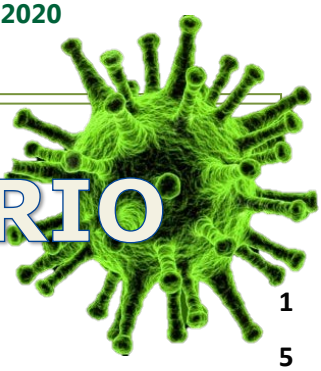
Memorias de la COVID-19 9

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad – Red TB$
Newsletter RedTB$ informa nº 39 Memorias de la COVID-19 (9) - 14 de agosto de 2020



EDITORIAL ¿Descontrol o desinterés?

Descontrol, quizás nos atrevamos a utilizar esta palabra con trasfondo crítico, ya que desinterés resulta tan insensata que es una actitud que no nos la podemos creer. Desinterés de lo@s gobernantes (en plural) de España y l@s polític@s de diverso signo por la búsqueda conjunta de soluciones al problema sanitario que sobrellevamos y que se ha ahondado con la epidemia. Es que nuestro reputado Sistema Nacional de Salud hace aguas y nadie busca soluciones reales y consensuadas más allá de la disputa partidista. ¿Cómo sobrellevaremos la epidemia si nuestro sistema sanitario normal está tocado? Los recortes a la Sanidad pública durante más de una década han devaluado nuestro Sistema y, si sobrevive, es porque a los sanitarios se les ha asignado el rol de héroes y no el que les corresponde como gestores de la salud ciudadana. La epidemia… Vale, la epidemia es un imprevisto, una emergencia sanitaria, un no va más… Y todo el mundo: barrender@s, transportistas, bomber@s, policías, militares, emplead@s de supermercados, sanitari@s… l@s llamados trabajador@s esenciales, incluso el Gobierno como guía y los gobiernos autonómicos (muchos de forma proactiva y otros reactivos, a golpe de realismo), hicieron un gran esfuerzo, pusieron el cartelito de "cerrado" y se abocaron a controlar la pandemia durante el estado de alerta: "progresa adecuadamente"… Y hoy, aunque tengamos recuerdos muy dolorosos, como es la desatención humana sufrida en muchas residencias de ancianos, seguimos esperanzados… de que la gestión funcione ante un rebrote.

¿Y ahora qué? ¿Qué nos ocurre en esta "nueva normalidad"? ¿Brillamos por la buena gestión? ¿Qué sucede con los enfermos cardiovasculares, con los pacientes crónicos, con los pluripatológicos e incluso con la gente joven? ¿Dónde está el buen hacer del servicio cuando no se permite que los especialistas puedan controlar a sus pacientes desde hace meses? ¿Quién hace los seguimientos de enfermos crónicos complejos que necesitan cambios y ajustes de medicación? La emergencia sanitaria se desató en marzo… y luego vino abril, mayo, junio, julio, y agosto… Se supone que la curva de crecimiento de la epidemia está medio aplanada y que los enfermos (los otros, los de siempre), los ciudadanos con dolencias están nuevamente "bien atendidos". ¿Es así?

Sigue en página 3

SUMARIO

Editorial 1

De lo más común 5
Ángel Gabilondo Pujol
Catedrático de Metafísica de la UAM.
Exministro de Educación

Orgullo de una profesión 7
Serafín Romero Agüit
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

El bien común 9
Alfonso Canabal Berlanga
Jefe de Sección de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de La Princesa

Unidos en la separación 11
Juana Samper Ospina
Corresponsal en España de *El Tiempo* (Colombia)

Noticias en red I 12

Veinticuatro días y tantas noches 13
Santos Castañeda Sanz
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa

Sensaciones 15
Francisco García Río
Jefe de Sección de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Facultad de Medicina. UAM

Cuestiones de comunicación 17
Elena Español Pueyo
Periodista

Juntos es la única manera 19
Florentino Pérez Raya
Presidente del Consejo General de Enfermería

Libro *Memorias de la COVID-19 Relatos de la FASE 1* 21

Noticias en red II y III 22

En defensa del aire 23
Francisca Aguirre Benito

Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad

Entidades fundadoras de la Red TBS

Entidades que integran la Red TBS

Empresas que patrocinan la Red TBS

Con el pretexto de la descentralización sanitaria, tanto el Gobierno como las Comunidades Autónomas se escudan en un baile de cifras que hasta las cuestionan expertos epidemiólogos internacionales en una carta publicada recientemente por la revista *The Lancet*: “Alentamos al Gobierno español a considerar una evaluación externa como una oportunidad que podría conducir a una mejor preparación ante una pandemia, prevenir muertes prematuras y construir un sistema de salud con evidencia científica en su núcleo”.

La realidad es la que hay y se manifiesta. Citemos a una agrupación sanitaria de Algeciras: “La Plataforma lamenta que se ponga la crisis del coronavirus como excusa para no atender a los pacientes, cuando la realidad es que en el Hospital Punta de Europa no hay especialistas. Dijeron que por la COVID-19 solo atenderían casos urgentes, pero ni siquiera atienden a los enfermos con patologías cardiovasculares". Lamentan que la situación es caótica y que los afectados llevan meses y hasta años esperando una consulta con el especialista, una revisión o una intervención quirúrgica. Recuerdan que se dijo que sólo se atenderían los casos urgentes, pero en especialidades como oncología y cardiología se seguiría funcionando normalmente (si llamamos "normalmente" a retrasos de hasta dos años). Much@s gobernant@s nos dirán que se ha invertido en salud tras desatarse la epidemia y es así. Equipamientos para combatir la epidemia: mascarillas, uniformes, respiradores, medicación, camas, todo material. Pero no en los refuerzos humanos estables: más médic@s, enfermer@s, tecnic@s, asistent@s, rastreador@s... el personal cualificado y estable que permita una atención sanitaria adecuada al nivel de progreso de nuestro país. Digamos que pasan, que siguen anteponiendo los recortes económicos a lo social, y hay hasta alguna Comunidad solicita que los rastreador@s trabajen sin cobrar.

Según datos del Servei Català de la Salut, en abril de este año había 185 848 personas esperando una cirugía, lo que supondría un aumento del 4 % respecto al mismo periodo del año anterior cuando había 178 592 pacientes en lista de espera. Según estos datos, cualquier intervención que no sea cardiaca, oncológica, de cataratas y de prótesis de cadera o rodilla conlleva un tiempo medio de espera de 210 días, mientras que en 2019 era de 159. Es decir que de un año a otro el aumento sería del 32 %. ¿Dónde está la inversión proclamada y la gestión consensuada?

No es el propósito de este editorial hacer un repaso de las Comunidades Autónomas y como dice el refrán “basta un botón de muestra” para saber cómo anda el patio.

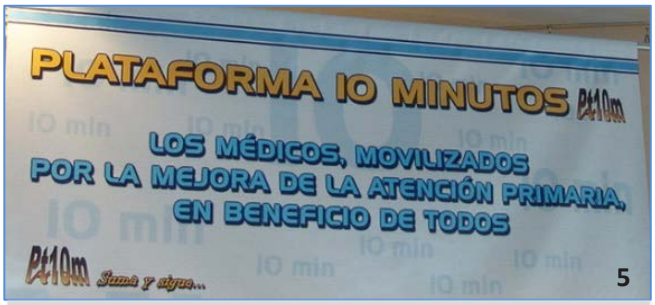
Sigue en página 4

1

2

3

4



Plataforma 10 minutos en 2007

Datos para tener en cuenta. Inversión en sanidad
6,77 del PIB en 2009 - 5,90 del PIB en 2020
7,50 del PIB es la media de la Unión Europea

RedTBS STOP epidemias

En nuestro país, la atención sanitaria está descentralizada y no decimos que centralizada estaría mejor, pero 17 opiniones de las que se pretende sacar un rédito político causa vergüenza ajena. No decimos que cada autonomía tire para su casa (que sí), ni que sus políticos son mediocres, tampoco afirmamos que el gobierno aparenta sostener una patata ardiendo, sino que por más reuniones que se hagan no hay acuerdo. ¿A qué se debe esta natural tendencia a no atender el interés y la salud colectiva de los ciudadanos?

Es cierto que la experiencia ante una epidemia desconocida es imposible de adquirir hasta que se la tiene encima. No obstante, hay que adaptarse a cada etapa y asumir con inteligencia la realidad. Si nos atenemos a los hechos de esta nueva normalidad todo es más o menos igual que antes del estado de alerta, pero "en sordina" y nos tiene a todos más preocupados. Ya nadie grita por la calle y menos aún, tose. Más de la mitad de los ciudadanos usa mascarilla y, aunque algunos nos parecen emboscados y otros indiferentes, lo cierto es que las miradas cobran una relevancia a la que no estábamos acostumbrados. Pareciera que las sirenas de las ambulancias bajaron el tono y el tránsito circula mejor. Además al inspirar el aire urbano sentimos que es más puro y la gente camina menos alocada y más embebida en sí misma. Algo está cambiando y resulta imprescindible que no se convierta en resignación sino que active la voluntad y la iniciativa. Pero para que ello ocurra es necesario ver que los gobiernos gestionan bien: unidos y solidarios.

