



MÉDICOS de Albacete



“Sobrevivir” al COVID desde una Unidad de Cuidados Paliativos

Presupuesto del Colegio Oficial de Médicos de Albacete Ejercicio 2021

Entrevista a Santiago García Ruiz Médico del Banco de Sangre



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. ALBACETE Plaza del Altozano, 11 Tel. 967 21 83 01 albacete@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

967 21 83 01

Síguenos en

y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora



sumario

REVISTA N.º 65 / AÑO 2021

Editorial

UN AÑO DE PANDEMIA, UN AÑO DE CAOS

Continuación COVID-19

COVID-19: La pandemia de los mayores
"Sobrevivir" al COVID desde una Unidad de Cuidados Paliativos
Salud Mental y COVID-19
COVID y Medicina Rural
Pandemia y algo más

Noticias Colegiales

Día de la Atención Primaria 2021
Las médicas de Atención Primaria son las que más han sufrido en 2020 agresiones en nuestro entorno

Homenaje a Honoríficos

Información del Colegio

Presupuesto del Colegio para el año 2021

Becados por el Colegio

Francisco Javier Centellas Pérez
Nitzan Kenig Peli
Francisco Martín Somoza
Cristian Alcahut
Laura Plaza Carmona
Juan José Portero Portaz

Historia

Las sectas político-religiosas israelitas en la época de Jesucristo ⁽³⁾

Entrevista

Santiago García Ruiz, médico del Banco de Sangre

Donaciones a "El Cotelengo" y el Banco de Alimentos

La institución colegial destina 200 € al mes a cada una de estas organizaciones

Visita al nuevo Centro de Simulación de BYOTIC

Convenios de colaboración



COVID-19
La pandemia de los mayores

5



Homenaje a Honoríficos

16



Presupuesto del Colegio Ejercicio 2021

17



Visita al Nuevo Centro BYOTIC

30

JUNTA DE GOBIERNO 2017/2021

PRESIDENTE
MIGUEL FERNANDO GÓMEZ BERMEJO

VICEPRESIDENTE 1.º
MARÍA ANTONIA FAGÚNDEZ

VICEPRESIDENTE 2.º
PATRICIA PRIETO MONTAÑO

SECRETARIO GENERAL
TOMÁS GARCÍA FERNÁNDEZ DE SEVILLA

VICESECRETARIA GENERAL
CARMEN DE LA CUADRA VILA

TESORERO
JESÚS JIMÉNEZ LÓPEZ

V. DE ATENCIÓN PRIMARIA
CARMEN SOMOZA CASTILLO

VOCALÍA DE HOSPITALARIA
BLAS GONZÁLEZ MONTERO

VOCALÍA FORMACIÓN/EMPLEO
JESÚS IGUALADA QUINTANILLA

VOCALÍA EJERCICIO PRIVADO
FRANCISCO MANSILLA LEGORBURO

VOCALÍA DE JUBILADOS
MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ ROMERO



Edita:
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Albacete
Plaza del Altozano, 11 / 02001 Albacete
Telf. 967 21 58 75 / Fax 967 24 01 13
www.comalbacete.net

 Colegio de Médicos de Albacete.
Te escuchamos

 @COMAlbacete

Redacción: Mercedes Martínez Rubio
Dep. Legal AB-521-2001

El Ilustre Colegio de Médicos no comparte necesariamente las opiniones vertidas en esta revista. Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos citando la fuente. En cumplimiento de lo establecido en el RGPD, le informamos que sus datos proceden de los ficheros responsabilidad de **Colegio Oficial de Médicos de Albacete**, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación entidad-colegiado y prestación de servicios derivada de la misma, incluyendo el envío de comunicaciones informativas, comerciales y de cortesía en el marco de la citada relación. Así mismo, sus datos serán cedidos en todos aquellos casos en que sea necesario para el desarrollo, cumplimiento y control de la relación entidad-cliente y prestación de servicios derivada de la misma o en los supuestos en que lo autorice una norma con rango de ley. En cumplimiento del RGPD puede ejercitar sus derechos ante **Colegio Oficial de Médicos de Albacete**, con dirección en **Plaza Altozano, 11, 2001 - ALBACETE**, adjuntando fotocopia de su DNI.

UN AÑO DE PANDEMIA, UN AÑO DE CAOS



POR MIGUEL F. GÓMEZ BERMEJO

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Albacete

Hace un año que no está entre nosotros, nuestro amigo y compañero Santos Julián, quienes le conocimos recordamos su trato, su bondad y su ausencia, verdaderamente nadie muere si se le lleva en el corazón.

Lo que comenzó siendo un caos, con una falta de previsión y de responsabilidad por parte de quienes nos gobiernan a todos los niveles, no hemos aprendido ni aprenderemos; mientras antepongamos los intereses políticos particulares y prime el egoísmo sobre el bien común, continuaremos en un caos.

Un país o un estado que no hace caso a las recomendaciones de la O.M.S., de realizar test masivos de P.C.R. a los ciudadanos que manifestaran síntomas para poder diagnosticar a pacientes positivos, aislar a contagiados, a convivientes y personas cercanas, no haciendo acopio de material de protección y de test diagnósticos, frivolisando de que estos iban a ser tres o cuatro casos nada mas, negando una y otra vez la evidencia, para no alarmar a la población y que las mascarillas eran innecesarias, nos lleva a donde nos llevó.

Ni un lazo negro, ni una corbata negra como señal de luto, ni una palabra de aliento, ni de agradecimiento de nuestros gobernantes, excepto el agradecimiento de los ciudadanos con sus aplausos, todos los días desde sus ventanas a las 20.00 horas.

Hemos podido comprobar que nuestro Sistema Sanitario no es tan maravilloso como creíamos, todo lo contrario que Nuestros Sanitarios, que demostraron y siguen demostrando su capacidad de compromiso y de esfuerzo, poniendo en riesgo su salud y la de sus familias, incluso hasta su vida.

Desde un principio carecimos de los medios de protección necesarios para poder protegernos contra este virus y de su poder destructivo; carecimos de suficientes camas y respiradores para dar una asistencia sanitaria adecuada a todos los

pacientes que lo necesitaron, creándonos impotencia y frustración; gracias al esfuerzo realizado por todos los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios, ayudados por asociaciones, fundaciones, colegios profesionales y particulares, que colaboraron desinteresadamente, salimos adelante, a pesar de los problemas físicos y psíquicos sufridos durante esta pandemia y las secuelas que han quedado para siempre.

Esperamos que tanto el Ministerio de Sanidad, como el Ministerio de Trabajo, nos reconozca el esfuerzo y sacrificio realizado y que seguimos realizando, honrando a fallecidos y afectados con:

Reconocimiento de Enfermedad profesional para siempre, a los afectados por la COVID-19.

Reconocimiento como Profesión de riesgo, para todos los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios.

Reconocimiento de Fallecidos en acto de servicio.

Solo nos queda la esperanza en las vacunas, pero sin crear dudas entre los ciudadanos, creadas por los mismos que sembraron el caos desde un principio, con desinformación, incapacidad, inoperancia y frivolidad. Ya es hora de que tengamos un Ministro/a de Sanidad acorde a las necesidades de nuestro país y un Comité de expertos a la altura que nos merecemos. Está visto que no aprendemos de nuestros errores.

Recordar a nuestros políticos autonómicos, que Albacete pertenece a C-LM y no es una provincia de la Región Murciana, lo digo porque Albacete está dejada de la mano de Toledo, pero no de la de Dios.

Nuestro mas sentido pésame a todas las familias que han perdido un ser querido durante esta cruel pandemia, no pudiendo coger su mano, ni darle un beso de despedida. D.E.P.

COVID-19: la pandemia de los mayores

AUTORES: MARÍA TERESA TABERNEO SAHUQUILLO, ELISA BELÉN CORTES ZAMORA, MARTA MAS ROMERO, PEDRO ABIZANDA SOLER

Los adultos mayores, y principalmente, los institucionalizados en centros sociosanitarios han sido el foco más castigado por el virus SARS-CoV-2. En todo el mundo, las tasas de mortalidad e infectabilidad han sido desproporcionadas. En la mayoría de los casos, los residentes se encuentran en una situación de vulnerabilidad debido a la presencia de elevada comorbilidad, fragilidad, edad avanzada y contacto estrecho con otros residentes, cuidadores y profesionales sanitarios. Además, factores organizativos y estructurales propios de estos centros han contribuido a la propagación del virus, así como escasez de equipos individuales de protección, la inexistencia de protocolos, guías y recomendaciones que orientaran a los profesionales para actuar ante esta situación.

Castilla-La Mancha y concretamente, nuestra ciudad de Albacete, ha sido una de las más afectadas durante la primera oleada de la pandemia. El 6 de marzo de 2020, se detectó el primer caso confirmado de COVID-19 en un centro sociosanitario y en escasos 10 días, se confirmaron casos positivos en un elevado número de residentes de los principales centros sociosanitarios de la ciudad. Esto supuso el desplazamiento inmediato de equipos médicos multiprofesionales hospitalarios liderados por Geriátras conforme a la normativa autonómica NID2020/2460, para el apoyo en las actuaciones sanitarias, la investigación de casos, el aislamiento de los residentes, las medidas de prevención de la infección, la atención, la evaluación y el tratamiento de los residentes en los mismos centros.

Paralelamente, desde el Servicio de Geriátrica, se ha llevado a cabo un trabajo epidemiológico del brote de COVID-19 en los principales centros sociosanitarios de la ciudad, incluyendo el sector privado. Los datos muestran que durante el primer mes de la pandemia la tasa de mortalidad acumulada fue del 15,3% y del 28% durante los tres meses posteriores. Estos datos suponen un exceso de mortalidad para estos periodos del 564% y del 315% respectivamente con respecto a los mismos periodos del año 2019, una mortalidad casi diez veces mayor. No podemos asumir que el SARS-CoV-2 sea la causa de toda la mortalidad, puesto que las pruebas diagnósticas no estaban

disponibles durante los primeros meses de pandemia. Sin embargo, en la actualidad disponemos de datos que indican que 68% de los adultos mayores que sobrevivieron fueron positivos en COVID-19.

Los residentes con sospecha de infección por COVID-19 fueron mayores en edad, más frágiles y con una peor situación funcional que aquellos sin sospecha de COVID-19. El 68% de los residentes presentó al menos un síntoma de COVID-19, siendo los más frecuentes fiebre, tos y disnea, aunque síntomas específicos como delirium o caídas fueron también muy prevalentes. Los fallecidos fueron en su mayoría hombres, de mayor edad, con peor funcionalidad y mayor comorbilidad. Los síntomas asociados principalmente con la mortalidad fueron fiebre, disnea y confusión.

Otro aspecto relevante, ha sido el elevado impacto económico en estos centros. Los costes asociados al COVID-19 en uno de los centros se estimaron en 276.281 € / mes durante la primera oleada, provocados en su mayoría por hospitalizaciones de residentes, bajas de trabajadores, sustitución de personal e intervenciones de profesionales sanitarios. Concretamente la variación porcentual del gasto asumido por este centro fue de un 35,5% respecto al periodo comprendido entre marzo y junio del año 2019 y, respectivamente, los ingresos percibidos descendieron en un 10,1% debido a la mortalidad, al no reemplazo de plazas vacantes y a la paralización de los servicios de centros de día.

A pesar de lo impactante de estos resultados, la mortalidad no ha sido la única consecuencia negativa de la pandemia en las residencias de mayores. El deterioro funcional y las repercusiones psicológicas que el virus y el proceso de aislamiento han supuesto sobre los residentes, son aspectos tan o más relevantes que la propia mortalidad en esta población. Estos datos están siendo analizados actualmente en nuestra población, por lo que en futuras colaboraciones ahondaremos en esta problemática.

Las residencias de mayores eran antes de la pandemia un auténtico "agujero negro" en nuestro sistema de salud, que ha quedado por desgracia al descubierto. Es necesario un amplio consenso nacional que aborde esta problemática para no repetir en un futuro los posibles errores cometidos. Las residencias de mayores deben aumentar sus recursos económicos, humanos y materiales. Además hay que implementar planes de contingencia ante catástrofes así como garantizar que la coordinación sociosanitaria con las Gerencias de Atención Integrada, a través de los Servicios de Geriátrica, se mantenga como se ha venido realizando.



“Sobrevivir” al COVID desde una Unidad de Cuidados Paliativos

Cuando nos piden exponer nuestra experiencia como Unidad de Medicina Paliativa (UMP) durante esta pandemia, vemos que en artículos previos de la Revista del Colegio de Médicos, otros compañeros desde diferentes Servicios y Unidades ya han expresado de forma muy clara casi todo lo que se vivió esos días: la incredulidad, la avalancha, el desconcierto, la falta de medios, la entrega máxima, la impotencia, el compañerismo, la solidaridad de la gente, el miedo, la incertidumbre, la rabia ante algunas declaraciones, la tristeza, la preocupación, el agotamiento. Trataremos de aportar algo nuevo desde nuestra perspectiva.

Al equipo de Medicina Paliativa la enfermedad nos golpeó de lleno desde el principio. Ya el 9 de marzo tenemos la primera baja por COVID y en menos de 20 días enfermamos el 75% de la plantilla con todo lo que eso supuso para tratar de mantener la atención tanto a los pacientes de la UMP (unos 200 enfermos en ese momento entre Consulta externa, domicilios y planta hospitalaria) como para integrarnos en los equipos COVID del Hospital del Perpetuo Socorro. La propagación entre el grupo fue muy rápida, posiblemente influyó el que habitualmente convivimos en un despacho muy pequeño 12 miembros del equipo (médicos, enfermería, psicóloga y trabajadora social) y los residentes MIR y EIR.

El 18 de marzo se tiene que cerrar definitivamente la consulta externa por la pandemia, con lo que el mayor volumen de pacientes en la UMP pasa a ser atendido telefónicamente y/o por los equipos de domicilio, que siguieron funcionando durante todo momento, con una gran sobrecarga de trabajo.

Sin consulta externa, el contestador donde se recogen las llamadas de pacientes y familiares “echaba humo”. Gracias a la implicación de la enfermera de consulta y de otros médicos de baja que colaboramos desde casa, pudimos atender esta demanda telefónica. Ya desde el 14 de abril, comenzamos de nuevo a citar en consulta, con todas las medidas de precaución, a algunos pacientes que no admitían demora.

