



LA AUTOGESTIÓN PROFESIONAL QUE SALVO LA CRISIS

Tres meses de crisis sin precedentes han dejado -y siguen dejando- varias lecciones parciales y una global que se impone a todas: la autoorganización profesional casi espontánea ha sido la mejor respuesta del SNS frente al virus y ante la falta de previsión oficial y la estéril batalla política.

POR FRANCISCO GOIRI FOTO JOSE LUIS PINDADO

CUANDO EL PASADO 31 de enero la isla de La Gomera registró el primer positivo por Covid-19 en España,

los profesionales sanitarios estaban muy lejos de imaginar la magnitud de la falla que iba a abrirse a sus pies. Inmersos todavía en la endiablada tarea de descifrar el idioma en el que habla un virus silencioso, desconocido y con una capacidad de propagación letal, algunos de esos profesionales se aventuran a esbozar las primeras lecciones que les dejan -a ellos y al sistema sanitario- estos 3 meses de singladura por un terreno hasta ahora inexplorado. Ahora bien, Pablo Valdés, presidente de la Sociedad Española de Radiología Médica (Seram), parece hablar en nombre de todos cuando deja claro que "todavía existen muchas incertidumbres con respecto a esta infección como para poder definir las lecciones aprendidas; son, de hecho, lecciones que seguimos aprendiendo día a día". Son, en suma, las lecciones de un cataclismo que, como dice Jesús Millán, jefe del Servicio de Medicina Interna del Gregorio Marañón (Madrid), "ha impactado en los tres pilares del SNS: la asistencia a los pacientes, la investigación científica y la formación del personal".

La primera lección, en la frente. José Miguel Cisneros, jefe de la Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), habla de la imprevisión de España como país. "Cuando la infección llega a Italia, proveniente de China, muchos países se prepararon para hacerle frente, pero el nuestro siguió ignorando las señales, y el resultado es que el virus se extendió a un ritmo acelerado. En dos semanas, el número de casos se multiplicó por 15, y pasó de 622 a 9.600 positivos nuevos al día. Hoy, la incidencia de casos por millón de habitantes es la más elevada del mundo, seguida a distancia por la propia Italia".

Julián Álvarez, jefe del Servicio de Anestesiología del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela y presidente de la Sedar, coincide con él en que "parece evidente que algo ha fallado a nivel institucional, cuando tenemos una de las mayores tasas de mortalidad del mundo por Covid-19, por no decir la mayor, y un número inaceptable de profesionales contagiados".

ENTREGA PROFESIONAL. La falta de previsión institucional contrasta -y en esto coinciden todas las fuentes consultadas por DM- con el movimiento casi espontáneo de autoorganización del que han hecho gala los

profesionales en todo el mapa sanitario. Los enfáticos discursos políticos hablan hasta el hastío del profesional como "eje del SNS", pero ha sido necesario que el sistema estuviera tensionado al máximo para demostrar que esa frase es algo más que un eslogan. "Frente a los teóricos de la sanidad, que se precian de predecir y *conocer* lo que hay que hacer, quienes están solucionando el problema son los que demuestran con hechos como hay que hacerlo. El papel de los teóricos ha sido inútil, y quizás ya no tengan mucha autoridad en el futuro. Como ha señalado Javier Díez Medrano, hemos pasado del *think tank* al *don't think, thanks*", dice Millán. "En general, una enfermedad no sólo afecta a un órgano o sistema, sino a todo el organismo, tanto desde el punto de vista físico, como psíquico, personal e incluso espiritual, y la infección por Covid-19 es un buen ejemplo. Estamos viendo afectación del virus en casi todos los órganos y sistemas, por lo que todos los especialistas deben implicarse -y lo han hecho- para dar su punto de vista y articular un tratamiento holístico de la enfermedad", afirma Miguel Ángel Martínez García, jefe de sección del Servicio de Neumología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

"EVIDENTE PELIGRO". En la misma línea, Luis Brieva,



“ Cuando el virus llegó a Italia, nuestro país siguió ignorando las señales y la Covid se extendió a un ritmo acelerado ”