Que socializamos menos es un hecho y la cuestión es mantener los afectos aunque no resultemos tan expresivos como antes; ello requiere un esfuerzo adicional. Mucho, muchísimo se ha escrito sobre el coronavirus y a pesar de ello es poco lo que conocemos para controlarlo y menos aún erradicarlo y apenas tratarlo. Así es como surge el confinamiento, que no puede ni va a ser eterno. ¿Cómo superar la crisis sanitaria? Algunos opinan que apelando a la concienciación social (aunque así, por cómo está de conflictivo el mundo, no resulta muy esperanzador), otros por la mejora de los tratamientos (y esto está por verse y depende de la experiencia, accesibilidad y resultados de los ensayos clínicos), muchos afirman que la vacuna será la panacea universal… Las últimas semanas están marcando la evolución epidémica con más de 80 000 nuevos contagios desde el 1 de julio al 13 de agosto, en pleno verano, y que es sustentado principalmente por la Atención Primaria sin que haya sido adecuadamente reforzada. En resumen, que con paños fríos no se apaga un incendio, no se trata solo de superar la epidemia sino, también, de lo que viene después.

MB

Ángel Gabilondo Pujol
Catedrático de Metafísica.
Universidad Autónoma de Madrid.
Exministro de Educación

De lo más común

Bien sabemos que no es lo mismo la memoria que el recuerdo. No se trata ahora, sin más, de traer a colación lo ya sucedido, lo que viene sucediendo, lo que nos sucede. Y si más bien algo hemos de hacer es conmemorar, que no es desde luego una celebración, y rememorar, que es comprobar hasta qué punto lo que pasó no es simple pasado sino que nos pasa, está en lo que somos, en nuestro propio presente.

Ya nada será igual. No solo estamos afectados, estamos concernidos. Para empezar, porque quienes fallecieron son tan nuestros como algo nuestro que se ha ido irremisiblemente. Hemos desfallecido con el dolor por su fallecimiento. Y nunca nos será indiferente. Y esta memoria reclama nuestra acción, nos hace reaccionar.

Hemos hecho esa experiencia, la de que por un lado se acrecienta la percepción de una singularidad y una soledad en cierto modo irreductibles y, a la par, la de la pertenencia a una comunidad, la de quienes conllevamos conjuntamente una suerte de destino común, la de vernos afectados por algo que nos sucede y, sin embargo, ocurre en otros. Esta modalidad para con la pérdida de vidas es tan concreta que en cierto modo altera nuestra propia existencia. Nos hemos sentido un tanto solos, sin embargo, como solitarios en comunidad. Y ello nos ha entrelazado a los demás en la misma medida en que nos ha mostrado la vulnerabilidad e inconsistencia, la fragilidad en la que consistimos.

Ello no siempre ha incrementado nuestros temores. Tal vez ha hecho brillar otros rastros de su presencia. Cada día hemos estrenado miedos nuevos. No simplemente ante la acechanza de aquello que solo se nos hace visible por sus efectos y, ni siquiera por ellos. No ha sido simplemente el temor ante lo desconocido, sino ante su capacidad de irrumpir en nosotros mismos, como si la enfermedad no fuera solo existencial sino profundamente corporal.

Es como si se nos hubiera aparecido nuestro propio cuerpo, con todo su esplendor y con todas sus limitaciones. Como si hubieran irrumpido otras vertientes de cada una de las modalidades y especialidades médicas, fisiológicas, neurológicas, psicológicas, incluso sociológicas. Como si el cuerpo prácticamente fuera tan definido como aglutinante de lo otro de él. Y así se ha visto afectado, incluso herido, nuestro cuerpo social. De este modo, las llamadas nuevas enfermedades del alma, son ahora un modo de resistir su dimensión corporal. Y esa experiencia no ha sido sin más algo personal, sino común, de lo que nos constituye como seres humanos.

Tal vez este espíritu, tan corporal, ha aflorado en cada confinamiento en múltiples manifestaciones. Para empezar en los afectos, tan determinantes, hasta intensos, abrigo y sostén de cada peripecia. Afectos muy concretos, singularizados, manifestados en una forma, en la de lo que nos hace fuertes y brilla por su ausencia, la de los brazos extendidos hacia un espacio, el de alguien otro, la del abrazo siempre por venir, el que es memoria incluso de lo no sucedido.

Sigue en página 6

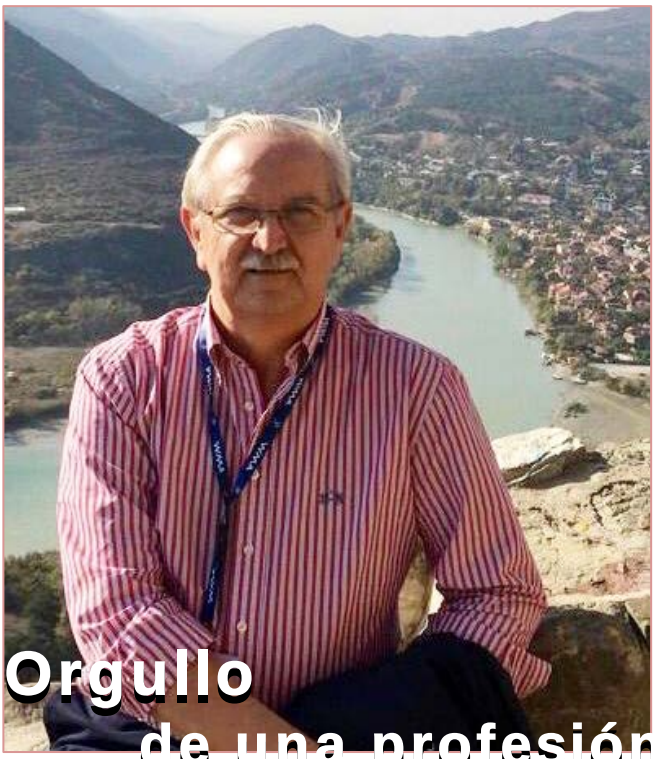
Y aquí el contagio ha alcanzado todo su poder. También etimológico, el de un contacto, una modalidad tantas veces ignorada, la de la caricia en el aire que no se agota en acto alguno. Como abrazamos nuestra suerte, o nuestra vida, como abrazamos lo que nos espera o lo que perseguimos.
Por eso no es solo contagiosa la enfermedad, también lo es la salud. Y por eso nos la deseamos al saludarnos, convocando una vida dichosa y plena, no simplemente la carencia de males.

El confinamiento también nos ha hecho partícipes del contagio en una serie de valores y en la redefinición de la escala de valores. Y ha vinculado de modo extraordinario la constitución de nosotros mismos y de los demás, con la constitución de una sociedad mejor. Y ello a través del cultivo del espíritu tan radicalmente imbricado en nuestra dimensión corporal. Y ese cultivo es cultura, la que hemos tratado de nutrir y que tanto nos ha acompañado. La oportunidad se ha vivido, quizás, como un modo singular, mientras a la par hay quienes no han tenido ocasión ni siquiera de saborear que es una forma de saber, dado el tiempo o el espacio del que no han dispuesto.

La memoria nos permite no simplemente añorar, también y sobre todo revivir, reconstruir y no solo volver, hasta lograr una verdadera memoria del porvenir. No olvidar es en gran parte agradecer, lo vivido y a quienes han hecho y hacen que seamos capaces, a quienes se han dado por nosotros. Esa donación altera los egoísmos y hace que cada individualidad presuntamente autosuficiente pueda venir a ser el anticipo de otras modalidades de contagio.
Plegarse sobre sí cobra su sentido como anticipo de su mayor despliegue. Cada ser humano es singular, irrepetible, insustituible, sin más distinciones y por eso nos perdemos en cada extravío y nos vamos con cada despedida. Hay otros modos de decirlo, pero siento que esta experiencia, siendo singular, ha sido y es de lo más común.

Ahora rememorar es también comprender lo que cabe esperar. No como una pasiva actitud sino como la acción para lograr que no pase lo que ha pasado, y para que hagamos que pase otra cosa. Nunca la necesaria confianza ha de ser la mera resignación. El pasado puede rebrotar y por eso la mejor respuesta es la respuesta con otros, por ellos. De ahí la responsabilidad. También se educa por contagio y necesitamos actitudes ejemplares, estímulos de una noción de la libertad, entendida como hacer lo que uno debe. Así la educación es responsabilidad. Y así la educación es cura y cuidado y cultivo de una sociedad mejor.