Los dos equipos domiciliarios, como muchos de los implicados en esta pandemia, trabajaron “sin horario” y en festivos. Para no cerrar ningún equipo, se suplieron las bajas con personal de la propia Unidad que apoyó este dispositivo tan necesario, más si cabe en estos momentos. También aquí otros médicos de baja colaboraron desde casa atendiendo las múltiples llamadas de los pacientes

de los equipos domiciliarios. Por la falta de espacio y la aglomeración de personal en el despacho de la UMP, nos vimos obligados a buscar un nuevo espacio en el hospital para estos equipos. Fueron momentos muy duros para entrar en los domicilios, no había protecciones adecuadas y se suplían con lo que fuera; había que ponerse y quitarse el improvisado EPI fuera de los coches antes y después de entrar a cada domicilio y allí extremar las precauciones. Cada visita suponía mucho tiempo y esfuerzo; sin embargo, a pesar del miedo de la gente al vernos llegar, encontramos múltiples muestras de reconocimiento y agradecimiento por parte de las familias, con gran disposición a colaborar generosamente con lo que fuera. Muchos relataban la sensación de abandono y el temor de ir al hospital ya que la mayoría de los Centros de Salud estaban saturados y difícilmente accesibles. El poder atender a todos estos pacientes en su domicilio en esos momentos fue un gran alivio para los enfermos y sus familiares y una gran descarga para las Urgencias hospitalarias. Se atendieron pacientes con y sin COVID y se pusieron todos los medios a nuestro alcance para resolver las demandas y permitir a aquellos que estaban en situación de últimos días que pudieran permanecer en casa hasta el final si así lo deseaban.

Como era de esperar las camas de la UMP situadas en el pasillo central de la tercera planta del H. P. Socorro pasaron a ocuparse, como las del resto del hospital, por enfermos COVID. Los enfermos de paliativos que quedaban ingresados y no estaban infectados fueron trasladados a unas pocas camas de la planta segunda reservadas para este fin, donde seguíamos atendéndolos. Todos los médicos de la UMP se integraron de diferentes maneras en los equipos Covid coordinados por la Dra. Lourdes Sáez; desde aquí aprovechamos para agradecer su disponibilidad y esfuerzo ante la difícil labor de coordinación que llevó a cabo junto con los geriatras, neumólogos e internistas del H. P. Socorro con el apoyo en los equipos de algunos especialistas de Oftalmología, Reumatología, Alergia, Ginecología, Traumatología, Cirugía Plástica, Radiología etc.). La mayoría de los médicos de la UMP formamos parte de los equipos Covid para el pase diario de planta, otros además realizaron refuerzos de tardes y todos colaboramos con las guardias y la atención de pacientes en festivos. Personalmente, recuerdo el impacto de mi reincorporación al hospital tras la baja. Lo que dejé el 17 de marzo no se parecía en nada a lo que me encontré a primeros de abril, a pesar de haberlo ido siguiendo desde casa. Ver el hospital así, me impresionó... y eso que cuando llegué todo estaba ya

Antes



Foto del equipo en el día Mundial de los Cuidados Paliativos el 10 de octubre de 2019 y 2020 con el lema “Paliativos Visibles”; 2 años de diferencia, antes y después del Covid

bastante organizado con el gran esfuerzo de muchos: médicos, enfermería, auxiliares, celadores, personal de limpieza y mantenimiento, informáticos, etc. Encontré pacientes en el gimnasio, en la entreplanta del Centro de Salud y en todas las plantas. Los enfermos se morían sin sus familiares cerca y sin poderles ofrecer un tratamiento eficaz y eso impactaba mucho. Eso y el caos con las medidas de protección, que eran insuficientes, erráticas e inadecuadas. Me sorprendió también el espíritu de colaboración que se respiraba en el hospital a pesar del agotamiento de todos.

La psicóloga de nuestro equipo también se implicó en la atención a pacientes COVID y sus familiares, elaborando junto con la Unidad de Salud Mental un protocolo para la atención de los mismos durante el proceso agudo, para facilitar la comunicación con sus familias, e incluso las despedidas y atender al duelo. Trabajaron duro junto con otros Psicólogos y algunos PIR de psicología que se prestaron voluntarios. Desde la UMP colaboramos además en la elaboración de protocolos para control de síntomas y sedación paliativa en los últimos días.

La trabajadora social del equipo siguió teletrabajando, atendiendo a todas nuestras demandas incluso fuera del horario habitual y resolviendo con eficacia todo lo que estaba en su mano. Fue un gran apoyo tenerla cerca.

El 5 de mayo se vuelven a abrir las camas de la UMP para los pacientes paliativos y poco a poco todo fue volviendo a una “normalidad intermedia”. Poco después planteamos a la Dirección la posibilidad de recuperar los ingresos directos a la UMP (sin tener que pasar por urgencias para extracción de PCR). Esta medida se plantea

Después



para determinados pacientes ya valorados por nosotros en consulta o domicilio y que deben ingresar estando a expensas de una PCR extraída previamente en domicilio o una habitación individual de la planta. Finalmente se elaboró un protocolo al respecto que ha evitado este paso por urgencias a 20 pacientes en 2020.

En la segunda y tercera ola (de noviembre 2020 a febrero 2021), se ha requerido nuestro apoyo como internistas en la Unidad Covid del Hospital General, desplazando a 3 de nuestros médicos sucesivamente para integrarse en la asistencia a estos pacientes.

Creo que la UMP vivió, como la gran mayoría, uno de los momentos mas duros de su historia, pero debo reconocer que a pesar de las múltiples bajas supimos adaptarnos con flexibilidad a lo que nos tocó en ese momento. Apoyamos donde podíamos ser más útiles, reforzando la atención domiciliaria y telefónica de los pacientes paliativos en programa e integrándonos como internistas en la atención hospitalaria de los Equipos Covid. Podríamos decir que estamos satisfechos con la respuesta dada ante esta situación excepcional pero, como la mayoría, estamos cansados y algunos incluso algo decepcionados; necesitamos un tiempo de recuperación. Conscientes de que esto aun no ha terminado, trataremos de seguir adaptándonos a lo que venga, deseando que en el futuro podamos seguir dedicando nuestras fuerzas, formación y recursos a la atención paliativa.

CRISTINA NERÍN SÁNCHEZ

Coordinadora de la UMP de Albacete

No resulta casual que sea yo la que escriba estas notas. Mostrar mi enojo, hace unos meses, por lo poco o nada que se hablaba en los medios de comunicación sobre los problemas que esta pandemia provoca sobre nuestra salud mental, creo que tiene que ver con que me pidiesen escribir unas líneas sobre este tema.

El haber obviado, en tantísimas ocasiones, las consecuencias que muchas de las medidas tomadas para evitar contagios podrían tener sobre nuestra salud mental me provoca preocupación a la vez que enfado y desconcierto.

Alguien me podía decir, Isabel, un contagio puede conllevar una enfermedad grave, una muerte, ¡obvio!. Pero también sabemos que el enfermar y fallecimiento de un ser querido sin poder estar a su lado, conlleva muchísimo sufrimiento y da lugar a duelos patológicos, como los que los psiquiatras y psicólogos ya estamos atendiendo.

La pérdida de amigos, familiares y compañeros al inicio de la pandemia la provocaba el virus. Mi gran preocupación ahora, como psiquiatra, es no poder dejar de pensar en los fallecimientos que se van a producir, y que debemos intentar evitar a toda costa, debido a conductas autolíticas. Varón de edad media, ruina de negocio, pérdida de empleo y de estatus socioeconómico conlleva un riesgo de suicidio que no podemos obviar. Lo vimos en la crisis del 2008 y esta crisis va a ser, sin ser una experta diría ya es, de mucha mayor envergadura.

¿Cuántas veces hemos escuchado "Ponte la mascarilla, mantén la distancia de seguridad, lávate las manos, utiliza gel hidroalcohólico, bla, bla, bla..."? Hasta el infinito y más allá.

¿Cuántas veces nos han dicho que nos cuidemos, intentemos tener el mayor apoyo posible de nuestros amigos, compañeros y familiares, que las personas mayores no deberían pasar solas mucho tiempo y, especialmente y durante el confinamiento, mejor vivir acompañadas; que hagamos ejercicio, recomendaciones para evitar el insomnio, que pongamos remedio si no dormimos bien, si nos encontramos tristes, irritados, desesperanzados...?. Pocas o en muy pocas ocasiones.

Viene muy a cuento comentar el constante "bucle" que tantísimas veces oímos o en el que entramos nosotros mismos: no voy a ver a mi abuela (quien dice abuela dice hermano, padre, familiar o amigo por pertenecer a un grupo de elevada edad o padecer una enfermedad de riesgo) por si la contagio y luego le pasa algo y me siento culpable. Y la abuela vive sola y al principio está aburrida, luego se siente triste, nerviosa y empieza a no poder dormir bien y a tener pesadillas por las noches. Ve las noticias a

diario de la Televisión (con el fondo desde hace ya más de un año de un monstruoso bicho, siempre el mismo "virus", sólo cambian los colores, sus movimientos y tamaños), el constante bombardeo de imágenes terribles de pacientes en UCI, el cómputo de fallecidos, las secuelas de la Covid...y cada vez tienen más miedo y hasta prefieren evitar ver a hijos y nietos, dejan de salir a la calle, de quedar con sus amistades y, finalmente, caen en una depresión.

A día de hoy, en la puerta de acceso de algún Centro de Atención Primaria de cuyo nombre no quiero acordarme, se puede leer en grandes letras algo así: "QUÉDESE EN CASA, EVITE ACUDIR AL CENTRO"

Y en las puertas de los despachos de los médicos hay unos carteles que dicen (tal cual lo reflejo):

**SE RECUERDA QUE:
POR NORMATIVA DE SALUD PÚBLICA
¡NO SE DEBE ACUDIR
AL CENTRO SI NO ES
ESTRICTAMENTE NECESARIO!**

La pandemia de la COVID-19 ha cambiado mucho la manera en que vivimos nuestras vidas, nos ha generado incertidumbre, alterado muchas de nuestras rutinas diarias y el distanciamiento social hace que todo sea aún más complejo.

Las preocupaciones sobre el COVID-19, la ansiedad que nos generan así como su impacto sobre nuestra SALUD pueden resultar abrumadoras. Nos preocupamos por si enfermamos o lo hacen nuestros seres queridos, sufrimos por el fallecimiento o secuelas que el virus está provocando en nuestro medio, por cuánto tiempo durará la pandemia, y por lo que nos deparará un futuro cada vez más incierto.

El exceso de información, los rumores y la información errónea hacen que sintamos desconcierto y un menor control sobre nuestras vidas. Experimentamos estrés, ansiedad, miedo, tristeza y soledad. Hay quienes aumentan el consumo de alcohol o drogas ilegales, pensando que pue-



de ayudarles a afrontar los miedos sobre la pandemia. En realidad, consumir estas sustancias puede hacer que empeoren sus síntomas tanto de ansiedad como depresivos.

En España, y según datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en este primer año de pandemia, un 6,4% de la población ha acudido a un profesional de la salud mental por algún tipo de síntoma provocado por la pandemia; el mayor porcentaje (43,7%) por cuadros de ansiedad y un 35,5% por clínica depresiva.

Para los jóvenes, a los que tanto se culpa en los medios de comunicación (palabras que muchos de mis conocidos y pacientes repiten) este año de pandemia ha resultado también increíblemente difícil. A veces pienso que son los chivos expiatorios del aumento de Tasas de Incidencia y a su favor quiero decir que han sido uno de los grupos de personas que más ha tenido que modificar su vida habitual debido a esta situación.

No quiero dejar de señalar la especial vulnerabilidad de las personas con problemas de salud mental previos a la pandemia. Un estudio refleja que el 6,3% de las personas con un trastorno mental grave en España necesitaron ingreso en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y el 21,4% tuvo que aumentar su dosis de medicación.

No quiero terminar sin mencionar los problemas que en determinadas personas está generando el teletrabajo.

Copio literal:

"Mi experiencia con el teletrabajo. Los primeros meses no me importaba estar en casa trabajando, estaba con mis hijos. Hasta me hacía ilusión y estábamos acompañados. Era una situación en la que me sentía a gusto. No así cuando pensaba en la razón por la que estaba en casa trabajando. Pero pasan los meses y me doy cuenta que esto no tiene un fin claro, que nadie (los no expertos) sabemos absolutamente nada. Que nos están tomando el pelo, cada día salen noticias distintas, que ya los guantes no hacen falta pero sí tenemos que llevar la mascarilla continuamente. Y la situación empieza a desbordarme. Me empieza a molestar todo: el ruido del teclado de los ordenadores de mis hijos, los ruiditos del boli sobre la mesa,

los teléfonos que suenan continuamente. Y llega un día en que me doy cuenta que lo que me pasa no es que me molesten los que trabajan en casa, sino que soy yo y me doy cuenta de que lo que tengo es ansiedad. Ansiedad o agotamiento mental. No se respetan los horarios del trabajo, recibo llamadas a cualquier hora. Todo muy diferente de cuando estoy en la oficina; si estoy en mi hora de comida, mi teléfono suena y nadie lo coge. Por la tarde me voy a casa y nadie me molesta. Ahora, cada día, al despertarme me cuesta mucho pensar que tengo que estar todo el día sentada delante del ordenador. No socializo, no estoy con compañeros trabajando, charlando o tomándome un café.

Una frase que leí un día y se me quedó en la memoria es: "se invadió el espacio de habitar con el espacio de trabajar". Así lo siento yo. No hay separación del horario de trabajo de la vida personal. No tengo horarios establecidos para comer ni para trabajar y esto me genera cansancio mental."

Para concluir, tanto los problemas de salud física como las secuelas de la infección, el aislamiento y la falta de contacto social, la dificultad en la conciliación con la vida personal, los cambios de hábitos y los problemas tanto laborales como de desempleo llevan tiempo repercutiendo sobre la salud mental de la población.

Ansiedad, Depresión, Insomnio, Duelo Patológico y riesgo de suicidio se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más relevantes y, a tener en cuenta, en estos momentos.

Sin duda, nos encontramos en una situación crítica de aumento de la demanda en la atención a la salud mental. Los medios de comunicación podrían resultar de gran ayuda para una mejor prevención. Deberían tenerse en cuenta los problemas tanto de ansiedad como depresivos que el teletrabajo al 100% está generando.

Gracias Fernando por proponerme, gracias Mercedes por confiar en mí y un abrazo muy fuerte a Mayte. Imposible no acordarme de Santos Julián al escribir este artículo.

ISABEL MORENO OLIVER

TOYOTA C-HR ELECTRIC HYBRID

CUANDO LO DIFERENTE
ES EXTRAORDINARIO

INCLUYE:
4 AÑOS DE MANTENIMIENTO Y GARANTÍA

TOYOTA AUTOALBA
www.autoalba.toyota.es

Parque Empresarial Campollano
6.ª Avda., n.º 3 • 02007 ALBACETE
☎ 967 21 83 81

Polígono Industrial El Mugrón
C/. Ronda Sur, 24 • 02640 ALMANSA (Albacete)
☎ 967 31 09 36

Emissiones CO₂ (g/km): 109 - 120. Consumo medio (l/100 km): 4,8 - 5,3.



Hablamos con Juan Antonio Divisón, médico rural en Fuentealbilla y su residente, Antonio Muros Ortega, sobre lo que ha supuesto la COVID-19 en consultorios del medio rural. Comienzo muy duro, un presente algo mejor y un tiempo de oportunidades. Las consultas también se han tenido que transformar –menos exploraciones físicas presenciales, consulta telefónica- y la pandemia ha evidenciado lo importante que puede llegar a ser la atención primaria. Eso sí, debe dotarse de los recursos adecuados. Reivindicación justa y fundamentada realizada por un facultativo que lleva toda su vida profesional dedicada al medio rural.

