

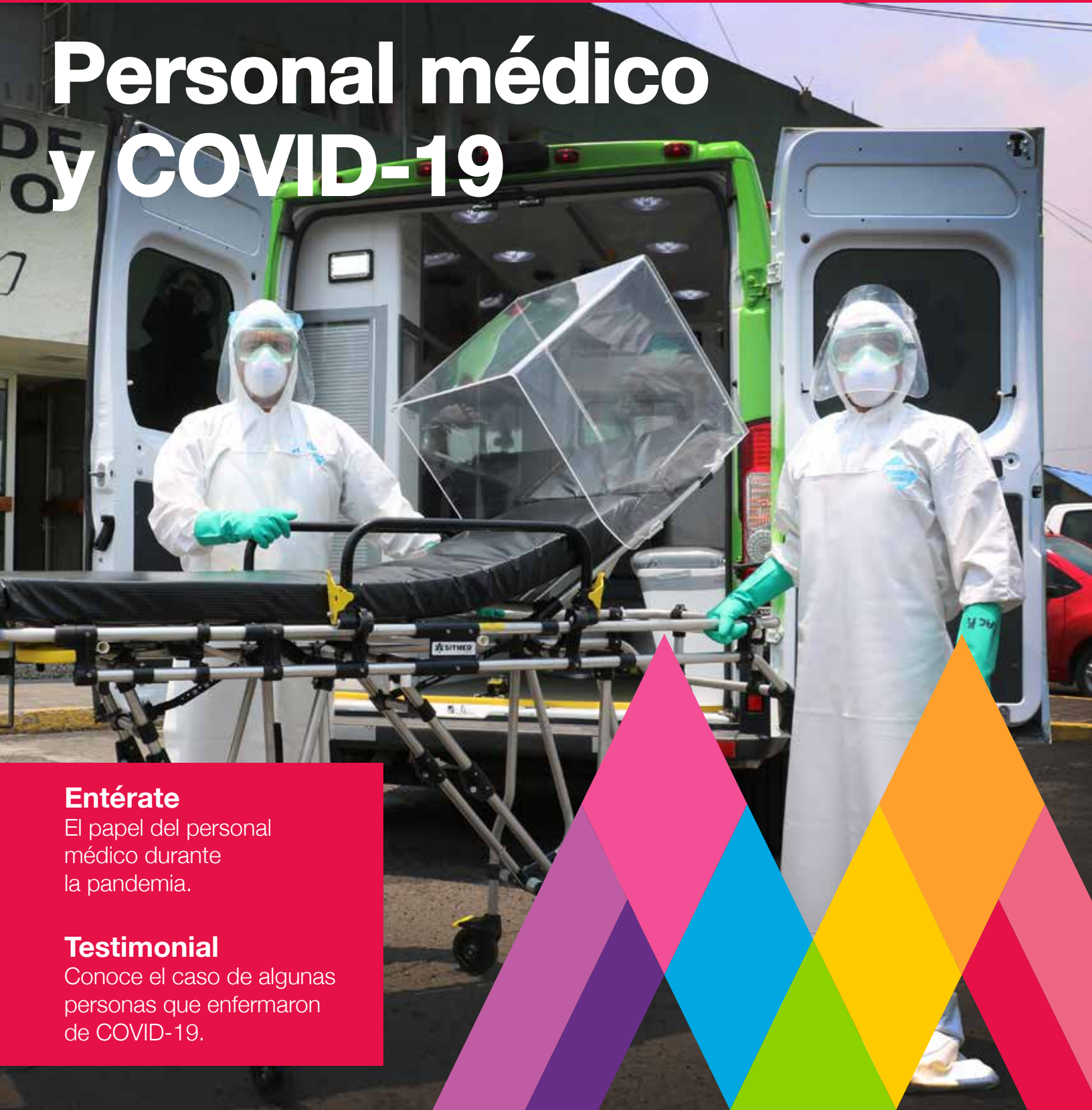
Personal médico y COVID-19

Entérate

El papel del personal médico durante la pandemia.