J.M. CISNEROS JEFE DE INFECCIOSAS (VIRGEN DEL ROCÍO)



“ Desde el primer día, en cada servicio estaba previsto quién hace qué hasta el caso más extremo ”

LUIS BRIEVA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA



“ Quizás teníamos que haber empezado antes a hacer PCR a gente, aunque no viniera de zonas de riesgo ”

RICARD FERRER. HOSPITAL VALLE DE HEBRON

EN EQUIPO Un miembro del equipo de Rafael Cantón, en el Ramón y Cajal, contrasta unos datos.

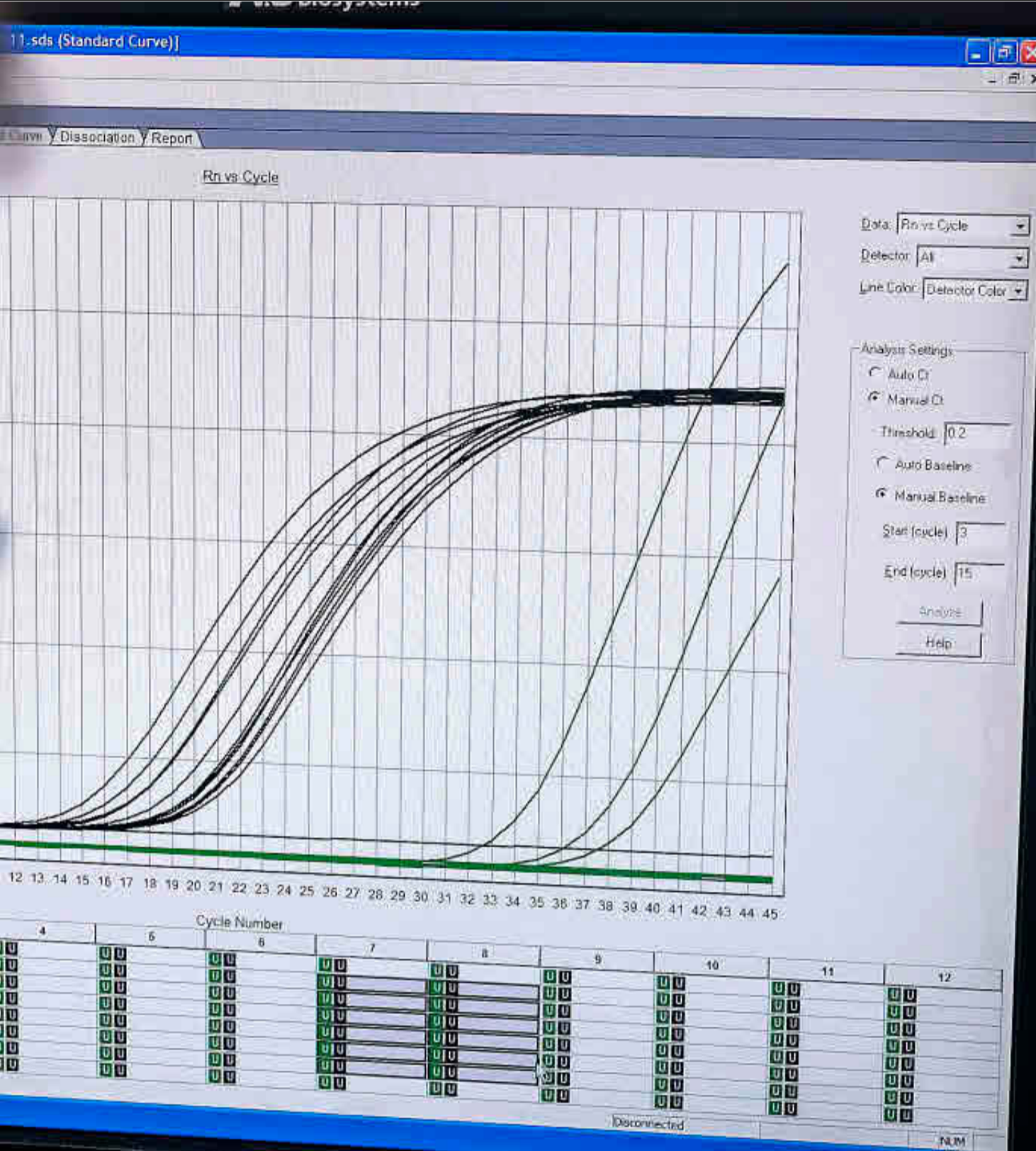
coordinador del Área de Esclerosis Múltiple en el Hospital Arnau de Vilanova, de Lérida, habla de una "generosidad espontánea", que se ha traducido en una verdadera colaboración entre niveles: "Las plantas Covid-19 se han llenado de especialistas dedicados a otras patologías, y sobre todo de MIR que han tenido que reorientar sus funciones y abandonar su formación, con mucha incertidumbre, no sólo por la posibilidad de contagio, sino también sobre su programa".