¿En qué ha afectado y cómo está influyendo la COVID-19 en las consultas de un consultorio local como el de Fuentealbilla? Analizamos el duro comienzo de la pandemia y, una vez que hemos aprendido a vivir con ella, el presente de una consulta en un pueblo con el coronavirus siempre presente.

El comienzo fue muy duro por las incertidumbres, el desconocimiento, la falta de recursos (humanos y materiales) y el aislamiento. No teníamos contacto físico ni con los pacientes, ni con los compañeros ni con las instituciones, en muchos casos no sabíamos que hacer.

Por otro lado, se puso de manifiesto algunas de las carencias de la atención primaria, fundamentalmente recursos humanos y materiales y lo necesaria y fundamental que es una atención primaria de calidad y con recursos adecuados.

El presente algo mejor, vamos recuperando el contacto con los pacientes y con los compañeros, tenemos más información y conocemos mejor al COVID-19, aunque las incertidumbres todavía son bastantes.

Como se suele decir, tiempos de crisis son tiempos de oportunidades. Puede haber sido una buena ocasión para que de una vez por todas nuestros políticos y gestores pongan a la atención primaria en su sitio y la doten de recursos adecuados. Cualquier sistema de salud que quiera ser eficiente debe tener una buena atención primaria.

De alguna manera ¿han tenido que realizar una transformación de la consulta y de la atención sanitaria? En los pueblos siempre hay mayor contacto físico, por esa cercanía con los vecinos, más atención personalizada y en cualquier momento....esto, ¿ha cambiado con la COVID?

Claro, tuvimos que crear zonas covid y minimizar/evitar contactos con los pacientes (menos exploraciones físicas presenciales y menos exploraciones complementarias) con el riesgo que eso suponía de descontrol de patología crónicas y/o retraso de atención de patologías agudas.

Los pilares de la atención primaria y más en el medio

rural son cercanía, accesibilidad... continuidad de cuidados... y todo se ha resentido. Hemos incorporado la consulta telefónica y el seguimiento telefónico de los pacientes lo que implica un cierto distanciamiento de los pacientes y tenemos que ser cuidadosos con esto y seleccionar de forma adecuada a los pacientes que por diferentes razones necesitan una visita presencial. Por otra parte, la consulta telefónica puede ser una oportunidad para un nuevo modelo de gestión de la consulta

¿Hay cooperación con el Ayuntamiento, más ahora que antes?

En nuestro caso la cooperación con el ayuntamiento siempre ha sido muy buena pero en este caso quiero decir que fue excepcional, desde el minuto uno el ayuntamiento, nuestro alcalde y todos los trabajadores se pusieron a nuestra disposición para ayudarnos “en lo que hiciera falta” y en proporcionarnos diferentes recursos materiales (adecuación de la consulta... geles.... mascarillas.... trajes de protección....)... y humanos (policía local....trabajadores...) tengo que expresar mi más sincero agradecimiento en este sentido a nuestro ayuntamiento que se volcó con nosotros.

¿Disponen de últimas tecnologías para hacer frente a la nueva forma de consulta con la COVID, o la falta de medios técnicos sigue siendo un handicap en el mundo rural?

Hilando a lo anterior, ¿qué ventajas e inconvenientes tiene trabajar como médico en el medio rural?

En cuanto a la tecnología, es un tema de debate. Otra de las características de la atención primaria es que con pocos recursos y sin grandes tecnologías, simplemente con una buena anamnesis y una exploración física adecuada, puede resolver hasta un 70% de los problemas de salud que se nos plantean y con algunas exploraciones complementarias básicas (analítica, radiología, ECG, ecografía...) su capacidad resolutoria puede llegar hasta un 90%. Sí que es cierto, que con una cartera de servicios adecuada, la

primaria puede llegar a ser tremendamente resolutive y eso es muy beneficioso para cualquier sistema de salud, de esto se tienen que dar cuenta nuestros gestores que parece no lo llegan a tener lo suficientemente claro.

Justo en esta pandemia, se ha podido poner de manifiesto lo importante que puede llegar a ser la atención primaria. Es una de las grandes reivindicaciones de la primaria, la mejora de su capacidad resolutive y ello pasa por mejorar la formación de los profesionales y dotarles de medios adecuados.

En cuanto a las ventajas e inconveniente de la medicina rural esa pregunta se la dejo a mi residente rural, yo llevo toda mi vida profesional dedicada al medio rural y el haber dedicado todo este tiempo a una misma comunidad ha sido una experiencia muy gratificante pero no puedo comparar porque no he vivido la otra visión, sí que puedo decir, que en cuanto a los medios, creo que actualmente no hay grandes diferencias.

¿Cree que faltan más políticas de prevención y/o atención comunitaria en municipios pequeños?

En caso afirmativo, qué supone esta ausencia de políticas de prevención en el abordaje médico de una consulta rural.

Me alegra mucho que me haga esta pregunta porque es algo básico en primaria. Sin duda que faltan más políticas de prevención y de atención comunitaria pero no solo en el medio rural que quizás menos.

Otras de las características de la atención primaria es que da una atención integral (atención a la persona desde el punto de vista biopsicosocial, a la familia y a la comunidad) e integradora (integra labor asistencial con promoción de la salud y prevención de la enfermedad) y son otro de los pilares muy olvidados por nuestros gestores puesto que para dar esta atención y dedicarle tiempo a la promoción de la salud y para atender a la comunidad se necesitan recursos humanos adecuados y tiempo. Piense que la mayoría de las enfermedades crónicas están relacionadas con lo que llamamos los determinantes comunes (estilos de vida inadecuados... sedentarismo, tabaco, dieta inadecuada...) y aquí es fundamental diseñar estrategias de prevención poblacional (dirigidas a la comunidad) además de estrategias de prevención individual en los pacientes de más riesgo.

Desde hace mucho tiempo las actividades comunitarias en primaria son mínimas por no decir ninguna y desde mi punto de vista no se dedica el tiempo suficiente a la promoción de la salud.

Otra de las cosas que ha podido poner de manifiesto la pandemia ha sido la necesidad de apoyo social, de autocuidados... el problema de la soledad. Los profesionales sanitarios de la atención primaria son fundamentales para formar a cuidadores, a pacientes para involucrarlos en sus autocuidados,... para asegurar la continuidad de cuidados por ejemplo en el domicilio....., para minimizar el impacto de la soledad de los pacientes mayores (gran problema en la pandemia). Insisto en que para todo ello son necesarios recursos humanos suficientes y tiempo.

¿Cómo lo vamos a hacer si tenemos que ver los pacientes de nuestro cupo y los de otro compañero cuando no de 3 compañeros?... ¿Cómo lo vamos a hacer si tenemos que pasar nuestra consulta y la del pueblo de al lado y muchas veces sin una enfermera/o que nos ayude?

La ausencia de medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad nos llevan a un modelo que tiende más a tratar la enfermedad que a prevenirla con todo lo que supone.

El objetivo de cualquier sistema de salud debe ser mantener la salud de los pacientes el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones posibles con una alta capacidad productiva, esto es beneficioso para toda la sociedad.

Dr. ANTONIO MUROS, residente:

“El profesional marca la diferencia entre la Atención Primaria rural y la urbana. Puedes tener más medios a tu disposición que al final el límite lo pone el mismo médico que puede implicarse más o menos en la atención a su población”

¿Qué le ha supuesto en su formación la rotación rural?

Yo tuve la fortuna de poder disfrutar de 3 rotaciones



muy diferentes en el ámbito rural. La primera y más larga en Fuentealbilla con Juan Antonio Divisón durante 3 meses, otra de un mes en Membrilla (Ciudad Real) con Ignacio Manuel Sánchez Barrancos y una externa de otros 30 días en Maipú (Argentina).

Dejando de lado la experiencia en tierras sudamericanas donde disponíamos de muchos menos medios diagnósticos y terapéuticos y era un abordaje más social, las dos rotaciones rurales ya en territorio español, a su vez, también fueron muy enriquecedoras y diferentes. Como en todos los ámbitos de la vida, en la Medicina no podía ser menos y “cada maestrillo tiene su librillo”, cada profesional organiza la atención a los pacientes de una u otra manera en función de sus habilidades y sus propios gustos. La suerte de haber podido estar con diferentes profesionales como mentores ha servido para enriquecerme, ver los diferentes sistemas de trabajo que tienen e ir elaborando mi propia metodología en base a las virtudes y defectos que he visto en cada una de las gestiones de la consulta.

A mí la Medicina Rural me supuso un gran impulso a la hora de decir si quería ejercer como médico de familia o apostar por las Urgencias Hospitalarias. Es curioso porque el sentir de la gran mayoría de residentes de familia es el mismo, la rotación rural varía según la Unidad Docente donde la realices pero en Albacete, el hecho de estar 3 meses seguidos (en otras UD la rotación es de menos tiempo) haciendo las guardias también con tu tutor y cambiando un poco el chip de una residencia de Medicina Familiar muy orientada a ser mano de obra barata para cubrir el hueco de Urgencias (hospitalarias y de atención continuada) saturadas en la mayoría de ocasiones, son un balón de oxígeno en mitad de tu formación de cuatro años.

¿Qué diferencias ha observado entre la Atención Primaria rural y la urbana?

Depende, es muy variable. Hay centros de salud rurales que no tienen nada que envidiar a los urbanos, tienen su propio quirófanillo, matrona, pediatra e incluso fisioterapeuta mientras otros, la mayoría, tan solo gozan de la consulta del médico y de enfermería. Una gran ventaja que tiene el medio rural es la accesibilidad al domicilio del paciente. Otro factor interesante y determinante es la distancia que haya desde el municipio en cuestión al hospital de referencia, eso puede afectar en cierto modo a las emergencias que puedes llegar a ver en

tu jornada habitual o durante las guardias. En la Atención Primaria Rural vas a tener pacientes de muchos ámbitos y clases sociales mientras que en la Atención Primaria Urbana esa población suele ser más homogénea y dependerá en gran medida del barrio donde ejerzas. Al final la verdadera diferencia la marca el profesional con el que tratas, puedes tener más medios a tu disposición (como se presupone en un medio urbano) que al final el límite lo pone el mismo médico que puede implicarse más o menos en la correcta atención de su población.

¿Qué huella le ha dejado la pandemia en su primer año de vida profesional?

Más bien que huella te sigue dejando esta pandemia... desde el aspecto humano de muchos compañeros que trabajan duro sin descanso doblando esfuerzos para que todo salga adelante como el aspecto de medidas de protección que, en las consultas de A. Primaria, apenas se empleaban. Deja buenas soluciones como la opción de la teleconsulta para agilizar procesos como la renovación de la medicación, el resultado de alguna prueba complementaria o la solicitud de algún informe y también deja otras muy malas como el distanciamiento con los pacientes, el aprovechar esta teleconsulta para una mala praxis (no explorar a los pacientes). Es una versión distinta de la medicina de familia habitual; por suerte me coincidió con mi último año de residente y en los tres anteriores sí que pude comprobar como era la medicina de antes.

Esperemos que esta pandemia la podamos controlar pronto y poco a poco volver a una medicina mucho más parecida a la anterior.



PANDEMIA Y ALGO MÁS

Un año y algo más hace del comienzo de esta pandemia, que invadió nuestras vidas de manera intempestiva.

¡ Todo un reto ¡ Tanto profesional como personal.

Del impacto inicial, que nos dejó en estado de shock, desubicados, con las ideas confusas, de qué hacer, cómo prestar la mejor atención posible, cómo responder a las necesidades de nuestros pacientes y sus familias, hemos pasado de manera rápida a tratar de ofrecer otras alternativas a la clásica consulta presencial.

Hemos tenido que aprender a valorar la importancia del proceso, con sólo la información que nos dan los padres, confiando en que sus apreciaciones sean certeras.

La consulta no presencial, al no brindarnos los recursos en los que siempre ha estado cimentada nuestra visita médica, como son la actitud del paciente, lo que percibimos a través de su estado general, la exploración física, el lenguaje no verbal de la familia, y un largo etc., ha hecho que sea, entre otras cosas, un año especialmente duro en nuestra actividad diaria.

En las consultas telefónicas tenemos que aprender a ver, a través de los que escuchamos; calibrar la importancia que le damos a lo que escuchamos, para no pecar de exceso o de defecto, en nuestra apreciación final.

También tenemos que aprender a vislumbrar si el



grado de preocupación que los padres expresan se corresponde realmente con el estado de nuestro paciente, y a intuir si hay problemas añadidos

Por otro lado.... las video consultas. Los que no estamos acostumbrados a ellas nos hace perder naturalidad en la comunicación; pero eso ya está aquí y sólo necesita nuestro entrenamiento y también el de los familiares .

Algo que nos ha enseñado esta pandemia, al menos eso creo en asistencia primaria, es que tenemos que tener una mirada más integral del estado de salud de nuestros niños y niñas.

Es por todos conocido, que desde el inicio, con el confinamiento y después de él, se han hecho evidentes situaciones de desestabilización emocional, trastornos de conducta, problemas de relación social que estaban latentes en algunos casos y que en otros eclosionaron en esos momentos, aflorando, me arriesgaré a decir, una epidemia o tal vez pandemia, de problemas psicopatológicos paralela a la pandemia infecciosa.

Los que hacemos asistencia primaria coincidiríamos en decir que es la época que más dolores abdominales, cefaleas, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, problemas de relación social, TOC, hemos visto a lo largo de toda nuestra carrera profesional. Todo esto, con mucha más frecuencia que cualquier proceso que era antes habitual, bronquiolitis, amigdalitis, que parecen haberse esfumado de nuestra tarea asistencial diaria.

Sin darnos cuenta hemos tenido que aprender sobre la marcha a lidiar con este nuevo entorno profesional.

Tenemos muchos retos por delante para dar un nuevo valor seguro a nuestras consulta.

Creo que esta pandemia nos ha traído también aspectos positivos, como el desarrollo tecnológico, que nos ha permitido participar en numerosos foros de actualización sobre múltiples temas profesionales. Nunca hemos tenido tanta oferta formativa como en la actualidad, y tan al alcance de nuestra mano.

Hemos desarrollado en estos tiempos nuestra capacidad de resiliencia, y en muchos aspectos la hemos enriquecido.

Nos queda un largo camino por recorrer, lleno de incertidumbres que requiere de mentes abiertas y predisuestas al cambio.

CRISTINA SÁNCHEZ POSLEMAN

Pediatra

Manifiesto del Foro de Médicos de Atención Primaria

Día de la Atención Primaria 2021

El 12 de abril es el Día de la Atención Primaria y este año más que ningún otro desde el Foro de médicos de AP queremos aplaudir la labor realizada por todos nuestros compañeros médicos de familia, pediatras de AP y resto de profesionales de la AP en todo el Sistema Nacional de Salud desde el inicio de la pandemia por Covid y que continúan a día de hoy completamente volcados en la gestión de la misma desde el lugar que les corresponde: el eje del sistema sanitarios y el nivel asistencial de referencia para las personas que precisan de atención médica –tanto en la atención de patología COVID–; como en el seguimiento de pacientes crónicos y el abordaje de problemas agudos de salud individuales y comunitarios.