Testimonial

Conoce el caso de algunas personas que enfermaron de COVID-19.



¿Cómo elegir un producto ahora?

Ahora será más fácil elegir que alimentos consumir para evitar daños a la salud; elige los que no tengan sellos.



Facebook icon, Twitter icon, Instagram icon, @saludycofepris



¿Qué es el nuevo etiquetado frontal de advertencia?

Es la nueva forma en que los alimentos indicarán que contienen:

- Exceso de calorías
- Exceso de azúcares
- Exceso de grasas saturadas
- Exceso de grasas trans
- Exceso de sodio



Facebook icon, Twitter icon, Instagram icon, @saludycofepris



Nuevo Etiquetado

El objetivo de nuevo etiquetado frontal es brindar al consumidor información sobre el contenido de nutrientes críticos e ingredientes que representan un riesgo para la salud.



evitar daños a la salud.



El nuevo etiquetado frontal informa al consumidor de forma veraz, clara, rápida y simple sobre el contenido de los nutrientes críticos





Directorio

Subcomité Editorial

Gabriel J. O'Shea Cuevas
Presidente
Daniela Cortés Ordoñez
Secretaria Técnica

Editor

Víctor Manuel Torres Meza

Comité Editorial del CEVECE

Ma. de Jesús Mendoza Sánchez
Luis Anaya López
Leonardo Francisco Muñoz Pérez
Mauricio R. Hinojosa Rodríguez
Víctor Flores Silva
Elsa Esther García Campos
Silvia Cruz Contreras
Lázaro Camacho Peralta

Diseño

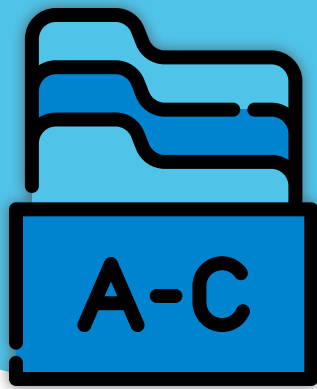
Ana Laura Toledo Avalos

Corrección de Estilo

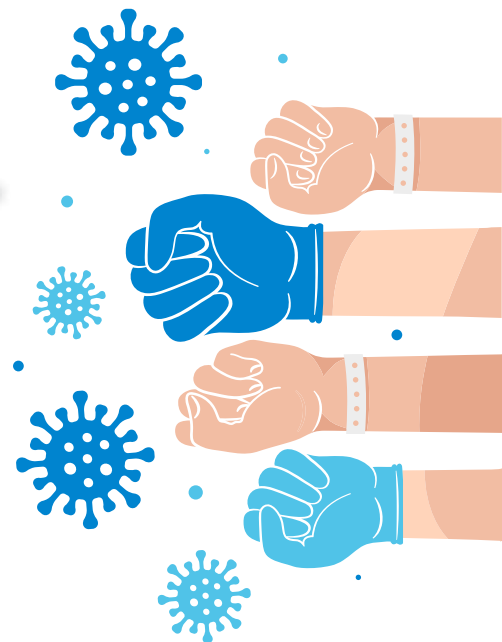
Ma. de Jesús Mendoza Sánchez

CEVECE CERCA DE TI, REVISTA DEL CENTRO ESTATAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES, Año 10, No. 3, julio - octubre 2020, es una publicación trimestral editada por el Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Calle Fidel Velázquez No. 805, Col. Vértice, Toluca Estado de México, C.P. 50150, Tel (722) 2-19-38-87, <http://salud.edomexico.gob.mx/cevece>, cevece@salud.gob.mx. Editor responsable: Víctor Manuel Torres Meza. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo: 04-2013-050712534600-102, ISSN: 2007-5154, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Número de autorización otorgado por el Consejo Editorial del Gobierno del Estado de México CE: CE:208/05/06/20. Impresa por Editora Agora, Privada de Hidalgo #6, Santiago Miltepec, C.P. 50020, Toluca, Estado de México. Este número se terminó de imprimir en octubre de 2020 con un tiraje de 350 ejemplares. Fotografías y pictogramas usados de freepik.com, flaticon.com y thenounproject.com. Foto de portada por el Lic. Fernando César López, Comunicación ISEM.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.