Serafín Romero Agüit
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos



Orgullo de una profesión

Se nos hace complejo escribir sobre una visión desde la profesión médica de lo acontecido en relación con la pandemia de la COVID-19 y reflexionar sobre cómo ha incidido en mi responsabilidad desde mi cargo de presidente del Consejo General de Médicos de España, cuando uno recuerda a los 61 compañeros y compañeras que nos dejaron, y a los muchos que se encuentran conviviendo con los efectos y secuelas.
Me ha resultado laborioso mirar atrás y contemplar la ingente actividad que en estos cuatro meses hemos generado en relación con la peor crisis de salud pública y sanitaria conocida en nuestro país en décadas. Pero si tuviera que definir con una palabra mi sentimiento ante esta situación esta sería la de orgullo. Orgullo de una profesión que una vez más ha vuelto a renovar su compromiso con la sociedad y lo ha hecho como mejor sabe hacerlo, anteponiendo al paciente por encima de cualquier interés, incluido en nuestro propio.
Mucho deberíamos haber aprendido y mucho deberíamos haber reflexionado para poder plantear un horizonte de mejora.

Hoy nos encontramos ante una situación de gran complejidad, que sigue generando gran incertidumbre y sobre la cual tenemos aún mucha ignorancia. Nos enfrentamos a un virus que tiene gran facilidad de expansión y una alta capacidad de producir infecciones graves. Y tiene un armamento genético que ocasiona una catástrofe terrible. No sabemos de su variabilidad, ni cuánto puede persistir en los próximos meses. Ni cuales son los mecanismos por lo que se produce un rápido empeoramiento brusco del paciente. No sabemos cuál es el tratamiento adecuado. Ni cual es la vacuna, si la tendremos y en qué tiempo.
Pero no quiero ocultar que es el futuro el que más retos supone desde el punto de vista organizativo, y donde más se precisa la contribución experta, comprometida y creativa de la profesión médica; porque el regreso a la normalidad va a ser presumiblemente un camino complejo, con altibajos, con idas y venidas; y porque esa normalidad va a ser diferente, necesariamente, de lo que antes existía.

Desde la profesión médica apostamos por una nueva oleada reformista que facilite cambios institucionales y organizativos… para atreverse a cambiar lo que todos sabíamos que debería haber cambiado. Y también para prepararnos para futuras amenazas, porque ya somos dolorosamente conscientes de nuestra vulnerabilidad ante pandemias en un mundo globalizado, que no habían sido ni consideradas ni atendidas convenientemente.

La retórica política de estos años sólo ha servido para adormecer la demanda creciente de reformas, dirigiendo la atención a “los sueños” de lo que el Sistema Nacional de Salud es o debería ser, en vez de asumir decisiones (y costes) y empezar a introducir los cambios necesarios. Están las hemerotecas llenas de diagnósticos y tratamientos y encontraran un gran vacío en el espacio destinado a la puesta en marcha de estos.

Sigue en página 8

No debemos salir de esta crisis de salud pública para volver a encontrarnos con la misma realidad que dejamos en marzo. Un Sistema Nacional de Salud sin recursos económicos suficientes para seguir manteniendo los criterios que nos hicieron ser referentes, unos estándares de resultados de alto nivel, a pesar de lo anterior, que no se engañen, son consecuencias del trabajo y el esfuerzo de los miles de profesionales sanitarios, los mismos que han sido capaz de doblegar una amenaza como nunca podíamos imaginar. La vuelta a unas listas de espera que van a suponer otro reto asistencial, la precariedad en el empleo y la falta de políticas de recursos humanos en salud, las bajas y deterioradas retribuciones, y un personal abatido, indignado y cansado tanto física como emocionalmente.

No estamos contentos con la situación actual; la profesión médica se siente maltratada y exige a los responsables políticos e institucionales que repongan la desinversión, que incrementen el músculo profesional, y que aporten retribuciones y calidad de empleo para que podamos seguir centrados en nuestra tarea, mejorando la medicina y el Sistema Nacional de Salud.

El presente nos genera una gran preocupación por la angustiosa situación producida por la saturación de los recursos asistenciales, la desprotección de los sanitarios y cuidadores, la falta de medios diagnósticos y humanos para la vigilancia y el control epidemiológico, y el propio daño económico y social del confinamiento.
Múltiples mensajes desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos han venido denunciando la situación de desprotección a la que hemos estado sometidos e igualmente hemos denunciado la escasez de pruebas diagnósticas que permitieran testar a tiempo a los infectados, especialmente a los asintomáticos y así evitar la cadena de transmisión de la enfermedad. Denunciar criterios de vuelta al trabajo sin garantías, ahuyentar conatos de estigmatización, y sentirnos impotente ante material distribuido y que no reunía las condiciones de seguridad han sido otras de nuestras acciones.

Reivindicar la contingencia profesional de la infección y promover que la profesión médica sea reconocida como profesión de riesgo han sido y son parte de nuestras reivindicaciones a las que no vamos a ceder. Se la debemos a nuestros compañeros que ya no están y a los muchos que han dado todo lo mejor de nuestra profesión.

Pero quisiera destacar también el compromiso institucional del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos para transmitir conocimiento, comunicación fiable y sentido de la responsabilidad profesional a todos los ciudadanos. Reconocer el esfuerzo, promover medidas higiénico-preventivas y abogar al compromiso de ciudadanía han sido parte de nuestros mensajes. Y también subrayar y destacar el papel de los Colegios de Médicos de España en el abordaje de esta pandemia.

Llevamos cien años demostrando en la práctica que los Colegios de Médicos y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, son excelentes plataformas para hacer que la medicina sea más segura, de calidad y decente, y para que los sistemas sanitarios sean más efectivos y sostenibles. Y en eso vamos a seguir trabajando para que se aborden todos los temas pendientes, desde la lealtad con las instituciones, pero con la firme convicción en la defensa de la asistencia sanitaria, de los ciudadanos y de los médicos.

Alfonso Canabal Berlanga
Jefe de Sección de Medicina Intensiva
Hospital Universitario de La Princesa

Parece tan lejano aquel 5 marzo de 2020 en el que ingresamos en la UCI nuestros primeros enfermos con distrés respiratorio por SARS-CoV-2.
Recuerdo el nerviosismo del equipo, de los propios pacientes, su escaso margen de maniobra, pues su saturación de oxígeno deterioraba muy rápido. La intubación y conexión a ventilación mecánica parecían lo único posible si queríamos conseguir una buena y segura ventilación pulmonar, nos preocupaba también el "aislamiento de la vía aérea para evitar los aerosoles".
Semanas después, por la necesidad imperiosa de enfermos afectados, tuvimos que utilizar espacios abiertos, máquinas de ventilación no invasiva reconvertidas, respiradores de transporte, de quirófano, además del 100% de nuestros respiradores invasivos. Ya no nos pudimos preocupar de la generación de aerosoles, simplemente era inevitable.

El número de enfermos iba creciendo cada día y tardaban en comenzar a mejorar, la situación más crítica llegó a finales de marzo, primeros de abril y fue común en todos los hospitales simultáneamente, lo que nos restó posibilidades de amortiguar la crisis y el abastecimiento. Nos comunicábamos todos los médicos intensivistas de Madrid por un chat que creamos en el que compartíamos nuestras necesidades de camas, nuestras dudas y también ese último artículo que parecía arrojar algo de luz sobre el "mejor hacer". Tratábamos con lo que en ese día se consideraba que tenía respaldo científico, era tan cambiante la evidencia…
Esa coordinación entre todos posibilitó que en Madrid se hicieran aproximadamente 200 traslados en UCI móvil desde un Hospital a otro para poder crear camas libres para otros enfermos que esperaban entrar en la UCI. El chat para coordinarnos no dejó de sonar día y noche durante meses y la solidaridad se notó fuertemente.

Cuando nuestra capacidad máxima habitual es para 20 pacientes críticos, llegamos a tener 55 pacientes críticos ventilados simultáneamente, casi todos con estancias prolongadas. El esfuerzo sería titánico, pero inicialmente no lo sabíamos. Se reconvirtieron quirófanos en puestos de ventilación y utilizamos otros espacios del hospital en puestos de vigilancia o cuidados intensivos e intermedios. Todo fue posible con la ayuda inestimable de servicios como Neumología y Anestesia, Medicina Interna, con todos ellos colaboramos como compañeros de batalla, nos mezclamos, sufrimos mucho, pero también nos sentimos acompañados. Fue importante también la colaboración de Otorrinolaringología, Maxilofacial, Psiquiatría y Rehabilitación. Todo el Hospital se utilizó para la COVID-19 y todas las especialidades atendieron lo que supuso en el mes de abril una situación sin precedente; el 100% de los enfermos ingresados del Hospital, eran enfermos con el virus. Hubo días que los médicos, prácticamente guardaban turno en la entrada de nuestro despacho para contar casos para ingresar en UCI.

Recuerdo llegar al hospital todos los días a las 07:15 h. para poder hacer recuento de enfermos críticos, respiradores ocupados, altas, ingresos, fallecidos, los que quedaron pendientes de ingreso y poder informar a las 08:00 h. a la Dirección del Centro, varias reuniones diarias de coordinación, mientras los

Sigue en página 10

adjuntos trabajaban denodadamente, así fue durante meses, sin conocer descanso posible, la salida del hospital sin hora fija. Al llegar a casa, medidas de aislamiento de tu propia familia, horarios diferentes de comida y toda la prevención posible por el miedo a un hipotético contagio. En la unidad se contagió el 40 % de la plantilla y eso provocó grandes dificultades de planificación y sustitución.