Si algo ha quedado patente durante todo este tiempo es la capacidad de adaptación y el trabajo en equipo que es capaz de desarrollar la Atención Primaria de nuestro SNS, pese a los escasos recursos humanos, estructurales y de autogestión con los que cuenta y cuya mejora viene reivindicando históricamente.

Pero lo más importante es destacar el gran potencial que tiene este primer nivel asistencial para gestionar cualquier reto o hecho extraordinario, como lo está siendo actualmente la pandemia y la gran especialización en el seguimiento de esos problemas derivados de la dependencia y sus secuelas sociosanitarias siempre que se encontrase suficientemente dotado de los medios necesarios.

Desde el Foro de Médicos de Atención Primaria, en representación de todos los médicos de este nivel, consideramos que este es el momento culmen y definitivo para que la Administración invierta, desarrolle y potencie al máximo este diamante en bruto que, pese a todo y gracias a un enorme sobreesfuerzo de sus profesionales, ha sido capaz de lidiar una pandemia en el siglo XXI con las herramientas del siglo XX.

Si de verdad hay voluntad de situar a la Atención Primaria en el sitio que merece, es esencial:

- *Recuperar competencias perdidas y dotarla de capacidad de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel comunitario que repercutirá en la sociedad del futuro. Una de las asignaturas pendientes que tenemos como sociedad es la atención a los problemas sociosanitarios de una población cada vez más mayor, con más tendencia a la cronicidad y más dependiente.*

- *Adquirir la capacidad de gestión de nuestro trabajo diario y del acceso total a las herramientas y recursos sanitarios.*

- *Tener un adecuado dimensionamiento, con unos cupos de población adecuados y unos recursos humanos que permitan un plan de respuesta temprana ante –por ejemplo– la aparición de eventos sanitarios críticos como*

puedan ser picos pandémicos de la pandemia de COVID-19 o cualquier otro evento que pueda surgir.

- *Implantar nuevos sistemas de gestión, bajo Direcciones Médicas de AP en las que participen los profesionales.*

- *Disminución radical de la burocracia en las consultas, potenciando aquellas fórmulas de trabajo que han demostrado su valía durante la pandemia, como la telemedicina, la asistencia telefónica, la gestión de la receta electrónica, la informatización de la IT, la comunicación más directa con otros niveles asistenciales...*

- *Todo ello con el objetivo de conseguir un aumento de los tiempos asistenciales en consulta para una asistencia de calidad y un enriquecimiento de la relación médico-paciente son medidas básicas a tomar para enriquecer y sacar todo el potencial a la Atención Primaria como base para la mejora de la salud futura.*

Finalmente, quisiéramos destacar el papel de las especialidades médicas de Atención Primaria con la creación de un área de competencias en Medicina de Familia y la definición de competencias específicas de Pediatría de AP en la formación de pregrado, adecuando los criterios de acceso a la docencia universitaria a la realidad de la Atención Primaria. Esto debe ser una medida urgente a tomar cara al sostenimiento y mejora de este nivel asistencial, que debe a su vez de ir acompañado del acceso de los profesionales de AP a las actividades formativas y a la promoción de la investigación, teniendo en cuenta las características propias de dicho nivel asistencial para asegurar así la mejora de la calidad asistencial, la actualización continua y el avance acorde con los tiempos y las diferentes necesidades que puedan surgir.

Estamos en el momento clave para dirigirnos hacia una Atención Primaria de futuro, invirtiendo lo necesario para reforzarla, dotarla y potenciarla como nunca antes se ha hecho. Es un gran reto para todos, Administración y profesionales, pero sobre todo una verdadera necesidad para toda la población actual y futura.

**¡Elevemos la Atención Primaria al lugar que se merece!
La Atención Primaria te cuida. ¡Protégela!**

FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Las entidades y sociedades integrantes del Foro de Ap son: la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap); Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM); Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM); Organización Médico 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 de Atención Primaria (SEPEAP).

Datos del Observatorio de Agresiones de la OMC

Las médicas de Atención Primaria son las que más han sufrido en 2020 agresiones en nuestro entorno

El Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos y Médicas, puesto en marcha por la OMC, ha recogido la cifra de 10 agresiones en Castilla-La Mancha durante la pandemia de COVID-19 en 2020, y aunque en Albacete se ha informado de una agresión queremos recordar que hasta que la cifra sea cero no pararemos en nuestro empeño de denunciar estas situaciones que sufren nuestros compañeros en el ejercicio de su profesión, cercenan la confianza médico-paciente e incrementan el estrés laboral del médico.

Como Colegio de Médicos tenemos la responsabilidad de reivindicar el derecho a un ejercicio profesional de calidad, bajo el hashtag #StopAgresiones.

En nuestro entorno, las agresiones la sufren mujeres médicas (un 80%), entre 46 y 55 años.

El 75% de los agresores son pacientes programados y tienen entre 40 y 60 años.

La Atención Primaria es el nivel asistencial que más sufre de agresiones, un 50%, siendo el ámbito hospitalario el que congrega a un 20% de estos hechos, y todas -el cien por cien- en el ejercicio público.

Las amenazas e insultos, en un 42%, son los episodios

que más sufren nuestros colegiados, siendo las causas de estas agresiones las discrepancias con la atención médica (50%), mal funcionamiento del centro (17%), discrepancias personales (9%), o el tiempo en ser atendido (8%).

Otros datos que refleja el Observatorio es que el 17% de los médicos/as agredidos cogen una baja laboral y en casi un 67% de los casos no reciben apoyo o asesoramiento por parte del centro de trabajo.

Desde el Colegio de Médicos os animamos a todos a comunicar cualquier situación de menosprecio que podáis sufrir en el ejercicio de vuestra profesión, hacerlo directamente al Colegio que pone a vuestra disposición un servicio jurídico gratuito que os acompañará desde el inicio del proceso. Consideramos que no deben permanecer impunes comportamientos y actitudes no tolerables en una relación médico-paciente de calidad.

Como cada año, el Observatorio de Agresiones ha hecho público un Manifiesto en el que hacen un llamamiento a todos los agentes intervinientes para que tomen las medidas necesarias para proteger a los profesionales y, con ellos, al conjunto del sistema sanitario, que reproducimos a continuación.



Manifiesto
Día Europeo Contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) puso en marcha en 2010 el Observatorio Nacional de Agresiones en el ámbito sanitario. Esta iniciativa vino a coordinar el importante papel que los Colegios de Médicos venían desarrollando en su ámbito de competencia con la intención de sumar esfuerzos, visibilizar el problema, concienciar a administraciones públicas, ciudadanos y pacientes de que la agresión nunca puede justificarse en ninguna circunstancia.

Mucho se ha ido consiguiendo en el camino: la modificación del artículo 550 del Código Penal en la consideración de autoridad sanitaria al médico que ejerce en el servicio público (aun queda la actividad concertada y privada), la aparición de la Instrucción 3/2017 del Ministerio del Interior que da origen a la aparición del Interlocutor policial Nacional contra las agresiones en colaboración con el Ministerio de Sanidad, mayor concienciación de las Consejerías de Salud, y de los profesionales sanitarios a la hora de denunciar las agresiones.

Por último, destacar que, a petición del CGCOM, la Confederación de Ordenes Médicas Europeas ha declarado el día 12 de Marzo como "Día Europeo contra las agresiones a médicos y profesionales sanitarios", y que a ella se han sumado todas las Organizaciones Médicas Europeas.

Por esto y por todos los compañeros víctimas de esta lacra social insostenible queremos reafirmar que:

- El ejercicio de las profesiones sanitarias tiene un fuerte componente de servicio, por ello, la irrupción de la violencia en el escenario sanitario, en cualquiera de sus manifestaciones, agresiones físicas, insultos y amenazas, son una lacra de indudable repercusión social que afecta a la actividad sanitaria, a la relación de confianza entre el sanitario y el paciente, a la salud del personal agredido y a la calidad asistencial que reciben los propios pacientes.
- El aumento de la violencia en todos los ámbitos de la sociedad no ha dejado fuera al ámbito sanitario, y podrán encontrarse explicaciones, que no motivos, pero en ningún caso, una agresión tiene justificación.

"Ante las agresiones al personal sanitario, tolerancia cero".

Un escenario de desconfianza, exigencia desmedida y agresividad sólo tiene consecuencias perjudiciales para todos: ciudadanos y profesionales.

El sufrimiento y el dolor favorecen las situaciones de conflicto en la comunicación, pero también el estrés profesional, la falta de recursos y la sobrecarga asistencial merman la capacidad del profesional para afrontar este tipo de situaciones.

Hacer un uso adecuado de los servicios sanitarios, respetando los derechos y asumiendo los deberes, en un ambiente de mutua cordialidad, confianza y respeto, en aras de la mejora de las relaciones entre ciudadanos y profesionales sanitarios, sólo tiene beneficios para nuestro sistema sanitario.



El claro compromiso del Ministerio de Sanidad, Ministerio de Justicia, Consejo General del Poder Judicial, Fiscalía General del Estado, Oficina del Defensor del Pueblo, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las Consejerías de Sanidad de las CCAA ante este problema, ha sido de gran ayuda para combatir esta lacra.

¡No se puede agredir a quien trata de ayudarte restableciendo tu salud!

Aunque vamos avanzando en la mejora del seguimiento y tratamiento de estas situaciones seguimos solicitando:

-  **Reforzar las medidas preventivas**
-  **Continuar con las campañas de concienciación a la sociedad sobre las agresiones a sanitarios y sus consecuencias**
-  **Desarrollar programas formativos específicos para afrontar estas situaciones**
-  **Promover campañas sanitarias de respeto a los profesionales y cuidado y utilización responsable de los servicios sanitarios por parte de las Administraciones**
-  **Incrementar las medidas de seguridad en los centros, tanto públicos como privados**
-  **Conseguir la misma consideración jurídica para el delito de las agresiones tanto en el ámbito público como en los ámbitos concertado y privado**
-  **Lograr la unificación de los criterios empleados en las sentencias judiciales y que los procedimientos judiciales sean rápidos, expeditivos y ejemplarizantes.**
-  **Potenciar los acuerdos y la comunicación con las Administraciones sanitarias, las Fiscalías y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado para el abordaje integral de las agresiones.**
-  **Creación de un Plan Nacional contra las Agresiones a Sanitarios, en la que participen todos los implicados: Ministerios de Sanidad, Ministerio de Interior, Ministerio de Justicia, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Fiscalía General del Estado, Federación Española de Municipios y Provincias, CC. AA, Consejos Generales de las profesiones sanitarias y Plataformas de asociaciones de pacientes.**
-  **Por último, ni héroes ni villanos solamente somos profesionales sanitarios al servicio de los ciudadanos.**

Madrid, 12 de marzo de 2021

HOMENAJE A HONORÍFICOS

Seguimos con los homenajes a los médicos que han alcanzado la condición de Honoríficos el pasado año, hasta el mes de junio.

En esta ocasión, recibieron el Título y un reloj obsequio de la Junta Directiva, los doctores Joaquin Carlos López Verdejo y José Antonio Martínez Martínez.

Fue un placer recibirlos en nuestra sede y tener un rato de charla con estos compañeros que tantos años de su vida han dedicado a la profesión médica y a cuidar de los demás. Ahora, ya jubilados, disfrutan de la familia, el pueblo o los amigos, sin olvidar lo que nunca dejarán de ser, MÉDICOS.



Para mis pacientes, soy su neuróloga. Para mis compañeros, su Socia Protectora.

Estoy acabando la especialidad. Me espera una vida tan apasionante como exigente. Como la de cualquier médico. Por eso creo que entre compañeros debemos cuidarnos. Y por eso al colegiarme me hice también socia de la Fundación para la Protección Social de la OMC. Porque desde ella atienden a los médicos y a sus familias con necesidades especiales de protección social. Llegan donde otros no llegan. Date de alta tú también como Socio Protector por solo 2€ al mes*. Solicita más información en www.socioprotector.es

Dra. Lorena Cubillero Sánchez
MIR. Neurología
Nº de colegiada: 464003118

*Agremación anual de 23,77€ tras aplicar el 25% de la integración fiscal a excepción del País Vasco y Navarra (transmisión fiscalidad especial)

FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC
Médicos que integramos a médicos

OMC

PRESUPUESTO DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ALBACETE EJERCICIO 2021

INGRESOS

	EUROS
CUOTAS COLEGIALES	391.456,00
CUOTAS ENTRADAS NUEVOS COLEGIADOS	5.400,00
VENTA DE CERTIFICADOS (1.ª y 3.ª clase) y RECETAS	20.000,00
INGRESOS PSN	39.000,00
INGRESOS CONVENIO AMA	19.500,00
INGRESOS MUTUAL MEDICA.....	3.650,00
OTROS INGRESOS	2.000,00
INGRESOS FINANCIEROS	200,00
TOTAL INGRESOS PREVISTOS	481.206,00

GASTOS

	EUROS
COMPRAS DE CERTIFICADOS Y RECETAS	7.800,00
COMPRAS DE OTROS APROVISIONAMIENTOS	6.000,00
ARRENDAMIENTOS	3.800,00
REPARACIONES Y CONSERVACION	7.500,00
SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES	47.200,00
- Asesoría Externa	21.600,00
- Rentas	23.600,00
- Otros Profesionales	2.000,00
GASTOS SEGUROS PSN	40.240,00
PRIMAS DE SEGUROS	2.400,00
SERVICIOS BANCARIOS	180,00
SUMINISTROS.....	6.000,00
FORMACION Y PROYECTOS DE ESTUDIO	50.000,00
PARTICIPACION CONSEJO GENERAL EN CUOTAS	35.500,00
PARTICIPACION CONSEJO AUTONOMICO EN CUOTAS	9.100,00
GASTOS VARIOS NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS	12.000,00
DONATIVOS	4.000,00
IMPUESTOS Y OTROS TRIBUTOS	22.000,00
GASTOS DE DESPLAZAMIENTO Y REPRESENTACION	15.000,00
SUELDOS Y SALARIOS	76.000,00
SEGURIDAD SOCIAL	24.000,00
AMORTIZACIONES	52.000,00
TOTAL GASTOS PREVISTOS	420.720,00

TOTAL SUPERAVIT PREVISTO 60.486,00



Momento de la Asamblea Ordinaria celebrada el 17 de diciembre de 2020, en la que se aprobó el presupuesto de ingresos y gastos del Colegio, para el ejercicio 2021

El año 2020 fue un año muy duro para todo el mundo. El sector sanitario se vio altamente castigado por la llegada de la COVID-19 y todas sus consecuencias. Hasta que todo empezó a cambiar, los primeros meses se desarrollaron con absoluta normalidad en la institución colegial.

Todos los años, el Colegio Oficial de Médicos de Albacete entrega unas becas a aquellos colegiados que han decidido ampliar su formación de médicos con rotaciones en hospitales de ámbito nacional e internacional. El Colegio mantiene su compromiso de fomentar y favorecer todas aquellas actividades encaminadas al perfeccionamiento y formación de sus colegiados.

La pandemia y con ella el confinamiento y las medidas restrictivas de reuniones no permitieron entregar las becas de forma presencial pero sí se ingresaron dichas ayudas.