Cisneros añade que la "ejemplaridad" de esa respuesta no se ha visto mitigada por el más que evidente peligro: "Cientos de miles de profesionales, en condiciones muy difíciles y sabiendo que se exponían a un riesgo real de infección, se han puesto desde el principio su

equipo de protección (EPI) y han asumido su responsabilidad con el paciente".

El presidente de la Seram añade que ese espíritu colaborativo no se ciñe al ámbito asistencial, sino que se ha hecho extensivo al campo científico e investigador: "Estamos viendo cómo los conocimientos fluyen a gran velocidad y se comparten. Las sociedades científicas, los grupos editoriales, los profesionales e investigadores distribuyen su conocimiento sin ningún tipo de interés y sin fronteras".

PREOCUPACIÓN. Al unánime elogio de sus colegas por la labor de los profesionales, Julián Álvarez, jefe del Servicio de Anestesiología del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela y presidente de la Sedar, une



“Esta crisis no la está atajando ningún teórico, sino los que saben cómo hay que actuar sobre el terreno”

JESÚS MILLÁN.
H. GREGORIO MARAÑÓN



“El virus ha hecho palpable la necesidad de reforzar y mantener el músculo personal y material para investigar”

RAFAEL CANTÓN.
HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL



“Por muy admirable que haya sido la reacción, temo que la inercia diaria no retrotraiga al estatus previo”

MILAGROS G.
BARBERO MIGUEL
HERNÁNDEZ

“un sentimiento que sólo puedo definir como *preocupación*, por todos los anestesiólogos de este país, pero también por todos los médicos y profesionales sanitarios en general: más de 30.000 profesionales infectados hablan por sí solos”.

Rafael Cantón, jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, cree que esa generosidad, interacción y colaboración entre especialistas, ha sido, sí, loable, “pero casi una reacción de pura supervivencia ante la avalancha que nos sacudió; cuando ya has visto a más de mil *pacientes Covid-19* y el ritmo no decae, o te tomas en serio lo de la colaboración multidisciplinar o no sobrevives..., ni tú, ni el sistema sanitario”.

Junto a la casi espontánea reacción profesional,

Brieva destaca la organización interna de los centros; es decir, asistenciales y gerentes mano a mano: “Ha sido determinante que, desde el primer día, tanto el hospital como los servicios presentaran sus respectivos planes de contingencia para una actuación secuencial programada, que contemplase cada escenario en función de la evolución de la pandemia: ocupación de espacios, dedicación de material, intervención de profesionales... Lo mismo ha ocurrido en los servicios, donde estaba previsto quién hace qué hasta el escenario más extremo”.

