamas de carpa vieja de algún infecto riachuelo, y llevarse a la boca la carne de ese extraño animalito. Me imagino a sus familiares y convecinos preguntándole con cara de indudable repugnancia:

– ¿Y eso, a qué puñetas sabe?

– ¡Pues a pollo!

Y debido al pangolín este con sabor a pollo y el virus que nos ha “regalado”, aquí estamos todos, confinados en nuestros domicilios, hibernando como osos, en mayor o menor estado de letargo en función de nuestras anteriores costumbres. Por ejemplo, yo que he sido siempre mucho del “sillón-ball”, actualmente lo ejercito prácticamente de forma ininterrumpida. Y es que en estos momentos de confinamiento domiciliario obligatorio, es fundamental no perder los hábitos y rutinas. Bueno, en realidad lo practico cuando la atención sanitaria me lo permite,

que este ruin coronavirus nos tiene a todos los sanitarios, policías, basureiros, limpiadoras, panaderos y un largo etcétera, en un continuo sin vivir. Vaya por ellos mi afectuoso agradecimiento y mi más sincero aplauso.

Por cierto, que esto de quedarse encerrado en casa me trae a la mente a personas que suelen ir a Urgencias, mi ámbito de trabajo, y que tras ser atendidas y dadas de alta son incapaces de irse a su casa y te contestan aquello de:

– ¡Pues yo, si no me ingresa, no me voy de aquí!

Lo normal es hablar con ellas intentando convencerles de que lo mejor es que se vayan a su santa morada, que lo suyo no es grave. La mayoría lo entiende, pero los que responden de forma negativa frente a los baldíos esfuerzos de los sanitarios, suelen recibir una elegante invitación a permanecer sine die en la sala de espera, cual confinado por coronavirus. Estoy convencido de que actualmente están todos en su domicilio, más quietos que una estatua.

Por el contrario los hay a los que, para cuando les convencen en su casa para que vayan al hospital, suelen tener una situación de salud más que preocupante.

El alfa y el omega. El ying y el yang. La noche y el día. Que no señores, que no todo es blanco o negro, que existe una amplia gama de grises y de maravillosos colores que impregnan nuestras vidas.

Por cierto, que el coronavirus este que afirman ha saltado desde un pangolín con sabor a pollo o de un murciélago, cuya carne seguro que también sabe a pollo, tiene un nombre científico curioso: SARS-CoV-2 (joder con los científicos) que produce una infección llamada CoVid-19. Pero claro, si tú dices que te has infectado por SARS-CoV-2 al oírte más de uno va a pensar que te has rasgado por dentro, o te va a decir “¡Jesús!”, sospechando



que acabas de estornudar. Y por eso, los periodistas, que son muy listos, han pasado a denominar a este virus directamente CoVid-19 que, curiosamente, provoca una enfermedad de homónima designación.

¿Soy el único al que CoVid-19 le suena a un delicioso vino reserva de una no menos excelente cosecha? ¿O es que las ganas de salir de esta maldita realidad y brindar cara a cara entre todos es la que me lleva a alucinar?

Lo que está claro es que este coronavirus nos va a cambiar. No sé cómo, pero nos va a cambiar. Hasta ahora cualquier otro bichejo nos ha podido molestar e incluso preocupar, pero este... Creo que los humanos vamos a tener que proceder a resetearnos porque me da que pandemias de estas vamos a tener diversas y variadas.

LA INFECCIÓN CRÓNICA

Durante sus años de juventud aquel buen hombre, ya entrado en la cincuentena, había tenido una serie de contactos sexuales de dudosa y desconocida procedencia que le habían llevado a notar unas molestias genitales entre picor, escozor, dolor y quemazón, pero todo junto. Supuso que por la incertidumbre del destino de sus arrimos sexuales, lo que le afectaba de tamaña forma no podía ser otra cosa que una enfermedad venérea de esas de las que tanto había oído hablar y que, por fortuna para él, nunca había padecido. Hasta entonces, ya que acudió a su médico quien le diagnosticó de una infección de transmisión sexual que no quedó en la memoria del protagonista de nuestra historia y que no tiene mayor interés.