Índice



Editorial	5
Entérate	6
Entrevista	8
Mitos y realidades	11
Familia y salud	13
Infografía	16
Testimonial	18
Epidemiología en tu vida	20
Publirreportaje	22
Hacia el futuro	24
¿A dónde ir?	27
La agenda	29
Eventos	30





Víctor Manuel Torres Meza

El Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVECE) de la Secretaría de Salud del Estado de México, dedica su número tres del año 2020 a las y los médicos del sistema de salud.

A manera de homenaje del enorme esfuerzo y dedicación de estos meses del 2020 al control y atención de la pandemia provocada por la COVID-19.

A estas y estos **médicos en algunos países son exaltados como los héroes indiscutibles de la lucha global contra el coronavirus**: se les aplaude desde los balcones, les dedican murales, pancartas o frases de afecto.

Pero las y los médicos y enfermeras en la primera línea de combate al COVID-19 en la sala de emergencia de **muchos hospitales del mundo también han estado expuestos al racismo arraigado entre algunos/as de sus pacientes**.

El personal de atención a la salud en todo el mundo enfrenta al menos dos problemas comunes: atender a las y los pacientes enfermos de COVID-19 sin conocer al virus y con recursos escasos, y no enfermarse en el proceso.

Pero dependiendo de la respuesta de cada gobierno, se salvan más o menos vidas... empezando por las de **médicos, enfermeras, laboratoristas, dentistas, y personal de limpieza**, entre otros empleos de atención a la salud.

En la lucha contra la pandemia de COVID-19 no sobra nadie. Eso lo saben muy bien las y los médicos que, aunque se desarrollaron en especialidades distintas a las enfermedades respiratorias, esta vez han tenido que recordar sus viejas clases en la Facultad o la Residencia y aprender cosas nuevas para sumarse en la batalla contra un enemigo que no cede.

Estos equipos multidisciplinarios no sólo han tenido que descifrar sobre la marcha el enigma de un virus nuevo, sino también **contar con la fuerza suficiente para no dejar que el miedo les impida actuar**.

El primer frente de batalla contra la pandemia de COVID-19 está en los hospitales, sin embargo, no es en las instituciones hospitalarias en donde se queda el **estrés, ansiedad y miedo del personal médico**, pues **el temor de llevar el contagio hasta sus familiares siempre acompaña al personal sanitario**.

"A pesar de estar en contacto con un posible caso de COVID-19 y de que estamos conscientes del posible contagio, tratamos al paciente con el mismo respeto, profesionalismo y calidez, siguiendo las medidas que se tienen que tomar. Haciendo sentir al paciente y a sus familiares cómodos". Es siempre el mensaje que tienen nuestros médicos y médicas en esta pandemia de COVID-19.

En honor a nuestros médico/ass:

"No te rindas, por favor no cedas, aunque el frío queme, aunque el miedo muerda, aunque el sol se esconda, y se calle el viento, aún hay fuego en tu alma, aún hay vida en tus sueños. Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo, porque cada día es un comienzo nuevo, porque esta es la hora y el mejor momento".

Mario Benedetti.



Foto: Lic. Fernando César López, Comunicación Social, ISEM.



Lázaro Camacho Peralta

Entérate



Al inicio de este año, en la Reunión del Comité Editorial Interno para la revista CEVECE Cerca de Ti, se definían los posibles temas a tratar dentro de la publicación y por alguna razón la mayoría coincidió en que se tratase de las distintas profesiones relacionadas a los cuidados de la salud; **en esas fechas no sabíamos cuán importante resultaría en este 2020 hablar de las enfermeras/os, psicólogos/as, médicos/as etc.** no dimensionábamos la importancia que todas y cada una de las carreras profesionales dedicadas a la medicina y a la salud pública obtendrían en este año ante la crisis sanitaria mundial que hoy vivimos.