¿Y LOS FALLOS? En un escenario nuevo y absolutamente desconocido, el catálogo de errores puede ser prolijo, y aunque todos afirman que ya habrá tiempo para anali-

zarlos, algunos ya se pueden calibrar. Germán Peces Barba, vicepresidente de la Sociedad de Neumología y Cirugía Torácica (Separ), ha echado en falta desde el principio “protocolos de trabajo homogéneos y consensuados, tanto para el manejo general como para las situaciones especiales, como pruebas diagnósticas de riesgo, indicaciones quirúrgicas urgentes, unidades de hospitalización específicas de intensivos y de intermedios... Hemos ido generándonos sobre la marcha”. Según él, esa carencia tiene mucho que ver con la “ausencia de liderazgo científico-administrativo. Cada centro ha actuado como ha podido, con interrelaciones sólo existentes a título particular, entre los propios profesionales”.

Y volviendo al profesional, el vicepresidente de la

Separ denuncia la “clamorosa carencia de EPIs y la falta de regulación del horario de los trabajadores: no ha habido relevos adecuados y muchas jornadas de trabajo han sido interminables”.

LA DEFINICIÓN DE ‘CASO’. A todas esas fallas, África González Fernández, presidenta de la Sociedad Española de Inmunología (SEI), añade que, desde el punto de vista preventivo, “hemos tomado conciencia de la dificultad que entraña encontrar vacunas en el tiempo récord que exige una crisis de esta envergadura. Ahora parece que España, y el resto del mundo, están trabajando de forma muy activa en este terreno”.

En la nómina de errores, o al menos de aspectos claramente mejorables, Ricard Ferrer Roca, jefe del

Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Valle de Hebrón, de Barcelona, cita la definición de *caso* que se hizo al principio de la pandemia, y que, a su juicio, se prolongó mucho en el tiempo de forma errónea: “Inicialmente, estuvo muy ligada a personas que venían de zonas donde la enfermedad ya era especialmente aguda, como China o la región de Lombardía, y si esa definición se hubiera ampliado antes, probablemente podríamos haber detectado a muchos pacientes con PCR, aunque no vinieran de esas zonas”.

¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

Si analizar los fallos requiere tiempo y perspectiva, aprovechar las lecciones obliga a asimilarlas y decantarlas, pero algunas enseñanzas ya parecen claras. Ferrer Roca, que se refiere a esta pandemia como “el mayor reto en la historia del intensivismo”, ha aprendido “algo tan elemental como que esta enfermedad es muy grave, y que la idea inicial del respirador se vio claramente sobrepasada muy pronto, con los primeros pacientes. Ya entonces entendimos que, al margen del distrés respiratorio -que exige un ventilador de intensivos, y no cualquier ventilador-, había, además, disfunción multiorgánica, o que la prevención de los tapones mucosos también es un reto importantísimo”.

Aunque siguen *cosechando* lecciones, los radiólogos también llevan ya alguna en el zurrón. “La primera es que la respuesta a un problema nuevo está, a veces, en técnicas sencillas (RX tórax y TC de tórax), que llevan muchos años con nosotros, pero, en ocasiones, abandonadas. La importancia de estas técnicas, tanto para el diagnóstico inicial como para valorar la evolución, ha hecho que muchos radiólogos hayamos vuelto a estudiar el lobulillo pulmonar secundario, la TC de alta resolución o los diagnósticos diferenciales de los patrones de vidrio deslustrado”, afirma el presidente de la Seram.

Además, la magnitud de la infección, añade Valdés, “nos ha obligado a rediseñar los servicios, a crear circuitos asistenciales con áreas *sucias* y *limpias*, y a manejar con soltura los EPIs. Las medidas de higiene

COMUNICADO

del Consejo de Administración de **Mutual Médica**, la mutualidad de los médicos, a LOS MUTUALISTAS

Ante la grave situación provocada por la pandemia que estamos sufriendo, queremos agradecerte enormemente la labor que estás realizando.

Gracias a vosotros, nuestro país se siente protegido.

Tenemos la certeza de que, con tu entrega, profesionalidad, solidaridad y buen hacer, junto con el resto de los profesionales sanitarios y el apoyo de toda la sociedad, lograremos vencer en esta lucha contra el coronavirus.