No ha sido una etapa fácil desde luego. He visto compañeros con mucho cansancio y ansiedad, experimentados profesionales con llanto por la tensión acumulada, pero se crecieron para seguir luchando y dieron lo mejor de sí mismos, el orgullo es lo que siento por todos ellos. Todo con una situación lo más parecido a una guerra en la que las múltiples víctimas, el daño emocional y físico se combinan con una desproporción de medios y necesidades que obliga a reinventarse cada día e intentar atender al mayor número de enfermos, procurando ser justo, no maleficente y que la atención, en esa situación de emergencia sanitaria, no se despersonalice, evaluando caso por caso, y que el drama humano no te haga perder la objetividad ni te reste fuerzas para guiarte por unos criterios científicos, cambiantes por otra parte.

Ahora simplemente deseo que nadie viva una experiencia parecida, pero parece que nos reencontraremos con el virus nuevamente, libraremos más batallas, ahora más preparados y experimentados, venceremos.

Pero una vez hablado de nosotros, quiero hacerlo también de los enfermos y familiares. Ingresaban temerosos, angustiados, pero con confianza, sabían que haríamos lo máximo posible por salvarles y que estábamos preparados. La confianza seguirá siendo un pilar fundamentar en la relaciones de la asistencia sanitaria. Los familiares estaban apartados en una situación deshumanizada de aislamiento causada por un virus que nos ha hecho retroceder décadas en las iniciativas de la “UCI de puertas abiertas, acompañamiento y humanización de la sanidad”.
Ha sido inevitable, pues epidemiológicamente era necesario en los tiempos de mayor alarma, pero tendremos que “reconstruir” después.

Los familiares también confiaron en nosotros, les atendimos por teléfono, siempre mostraron su agradecimiento emocionado, a veces conseguían contagiarnos su emoción. Sabemos que lo han pasado muy mal y les agradeceremos siempre sus muestras de gratitud, sus aplausos. No podremos olvidar algunos nombres de enfermos y familiares luchadores que sufrieron situaciones extremas, alguno de los cuales ya no están entre nosotros, pero de alguna manera si lo estarán en el recuerdo durante el resto de nuestra vida. Un gran porcentaje de los enfermos sobrevivieron y en cada alta de la UCI experimentábamos la compensación necesaria.

Hemos aprendido que nuestra profesión de médico es muy valorada, la medicina crítica o intensiva ahora es más conocida, tradicionalmente ignorada, también que el compañerismo es un regalo que no se debería perder nunca. Si ignoramos la visión del bien común en el mundo de la medicina especializada, perdemos también frescura y felicidad, evitémoslo.

Desde el punto de vista humano, la reflexión es que somos contingentes, más vulnerables de lo que nos creemos, el sufrimiento y la enfermedad están a la vuelta de la esquina y por ello debemos priorizar en la prevención, reforzar nuestro sistema público de salud que tanta confianza genera y dotarnos de los recursos humanos y tecnológicos mejores, para seguir siendo un sistema envidiable, fuente de conocimiento, bienestar, reparación y justicia.

Juana Samper Ospina
Corresponsal en España de *El Tiempo*
(Colombia)

Unidos en la separación

Se oían rumores. Algunas personas –pocas, y sobre todo asiáticas– empezaban a usar mascarillas. Las noticias provenientes de Italia, y antes de China, eran preocupantes. En Madrid ordenaron cerrar las instituciones educativas. Pero no entendíamos bien lo qué sucedía y ni imaginábamos lo que nos esperaba.

Jueves 12 de marzo. Mediodía. Por primera vez intuí con algo de realismo la gravedad de la situación cuando unas amigas me comentaron que cerrarían la ciudad. ¿Cerrar la ciudad? ¿Cómo se hace eso? ¿Dónde está la puerta? Y, sin entender aún bien, entré en pánico. No me lo produjo el coronavirus, que todavía era amorfo, sino la posibilidad de que me separaran de mi hijo mayor, que dos meses atrás había comenzado un proyecto laboral en Colombia, país en el que nací. Lo llamé. Llamé a mi padre, que también estaba en Bogotá. Quería irme para allá con mi esposo e hijo menor. No podían separarnos.

Ellos no entendieron mi alarma y me tranquilizaron: no viajamos. Es difícil comprender el virus si no está a la vuelta de la esquina. Eso lo confirmé a lo largo de los siguientes días, cuando realizaba mi trabajo como corresponsal en España del principal diario colombiano.

Al comienzo me pedían mucha información sobre el estado de alarma y el zarpazo de la enfermedad. La veían lejana, pero sentían solidaridad con la madre patria. Empatía, compasión. Escribí siempre con la intención de que vieran lo que sucedía aquí para que no cometieran los mismos errores allí. Era angustioso ver que seguían por un camino similar. Creían que no vivirían lo mismo porque en Colombia se habían tomado medidas antes, pero no comprendían la velocidad –la inmensa, incontrolable velocidad– de la propagación del virus.

A estas alturas, y cuando aún estamos en plena lucha, es difícil evaluar posturas y medidas. Tampoco se trata de eso. No tengo autoridad ni conocimiento para juzgar. Por ahora en España se multiplican los rebrotes y Colombia sube hacia el pico, tras cinco meses de confinamiento, el más largo del mundo.

Once días después de la proclamación del estado de alarma en España, se decretó el confinamiento en Colombia. En diferentes zonas del país se han tomado medidas variadas y muchas de ellas, desesperadas. Una modalidad fue bautizada como “pico y cédula” y consiste en turnar las salidas de la gente a actividades fundamentales (comprar comida o medicinas, por ejemplo), según los números finales del DNI (la cédula de ciudadanía). Otras fueron el “pico y género” (en las que las mujeres salen unos días y los hombres, otros) y el “pico, cédula y género”, el más restrictivo. También se han separado barrios y les asignan periodos con permiso alternos para salir. A ellas se han sumado varios toques de queda y leyes secas. El espacio aéreo se cerró el 19 de marzo por lo menos hasta septiembre.

Sin embargo, en contraste con estas medidas que buscan reducir las relaciones entre los ciudadanos, el gobierno decidió cumplir su promesa de no cobrar IVA tres días a lo largo de 2020. El primero fue el viernes 19 de junio.

Sigue en página 12

Las fotos de muchedumbres entrando a las tiendas, como si comenzaran las rebajas, abochornan. Las filas ante las cajas se extendían por varios metros y la gente no guardaba ninguna distancia. El coronavirus se frotaba las manos.

No es fácil cerrar un país como Colombia, donde entre el 30 y el 50 por ciento de la población se dedica a la economía informal (la economía sumergida) y carece de seguridad social. Miles de presos fueron enviados a prisión domiciliaria cuando el virus llegó a las cárceles. El gobierno reparte mercados y ofrece algunos subsidios, pero está lejos de cubrir a la población más necesitada. Y el sistema hospitalario es bastante precario.

Aunque los contagios aumentan exponencialmente, la tasa de letalidad en Colombia (fallecidos respecto a confirmados de contagio) es un poco superior al 3 por ciento. En España se acerca al 10 por ciento. Con seguridad, en el futuro se producirán estudios que expliquen las razones de este y otros fenómenos. Y se verá el desenlace que todavía es incierto.

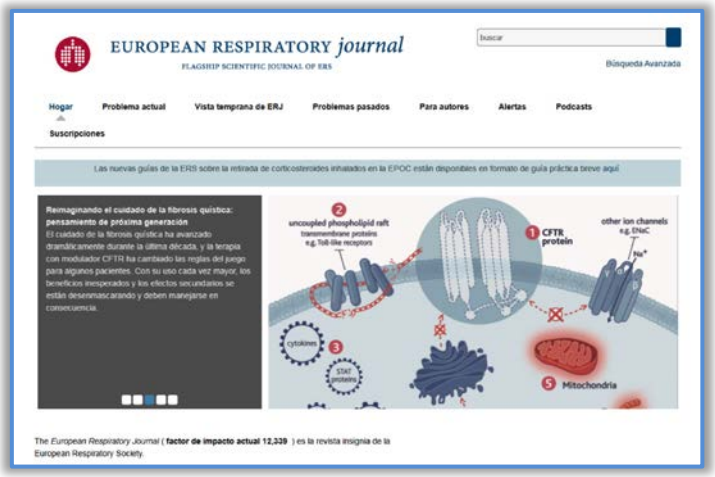
Lo que sí es cierto es que la COVID-19 ha sido el virus de la separación. Separó familias, como la mía, que muchas veces tienen un océano de por medio y otras, un simple e irrompible tabique. Separó ciudades, municipios, países. Separó a los enfermos. Separó, aún más, a los ricos de los pobres. Separó los valores entre los imprescindibles, como la salud, y los que nos envolvían antes, como el consumismo. Con el coronavirus entendimos también que todos unidos tenemos que separarnos. Que la separación hace la fuerza.