Es justo dar la razón que todas las carreras profesionales cuentan con la importancia y necesidad de ser reconocidas en todos sus ramos y sectores; sin embargo, **este año 2020 ha puesto sobre la mesa la importancia que significa para todos los países que cuenten con sistemas de salud pública bien dirigidos y con objetivos claros ante emergencias de salud global**, contar en estos sistemas de salud de todos los niveles con profesionales y profesionistas de la salud, bien capacitados, entrenados y actualizados para hacer frente a cualquier situación de emergencia o para cubrir las actividades diarias de la salud de los habitantes de una nación.

La carrera de médico lleva en promedio de 11 a 13 años de desarrollo dependiendo de la especialización que él o la interesada decida; las personas que están convencidas de convertirse en médicos/as están conscientes de la cantidad de estudios y tiempo que esta profesión demanda; sin embargo **la gran mayoría no conoce por completo los sacrificios y los riesgos a los que se exponen** o por lo menos así lo advierte el hoy Doctor Cameron Hanson, quien en 2019 expuso en una plática a TEDX talks TEDxRockhill¹ que: los médicos tienen la tasa de suicidio más alta de cualquier profesión en los Estados Unidos. Cameron cree que **el cuidado de las y los médicos y la administración de la vida y la salud deben extenderse a todos los seres sintientes**. También comparte cómo nosotros/as, como comunidad, podemos curar a nuestros/as curandero/as en medio de esta sorprendente tendencia en la medicina.



Y no es para menos que hoy día debemos estar al pendiente de los médicos y médicas de nuestro país, de acuerdo a cifras que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) señala en su informe Estadísticas de Salud 2019² que **“la fuerza laboral de salud también se encuentra sobreutilizada y se requiere una distribución más equilibrada de los recursos en el país”**. En este informe se expone que en 2009 el país tenía a 222 mil 570 médicos y médicas ejerciendo su profesión; sin embargo, para **2017 ese número aumentó hasta 297 mil 307 médicos/as**, lo cual representaría un descenso de casi 20 mil médicos/as en un lapso no mayor a dos años. El organismo internacional explica que “ pese al aumento en el número de médicos y personal de enfermería suscitado en la última década, México tiene relativamente pocos

¹ https://www.ted.com/talks/cameron_hanson_how_did_your_doctor_become_a_doctor

² <https://read.oecd.org/10.1787/4dd50c09-en?format=pdf>

trabajadores en el área de la salud, en particular de enfermería donde hay 2.9 enfermeras por cada mil habitantes, en comparación con el promedio de la OCDE que se ubica en 9.” Por propias palabras del encargado del ejecutivo en la República Mexicana, se dio a conocer en julio de 2019 que el sector salud tiene un déficit de 123 mil médicos/as. **“Hay 270 mil 600 médicos generales en el país y debemos tener, de acuerdo con la norma internacional, 393 mil 600 médicos, es decir, nos faltan 123 mil médicos en el país”**, aseguró el mandatario. Desde entonces se han unido a las filas del sector salud 6 mil 687 médicos/as, de los cuales 438 han sido de distintas especialidades, mientras que 15 mil 9 enfermeras/os han hecho lo propio mediante la campaña de contratación que ha realizado la Secretaría de Salud.³

En la situación de las y los médicos especialistas no hay muchos cambios al respecto, así lo indica un artículo que emitió la Academia Nacional de Medicina de México en 2018 titulado *Las y los médicos especialistas en México*,⁴ en el que los autores concluyen que: *El número de especialistas es inferior al recomendado internacionalmente e insuficiente para cubrir las necesidades en salud del país. La distribución por género está cambiando hacia una más equitativa. Las y los especialistas están agrupados mayormente en zonas urbanas. Es el primer censo de especialistas con base en el número comprobable de médicos, que permitirá el diseño de políticas de planificación de recursos humanos en salud.*