Hoy más que nunca es un honor ser médico y ejercer una de las profesiones más vocacionales del mundo.

Nuestra mutualidad, que es la tuya, nació en 1920.

Este año, pues, celebramos el **CENTENARIO** y desde su fundación el objetivo ha sido cubrir y proteger al médico en caso de necesidad.

El espíritu mutualista, basado en la solidaridad y en el apoyo mutuo, así como la ausencia de ánimo de lucro, ha guiado siempre nuestras decisiones.

Por ello, y gracias a la buena situación financiera de la entidad, hemos aprobado la dotación de **un fondo extraordinario de 2 millones de euros** para ayudar a los mutualistas durante la crisis actual.

Este fondo está destinado al pago de prestaciones económicas a aquellos mutualistas que se encuentren en una situación de especial necesidad motivada por la reducción de su actividad profesional.

Además, Mutual Médica ha tomado las siguientes medidas:

1/ Cubrir las bajas laborales, incluida la **cuarentena**, en los Seguros de Incapacidad Laboral y de Guardias Médicas, recibiendo las mismas coberturas y prestaciones que con cualquier otra baja laboral.

2/ Eliminar los períodos de carencia de nuestro Seguro de Guardias Médicas.

3/ Diferir el pago de los recibos a los médicos que utilizan Mutual Médica como alternativa al RETA.

4/ Cubrir gratuitamente a los médicos jóvenes que se han colegiado para incorporarse a trabajar ante la situación generada por la Covid-19.

En Mutual Médica apoyamos las medidas de nuestras autoridades en la lucha contra el coronavirus, especialmente la campaña #QuedateEnCasa.

Por eso, hemos implementado el teletrabajo para todo nuestro personal desde el primer momento de la crisis.

Seguimos garantizando la atención a los mutualistas mediante el canal digital www.mutualmedica.com o a través del teléfono gratuito 900 82 88 99.



son una constante en Radiología, y se van a reforzar, pero esos nuevos circuitos deberán permanecer, al menos los próximos meses, mientras avanzamos en el conocimiento de esta patología”.

Desde el laboratorio de Microbiología del Ramón y Cajal, Cantón cree que la pandemia ha evidenciado “la imperiosa necesidad de reforzar las estructuras investigadoras de los laboratorios. Gracias a ellas, algunos hospitales hemos podido buscar y aplicar técnicas de investigación cuando los kits diagnósticos disponibles en el mercado empezaron a escasear. Desarrollar y mantener en el tiempo este músculo investigador es vital”.

¿QUEDARÁ ALGÚN POSO?

Pero el aprendizaje no ha sido sólo individual; las sociedades científicas también han reaccionado, y en tiempo récord. La SEI, por ejemplo, “se ha coordinado de forma muy rápida para desarrollar guías, recomendaciones, textos, webinars... que sirvieran de apoyo a los clínicos, pero también a investigadores y docentes”, dice su presidenta. A esa labor, González Fernández une el “ingente esfuerzo para eliminar bulos en la red”.

Al aprendizaje *micro*, en cada parcela, Martínez García añade las enseñanzas generales, y ahí aboga por un *enfoque 360°*: “Es crucial que las decisiones sobre las enfermedades más prevalentes se tomen de forma consensuada entre la Administración, los profesionales sanitarios y los propios pacientes y sus familiares. Grupos multidisciplinares para soluciones con enfoques claramente multidimensionales”.

Ferrer Roca convierte el aprendizaje global en consejos a otros países donde la epidemia no ha tenido aún la misma virulencia que en España: “Les diría que preparen planes de contingencia a escala nacional; que la gobernanza estatal y local debe ser muy fuerte, y debe buscar soluciones que compensen el exceso de pacientes y/o la falta de profesionales, y que la fase de contención debe iniciarse sí o sí antes de que el pico asistencial llegue a las UCI”.