Noticias en red I

COVID-19 y epidemiología de la tuberculosis

Esto se debe a que la tuberculosis es una enfermedad social: las personas más pobres que viven en zonas densamente pobladas corren un mayor riesgo de contraer tuberculosis. Se afianza con la pobreza al aumentar los costos, reducir ingresos y causar estigma y discriminación. La pobreza es el factor clave de la pandemia de tuberculosis y con estudios que demuestran cómo las tasas de incidencia de la tuberculosis aumentan y disminuyen con medidas de desarrollo socioeconómico y protección social. Por el contrario, las medidas de atención biomédica no han tenido un impacto detectable en la incidencia de la tuberculosis, a pesar de ayudar a salvar millones de vidas. Si las estimaciones descritas anteriormente se confirman trágicamente, la historia nos advierte que pronto se espera un aumento dramático en la incidencia de tuberculosis.

Es probable que el COVID-19 tenga efectos catastróficos sobre la tuberculosis, otra pandemia mundial. La tuberculosis ha sido durante mucho tiempo la principal causa de muerte infecciosa del mundo, hasta que el 1 de abril de 2020, COVID-19 superó a la tuberculosis como la enfermedad infecciosa que mata a la mayoría de las personas por día. No es una coincidencia que las áreas del mundo que se prevé que se verán más afectadas por las consecuencias sociales y económicas del COVID-19 sean también las áreas con la mayor carga de tuberculosis.



Santos Castañeda Sanz
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de La Princesa

Veinticuatro días ...y tantas noches

Después de casi cuatro meses tras mi ingreso por COVID en mi lugar de trabajo y querido hospital, me decido a escribir unas líneas para narrar mi experiencia como paciente durante la pandemia de la COVID-19. Desde un punto de vista clínico, diría que mi ingreso podría dividirse en 4 fases: 1) prodrómica, 2) fase de estado o crítica, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), 3) fase de hospitalización o resolución, 4) días posteriores al alta.

La fase prodrómica fue realmente breve, apenas unos días, y coincidió con la explosión de la epidemia en España y en Madrid. Es difícil establecer el momento y lugar exacto del contagio. El 10 de marzo comencé con síntomas inespecíficos y atípicos. Los días siguientes los pasé de cuarentena domiciliaria, acudiendo a Urgencias tres días después, desde donde me ingresaron por infiltrados pulmonares bilaterales y baja saturación de oxígeno.

Las horas que pasé en Observación fueron extrañas, percibía ya un miedo escénico sin precedentes, preludio del que sentiría los siguientes días. De hecho, ese mismo día se declaró por la noche el estado de alarma nacional y se suspendieron todas las visitas a pacientes ingresados.

De mi primera estancia en la planta de Medicina no recuerdo mucho más, solo el aislamiento que mitigaba con llamadas telefónicas a las personas más queridos y mensajes por *WhatsApp*, que mantenían mi esperanza. En este punto quiero recordar que, consciente ya de mi fragilidad, consulté con dos amigos reumatólogos de plena confianza, uno español y otro italiano, y ambos me recomendaron que si empeoraba mucho me pusieran tocilizumab (TCZ), un anticuerpo monoclonal humano frente a interleucina (IL)-6, que estaba mostrando resultados favorables en situaciones críticas, y así se lo expresé al adjunto de Medicina, aunque todavía no habían tratado a nadie de la COVID-19 con ese fármaco, por lo que dejé constancia de mi deseo por escrito y firmé un consentimiento para que me lo aplicaran como terapia compasiva.

Al segundo día del ingreso me bajaron a UCI y al poco de estar allí, los adjuntos de guardia me transmitieron que debían intubarme porque necesitaba ventilación mecánica. La situación respiratoria era bastante crítica, y no quedaba más remedio. De ese momento crucial solo retengo una cosa: la precipitación con la que acontecían las cosas y que me obligaba a afrontar una situación única de la que no sabía si despertaría o no. Fue un momento difícil.

Entramos así en la segunda fase "crítica" que fue la más prolongada y donde se iban a producir los hechos más relevantes. De mi primera fase en UCI, no recuerdo casi nada. Todo lo que sé de esos días me ha sido relatado posteriormente por terceras personas. Pero sí sé que los primeros días de mi ingreso en UCI corrió el "bulo" (*fake news*) de mi fallecimiento, que afortunadamente no ocurrió gracias a los cuidados y profesionalidad de todo el personal de la UCI y algunas otras especialidades.

Sigue en página 14

Tras esa fase de penumbra ya olvidada, pasé a la fase de traqueotomía y extubación, también en UCI, que duró 5-6 días, días intensos y llenos de recuerdos y vivencias en los que apenas conseguía dormir, a pesar de los sedantes que me inyectaban. He de decir que mis recuerdos de esos días son numerosos, y para nada negativos, matizados eso sí, por fantasías y situaciones imposibles, efecto de la medicación administrada, la cual dulcificaba esos duros momentos. De esos días, me gustaría resaltar algunas imágenes que perduran en mi memoria.

La primera era la tensión y nerviosismo de todos los allí presentes. Eran días frenéticos donde recuerdo al personal extenuado, con jornadas increíbles y turnos imposibles, pero con un gran espíritu de cooperación. Y también el miedo, había mucho temor al contagio, promovido en gran medida por el escaso y defectuoso material del que se disponía. Esos días redescubrí la profesionalidad y entrega de muchas enfermeras/os, auxiliares y personal sanitario en general; todos los apoyos eran importantes.

Las sonrisas y palabras eran algo mágico. Recuerdo con emoción a la enfermera que me encontró las gafas para ver, o a la auxiliar que me afeitó con extremo cuidado. Esos logros irrelevantes eran pasos de gigante. Y por supuesto a la médica encargada de mi caso, esperaba su visita y palabras con verdadera ansiedad. Mención especial merecen las fisioterapeutas que en días tan delirantes aparecían en cualquier momento y te aproximaban a una realidad distinta que se acercaba. Y qué decir de las visitas diarias de algunos compañeros infiltrados. Recuerdos imborrables que perduran en mi memoria.

Mi vuelta a la planta fue tremendamente dura. Quizás uno de los peores momentos. En realidad, pasaba de unos cuidados “a medida”, a una planta anónima donde solo era un paciente más, en los que la enfermería y auxiliares estaban desbordadas e imbuidas por una sensación de pánico y angustia compartida en los peores días de la epidemia. Asimismo, el ingreso en planta me empujó de forma brusca al mundo real, abrumado con las malas noticias que llegaban, donde todo era la COVID-19. En la televisión no se hablaba de otra cosa, y en las puertas del mortuorio se acumulaban los ataúdes de los pacientes fallecidos. También allí descubrí los aplausos de las ocho y el cariño de la gente. En esta fase recuerdo también al personal de la limpieza, que cumplían con rigor lo que se les encargaba en primera línea de fuego. Por primera vez, era consciente de la suerte que tenía de seguir vivo y el extraordinario apoyo de todo el mundo. Y siempre, el soporte de mis seres queridos, esencial para “resistir” y no derribarme en ningún momento.

La salida del hospital en Semana Santa fue el último reto al que me enfrentaba, en una semana terrible de confinamiento general. Es la fase de rehabilitación domiciliaria. He de reconocer aquí que también tuve mucha suerte, por el gran apoyo familiar y de los compañeros que seguían mostrándome su cariño. Si hacemos epicrisis de todo lo ocurrido, diría que el bagaje global ha sido positivo y la experiencia vivida realmente excepcional. Solo puedo tener palabras de agradecimiento para mi familia y todos los profesionales que me atendieron: médicos, enfermeras, auxiliares, celadores y personal de limpieza, por todo su cariño y dedicación. A todos mis compañeros por estar siempre pendientes. Al hospital en su conjunto, por su constante apoyo, lo que ha facilitado mi vuelta temprana al trabajo, incluso con más ilusión que antes.

Los que hemos tenido la suerte de sobrevivir a esta pandemia tenemos una deuda aún mayor con los que se fueron, no los podemos olvidar. En verdad, tenemos todavía mucho que aprender. A todos, muchas gracias.

Francisco García Río
Jefe de Sección de Neumología,
Hospital Universitario La Paz.
Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma de Madrid

SENSACIONES

Aparentemente, tal como vino, se fue. Al menos, la primera oleada. Sin embargo, todavía no logramos liberarnos de la incertidumbre e incluso de cierto grado de angustia en este tiempo de espera entre la tempestad y el cada vez más fundado temor a nuevos rebrotes.

Está claro que la información recibida desde China y quizá las alarmas no suficientemente valoradas procedentes de Italia no permitieron hacernos una idea del brusco y radical cambio que iban a experimentar nuestras vidas durante los peores meses de la crisis por la COVID-19.