Ahora bien, no sólo estamos ante el déficit de médicos/as en el país sino también ante una situación de emergencia en donde se está enfrentado una enfermedad que afecta por igual a civiles como al personal de salud, y en este sentido estamos perdiendo valioso personal médico. Esta pandemia exhibió de igual manera que no toda la población es empática ante la situación que enfrentan los y las profesionales de la salud, ya que **en México a diferencia de otros países, se mostró una faceta de ataque, discriminación y hasta privación de la libertad hacia médicos, médicas, enfermeros, enfermeras, laboratoristas etc.**

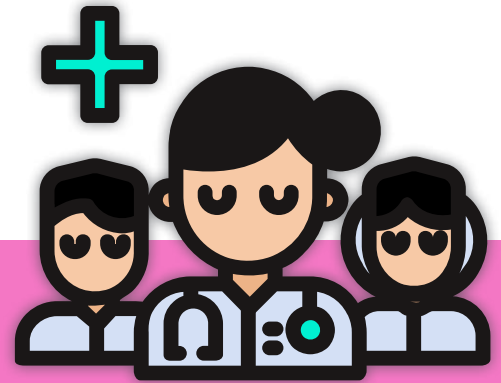
De acuerdo con cifras de los primeros días de mayo de este año, **la tasa de contagio entre médicos/as y enfermeras/os era de 23%; 40 días después esta tasa de contagio se mantenía en 21% respecto a todos los contagios confirmados al 16 junio 2020**,⁵ en esta misma fecha (16 de junio) se anunciaba que en México había 463 defunciones de personal sanitario de un total oficial de 18 mil fallecimientos.

A nuestro país le cuesta mucho tiempo y dinero producir médicos/as especialistas, más aun el simple hecho de poder acceder a una profesión de medicina en el país implica para la gran mayoría de las y los aspirantes un gran desafío; después, la oferta de trabajo también es limitada y no siempre bien remunerada, y aunado a esto, la **complejidad que deben enfrentar médicos/as sobre el tiempo que se invierte de la profesión versus la convivencia familiar y los problemas cotidianos terminan afectando en ocasiones a la salud física o mental**, lo que obliga a estos futuros especialistas a la deserción, relaciones familiares en conflicto y en casos más severos al suicidio.

Es urgente reconocer por parte de la sociedad civil y de los gobiernos, la gran necesidad de **dignificar y valorar el trabajo de médicos/as que están al servicio de la salud pública; crear los apoyos necesarios para la especialización, la investigación y la actualización de las y los médicos en todos los ámbitos**, desde las universidades hasta las áreas de práctica, en las zonas urbanas, así como en las áreas rurales.

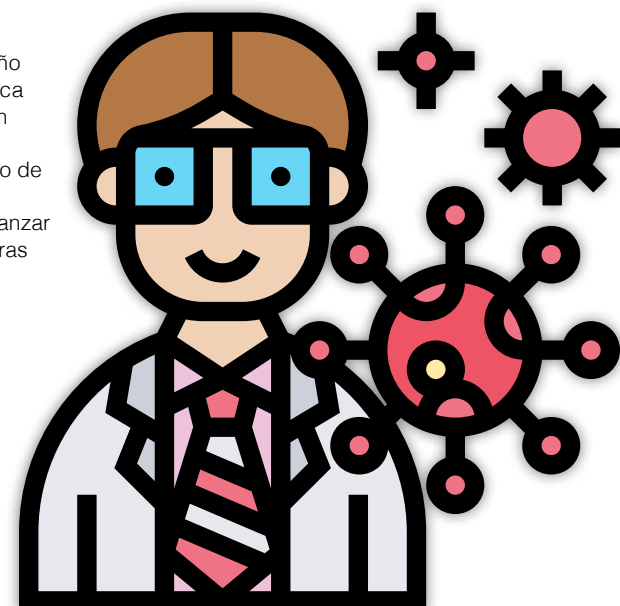
Fechas históricas

- Cabe mencionar que la celebración del Día del Médico el 23 de octubre de cada año se acordó en la Convención de Sindicatos de Médicos Confederados de la República Mexicana, llevada a cabo en Cuernavaca, Morelos, en 1937, en homenaje al Dr. Valentín Gómez Farías.
- El primer diploma de Doctor en Medicina de México fue otorgado en 1553 a Juan Blanco de Alcázar.
- Muchos años después, Matilde Montoya Lafragua fue la primera mujer mexicana en alcanzar el grado académico como médica profesional en 1887. Ella abrió el camino para que otras mujeres estudiaran Medicina.