Ahora, retomamos la información de estas rotaciones con sus protagonistas: los médicos y médicas que se formaron en 2019 fuera de su entorno laboral y recibieron, por ello, una de las ayudas que concede su Colegio.

“Podemos crecer en la prevención y progresión de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada, y en el trasplante renal de donante vivo”

El facultativo especialista en Nefrología en el CHUA, FRANCISCO JAVIER CENTELLAS PÉREZ, es uno de nuestros becados. Actualmente trabaja en la sección de ERCA y diálisis, como médico responsable de la unidad dedicada a la ERCA (enfermedad renal crónica avanzada).

Estuvo dos meses en el Hospital Clínic de Barcelona, un centro de referencia en trasplante renal e investigación en Nefrología.

¿Cómo fue la estancia durante esos días? ¿Cómo transcurrió el tiempo de trabajo?

Fue una experiencia realmente gratificante y recomendable. La jornada se estructuraba en jornada partida de 8 a 17:00 h. Habitualmente de 08:00 a 08:30 h se realizaba la sesión de pase guardia, después comenzaba la actividad clínica. Habitualmente a las 15:00 h había alguna sesión de formación, actualización, de equipo, ya sea por residentes, facultativos del staff o de otros servicios.

¿Qué diferencias y semejanzas encontró en la forma de trabajar con el centro hospitalario de Albacete?



A nivel de práctica clínica diaria existen bastantes similitudes, el día a día a pie de cama no dista excesivamente entre ambos centros.

Las principales diferencias las observé a nivel de logística; allí el trasplante renal y la nefrología son referentes, y como tales los recursos se estructuran alrededor de ellos. Existen sesiones multidisciplinares integradas por múltiples servicios para la valoración de parejas donante/receptor, una unidad integrada de enfermedad renal crónica avanzada perfectamente estructurada compuesta por nefrología, enfermería, nutrición y psicología, que a su vez se integra con una unidad para el acceso vascular en relación con cirugía vascular y radiología intervencionista.

¿Qué técnicas ha aprendido o perfeccionado y esos procedimientos se pueden aplicar en su servicio?

Durante mi rotación, pude formarme sobre el trasplante renal de donante vivo y el trasplante de riñón y páncreas, además de profundizar cómo estos tratamientos se integran con el seguimiento del paciente con enfermedad renal crónica en la consulta de ERCA.

Estoy convencido que como centro de referencia de Nefrología en Castilla-La Mancha, podemos aplicar parte de estos procedimientos y adaptarlos a nuestra realidad. En este momento tenemos mucho margen para crecer en cuestiones como la prevención y la progresión de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada, y en el trasplante renal de donante vivo, intentando dar los pasos adecuados en esa dirección.

¿Considera importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?

Por supuesto, creo que son una excelente oportunidad para que todos los profesionales tengamos la oportunidad de formarnos, y que todo ello en su conjunto sume a la hora de mejorar la atención sanitaria en nuestra ciudad.

“La unidad de Grandes Quemados, o la Cirugía de Reasignación de Género, se podrán ofrecer en un futuro en nuestra comunidad”

El doctor **NITZAN KENIG PELI** es residente de cuarto año de **Cirugía Plástica, Estética y Reparadora**, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, además de ser doctorado en la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). Para él, la rotación en diferentes centros docentes es fundamental. “En particular, es necesaria completar la formación en Unidades de Grandes Quemados, en la que la labor del cirujano plástico es una parte integral en el equipo multidisciplinar. En España, existen centros de referencia de Grandes Quemados, englobados en el contexto de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR). Estos centros están repartidos por el territorio nacional, pero en la actualidad la Comunidad de Castilla-La Mancha no dispone de un centro de referencia de Grandes Quemados. Realicé mi rotación externa en el Hospital de La Paz de Madrid, en dicha unidad, debido a que es un hospital de referencia nacional en el ámbito de la Cirugía Plástica en general, y forma parte del CSUR en el contexto de los Grandes Quemados”, asegura nuestro próximo protagonista.

Fueron tres meses de jornadas laborales de gran interés profesional, “debido al amplio espectro de patologías que se engloban dentro de la cartera de servicios de la unidad. Tanto en el contexto de la Unidad de Grandes Quemados, así como en las otras unidades, trabajan profesionales en un alto nivel técnico”.

¿Qué diferencias y semejanzas encontró en la forma de trabajar con el centro hospitalario de Albacete?

El Hospital de La Paz de Madrid es un hospital grande que atiende a un elevado número de pacientes todos los días. Por este motivo, el ritmo de trabajo es alto. En el Complejo Hospitalario de Albacete se atienden patologías complejas de forma similar al Hospital de La Paz, aunque el número global de intervenciones es menor, por

lo que ciertos servicios son más complejos de ofrecer en un centro de menor envergadura. Algún ejemplo de servicios que se ofrecen en La Paz son la unidad de Grandes Quemados, o la Cirugía de Reasignación de Género, dentro del proceso de confirmación de sexo. Sin embargo, éstos serían servicios que en un futuro se podrían ofrecer en nuestra comunidad, gracias a diferentes iniciativas.



¿Qué técnicas ha aprendido o perfeccionado? Esos procedimientos ¿se pueden aplicar en su servicio?

Durante mi estancia en el Hospital de La Paz, he adquirido técnicas de tratamiento de quemaduras, tanto en forma de intervenciones quirúrgicas como en aplicación de distintas curas y tratamientos médicos. Por otra parte, he podido participar en intervenciones quirúrgicas de reasignación de género. Estos dos procesos serían de gran utilidad para perfeccionar e incrementar la cartera de servicios y ofrecer un mejor tratamiento a nuestros pacientes en Castilla-La Mancha.

¿Considera importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?

Las ayudas del Colegio de Médicos de Albacete son una excelente oportunidad para fomentar y mejorar la calidad de formación de los residentes de médicos y quirúrgicos de Castilla-La Mancha.

“He perfeccionado la cirugía artroscópica, concretamente la articulación del hombro, en dos hospitales punteros de Valencia”

El doctor **FRANCISCO MARTÍN SOMOZA** responde a nuestras preguntas con la satisfacción de saber que en unos meses será especialista de **Cirugía Ortopédica y Traumatología**. A falta de unos meses para terminar su último año de residencia, y con la esperanza de trabajar finalmente en el Hospital de Almansa -“por suerte, he podido hablar con el jefe de servicio del Hospital General de Almansa durante este año, y si todo va como es debido, empezaré allí mi andadura como facultativo” a partir del 27 de mayo, asegura, el doctor Somoza recuerda su rotación en 2019, concretamente de septiembre a noviembre, en los hospitales más punteros en cirugía artroscópica, el Hospital Intermutual de Levante y el hospital IMED de Va-

lencia, ambos comandados por el mismo jefe de servicio, Dr. Sánchez Alepuz, uno de los cirujanos pioneros en esta técnica, especializado concretamente, en la cirugía artroscópica de hombro.

Durante esos meses, “estuve conviviendo con dos antiguos compañeros de la facultad de medicina, los cuales se encontraban haciendo la residencia en un hospital de Valencia. Me encontraba a 15-20 minutos en coche del hospital, una distancia relativamente corta y cómoda”. Dentro del hospital, relata, el tiempo pasaba volando, “a pesar de llegar muchos días a las 7 horas de la mañana, con tal de poder llegar algún día antes que el Dr. Sánchez

Alepuz, madrugadores como pocos". Desde bien temprano, "teníamos la sesión con todos los integrantes del equipo, en el que se informaba de los pacientes que se iban a operar ese día y de algún caso de interés especial. Después del quirófano, teníamos una hora y media aproximadamente para tomar un respiro, comer y recargar las pilas para la consulta o el quirófano de la tarde, dependiendo del día. A las 20h solíamos emprender el camino de vuelta a casa. A pesar de tener tantas horas de trabajo, la estancia fue muy motivadora, no guardo un mal recuerdo de aquella época".

Respecto a diferencias y semejanzas en la forma de trabajar de estos hospitales con el centro hospitalario de Albacete, *el doctor Martín Somoza asegura que una de las cosas que más le sorprendieron fue la organización. "Todo estaba muy bien estructurado y jerarquizado. Todo el mundo trabajaba en equipo: cirujanos, anestesistas, enfermería, auxiliares, celadores... Todos querían sacar el trabajo adelante, con la máxima efectividad y eficiencia posible e intentando ayudar siempre a la gente de nueva incorporación, como era mi caso".*

En cuanto al trabajo dentro de quirófano, comenta que es muy parecido al de Albacete. *"Buen ambiente entre compañeros, gente con mucho conocimiento tanto teórico como práctico, y con gran apego por la docencia, una cualidad que se agradece especialmente cuando te encuentras en un periodo formativo".*

Sobre las técnicas que ha perfeccionado, *Francisco*



El doctor Somoza con Sánchez Alepuz y otros residentes

Martín Somoza se refirió a la cirugía artroscópica, y más concretamente, "a la articulación del hombro, donde el Dr. Sánchez Alepuz es un referente a nivel mundial. Fueron muchas las cirugías que vi durante esos meses, de mayor o menor complejidad, y a las que asistí como primer ayudante. Por ello, me veo capacitado para, con una determinada curva de aprendizaje, aplicar dichas técnicas en nuestro hospital".

En su opinión, estas becas que concede el Colegio suponen *"una gran ayuda económica para el residente, sobre todo cuando en condiciones como la que viví yo en Valencia, no era posible la realización de guardias físicas de atención continuada".*

"El UMH es uno de los centros de referencia nacional de Epilepsia en EEUU, por lo que la patología que se atiende es de lo más diversa y se valoran de forma habitual casos con epilepsia de difícil control derivados para segunda opinión"

CRISTIAN ALCAHUT trabaja como **neurólogo** tanto en el Hospital General de Albacete como en el Hospital de Villarrobledo, y además de su actividad diaria le queda tiempo para colaborar *"activamente en mi servicio en varios ensayos clínicos internacionales multicéntricos y en diferentes proyectos de investigación, sobre todo en el área de la patología cerebrovascular".*

En enero de 2019 se marchó a hacer una rotación al International Comprehensive Epilepsy Center, University of Miami Health System, Florida.

"Elegí este centro de referencia por estar a la vanguardia en el ámbito de la epilepsia. Está dirigido por el Dr. A. Kanner, neurólogo y psiquiatra, discípulo a su vez de otro neurólogo de relevancia mundial como es el Dr. Hans Lüders", apostilla este especialista.

¿Cómo fue la estancia durante esos días?

Durante mi estancia aprendí tanto de la atención a los pacientes hospitalizados en la Unidad de monitorización video-EEG como de la asistencia de pacientes en consultas

externas. El centro disponía de 6 camas de monitorización EEG continua, además de registro EEG prolongado en pacientes ingresados en camas de críticos. El UMH es uno de los centros de referencia nacional de Epilepsia en EEUU, por lo que la patología que se atiende es de lo más diversa y se valoran de forma habitual casos con epilepsia de difícil control derivados para segunda opinión. Además, pude asistir a las sesiones generales de Neurología impartidas por grandes expertos, que versaban sobre temas diversos como patología cerebrovascular y neuromuscular.

¿Qué diferencias y semejanzas encontró en la forma de trabajar con el centro hospitalario de Albacete?

En cuanto a las diferencias, destacaría que la disponibilidad de recursos en el centro donde realicé mi rotación externa es francamente superior a la del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. A pesar de ello, la manera de trabajar tanto en el centro donde estuve como en el servicio de Neurología de Albacete del que formo parte es similar, basada en la atención centrada en el paciente, y en la retroalimentación entre los compañeros del equipo



El doctor Alcahut junto con el Dr. Kanner y algunos de sus colaboradores en el Congreso Neurology Update and Stroke Intensive celebrado en Miami

con el objetivo de mejorar y aprender constantemente.

¿Qué técnicas ha perfeccionado y se pueden aplicar en su servicio?

Pude perfeccionar el manejo en el diagnóstico y tra-

tamiento de los pacientes con epilepsia. Progresé en los conocimientos ya aprendidos sobre lectura de electroencefalograma e interpretación del resto de pruebas habituales en estos pacientes. Atendí pacientes a los que se les había implantado dispositivos avanzados para la mejora en el control de las crisis epilépticas como un neuroestimulador implantable (Neuropace®).

Además, asistí a sesiones multidisciplinarias muy enriquecedoras en las que participaban epileptólogos, neurcirujanos, neurorradiólogos y neuropsicólogos, y en las que se discutían casos con diagnóstico incierto, o las diferentes posibilidades quirúrgicas de pacientes con epilepsia farmacoresistente. En el hospital de Albacete se realizan monitorizaciones video-EEG prolongadas o implantación de estimulador de nervio vago, pero por desgracia por el momento no se realizan otro tipo de cirugías para la epilepsia.

¿Considera importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?

Las ayudas para formación son fundamentales para mejorar el desarrollo profesional del personal sanitario y agradezco sumamente que el Colegio de Médicos se vuelque en favorecer que sus colegiados y especialistas en formación tengan la oportunidad de seguir mejorando y aprendiendo a través de estas rotaciones.

“Trabajar y moverte en otros ambientes distintos, con otras formas de trabajo resulta muy enriquecedora”

La doctora **LAURA PLAZA CARMONA** trabaja en el **Servicio de Geriátría** de Albacete. Como ella misma reconoce, desde el inicio del covid su actividad se centra principalmente en la atención a Centros Sociosanitarios de Mayores. “Desde el Servicio de Geriátría, junto con el respaldo del Coordinador de Procesos Asistenciales, se ha montado un dispositivo de apoyo a todos los centros de mayores de la GAI de Albacete integrado por Geriátras y enfermería especialista en Geriátría. Nuestra labor brevemente se puede resumir en la atención integral de los residentes. Para ello hemos asistido todos los brotes covid residenciales desde junio de 2020, así como la atención postcovid, además de trasladar las consultas de geriatría a las propias residencias, evitando así desplazamiento de los usuarios. Promovemos la evitación de derivación a urgencias así como la hospitalización, si la situación clínica lo permite y la familia lo desea, mediante una valoración precoz y un seguimiento estrecho posterior al proceso. Además de agilizar burocracia, fomentar cuidados no farmacológicos y elaboración de protocolos asistenciales según últimas guías”, explica.

Respecto a la rotación externa, la dividió por un lado “en la profundización del manejo de las demencias; y por otro en el conocimiento y aprendizaje del funcionamiento de una Unidad de Ortogeriatría”.

Para ello “acudí por un lado dos meses a la Unidad de Alzheimer y Otros Trastornos Cognitivos del Hospital Clínic de Barcelona; una unidad multidisciplinar de diagnóstico y manejo terapéutico ambulatorio de personas con problemas cognitivos, enfocada fundamentalmente a la patología neurodegenerativa. Lo novedoso de la Unidad es que a parte de la zona habilitada para consultas externas, presenta un hospital de día de enfermedades neurodegenerativas donde ofrecen programas de intervención no farmacológica, mediante actividades que promueven el mantenimiento de las capacidades cognitivas preservadas y la compensación de las capacidades afectadas, con el fin de favorecer la independencia para las actividades de la vida diaria y la socialización. Además, la unidad es destacada tanto en ámbito nacional como internacional por su actividad docente / investigadora pues tiene acreditada su unidad de investigación, siendo pionera en colaboraciones en ensayos clínicos farmacológicos; además de los estudios propios no farmacológicos en el campo del deterioro cognitivo.