En las siguientes líneas, únicamente pretendo plasmar algunas sensaciones experimentadas desde la primera línea asistencial, a flor de piel (supuestamente protegida por los sucesivos EPIs disponibles). Reconocidos los distintos niveles asistenciales frente a la COVID-19 (Atención Primaria, urgencias, hospitalización convencional y áreas de críticos), debo precisar que mi experiencia personal, al igual que muchos compañeros de mi servicio, se ha centrado en la atención de plantas de hospitalización convencional con algunos pacientes semicríticos.

Uno de los primeros aspectos que me sorprendió fue la rapidez con la que logramos modular el tiempo dedicado a nuestros quehaceres profesionales habituales (asistencia no-COVID, docencia e investigación) para centrar la mayor parte del tiempo y energía en la situación sobrevenida. Todavía hoy me sigue llamando la atención la agilidad con la que la obvia heterogeneidad y disparidad de intereses de los profesionales de un hospital universitario y de un centro de investigación sanitaria se focalizó en un reto común. También recuerdo el vértigo que supuso la adaptación de todo un hospital de primer nivel para convertirse en pocos días en un centro monográfico de COVID-19, descubriendo inimaginables espacios con posibilidades asistenciales y adaptando cualquier estructura a una única finalidad. Desde luego, todo este proceso sólo fue posible gracias a una entrega absoluta de todos los profesionales sanitarios, que logramos superar los problemas derivados de una gestión voluntarista pero seguramente mejorable en la planificación y desde luego en la previsión. Muchos de nosotros mantenemos la percepción que en algunos momentos sobraron capitanes y faltaba tropa para la batalla.

Más allá del significado etimológico del término colapso, que entiendo no corresponde exclusivamente al “colapso estructural de los edificios”, experimentamos como nunca una situación que, cuanto menos, hizo tambalearse al sistema sanitario. Frente a la sensación previa acumulada a lo largo de años, en los que el sistema de salud mostraba una sorprendente capacidad de resistencia para soportar diversas situaciones y factores de tensión, la COVID-19 puso de manifiesto dónde estaban los límites. Desde mi punto de vista, la evidencia más clara en este sentido procede de las medidas extraordinarias que modificaron las estructuras organizativas del hospital, en las que la distribución en servicios clínicos y asistenciales fue sustituida por células multidisciplinarias y autónomas con capacidad de autogestión para garantizar una asistencia ininterrumpida, 7 x 24. Posiblemente, este cambio tan drástico no fue suficientemente percibido por todos nosotros, inmersos en cierto grado de desorientación temporal debido a la sucesión de turnos de trabajo que trascendían la estructura de una semana convencional.

Sigue en página 16

Alguna percepción más. Desde luego, la importancia adquirida por la patología respiratoria y, más concretamente, por la insuficiencia respiratoria, que permitió poner de relevancia el destacado papel de los cuidados semicríticos. Frente a la "información" generada en los meses previos desde China, creo que en la inmensa mayoría de nuestros hospitales se alcanzó un necesario reconocimiento de la importancia de las UCRI de Neumología para evitar intubaciones y procedimientos de ventilación invasiva, resultando exitosas en un buen número de pacientes.

Por otra parte, y como dice un viejo axioma, en las crisis se evidencia lo mejor y lo peor de cada cual. De todo ello, sin duda, me quedo con la impresionante generosidad y disponibilidad mostrada por todos los profesionales del hospital. Aunque no fue una sorpresa en absoluto, el papel desempeñado por la enfermería en esta crisis fue impresionante. Me guardo muchos ejemplos de motivación, implicación y abnegación que no son difícilmente perecederos. También el paso delante de nuestros médicos residentes, que asumieron tareas y responsabilidades desde los primeros días y, sobre todo, la implicación de compañeros de otras especialidades, en muchas ocasiones muy alejadas del ámbito de las enfermedades respiratorias. No puedo dejar de tener presente la implicación de endocrinas, digestólogas, cardiólogos e incluso ginecólogas, oftalmólogos, urólogos, cirujanos cardiacos, patólogos o psiquiatras en la asistencia de enfermos hospitalizados por insuficiencia respiratoria. Pensar en una situación recíproca ante una crisis de otro origen me da vértigo.

Por último, no quiero dejar de mencionar la sensación de soledad en medio de una situación de caos. En primer lugar, y sobre todo, la desgarradora soledad de los enfermos. Pese a todos los esfuerzos realizados, permanecieron demasiado solos durante su hospitalización y, desgraciadamente, incluso durante sus últimos momentos de aquellos que no sobrevivieron a la COVID-19. En segundo término, la soledad del clínico en algunas tomas de decisiones. Ante la lógica falta de evidencia e incluso ante la controversia sobre la misma y la indefinición de muchos de los protocolos generados por distintas instancias, a veces se hacía difícil tomar decisiones sobre el manejo de algunos pacientes; por último, la soledad del exterior. Frente al colapso del hospital, todavía conservo en la retina la imagen, sobre todo por las tardes y las noches, de una gran arteria urbana como el Paseo de la Castellana completamente vacío, lo que amplificaba la sensación de desolación.

En cualquier caso, como decía al principio, sorpresivamente esta primera oleada desapareció casi con la misma rapidez con la que llegó. No obstante, permanece la sensación de espera ante lo que vendrá, como vigías tras el primer envite de un maremoto. Desde luego, parece claro que ni el número ni los recursos de estos vigías (rastreadores) es el deseable. Pero esta es otra historia que habrá que valorar según vayan las cosas.

Elena Español Pueyo
Periodista

Los primeros meses del año 2020 habían sido extraños desde el punto de vista informativo por las noticias que llegaban, primero de China y más tarde de Italia acerca de un nuevo virus llamado SARS-CoV-2, que en su versión más grave provocaba neumonías importantes. Sin embargo tengo la impresión de que en general, en España y yo misma, lo percibíamos todavía lejano, algo anecdótico que habitualmente leemos en los periódicos y que pasa en otras partes del mundo. Y además queríamos creer que afectaba a las personas de forma leve; nos aferrábamos a lo que algún corresponsal muy conocido, aludiendo a fuentes médicas, había descrito como una simple gripe.

Sin embargo, y a pesar de todo ello, desde el Hospital de La Princesa, que es donde yo trabajo como jefa de prensa, en los últimos días de febrero y primeros de marzo recuerdo ya cierta intranquilidad provocada por algunos casos de pacientes afectados por el virus que comenzaban a acudir al Servicio de Urgencias, e incluso alguno quedaba ingresado. Reinaba esa calma tensa que precede a las grandes tempestades: muchas reuniones, constitución de comisiones de expertos, elaboración de protocolos, reserva de camas, creación de circuitos de pacientes afectados por el SARS-CoV-2 que enseguida pasó a ser nombrado como la enfermedad que provoca, la COVID-19. Todo por si acaso, pero pensando que quizá fuera como la experiencia vivida años antes con otros coronavirus que desaparecieron: el SARS en 2002 o Síndrome Respiratorio Agudo Grave o el MERS-CoV en 2012 o Síndrome Respiratorio de Oriente Medio. En definitiva “nos estábamos preparando para lo peor, para que ocurriera lo mejor”.

En medio de todo esto, me acuerdo especialmente del día 3 de marzo en el que asistí emocionada a recoger el premio Sanitarias 2020 que la publicación *Redacción Médica* me otorgó en la categoría de Comunicación. Y allí, en un auditorio lleno de personalidades del mundo de la salud de todas partes de España, de nuevo se percibía cierta tensión en el ambiente. El Ministro de Sanidad Salvador Illa, que había sido invitado a clausurar la gala, pronunció su discurso al principio de la misma en lugar de al final, alegando que debía asistir a una importante reunión en el Palacio de La Moncloa sobre la gestión del virus que provoca la COVID-19. Y por otra parte la Consejera de Salud del País Vasco, Nekane Murga, también premiada en la categoría de Administración, realizó su intervención por videoconferencia ya que la situación de la COVID-19 en su región, y especialmente el número de afectados en el Hospital de Txagorritxu de Vitoria era realmente preocupante y no había podido viajar a Madrid a recoger el premio.

Solo ocho días después, el 11 de marzo, llegó la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud y el 14 de marzo, el decreto del Gobierno de España del estado de alarma en nuestro país. Nunca imaginé que podía experimentar algo así en mi vida, ni que afectara tanto a mi trabajo como periodista sanitaria. De repente, en nuestro hospital solo había ingresos de pacientes afectados por coronavirus, superaban con mucho el límite de capacidad del centro, en las plantas de hospitalización, en Urgencias, en la UCI, en quirófanos, en salas de espera, en nuevos lugares habilitados para ello,… Y sin embargo, extrañamente, en los pasillos reinaba un estremecedor silencio, y mucha, mucha soledad. Esta imagen de asolación acude muy a menudo a mi mente; era otro hospital.