Bibliografía

- https://www.ted.com/talks/cameron_hanson_how_did_you_doctor_become_a_doctor
- http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2001/ponencia_may_2k1.htm
- https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n3/GMM_154_3_342-351.pdf
- <https://codigof.mx/estadisticas-en-salud-de-mexico-actualizacion-de-estadisticas-de-salud-de-la-ocde-2019/>
- <http://www.pmfarma.com.mx/noticias/16072-mexico-quinto-pais-con-mayor-numero-de-medicos.html>
- <https://www.nytimes.com/es/2020/08/03/espanol/opinion/servicio-salud-mexico.html>
- <https://www.gob.mx/insabi/articulos/el-pulso-de-la-salud-28-de-enero-de-2020>
- <https://contralacorrupcion.mx/contagios-medicos-covid-19/>
- https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/EstadisticaSalud2019_09.pdf
- <https://www.saludiaro.com/diadelmedico-las-estadisticas-que-muestran-la-importancia-de-los-medicos-en-mexico/>
- https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L30_ANM_Medicos_especialistas.pdf



³ <https://www.milenio.com/politica/mexico-2-1-medicos-2-9-enfermeros-mil-habitantes>

⁴ https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n3/GMM_154_3_342-351.pdf

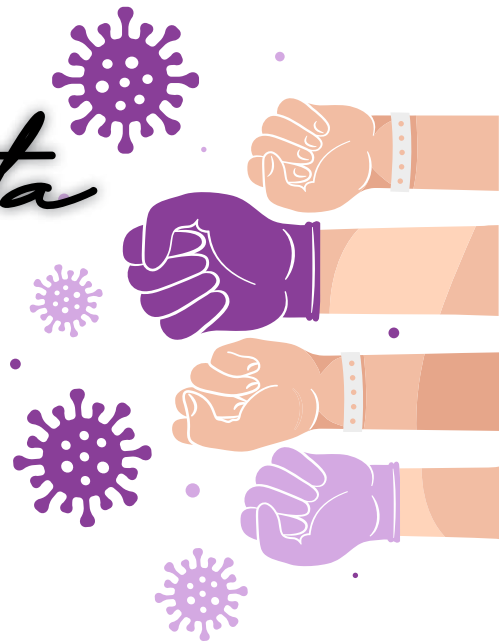
⁵ Conferencia de Prensa #COVID19 | 16 de junio de 2020 recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=xJ9VTGSNph8>





Leonardo Muñoz Pérez

Entrevista



Entrevista al Dr. José Antonio Ruiz Vázquez, Jefe de División de Medicina Interna y Terapia Intensiva del Hospital general “Dr. Nicolás San Juan” del ISEM

Foto: CEVECE.



1

CEVECE. ¿En su opinión cuáles son los síntomas de COVID-19 que requieren atención médica de emergencia?

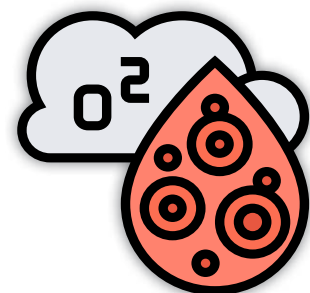
J.A.R.V. Los síntomas de COVID-19, que requieren atención inmediata son: la **disnea**, o sea la falta de aire, generalmente identificada por la desaturación, que es cuando el nivel de oxígeno en sangre está bajo, normalmente debe encontrarse por arriba de 92%, esto **se puede medir con un oxímetro de pulso**. Otros datos son las alteraciones del estado neurológico, que el paciente presente desorientación o inconciencia. Otro dato sería presión arterial muy baja.