En cuanto a la estancia en una Unidad de Ortogeriatría, el centro en el que desarrollé mi actividad fue durante un mes en el Hospital de Salamanca, integrante del Registro Nacional de Fractura de Cadera. La elección de este centro se justifica en sus resultados pues es referente en



integración y reflejo de lo que implica una unidad multiprofesional a cargo de geriatría a este nivel, además de unos números que abalan su reconocimiento. Desde su fundación atiende a una media anual de 600 pacientes / año con fractura de cadera. Con resultados tan significativos como que un tercio de los pacientes mayores con fractura de cadera son operados en las primeras 24h o la dis-

minución de la estancia media hospitalaria a seis días por paciente, con las consecuencias en términos económicos, de salud y sobre todo de función física que implica en el paciente.

¿Cómo fue la estancia durante esos días?

La estancia en esos meses es inolvidable. No solo por la experiencia personal, sino también por la profesional. Trabajar y moverte en otros ambientes distintos, con otras formas de trabajo resulta muy enriquecedora. Por ejemplo, en las consultas de Trastornos Neurocognitivos se asimila el impacto que la misma enfermedad causa, pues a diferencia de otras enfermedades, el deterioro cognitivo no sólo repercute en el propio sujeto sino también a su familia, a su entorno social, y a la sociedad en general.

Así durante mi estancia, mi actividad no solo se limitó al diagnóstico y manejo del paciente en consultas externas, sino que también acudía al hospital de día donde esos mismos pacientes desarrollaban parte de las terapias no farmacológicas con logopedas, fisioterapeutas, psicólogos... E incluso también conocí el Programa de Información y Consejo Genético para demencias familiares (PICO-GEN) donde los protagonistas eran las familias; o el banco de tejidos neurológicos.

En cuanto a la rotación en la Unidad de Ortojeriatria en Salamanca, como digo, fue un gran reflejo de lo que conlleva trabajar en equipo y de los éxitos que se recogen cuando es esa la dinámica de trabajo. En ella la labor del geriatra es la de atender a todos los ancianos con fractura de cadera a lo largo de todo el proceso asistencial (tanto la fase aguda, como rehabilitadora y de mantenimiento).

“Uno de los puntos más destacables de esta estancia es el hecho de poder poner en valor la cardiología que se realiza en centros como el CHUA

JUAN JOSÉ PORTERO PORTAZ es **Cardiólogo** y está realizando una estancia formativa de dos años para conseguir la acreditación en Hemodinámica y Cardiología Interven-

A diario existía una reunión conjunta traumatología-geriatria-anestesia-enfermería en la que se debatía los pacientes que serían intervenidos en ese día. Además durante la mañana los geriatras mantenían distintas reuniones con rehabilitación, fisioterapia, nutrición, trabajadora social,... Sin duda de ella me llevo los buenos resultados que implica la atención integral del paciente.

¿Qué diferencias y semejanzas encontró en la forma de trabajar de estos hospitales con el centro hospitalario de Albacete?

En mi caso he de decir que quizás las diferencias pesan más que las semejanzas.

Por ejemplo de la unidad de Trastornos Neurocognitivos lo que más me sorprendió fue por un lado los tiempos de atención que manejaban (el diagnóstico junto con todas las pruebas complementarias: imagen, biomarcadores, valoración neuropsicológica... se realizaba en apenas un mes) y por otro lado, la gran apuesta por parte del Servicio Catalán de Salud a las terapias no farmacológicas como eslabón principal en el manejo terapéutico del paciente con demencia.

En cuanto a la Unidad de Ortojeriatria, desconozco los números, y con ello los resultados a nivel de función física que manejan en el CHUA, pero es cierto que aquí son paciente manejados mediante interconsulta (sin una atención integral desde su ingreso), y sin contar con un geriatra como referencia.

¿Qué técnicas ha aprendido o perfeccionado y esos procedimientos se pueden aplicar en su servicio?

Mi rotación no implica ningún aprendizaje técnico, si en conocimientos de ultimas guías de manejo.

¿Considera importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?

Sin duda son una gran ayuda. A menudo la estancia en este tipo de centros de referencia va exenta de guardias, cuando no suponen además de una remuneración económica al propio centro sólo por poder conocer su actividad. Lo que sumado a que suele implicar una duplicidad en gastos de alojamiento y desplazamientos... Sin duda estas ayudas fomentan a dar el paso de la rotación con más firmeza cuando ves que tienes el apoyo económico para aprovechar y aprender en grandes centros de referencia.

cionista otorgada por la Sociedad Española de Cardiología.

En 2019 hizo una estancia formativa en cardiología in-

tervencionista en el “Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Quèbec” (IUCPQ) de Canadá, “uno de los centros de referencia más punteros y pioneros a nivel internacional en el campo de la cardiología intervencionista”.

Al frente de la unidad de cardiología intervencionista del IUCPQ está el español Josep Rodés Cabau. Junto a él y todo su equipo “tuve la oportunidad de compartir una estancia formativa e investigadora de dos meses y medio. Integrado desde el primer día como un fellow más del equipo (8 en total), pude formar parte de largas jornadas de trabajo compaginando la actividad asistencial dentro de la sala de hemodinámica y cardiología intervencionista con la actividad investigadora al más alto nivel tanto en forma de registros internacionales o ensayos clínicos propios del centro en conjunto con la Universidad Laval. Durante estos dos meses pude incluso conocer de primera mano proyectos innovadores de nuevas técnicas y procedimientos de reparación valvular transcatheter todavía en fase inicial en el ámbito de la cardiología intervencionista”.

¿Qué diferencias y semejanzas encontraste en la forma de trabajar con el centro hospitalario de Albacete?

Hay muchas diferencias destacables entre el IUCPQ y nuestro Complejo Hospitalario Universitario de Albacete puesto que no son centros comparables ni en tamaño, ni en volumen de pacientes o procedimientos. EL IUCPQ es un gran centro hospitalario monográfico de cardiología y neumología con una de las unidades más potentes en hemodinámica y cardiología intervencionista que funciona como centro de referencia para una gran parte del territorio occidental de Canadá. Se trata de uno de los “Heart Valve centers” más avanzados y pioneros con un volumen de pacientes muy superior al de nuestro centro, y por encima de los grandes centros españoles; esto permite que en tan solo dos meses y medio haya podido conocer de primera mano prácticamente todos los procedimientos sobre cardiopatía estructural del adulto. La estancia me ha permitido perfeccionar los conocimientos teóricos adquiridos durante mis años de formación MIR en Albacete, a la vez que empezar a conocer procedimientos complejos que únicamente se realizan en centros muy concretos de nuestro país.

Pero sin lugar a dudas, uno de los puntos más destacables de esta estancia es el hecho de poder poner en valor la cardiología que se realiza en centros como el CHUA. Aunque pueda parecer que estamos lejos de centros pioneros como el IUCPQ, he podido contrastar de primera mano que esta diferencia más allá del tipo del sistema sanitario, el volumen centro y la potencia investigadora no supone ningún cambio para el paciente estándar. En



nuestro centro contamos con profesionales formados al más alto nivel, y se aplican las técnicas y protocolos más novedosas, adecuándonos a los estándares europeos al mismo nivel que cualquier otro centro español o europeo.

Es destacable también la implicación que existe con la docencia de postgrado. La Universidad Laval se encuentra integrada en los programas formativos de los diferentes programas de fellowship, de modo que se facilita el contacto con la investigación básica y clínica, algo que habitualmente resulta complejo compaginar la actividad asistencial e investigadora en nuestro país. Centros como el IUCPQ facilitan esta labor integrando el tiempo dedicado a la actividad investigadora dentro de los programas formativos y esa unión con la Universidad.

¿Considera importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?

Las becas ofrecidas por el COM de Albacete son fundamentales para mantener y fomentar una formación médica del más alto nivel dentro de nuestro complejo hospitalario. La oportunidad de realizar una estancia formativa en un centro extranjero probablemente sea una de las experiencias más recomendables para un MIR dentro de esta etapa, y muy probablemente no se vuelva a presentar una oportunidad tan propicia dentro de nuestra carrera como especialistas. Lógicamente acarrea una serie de gastos económicos, que resultan en muchas ocasiones limitantes a la hora de planificar dichas estancias. El COM y su programa de becas permite subsanar económicamente la desigualdad que se produce al perder de manera general, como en mi caso, el complemento que supone la actividad continuada en forma de guardias, partiendo de unos sueldos base precarios. Es por tanto imprescindible, a pesar de las dificultades económicas, que la OMC y los colegios en particular sigan fomentando la formación y facilitando que el MIR siga siendo un especialista sanitario de primer nivel.

Las sectas político-religiosas israelitas en la época de Jesucristo ⁽³⁾

JOSÉ MARÍA MANUEL GARCÍA-OSUNA Y RODRÍGUEZ

Historiador Diplomado en Historia Antigua y Medieval. Médico de Atención Primaria Académico de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias. RAMPA. IDE



Verbigracia, cada séptimo año era sabático y, según la Ley, había que dejar los campos yermos o improductivos, tanto en lo que se refería al sembrado como en la viña y en el olivar. «Durante seis años sembrarás tu tierra y recogerás la cosecha; pero el séptimo la dejarás descansar, en barbecho, para que coman los pobres de tu pueblo, y lo que sobre lo comerán los animales del campo. Harás lo mismo con tu viña y tu olivar. Durante seis días harás tus faenas, pero el séptimo descansarás, para que reposen tu buey y tu asno, y tengan un respiro el hijo de tu esclava y el forastero. Guardad todo lo que os he dicho. No invocarás el nombre de otros dioses: ni se oiga en vuestra boca».

El perjuicio para los labradores era pavoroso, por lo que el más reputado maestro de la Ley del momento, llamado Hillel, elaboró una particular interpretación de la Ley, en este precepto concreto, que dispensaba a los agricultores de su cumplimiento y que era el prozbol. Con todas estas reglamentaciones, los fariseos fueron acumulando y conformaron la denominada como “tradición de los antepasados”, que era el resultado de la interpretación farisea o halajot de la Ley de Yahvéh. Esa tradición era equiparada a las Sagradas Escrituras o Ley escrita. «Dice Flavio Josefo: “Los fariseos habían pasado al pueblo ciertas normas transmitidas por la tradición de los antepasados y no escritas en la Ley de Moisés». Con el devenir de los tiempos sería denominada como la Ley oral, la cual iba a ser puesta por escrito hacia el año 200 d. C., y sería llamada la Mishna, que estaría en la base del Talmud (recoge las discusiones rabínicas sobre las leyes, tradiciones, costumbres, etc. de los israelitas), existían dos: el de Babilonia y el de Jerusalén.

Los saduceos rechazaban, de plano, la interpretación farisea citada, también lo sería por Jesús de Nazaret. «Y cuando vienen de la plaza, si no se purifican, no comen; y otras muchas cosas que por tradición aprenden a observar: abluciones de copas, jarros, vajilla de cobre-, los escribas y los fariseos le dijeron: “¿Por qué tus discípulos no siguen la tradición de los antiguos, sino que comen el pan con manos impuras?”. Pero él les dijo: “Muy bien profetizó de vosotros, hipócritas, el profeta Isaías, según está escrito: Este pueblo me honra con los labios, pero su corazón está lejos de mí». También divergían los saduceos y los fariseos en algunas de las doctrinas particulares que se hallaban en los libros bíblicos más recientes o Escritos, como por

ejemplo en lo relativo a la resurrección de los muertos, a la recompensa de la inmortalidad para los justos y a la doctrina sobre la existencia de los ángeles como seres personales y no etéreos, y que eran los intermediarios entre Yahvéh y la humanidad. Jesús y sus seguidores aceptaron esas doctrinas farisaicas, mientras que los saduceos las rechazaban de forma rotunda, ya que para estos últimos las almas morían junto con los cuerpos.

B) LOS FARISEOS Y EL PUEBLO JUDÍO

A finales del siglo I a. C., los maestros de la Ley, los fariseos, eran los líderes espirituales del pueblo hebreo, desde Jerusalén hasta el resto de las ciudades, dentro y fuera de Israel, incluyendo a los israelitas de la diáspora (dispersión de un pueblo) siria (en Damasco y en Antioquía); aunque no todas sus proposiciones eran aceptadas en la misma proporción. Los fariseos tenían diferentes escuelas regidas por diversos maestros de la Ley, que tenían opiniones divergentes, por consiguiente eran un grupo en formación y en ebullición. Existen cinco parejas de fariseos docentes, entre los años 150 a. C. a 30 d. C.; la más paradigmática fue la conformada por Hillel y por Samay, el primero más aperturista y dialogante que el segundo, sus discípulos serían coetáneos de Jesús de Nazaret. Los fariseos estaban por encima de los atavismos (imita costumbres y formas de vida antiguas) y las costumbres adquiridas, todas ellas inherentes al devenir de los saduceos y de los sacerdotes templarios jerosolomitano.