Sigue en página 18

Mi trabajo habitual giró 180 grados. Los medios de comunicación no podían acudir como lo hacen habitualmente a realizar sus entrevistas o reportajes, pero sus peticiones eran incesantes, reclamando información y presencia de expertos que pudieran arrojar luz sobre la evolución de la pandemia y el nuevo virus. Busqué portavoces entre los profesionales que, al principio acudían a platós de televisión o a estudios de radio, pero más tarde atendían a los medios por videoconferencia o por teléfono. Como siempre, pero quizá un poco más, los profesionales de La Princesa dieron, dimos la talla, también desde el punto de vista informativo. Personal directivo, médicos de diferentes especialidades, farmacéuticos, investigadores, profesionales de enfermería, administrativos, técnicos, celadores, etc. Y no sólo ellos, también los pacientes. Todos atendieron mis peticiones de participación mediática y durante los meses de marzo, abril y mayo, el hospital estuvo presente en 25 noticias de telediarios de diferentes cadenas autonómicas y dos internacionales, 3 reportajes en programas como El Objetivo o España Directo, un reportaje de 10 minutos en la Agencia Efe, 8 entrevistas a profesionales en cadenas de radio nacionales y autonómicas, 2 extensos reportajes fotográficos para medios digitales, 5 noticias en prensa impresa nacional, autonómica e internacional y 5 noticias de producción propia en la web del Hospital. Desde los diferentes centros y coordinados por la Consejería de Sanidad de Madrid, ofrecimos a la sociedad a través de los medios, la realidad de lo que estaba ocurriendo en los hospitales. Quiero destacar también el respeto con que mis colegas de los medios de comunicación trataron la cuestión.

En este relato no puedo obviar que el día 29 de marzo comencé a sentirme mal, me dolía la cabeza y empecé a toser. Rápidamente intuí que desde ese momento yo pasaba a formar parte del tanto por ciento de personal del Hospital de La Princesa afectado por el maldito virus. Lógicamente me tuve que marchar a mi casa de baja, donde permanecí hasta el 30 de abril, día en el que por fin mi PCR fue negativa. Confieso que a pesar de que mis síntomas nunca fueron muy alarmantes, tuve miedo a enfermar seriamente como tantos pacientes que había visto en los días precedentes, y aunque seguí gestionando lo que podía desde mi confinamiento domiciliario, también sentí rabia e impotencia por no poder seguir ayudando con mi presencia en el hospital. Quiero en este punto tener un recuerdo muy cariñoso para todos los compañeros que como yo se infectaron, aquellos que lo pasaron francamente mal, hospitalizados, en la UCI o en sus casas, y sobre todos ellos destacar a Leopoldo Pérez, para nosotros Leo, uno de nuestros radiofísicos que no lo pudo superar.

Sería injusto no hablar de los pacientes, de nuestra razón de ser como centro sanitario, de aquellos que han sufrido y siguen sufriendo en sus carnes la ferocidad del coronavirus y que entre todos nosotros, los profesionales del hospital hemos intentado curar, aliviar, acompañar, consolar, informar, aplaudir o llorar con ellos o con sus familiares. Muchas veces desde la impotencia, pero cada uno ha sido único. Mi homenaje más sentido a todos los fallecidos.

Como decía al principio, nunca habría podido imaginar que viviría y formaría parte desde el ámbito de la comunicación, de la gestión de la crisis de la COVID-19, me atrevería decir la mayor crisis que está sufriendo nuestro país en la época reciente, pero tengo que reconocer que a pesar de todo, salgo reforzada y muy orgullosa de formar parte de la familia del Hospital de La Princesa, mi hospital.

Florentino Pérez Raya
Presidente del Consejo General de Enfermería

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un durísimo golpe para la sanidad a nivel mundial, que se ha tenido que enfrentar a una de las crisis más duras de la historia reciente y que se ha cobrado ya miles de vidas a lo largo y ancho de la tierra. Durante estos meses, los profesionales sanitarios de toda España, entre los que nos encontramos las 316.000 enfermeras y enfermeros, nos hemos enfrentado a momentos durísimos que no vamos a olvidar jamás.

Con la llegada de los primeros casos, vimos cómo nuestro sistema sanitario, ya de por sí devaluado por los recortes que veníamos sufriendo durante años, vivía un durísimo golpe.

Vimos, en definitiva, cómo la pandemia mundial sacudía a los españoles de una manera mucho más brusca e intensa que en otros países y nos enfrentamos a la inexperiencia del Gobierno en este ámbito, pero también a una mala gestión desde el principio de la crisis. De hecho, desde la institución que presido tuvimos que tomar medidas muy duras para defender y salvaguardar la salud de todos los profesionales sanitarios. En momentos así, no podíamos permitir que las enfermeras y enfermeros de nuestro país, así como los médicos, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, celadores, farmacéuticos, fueran a la guerra sin escudos. Porque eso, en definitiva, fue lo que pasó. Se los expuso a una atención sin precedentes y se hizo sin proporcionarles los materiales de protección adecuados.

Así, totalmente desprotegidos y sin las mascarillas, guantes o EPIs necesarios para evitar el contagio, las enfermeras tuvieron que enfrentarse a la COVID-19. Y lo han hecho de manera magistral, cuidando y apoyando en todo momento a los pacientes. Porque nosotros sabemos que la palabra cuidar forma parte de nuestro ADN y así lo hemos demostrado diariamente durante estos meses. Estas condiciones supusieron que el 20% de los infectados en España fuesen profesionales sanitarios, con la grandísima merma para el sistema que esto suponía. A ellos se unía un escenario con bajas laborales, mayor estrés entre los que continuaban trabajando y un medio hospitalario totalmente modificado para hacer frente a la pandemia.

La falta de pruebas diagnósticas para detectar posibles contagios a tiempo y el agotamiento físico y mental de las enfermeras han hecho y harán que muchas de nuestras compañeras y compañeros sufran a corto, medio y largo plazo unas secuelas imposibles de borrar. Eso, sumado a la pérdida de vidas y a la impotencia por no poder hacer nada más, nos traslada a un escenario desolador. Un escenario que, con la responsabilidad de todos, esperamos no repetir porque sería un duro golpe final para todos esos profesionales exhaustos y agotados.

Aprovecho estas líneas para recordar a nuestras cinco compañeras fallecidas a causa del virus. Cinco compañeras que dieron todo y más por los pacientes y por sacar adelante al país en los peores momentos y que ahora dejan su recuerdo en cada uno de nuestros corazones.

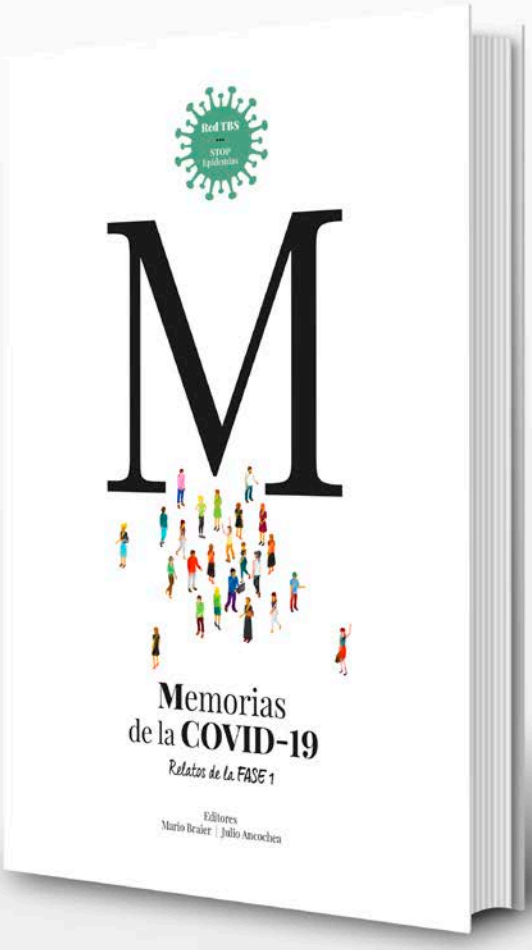
Sigue en página 20

Tuve la oportunidad de acudir al funeral de Estado organizado en el Patio de Armas del Palacio Real de Madrid. Fue allí, en medio de un precioso silencio de homenaje, donde Aroa López, enfermera del Hospital Vall d'Hebron (Barcelona), puso en el centro del mundo a la profesión enfermera. "Nos hemos tenido que tragar las lágrimas cuando alguien nos decía: 'No me dejes morir solo'". Así, con esta frase, nuestra compañera explicó de manera magistral todos los sentimientos que han pasado por la cabeza de todos esos sanitarios que han trabajado cara a cara contra el coronavirus.

También hemos visto y escuchado durante estos meses de confinamiento a las ocho de la tarde los aplausos y alabanzas de toda la población desde sus balcones o ventanas. Aplausos que, ahora, deben convertirse en una apuesta clara y concisa por la profesión. De nada sirve aplaudir si luego las instituciones no entienden que el sistema sanitario español necesita aumentar la contratación de enfermeras y enfermeros para llegar a la ratio media europea. Hay que reforzar las plantillas a nivel de hospital, pero también en los centros de salud de Atención Primaria porque ellos serán la primera línea en el control y la prevención de la pandemia, y por tanto la barrera de entrada del virus al sistema. La Atención Primaria será esa barrera principal que debe detectar los casos y hacer el seguimiento de los posibles contagiados asintomáticos para evitar un nuevo colapso.