2

CEVECE. ¿Cuáles son los criterios que considera para indicar la hospitalización de un/a paciente con COVID-19?

J.A.R.V. Los criterios que consideramos es **una desaturación por debajo de 90% con apoyo de oxígeno**, alteración de la oxigenación de la sangre o hipoxemia, lo cual medimos **por medio de un análisis de gases sanguíneos** y que la o el paciente presente alguna comorbilidad descompensada o descontrolada como pueden ser estados **hiperglicémicos, insuficiencia renal, alteraciones del estado de conciencia, alteración de la presión arterial o de otros órganos y alteraciones de los resultados de laboratorio** fuera de los parámetros normales, por mencionar algunos: aumento de dímero “d”, linfopenia y baja tasa de filtrado glomerular.

La revista “CEVECE cerca de ti”, en esta edición referente a COVID-19, solicitó la presente entrevista a un profesional de la salud que enfrenta cotidianamente a la epidemia en nuestra Entidad. El **Dr. José Antonio Ruiz Vázquez, es Médico especialista en Anestesiología, con una subespecialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico**, cuenta además con una Maestría en Administración de Servicios de Salud y es Presidente de la Academia de Urgencias de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex).



3

CEVECE. Siendo usted un médico que enfrenta la epidemia desde la primera línea, ¿cómo se está viviendo la situación de la atención de pacientes COVID-19?

J.A.R.V. La situación en general es de **tension emocional, miedo**, esto obliga al personal médico y paramédico a **extremar precauciones en el autocuidado**, vemos cada día aumentar el numero de fallecidos en el personal de salud, situación que en general, causa frustración, estrés y muchas veces tristeza.

4

CEVECE. En su experiencia ¿podría decirnos si el ISEM o el sistema de salud en general está preparado para atender las secuelas físicas, neuropsicológicas, cognitivas y emocionales que desarrollan los pacientes con larga estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)?

J.A.R.V. Por lo que respecta a mi área de trabajo, desde que inició esta contingencia se estableció un plan de contención, diseñado por **grupo de psicólogos** que pertenecen a la división de medicina interna y dicho plan contempla tanto la **atención de personal de salud como de pacientes**, además se integró un **equipo de rehabilitación física que asiste a las y los pacientes** que presentan secuelas físicas, como la miopatía del paciente crítico.

5

CEVECE. ¿Es suficiente y debidamente valorado el personal de enfermería intensivista en su institución?

J.A.R.V. El personal de enfermería es un recurso valioso, en el Hospital General "Dr. Nicolás San Juan" se le reconoce por su actuación en primera línea de atención, por ser el personal de salud que más se encuentra en contacto con pacientes. Consideramos que su intervención es de suma importancia para la atención y recuperación de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, además de su primordial participación para evitar eventos adversos y reducir las secuelas en este tipo de pacientes.

6

CEVECE. ¿Podría mencionar algunos de los criterios que usted considera para iniciar un tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados con COVID-19?

J.A.R.V. Desde luego, de acuerdo a la severidad de la afectación a las condiciones de la y el paciente, **utilizamos diversas escalas pronósticas y de gravedad que nos ayudan a decidir sobre la hospitalización de pacientes con COVID-19**, además de los criterios clínicos, bioquímicos y tomográficos, mediante los cuales se valora la terapia a seguir.

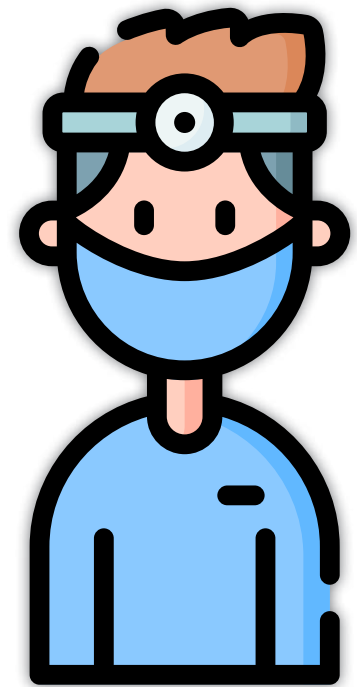


Foto: CEVECE.