Si aún es muy pronto para hacer balance de lo

aprendido, más aún para saber qué quedará de ello en el futuro... si es que queda algo. “En momentos de crisis, este país se une de forma espontánea y admirable, pero temo que la inercia del día a día nos retrotraiga a la atomización organizativa y profesional previa”, dice Milagros García Barbero, profesora de Salud Pública

en la Universidad Miguel Hernández. Recuerda que España es el país con más especialidades médicas de Europa y que “cuando, en su día, se planteó fijar troncos comunes entre ellas, muchos especialistas se preguntaban qué tenían en común con el resto. La respuesta es evidente: el tronco común es el paciente”.

Brieva apunta que “a un

nivel superior, esta crisis debería reforzar la prevención de riesgos en materia de salud pública, pero también la política de uso de antibióticos y vacunas”. En la organización diaria, ha evidenciado, según él, la eficacia de la telemedicina “para resolver problemas que no exigen el desplazamiento del paciente y favorecer la

comunicación entre médicos”, y la importancia de flexibilizar el horario asistencial (de mañana o de tarde) para evitar salas de espera llenas”.

Martínez García cree que hay que grabarse a fuego que “no hay enfermedades, sino personas que padecen la enfermedad, y por eso hay que contar siempre con la opinión de

los pacientes y su entorno para elaborar planes de actuación”. Y algo más, que, según el neumólogo de La Fe, esta pandemia nos ha enseñado como nada antes: “Que somos enormemente frágiles como especie”.



INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD SOBRE NERVINEX® (BRIVUDINA) RIESGO DE INTERACCIÓN POTENCIALMENTE MORTAL ENTRE EL ANTIVIRAL BRIVUDINA Y ANTINEOPLÁSICOS (ESPECIALMENTE 5-FLUOROPIRIMIDINAS)

Apreciado profesional sanitario:

Grupo Menarini desea recordarle **INFORMACIÓN MUY IMPORTANTE SOBRE SEGURIDAD de Nervinex® (brivudina)** a tener en cuenta en el momento de prescribirlo, en relación a “*Riesgo de interacción potencialmente mortal entre el antiviral brivudina y antineoplásicos (especialmente 5-fluoropirimidinas)*”.

Brivudina, es un antiviral análogo nucleósido de timidina, indicado en el tratamiento precoz del herpes zoster agudo en adultos inmunocompetentes. Su posología en adultos corresponde a un comprimido una vez al día durante 7 días.

Destacar sobre Brivudina (Nervinex®):

- No debe administrarse a pacientes que estén recibiendo **quimioterapia antineoplásica**
- Brivudina interfiere en el metabolismo del 5-fluorouracilo (5-FU) y fármacos relacionados (antineoplásicos), produciéndose una sobreexposición y aumento de la toxicidad del 5-FU que **puede resultar mortal**
- No debe administrarse a **pacientes inmunodeficientes**

La administración de brivudina está contraindicada en estas situaciones, y debe evitarse ya que puede amenazar la vida del paciente.

ANTES DE PRESCRIBIR BRIVUDINA SE DEBE ASEGURAR QUE EL PACIENTE NO RECIBE NINGUNA MEDICACIÓN ANTINEOPLÁSICA NI ESTÁ EN SITUACIÓN DE INMUNODEPRESIÓN

Hay disponibles un *Material Informativo sobre prevención de riesgos* autorizado por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y una *Nota informativa de la AEMPS*, ambos en relación a este tema, en la página web de la AEMPS (www.aemps.gob.es), sección CIMA.

Con el objetivo de maximizar la prevención de estos potenciales riesgos del producto, rogamos tengan presente la información especificada.

Finalmente, le recordamos la importancia de notificar las sospechas de reacciones adversas al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente mediante el sistema de tarjeta amarilla (<http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/docs/dirservf.pdf>) o a través del formulario electrónico disponible en <https://notificaRAM.es>

Saludos cordiales,

LABORATORIOS MENARINI, S. A.

Fdo.: Dra. Remei Artigas
Directora Médica

Fdo.: Dra. Silvia Lucas
Responsable de Farmacovigilancia