En la Galilea, la región de Cristo, el pueblo estaba mucho más próximo a los fariseos y a sus prédicas. En la Judea, el peso indubitable del influjo del templo y de sus poderosos sacerdotes saduceos era mucho más importante en las conciencias de los judíos. Los fariseos, que eran unos seis mil según Flavio Josefo, eran respetados y escuchados por sus adversarios tanto por los saduceos como por los herodianos, que eran los seguidores de la dinastía reinante edomita o idumea de la familia del tetrarca regio Herodes I el Grande (73-40-4 a. C.). Los edomitas estaban emparentados directamente con los israelitas, su origen provenía del hermano mayor del patriarca Jacob llamado Esaú (“el Velludo o el Peludo”), quien vendió su primogenitura por un plato de guiso rojo y se trasladó al territorio de Edom, siendo “edom o rojo”, por el color rojo

de su tierra, junto a Petra, la capital del reino de los nabateos. Las causas del predicamento farisaico eran tres. 1ª) No pertenecían a la rimbombante aristocracia templaria sacerdotal y laica de Jerusalén, aunque sí había fariseos vinculados a las familias dirigentes aristocráticas, verbigracia: Nicodemo y Flavio Josefo. 2ª) Por la adhesión pública y confesa de los fariseos a la Ley de Yahvéh-Dios, que se caracterizaba por la sinceridad y la autoexigencia en el cumplimiento de la praxis religiosa. No hacían concesión de ningún tipo a la laxitud moral. «Pero el Señor le dijo: “Vosotros, los fariseos, purificáis el exterior del vaso y del plato, pero vuestro interior está lleno de rapiña y de iniquidad. ¡Insensatos! Quien ha hecho el exterior, ¿no ha hecho acaso también el interior? Dad más bien en limosna lo que hay dentro, y todo será puro para vosotros. Pero ¡ay de vosotros, fariseos, porque pagáis el diezmo de la menta, de la ruda y de toda legumbre, y violáis la justicia y el amor de Dios! Es necesario practicar estas cosas sin descuidar aquéllas. ¡Ay de vosotros, fariseos, que gustáis de los asientos de honor en las sinagogas y de los saludos en las plazas! ¡Ay de vosotros, porque sois semejantes a sepulcros que no se ven, y sobre los cuales se anda sin saberlo!”. Un doctor de la ley tomó entonces la palabra: “¡Maestro, al hablar así nos ofendes también a nosotros!”. Y él: “¡Ay también de vosotros, doctores de la ley!, porque imponéis a los hombres cargas insoportables, mientras que vosotros no las tocáis ni siquiera con un dedo. ¡Ay de vosotros, que edificáis los sepulcros de los profetas que mataron vuestros padres! Así, vosotros sois testigos y aprobáis las obras de vuestros padres: ¡ellos los mataron y vosotros edificáis sus sepulcros! Por eso ha dicho la sabiduría de Dios: “Les enviaré profetas y apóstoles; matarán y perseguirán a algunos”, a fin de que se pida cuenta a esta generación de la sangre de todos los profetas derramada desde la fundación del mundo, desde la sangre de Abel, hasta la sangre de Zacarías, muerto entre el altar y el santuario. ¡Sí, os digo que se le pedirá cuentas a esta generación! ¡Ay de vosotros, doctores de la ley, porque habéis robado la llave de la ciencia: no habéis entrado y habéis impedido entrar a aquellos que querían hacerlo!”. Cuando hubo salido de allí, los escribas y fariseos empezaron a tenerle una aversión terrible y a hacerle hablar sobre muchas cosas, insidiándole para recoger alguna palabra de su boca». «¡Ay de vosotros, escribas y fariseos hipócritas, que cerráis a los hombres el reino de los cielos!; en efecto, vosotros no entráis ni permitís que entren en ellos los que querían entrar. ¡Ay de vosotros, escribas y fariseos hipócritas!, que dais vueltas por mar y tierra aunque solo sea para hacerlos un prosélito, y cuando ha llegado a serlo, lo convertís en un hijo de la Gehenna dos veces más que vosotros. ¡Ay de vosotros, guías ciegos, que decís: “Si uno jura por el templo, no vale, pero si jura por el oro del templo, queda obligado!”. ¡Insensatos y ciegos! ¿Qué vale más: el oro

o el templo que santifica el oro? También decís: “Si uno jura por el altar, no vale; pero si jura por la ofrenda que hay encima de él, queda obligado”. ¡Ciegos! Pues, ¿qué vale más: la ofrenda o el altar que santifica la ofrenda? Quien jura, pues, por el altar, jura por el altar y por todo lo que hay en él; y quien jura por el templo, jura por el templo y por quien habita en él; y quien jura por el cielo, jura por el trono de Dios y por el que está sentado en él. ¡Ay de vosotros, escribas y fariseos hipócritas, que pagáis el diezmo de la menta, del hinojo y del comino y descuidáis las cosas más graves de la Ley: la justicia, la misericordia y la sinceridad! Era necesario practicar éstas sin omitir aquellas. ¡Guías ciegos, que filtráis el mosquito y os tragáis el camello! ¡Ay de vosotros, escribas y fariseos hipócritas, que purificáis el exterior del vaso y del plato, mientras que por dentro están llenos de rapiña y de intemperancia! ¡Fariseo ciego, limpia primero el interior del vaso, a fin de que también quede limpio el exterior! ¡Ay de vosotros, escribas y fariseos hipócritas, que sois semejantes a sepulcros blanqueados!, son bellos en apariencia, pero por dentro están llenos de huesos de muertos y de toda inmundicia. Así también vosotros: por fuera parecéis justos a la gente, pero por dentro estáis llenos de hipocresía y de iniquidad. ¡Ay de vosotros, escribas y fariseos hipócritas!, que edificáis los sepulcros de los profetas y adornáis las tumbas de los justos, y decís: “Si hubiésemos vivido en tiempos de nuestros padres, no habríamos sido como ellos, cómplices del derramamiento de la sangre de los profetas”. Vosotros testimoniáis así contra ellos ser hijos de los que mataron a los profetas; ¡por vuestra parte, colmad la medida de vuestros padres! Serpientes, raza de víboras, ¿cómo podéis escapar a la condenación de la Gehenna? Por eso, he aquí que yo os envío profetas, sabios y escribas: los mataréis y crucificaréis, los azotaréis en vuestras sinagogas y los perseguiréis de ciudad en ciudad, a fin de que caiga sobre vosotros toda la sangre inocente derramada sobre la tierra, desde la sangre del justo Abel, hasta la sangre de Zacarías, hijo de Baraquías, que asesinasteis entre el santuario y el altar. En verdad os digo que todas estas cosas caerán sobre esta generación. ¡Jerusalén, Jerusalén, que matas a los profetas y apedreas a los que te son enviados! ¡Cuántas veces he querido reunir a tus hijos como la gallina reúne a los polluelos bajo sus alas, y vosotros no habéis querido! He aquí que vuestra casa quedará desierta. Porque yo os digo que no me veréis más hasta que digáis: “Bendito el que viene en el nombre del Señor”». En estas denuncias de Jesucristo se ve con toda nitidez que responden a que los fariseos, los doctores de la Ley y los escribas se sienten demasiado seguros y satisfechos de cómo practican la religión de Yahvéh-Dios y, de esta forma, excluyen, de manera desvergonzada, a los que no lo hacen como ellos.

(continuará en número siguiente)

ENTREVISTA

Santiago García Ruiz, médico del Banco de Sangre

“Aquí el médico tiene que cambiar el chip. Trabajamos con personas sanas, que vienen a darnos algo imprescindible porque quieren. Y deben ver en nosotros reconocimiento y gratitud”



Santiago García Ruiz se jubila. Desde hace 32 años trabaja en el Banco de Sangre, primero, y Centro de Transfusiones, después, y ya dice adiós con un doble sentimiento: “Me da pena dejar a los donantes. Son muchísimos años, pero me voy orgulloso de mi profesión, de mis compañeros, desde el último eslabón de la cadena, hasta los pacientes que he tenido. Me voy muy contento del trato recibido y con la satisfacción de tener muchos amigos dentro y fuera de la profesión. Me siento muy lleno”.

Y, la verdad es que el doctor García Ruiz derrochaba felicidad la tarde que se acercó al Colegio para hacerle la entrevista. No era para menos. Ese 25 de marzo cumplía 63 años y estaba pletórico.

Le agradecemos que dedicara parte de su tarde cumpleaños a atender al Colegio y empezamos una charla donde las palabras donación, agradecimiento, solidaridad, donantes y generosidad, aparecieron en más de una ocasión.

Lo primero de todo, cómo llegó Santiago García Ruiz a ser médico del Banco de Sangre?

Estudié en Murcia, soy médico especialista en Medicina PreMIR. Trabajé primero en Atención Primaria, hasta que me contrataron para el servicio de Urgencias de Almansa, en época Insalud. Fue entonces cuando el gerente, Antonio Marrón Gallardo, me propuso entrar como médico en el Banco de Sangre para dedicarme a la atención al donante. Lo acepté y empecé en el año 88.

El director de entonces era el doctor Rubio Vitaller, y dependía del servicio de Hematología. Por aquel entonces, en Albacete no había hematología clínica, sí tres hematólogos. La situación de partida era que la actividad del hospital de Albacete no era mucha y que en la provincia la mayoría de las donaciones de sangre la realizaban gente de otras poblaciones, porque no teníamos logística ni necesidad de esos componentes sanguíneos. A Villarrobledo venía gente de Madrid; a Hellín de Murcia; Caudete lo hacía Alicante y Valencia hacía La Roda, Casas Ibañez, Madrigueras, y Tarazona. Nosotros hacíamos Tobarra, y algún pueblo pequeño como Chinchilla, o Casas Ibañez.

¿Cómo fue la transformación del Banco de Sangre ya con usted como médico?

La donación se entendía como un derecho y un deber: el deber de los ciudadanos para mantener el sistema sanitario y nuestra obligación como administración era acercar la donación a todos los puntos. Y esa fue mi misión fundamental; diseñar un plan de recogida de todos aquellos pueblos. El primero fue Villarrobledo: llegamos con un equipo de enfermería, trayendo las camillas del centro de salud, con un equipamiento arcaico visto desde hoy, y haciendo un sábado y un domingo 400-450 donaciones, que luego empezamos a procesar

aquí, y así, poco a poco, uno de los últimos pueblos fue Hellín. Se estaba abriendo el hospital y lo dejamos un par de años más, hasta que en 1994 teníamos todas las donaciones que se hacían en la provincia.

Empezaron a cambiar los consumos de componentes sanguíneos y nosotros también nuestra dinámica de extracción, no colecta masiva sino entrada de componentes fluida y regular. Nuestro objetivo era tener siempre plaquetas disponibles, que duran 5 días, y que nunca nos faltaran plaquetas.

Y, todo ha cambiado, de ir a La Roda tres veces al año, en fin de semana, a ir ahora 12 veces al año, todos los meses en una tarde laborable....ahora donar es un acto más cercano al ciudadano.

El Banco de Sangre pasó a ser centro de transfusión y en 2009 también asumimos la provincia de Cuenca y nuestra red hemoterápica atiende los hospitales de Albacete y Cuenca.

Por su relato, se entiende que las campañas de donaciones que se hacían al principio eran muy esporádicas.

Sí, al principio, las visitas a cada localidad eran una o dos veces al año a localidades pequeñas, y ahora no, tres veces al año. Albacete capital siempre ha sido, dentro del territorio nacional, un rara avis, porque solo tenemos el punto de extracción del Hospital y obtenemos una media de 6.000 donaciones, cuando Cuenca está en 1.000; Toledo también 1.000 y pocas....

Llega un médico desde las urgencias de Almansa a trabajar al Banco de Sangre, ¿qué es lo primero que aprende de su nuevo destino?

Lo primero que se me inculcó y yo he intentado inculcar es cambiar el chip, tenemos chip de médicos, acostumbrados a tratar enfermos, y con un interlocutor de alta carga de miedo, incertidumbre y que va a aceptar lo que le digamos porque tiene necesidad de creer en ello, de creer en que se va a curar. Aquí no, trabajamos con personas sanas, que vienen a darnos algo imprescindible para el sistema y que están ahí porque quieren. Y deben ver en nosotros nuestro reconocimiento y gratitud. Es un trabajo que puede parecer a veces rutinario, que rompe los cánones de la profesión, pero acaba siendo gratificante. Llevo 32 años haciendo colectas y mis compañeros valoran las colectas en números, y yo les digo que afronto las colectas con la misma ilusión, atiende a mucho o a pocos, pero a todos les doy las gracias. Cualquier bolsa de sangre es necesaria.

¿Han cambiado las necesidades de aportes sanguíneos en la medicina en estos años?

Si, los consumos han variado porque hacemos otra medicina. Hace 30 años el 79% de los consumos eran quirúrgicos y traumatológicos, hoy ese porcentaje se lo llevan las especialidades médicas. Las técnicas quirúrgicas han mejorado notablemente y requieren menos aportes sanguíneos. Hace 30 años para afrontar con garantías un trasplante de hígado necesitabas disponer de 40 bolsas de concentrados de hemáties: hoy con 6 o 7 se afronta un trasplante de hígado desde el punto de vista hemorotérico. Por ese lado, ha cambiado mucho la medicina.

Ahora tenemos pacientes que han consumido a lo largo de su enfermedad más de 500 bolsas de sangre y han sobrevivido a una enfermedad hematológica 10 y 12 años, eso era impensable.

Socialmente también nos hemos adaptado. A finales de los 90, las donaciones en fines de semana disminuían; los hábitos sociales cambiaban, y nos adaptamos, diseñamos otro programa basado en días laborales y entran 150 todos los días. Un proceso de cambio y adaptación que ha dado muy buenos resultados. Hemos cambiado también los horarios, de todos los días del año mañana y tarde, a todos los días de lunes a viernes, mañana y tarde; en verano no abrimos por la tarde; dejamos los fines de semana, y la gente asume muy bien los cambios.

En esa afirmación de que Albacete es un rara avis en las donaciones, ¿qué influencia ha tenido la Hermandad de Donantes?

La labor de la Hermandad de Donantes ha sido bien entendida por las distintas administraciones, por ser una organización modélica, con rigor y buen uso del dinero público y trato del donante.

La gente ha aprendido que el único sitio para donar es el Hospital; que es tratada con deferencia, que cuando alguien iba a donar con prisa, antes de la pandemia, se le decía lo que iba a tardar para facilitarle la donación y agradecerse, y venía otro día. Esa cultura de la donación que ha mantenido la hermandad la reciben los administrativos de la hermandad, los primeros. No hemos tenido necesidad de sacar unidades móviles a la calle para hacer donaciones. La gente dona de manera libre, cuando quiere. Ahora con cita previa por la pandemia, y la gente lo ha aceptado bien. Se ha planteado externalizar las donaciones y acercarlas a los barrios pero hemos visto que no es necesario. Con eso, y las colectas en Maestranza, Airbus, Universidad, la comandancia de la Guardia Civil, y la Policía Nacional, atendemos a otra parte de la población que no tiene que desplazarse.

El mayor riesgo contra la donación es la pereza, cuando me acuerdo no puedo y cuando puedo no quiero, pero los donantes responden muy bien.

“Con la COVID-19, en pleno confinamiento, el hotel Los Llanos fue sitio de donaciones. Nunca faltaron los donantes”

Hace un año, cuando empezó la pandemia, empezamos a ver que los donantes no acudían. En tres días fueron ocho voluntarios al Hospital. El ambiente que se respiraba era como una zona de guerra. Había mucho miedo y decidimos cambiar la forma de donar porque veíamos que el sistema se nos hundía. Recibimos una oferta de dos hoteles de Albacete, Universidad y Los Llanos, para hacer una colecta si era necesario. La Gerencia me preguntó y yo les dije que eso no nos resolvía mucho, y esperamos a ver cómo evolucionaba. Cuando vimos que bajaba la entrada de componentes, nos pusimos en contacto con la Gerencia para que hablara con el hotel Los Llanos y facilitara un salón de forma permanente y mientras durara. La disposición de la dirección del hotel fue total. El único problema que nos pusieron es que en el hotel solo había un trabajador, porque estaban en un ERTE, y solo nos podían dar una servidumbre, pero sí nos cedían un salón, que daba al parque, con luz natural, que tanto agradecieron los donantes. El 23 de marzo empezamos trabajando con cita previa, informando a la subdelegación de Gobierno para que las Fuerzas y Cuerpos de seguridad lo supieran. Ese día tuvimos a 15 personas con cita previa, un jueves vísperas de Semana Santa; se publicó en redes y el viernes estaba llena la agenda hasta después de Semana Santa. Fuimos con cuatro camillas y tuvimos que aumentar a seis; y de 15 donaciones de sangre total y dos aféresis pasamos en junio a tener 30 donaciones diarias de sangre total y las dos aféresis de plaquetas.