Por otro lado, debemos apuntar que también desde tierna edad, nuestro personaje fue diagnosticado de una psicosis de esas que llevan a un estado mental algo perturbado. En este caso concreto, y utilizando expresiones de psiquiatra, sin auto ni heteropeligro.

Además, este individuo tenía varios conocimientos médicos y biológicos.

Llegados a este punto, mezclamos en una imaginaria batidora vital su enfermedad de transmisión sexual, su psicosis y sus aparentes mínimos conocimientos médicos. Con todo ello nos sale un espeso batido que llevó a este elemento a comprarse un microscopio para nada barato, que ubicó en un lugar privilegiado de su domicilio.

Y desde hacía ya bastantes años y diariamente se extraía una gota de sangre que cuidadosamente colocaba en un porta que, a su vez, depositaba con exquisita prudencia bajo el objetivo de su preciado microscopio. Y asomándose al ocular del mismo, diariamente era capaz de observar en aquella pequeña gota de sangre cómo nadaban y retozaban lo que él denominaba con parsimonia:

- Esquistocitosmonozoontes que se me introdujeron en el cuerpo en alguna de aquellas relaciones sexuales de riesgo.

Y así diariamente hasta que en una de las revisiones su psiquiatra dedujo que aquello no podía seguir así y procedió a su ingreso en una unidad especializada. Y allí apareció el fulano, con su microscopio debajo del brazo, dispuesto al ingreso. En cuanto el psiquiatra lo vio llegar

ANECDOTARIO

procedió al inmediato requisamiento de aquel aparato. Mala idea.

El paciente entró en un cuadro de psicosis hiperaguda que obligó al psiquiatra a retroceder en su táctica terapéutica y a devolver el perverso microscopio a su dueño de toda la vida, que tornó en una milagrosa curación de aquel aparatoso y dramático cuadro psicótico.

A partir de aquel día, el paciente continuó su tranquila vida en su domicilio, con su análisis microscópico diario, controlando obsesiva y férreamente a sus queridosesquistocitosmonozoontes. Suponemos que ahora también buscará de forma concienzuda la presencia más que segura de coronavirus.

LA VIDA MODERNA

Aquella octogenaria apareció en Urgencias con un cuadro de tos, fiebre y disnea. Dado que el proceso estaba dentro de una situación de pandemia mundial por el famoso SARS-CoV-2 (¡salud!) la exploración y pruebas complementarias se dirigieron de forma explícita y directa a confirmar la infección por el coronavirus.

Realizado todo y con los resultados en la mano, que corroboraban las sospechas de infección CoVid-19, el médico le comunicó a la venerable anciana que tenía una infección de los pulmones y que, como necesitaba oxígeno y una vigilancia estrecha, lo mejor era que quedara ingresada.

Ante esta noticia y ante la visión de que todo el personal que le rodeaba iba disfrazado de una forma extraña, con batas, gorros, mascarillas y gafas, la señora, que no debía tener un pelo de tonta, preguntó con asombrosa tranquilidad:

- Vamos, que me dice usted que me he cogido esa enfermedad tan moderna que han inventado ustedes ahora, ¿no?

¡Angelicos!





A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

LA MUTUA DE LOS
PROFESIONALES SANITARIOS

MÁS DE 50 AÑOS ASEGURANDO A PROFESIONALES DE LA SANIDAD



SEGUID CON TODAS VUESTRAS FUERZAS.
OS APOYAREMOS SIEMPRE.

A.M.A. PAMPLONA Avda. Pío XII, 30 Tel. 948 27 50 50 pamplona@amaseguros.com
A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico) Avda. Baja Navarra, 47; 1ª Tel. 948 21 02 28 cpamplona@amaseguros.com

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

Síganos en     

y en nuestra APP 