Además, es importante recordar también esos aplausos para concienciar a la población de que tras ese reconocimiento espontaneo que se hacía día tras día; ahora es el momento de ser responsables y cumplir con las medidas sanitarias. Mascarilla, distancia interpersonal de 1,5 a 2 metros y una buena higiene de manos son los tres puntos clave para evitar el contagio.
No podemos dar un paso atrás y los profesionales sanitarios no merecemos que aquellos que nos aplaudían con una sonrisa todas las tardes ahora se olviden de estos momentos y salgan a la calle sin cumplir ninguna de las recomendaciones.

Nosotros estaremos como siempre con vosotros, pero frenar la expansión de la pandemia es cosa de todos y ahora, más que nunca, necesitamos estar unidos porque, sin duda, juntos es la única manera de afrontar el futuro, la concienciación e implicación de todos los ciudadanos en las medidas de prevención es la clave en esta pandemia.



Edición impresa con los relatos publicados durante la FASE 1

Prólogo:
Prof. Federico Mayor Zaragoza

Reflexiones:
Prof. Diego Gracia Guillén

El libro, de distribución gratuita, estará a disposición del público a partir de septiembre de 2020

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
Memorias de la COVID-19

Consejo Editorial:
Julio Ancochea Bermúdez
Mario Braier
Javier García Pérez
Anna Borau Miñarro

Contacto: memoriasdelacovid19@redtbs.org
Coordinador: Mario Braier
ISSN: 2660-7263

La Red TBS respeta la opinión de los firmantes

Memorias de la COVID-19

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad – Red TBS

Ediciones nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 en formato digital en nuestra web:

www.memoriasdelacovid19.org

con los relatos personales de profesionales y pacientes, protagonistas de esta inédita crisis sanitaria que cambiará el paradigma de la sociedad global

Próximo envío de Memorias de la COVID-19 el 28 de agosto de 2020

Noticias en red II

LA TUBERCULOSIS EN EL AÑO 2020: RETOS Y OPORTUNIDADES

Francisco Javier García Pérez y Julio Ancochea Bermúdez, del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa, han publicado en la Revista Española de Salud Pública, volumen 94 del 29 de julio de 2020, una colaboración especial. El artículo aborda la actual situación de la tuberculosis a nivel mundial, la introducción de técnicas moleculares capaces de diagnosticar la enfermedad en pocas horas, y la incorporación de nuevos esquemas de tratamientos más cortos y menos tóxicos para los casos resistentes. También se aborda el futuro de la lucha contra la tuberculosis que según los autores debe basarse en la sospecha clínica y en especial en los grupos más vulnerables: ancianos, inmunodeprimidos e inmigrantes. El diagnóstico preciso y precoz, el tratamiento corto con fármacos orales y la incorporación de estrategias socioeconómicas solidarias que mejoren la situación de los países y colectivos más vulnerables.

Fotos:
Página 3: Conferencia de presidentes autonómicos (02.08.20-efe (1). Alessandro Biascioli (2). Satayuth Punnasuriyaporn (3). Lago Guerra (4). **Página 5:** Plataforma 10 Minutos en 2007 (archivo) (5). Daniel Rodríguez Garriga (6). Fabio Formaggio (7). **Página 6:** Vadim Guzhv (1). Oleg Dudko (2). Monkey Business (3). **Página 8:** Enrique Campo Bello (1-2-3). **Página 16:** Josek Polc (1). Archivo (2). Hospital de La Princesa (3-4-6). Roman Zaiets (5). Artur Verkhovetskiy (7-8). **Página 20:** Chalongrat Chuvaree (1). Hospital Princesa (2-3). Vitalik Radko (4). Paul Carr Miquel (5). Lago Guerra (6).

Depositphotos

Noticias en red III

WEBS que se han hecho eco de nuestra iniciativa

Picar encima de cada imagen y el vínculo te lleva a la página correspondiente...

En defensa del aire de los pacientes COVID-19

Francisca Aguirre Benito

Debemos al oxígeno la vida,
y al aire que la sangre ría alegre.
No puedo asegurar que exista un hacedor de estrellas
pero cuando respiro sé que se aumenta el mundo.
No sé por qué los astros
nos vigilan atentos desde su eternidad,
pero sé que el suspiro de la vida
sólo es posible porque late limpio
el aire que nos besa.
Somos sólo el susurro de la brisa auroral,
el latido vibrante de la música aérea,
el roce milagroso del beso del oxígeno
que, como la alegría, sólo sabe brillar.
Defendamos el aire, ingrávido diamante,
defendamos su etérea dimensión intangible:
¿Quién podría cantar sin su armónico pálpito?
¿Quién podría gritar, pedir socorro,
sin su filo candente?
Defendamos al aire como el árbol la savia,
defendamos la brisa dulce de su inocencia,
su latir primigenio, su soplo milagroso
del que brotan espigas, amapolas, delfines.
Todo lo que respira debe su vida al aire,
todo lo que consuela debe su llanto al aire,
todo lo que defiende debe su aliento al aire.
No maltratéis al aire, hijos del sol y el tiempo,
hijos del mar y el viento.
No hay porvenir sin aire, no hay pasado sin aire.
No hay pájaro sin aire, ni leyendas, ni canto.
Nuestra estirpe es el aire,
nuestra cuna es el aire.
En el nombre sagrado de la vida:
no mancilléis el aire, ni la cuna, ni el mundo.

Poema escrito por Francisca Aguirre Benito, que fue Premio Nacional de Poesía 2011 y Premio Nacional de las Letras Españolas 2018. Falleció el año pasado a la edad de 88 años. La poeta, una de las más importantes de la segunda mitad del siglo XX, conoció al jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa, Julio Ancochea Bermúdez, que fue su médico y al que le dedicó este poema. Palabras con las que Paca Aguirre, como se la solía llamar afectuosamente, describe el espíritu de la profesión médica, en especial de los neumólogos. Comparten el poema "que forma parte del corazón de la neumología" más exigente de España, las doctoras Beatriz Aldave, especialista en ventilación mecánica de pacientes agudos de la Universidad de Navarra y Ana Sánchez, especialista en ventilación mecánica no invasiva en pacientes neuromusculares, de la Universidad del País vasco.

Entidades fundadoras de la Red TBS:

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR

SEMG Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Cruz Roja Española

Memorias de la COVID-19

Newsletter RedTBS informa – Edición nº 39 (9) – 14 de agosto de 2020

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad – Red TBS – ISSN: 2660-7263

Entidades que integran la Red TBS:

Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia – Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR) – Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) – Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios (ANSICH) – Associació Illenca de Respiratori (AIRE) – Centro de Atención de Adicciones La Latina – BPL – Colexio Oficial de Farmacéuticos da Provincia de Lugo – Cruz Roja Española – Centro de Acogida para Inmigrantes San Blas – Departament de Justícia - Generalitat de Catalunya Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) - Organización Médica Colegial (OMC) – El Global Editorial Saned - Revista El Médico – Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española – Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER) – Gaceta Médica Fundación SEMG Solidaria – Fundación de la Unidad de Investigación de Tuberculosis de Barcelona (FUITB) Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) – Grupo de Estudio de las Infecciones por Micobacterias (GEIM) Ibsen Comunicación - infomedpress – Médicos del Mundo Illes Balears – NeumoMadrid – NeumoSur – Nexora Pressclipping – Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) - SEMERGEN Solidaria Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) – Servicio de Neumología del Hospital de La Princesa - Be Neumo, Be You – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) - SEPAR Solidaria – Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) – Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias - Ministerio del Interior – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona – Unidad Editorial Diario Médico - Correo Farmacéutico Universidad Autónoma de Madrid.

Empresas que patrocinan la Red TBS:

Chiesi People and ideas for innovation in healthcare

Serveis Clínics

GRUPO MENARINI www.menarini.es

Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson

SANDOZ A Novartis Division

Consejo Institucional

Dr. Serafín Romero Agüit

Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz

Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás

Consejeros

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

Dra. Pilar de Lucas Ramos

Dr. Benjamín Abarca Buján

Dra. Inmaculada Alfageme Michavila

Comité Técnico

D. Mario Braier, coordinación general

D.ª Anna Borau, comunicación

D.ª Amina Baar-Baarenfels, relaciones institucionales

Comité Científico

Dr. Julio Ancochea Bermúdez, presidente

Dr. José Manuel Solla Camino, vicepresidente

Dr. Javier García Pérez, secretario general

Vocales

Dr. José Caminero Luna

Dr. Joan Caylà Buqueras

Dr. José María García García

Dr. Fernando Pérez Escanilla

D.ª Mª Teresa de Miguel Tarancón

D.ª Noelia Martin-Buitrago López-Carpeño

Contacto: memoriasdelacovid19@redtbs.org

Red TBS