Igual nos pasó en los pueblos. Rápidamente buscamos. Nos fuimos a polideportivos, auditorios y centros de día con espacios amplios, donde pudiéramos manejar las distancias de seguridad, con circuitos de entrada y salida, aforos espaciosos, y eso nos permitió organizar bien las colectas. Terminamos el mes de marzo con

Se considera un gran defensor de la donación. ¿Ha visto alguna vez, en sus más de treinta años, una situación grave que impidiera tener bolsas de sangre o en stock?

He defendido la donación porque es una de las actividades de libertad absoluta. Yo nunca he dicho a un acompañante de un donante porqué no dona, nunca; o a un donante que dice que hace meses que no lo hace, no he preguntado el porqué. Uno viene a donar cuando quiere y puede. Es la grandeza de la donación. En la carta que enviamos a los donantes se les recuerda, pero es el donante quien lo decide, nadie tiene derecho a decirle a nadie por qué dona o porqué no, o por qué no ha venido. En Albacete tenemos la gran suerte de que en menos de una semana se repone cualquier

un déficit de 1.200, 1.300 donaciones sobre el año anterior y ahora 25 donaciones más que el año anterior.

Yo he trabajado en un sistema donde la materia prima está ahí. En Albacete y Cuenca no nos faltan donantes, si los cuidamos la respuesta será siempre muy superior a la que nosotros pensamos.

Recuerda otro acontecimiento relevante en el devenir de las donaciones

Los atentados en Madrid del 11M. Yo iba oyendo las noticias de camino al trabajo y me acuerdo que llegué al hospital y la presidenta de la Hermandad me preguntó si llamábamos donantes y le dije que llamara al intendente-jefe de la Policía Local, Pascual Martínez Cuesta, para mandar sangre a Madrid, que a ver cómo lo podíamos hacer. Yo llamé a los conductores de las unidades móviles para decirles que me bajarán las camillas de las colectas para ponerlas en el pasillo del semisótano, Lo convertimos en zona de donación.

Pascual dijo que era imposible mandar la sangre por carretera, pero sugirió hacerlo con el helicóptero del Sescam. Llamé a la Gerencia, hablé con el entonces director médico Ibrahim Hernández, y le dije que tenía preparadas 200 bolsas de sangre para mandar a Madrid y a las 10.30 de la mañana esas bolsas ya estaban en los hospitales de Madrid, gracias a los donantes de Albacete.

Ese día sacamos 371 bolsas sin llamar a nadie, estuvimos ininterrumpidamente desde las 9 de la mañana, doblando turnos, con residentes, hasta las siete de la tarde, que yo personalmente empecé a echar donantes. Yo les decía que dentro de dos meses también nos iba a hacer falta, que volvieran cuando les tocara donar, y se fueron 50, 60, 70 personas sin donar; lo entendieron perfectamente y volvieron en las semanas siguientes.

bajada de stock. Faltar, faltar, nunca han faltado componentes sanguíneos. No se ha interrumpido ninguna intervención quirúrgica, nunca. En el centro de transfusiones tenemos diseñados un plan de contingencia con tres niveles: cuando el nivel está bien, hacemos las convocatorias de correo; cuando el nivel está menos bien, se refuerza con mensajes de mensajería, nada alarmista, y en el nivel de necesidad o bien de un componente sanguíneo específico o bien el nivel de urgencia, se emplea la llamada de teléfono. El donante habitual sabe que hace falta y que tiene que ir, y va.

Las cifras más bajas que he visto son las que se produjeron en el mes de marzo de 2020, de 1.000 concentrados de hematíes en Albacete llegamos a tener 350.

¿Cuántos profesionales médicos trabajan en el centro de transfusiones?

Tres hematólogos y yo. Cuando me jubile otra hematóloga va a ocupar mi sitio. Yo soy partidario de que en los centros de transfusiones, en atención al donante, haya personal no especialista, médico de familia a cargo de la expedición pero también acompañado de un ATS o un biólogo. Un hematólogo joven tiene sus guardias, sus libranzas, cosa que yo no he tenido nunca.

Yo apuesto por un médico de familia pero sé que ahora mismo están más cotizados que nunca en el sistema público, porque faltan, y no es fácil de resolver.

“Se me ha grabado algo que me dijo un residente de cirugía vascular: para él venir a las colectas le suponía liberarse de la tensión diaria”

Si volviera a ejercer la medicina desde el principio, ¿volvería a estar al frente de las donaciones?

La parte de la medicina que yo he ejercido es una parte desconocida. Cuando asumimos las donaciones en Albacete, las colectas las hacíamos el doctor Rubio y yo. El doctor Rubio hacía los pueblos más pequeños en días laborables por la tarde, y yo, como tenía el horario partido, los fines de semana los hacía yo, primero solo y luego con un compañero.

Cuando cambiamos la estructura, vimos que era necesario que entraran más facultativos y la necesidad ofertó la posibilidad de que vinieran residentes. Se me ha grabado algo que me dijo un residente de cirugía vascular: para él venir a las colectas le suponía liberarse de la tensión diaria. Venía a las colectas a relajarse, “voy a ver gente sana, que no me da problemas, me supone una liberación”, me decía ese residente. Los primeros residentes que tuvimos eran de UCI y de Reanimación y me lo decían, que daba gusto trabajar aquí porque se iban habiendo trabajado pero sin devanarse los sesos ni correr.

A lo largo del tiempo es muy gratificante. Quienes donan sangre, conforme los vas conociendo, son capaces de darte lo que les pidas. Gente que te trae un obsequio además de venir a donar sangre. Recuerdo a una donante, Amor, en Hellín, que cada vez que donaba me llevaba una caja pequeña de caramelos. Eso te habla de la catadura moral de la gente. Valorar eso, en los tiempos que corren, donde todo es tensión y prisa, te hacen sentirte un privilegiado y eso se lo digo a los residentes, y la verdad es que después de mi vida profesional bendigo el día que me llamaron para venir, no me arrepiento para nada. Hay compañeros que me han dicho, “tu trabajo es muy rutinario”, y yo les digo que todos los trabajos acaban siéndolo. El que no sea más

o menos rutinario depende de tí y de las personas que tratas; no hay dos colectas iguales, dos viajes iguales, dos donantes iguales. Hay momentos de mucha pereza, pero es así, y elegimos esta profesión que no tiene horas.

Algún recuerdo para un donante en particular

Sí, me acuerdo de un donante, ya jubilado de la donación, que fue el primero que se registró en la Hermandad de Donantes de Albacete. Como entidad nació en 1971; quedó registrada en el Registro Civil en abril de ese año, pero documentalmente no empezaron a registrar a los donantes hasta abril del 72. El número 1 fue un donante muy habitual y donaba todas las veces que permitía la Ley, hasta 6 veces en un año natural que al principio permitía la ley. Fue el primero que llegó a las 100 donaciones en Albacete. Era el primer donante del año todos los años, el 2 de enero cuando empezamos el ejercicio, a las nueve de la mañana siempre estaba. Era la primera donación del año durante muchísimos años. Nunca lo olvidaré.



DONACIONES A “EL COTOLENGO” Y EL BANCO DE ALIMENTOS



La institución colegial destina 200 euros al mes a cada una de estas organizaciones

La Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Albacete acordó donar 200 euros mensuales durante un año a la Institución Benéfica Sagrado Corazón de Jesús, “Cotolengo”, y la misma cantidad a la Fundación Banco de Alimentos, con el fin de contribuir y colaborar en la compra de alimentos para las familias más desfavorecidas que diariamente utilizan estas instituciones para superar la crisis económica derivada de la Covid-19.

El presidente de la entidad colegial albaceteña, Dr. Miguel Fernando Gómez Bermejo, acompañado del secretario general, Dr. Tomás García Fernández de Sevilla, y del vocal de Hospitalaria, Dr. Blas González Montero, se reunieron con el gerente, Pablo Álvarez, y las Hermanas de Nuestra Señora de

la Consolación para informar de esta decisión y conocer más de cerca la labor que realizan en el centro.

Los representantes del colectivo médico elogiaron la labor diaria, el esfuerzo y la dedicación de todos los que trabajan por los más necesitados, incluido el grupo de voluntarios que colaboran de una manera desinteresada en las distintas áreas de trabajo, y se comprometieron a apoyar siempre a estas instituciones que dedican su tiempo a ayudar a los más desprotegidos.

VISITA AL NUEVO CENTRO DE SIMULACIÓN DE BYOTIC

Representantes de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos respondieron a la invitación de la Fundación Byotic para visitar las nuevas instalaciones de esta entidad, un centro de simulación de casos prácticos en el manejo de todo tipo de patologías y/o especialidades.

De la mano de los nefrólogos, Agustín Ortega y Juan Pérez, conocieron de cerca la sala de formación práctica y teórica. “Este centro de simulación es una apuesta para ofrecer a nuestros profesionales una formación específica y de alta calidad, contando con los profesionales que tenemos en nuestra ciudad, y poder atraer así a alumnos de otras provincias y comunidades, pues hay que aprovechar el talento que tenemos, algo que nuestra Fundación tiene claro y por lo que nos hemos decidido a iniciar este proyecto”, subrayó el presidente de Byotic, el doctor Agustín Ortega, en la inauguración del espacio.

Con una superficie que supera los 100 metros cuadrados, este centro está equipado, para simular entornos reales, con 6 pantallas de televisión, equipo de sonido, soporte y croma, para realizar grabaciones polimedia, equipo de simulación en RCP básica y avanzada, 4 cámaras de video, una aula de simulación y un espacio acondicionado para docencia y la celebración de coloquios.

La idea del Colegio de Médicos es buscar sinergias que permitan el desarrollo de cursos de interés para nuestros colegiados.



CONVENIOS DE COLABORACIÓN ENTRE EL COLEGIO DE MÉDICOS Y OTRAS ENTIDADES, PARA SUS COLEGIADOS

ATISAE	P. E. Campollano c/F n.º 1	Dto. 18% en ITV.
BANCO SABADELL	Contacto: 902 383 666	Ventajas exclusivas en productos financieros
GLOBALCAJA	Oficinas de Globalcaja	Productos financieros en condiciones preferentes
LUIS DÍEZ ÓPTICOS	Tesifonte Gallego, 16	30% dto. en gafas graduadas y 20% en gafas de sol
BENOTAC	Mayor, 20	Descuentos en iMac, iPad y accesorios
CRUZ ROJA	San Antonio, 19	Acompañamiento puntual a médicos jubilados
UNIFORMA	Plaza Mayor, 5	10% dto. sobre P.V.P. y otras ventajas exclusivas
ASISA		Pólizas y coberturas especiales para colegiados, empleados y familiares directos
ÓPTICA MARTA MONTOYA	C/ Tinte	Condiciones especiales a colegiados, empleados y familiares en gafas graduadas y de sol -20% sobre PVP
GASALBA CLIMA	Cristóbal Pérez Pastor, 40	3% dto. servicios de instalación y reposición de calderas (Viessman, Ferroli, Vaillant, Saunier, Duval, etc)
ÓPTICA LOLA MARÍN	C/ Tinte, 23 (edificio Centro)	50% dto. en lentes de gafas graduadas, y una amplia gama de servicios para las necesidades visuales
ADESLAS		Medicina primaria, especialidades y medios de diagnóstico, como en urgencias y hospitalización
NATIONALE-NEDERLANDEN		Amplia oferta de productos y servicios especializados, en la previsión, ahorro, jubilación e inversión
HOTEL BEATRIZ	Calle Autovia, 1	50% dto. Circuito Hidrotermal-Bañeras Hidromasaje-Sala Fitness. 15% tratamientos faciales, corporales y Cuotas de socios
ACUNSA	UNI, 4 · C/. Mayor, 35 - 5.º F	https://www.comalbacete.net/bddocumentos/ Presentaci% c3% b3n-ELITE-M% c3% a9dicos-Albacete2019.pdf
FUNDACIÓN MUTUAL MÉDICA		Cobertura de 50€ al día por incapacidad física o psíquica por una agresión, durante 15 días dentro de la anualidad

El Colegio Oficial de Médicos de Albacete expresa su más sentido pésame a las familias y amigos de los
Drs. D. Eugenio Serna Alcañíz, D. Fernando José Hernández Nodarse y
D. Julián Pedro Ruano Venceslá
ante tan sensibles pérdidas



TOYOTA COROLLA

EL COCHE MÁS VIVIDO DE LA HISTORIA



POR

175€
AL MES

48 cuotas. Entrada: 5.492,60 €.
Última cuota: 10.598,06 €.
T.I.N.: 6,5%. *T.A.E.: 7,65%.

INCLUYE:

4 AÑOS DE MANTENIMIENTO
4 AÑOS DE GARANTÍA



TOYOTA AUTOALBA
www.autoalba.toyota.es

Parque Empresarial Campollano
6.ª Avda., n.º 3 • 02007 ALBACETE
☎ 967 21 83 81

Polígono Industrial El Mugrón
C/. Ronda Sur, 24 • 02640 ALMANSA (Albacete)
☎ 967 31 09 36

Emisiones CO₂ (g/km): 99 – 115. Consumo medio (l/100 km): 4,4 – 5,1.

*Precio correspondiente a Toyota Corolla Electric Hybrid 125H Active Tech. Precio por financiar: 20.590€ (PVP al contado sin servicios: 21.350€). Entrada: 5.492,60€. TIN: 6,5%. TAE: 7,65%. 49 meses: 48 cuotas de 175€/mes y última cuota: 10.598,06€. Comisión de apertura financiada (2,75%): 415,18€. Importe total del crédito: 15.512,58€. Importe total adeudado: 18.998,06€. Precio total a plazos: 24.490,66€. Coste total del crédito: 3.900,66€. Importe de los intereses: 3.485,48€. Sistema de amortización francés. Oferta financiera con el producto Toyota Easy de Toyota Kreditbank GmbH sucursal en España. Capital mínimo a financiar 12.000€. IVA, transporte, impuesto de matriculación, promoción, aportación del concesionario incluidos. Otros gastos de matriculación, pintura metalizada y equipamiento opcional no incluidos. Incluido paquete Toyota Easy Plus con 4 años de Garantía, 4 primeros mantenimientos (un mantenimiento cada 15.000km o un año, lo que antes suceda) y 4 años de asistencia de carretera. Modelo visualizado no corresponde con el modelo ofertado. Oferta válida hasta 30/04/2021 en Península y Baleares. Promoción no acumulable a otras ofertas o descuentos. Quedan excluidos de esta promoción los vehículos para flotas. Oferta ofrecida por Toyota España S.L.U. (Avda. Bruselas, 22. 28108 – Madrid) y su red de concesionarios. Para más información consulta en tu concesionario habitual o en toyota.es. Los niveles de consumo de combustible así como de emisiones de CO₂ se miden en un entorno controlado, de acuerdo con los requisitos de la normativa Europea. Para más información o si está interesado en los valores de un vehículo con distinto acabado, por favor contacte con Toyota España, S.L.U. o su concesionario Toyota. El tipo de conducción junto con otros factores (condiciones de carretera y meteorológicas, tráfico, conducción del vehículo, equipo instalado después de la matriculación, carga, número de pasajeros, etc.) juega un papel en el consumo de combustible y emisiones de CO₂.