7

CEVECE. ¿De qué tipo de tratamientos farmacológicos para COVID-19 dispone el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital “Dr. Nicolás San Juan”?

J.A.R.V. Como sabemos, no hay medicamentos específicos para la atención de COVID-19, el tratamiento que utilizamos en la UCI del Hospital General “Dr. Nicolás San Juan” **se individualiza conforme a los requerimientos de la o el paciente**; entre los tratamientos que más utilizamos se encuentran **diversos antibióticos, medicamentos para prevención de trombosis, antipiréticos, esteroides, sedantes, analgésicos.**

8

CEVECE. ¿En su experiencia, considera que todo paciente con COVID-19 debe recibir profilaxis del Tromboembolismo Venoso (TEV)?

J.A.R.V. **Toda y todo paciente con criterios de severidad en su estado de salud debe recibir esta profilaxis**, pero también pacientes con hospitalización prolongada y con inmovilización debe recibir **tromboprofilaxis**, esto se recomienda no solo con pacientes COVID-19, sino **con otro tipo de patologías que tienen riesgo de tromboembolismos** y pacientes que cumplan con las características mencionadas.

CEVECE. De ser el caso, ¿qué pudiera usted intentar transmitir como médico a la gente que está ingresada en la UCI por COVID-19?

J.A.R.V. Más que a pacientes hospitalizados, me gustaría impactar en las personas que aun no han presentado la enfermedad, ya que **la enfermedad por COVID-19, tiene un comportamiento incierto, y no sabemos aún qué tipo de persona pueda desarrollar una enfermedad grave, e incluso mortal**, sabemos que hay personas más vulnerables, pero incluso, puedo mencionar que pacientes jóvenes sin patología previa han presentado enfermedad grave por COVID-19 e inclusive han ocurrido fallecimientos, por lo que invitaría a no bajar la guardia, y como en toda enfermedad **la prevención es lo más importante**, así como tratar de cortar los mecanismos de transmisión.

CEVECE. Siendo un profesional que busca ganar tiempo, prolongar la vida y dar soporte a órganos en tanto se resuelve la enfermedad, ¿qué opinión le merece la realidad de la muerte por COVID-19?

J.A.R.V. Una realidad triste que nos invita a **reflexionar sobre eventos futuros, modificar estilos de vida y gestionar más atención al área de la salud**, ya que hay un déficit de especialistas así como de infraestructura sobre todo encaminado a la atención del paciente en estado crítico.



Foto: CEVECE.





Mitos y realidades

Víctor Manuel Torres Meza

Realidades de médicos frente a la COVID-19.

Al igual que con influenza y otras infecciones respiratorias, todas **las unidades de salud deben promover acciones preventivas entre todo su personal y las/os usuarios de los servicios para disminuir las infecciones respiratorias agudas y en su caso, atender la introducción de la COVID-19 a México.** Es importante que se genere una respuesta adecuada entre las y los prestadores del servicio y la población usuaria, para evitar la dispersión de cualquier padecimiento respiratorio.

En las últimas semanas hemos visto como una nueva enfermedad viral puede hacer colapsar a nuestros sistemas sanitarios y generar caos y miedo en la población. El nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) ha infectado a más de **27 millones de personas, afectando inicialmente a Wuhan, China, y que ya compromete a la gran mayoría de los países del mundo.** Este virus provoca **cuadros respiratorios agudos, que van desde síntomas leves en gente joven, hasta neumonías graves en adultos/as mayores.** Es nuestro deber como personal de la salud enfrentar esta situación y colaborar en la contención de la pandemia.

Al mismo tiempo debemos velar por nuestra seguridad laboral. Debido a la alta capacidad de transmisión de este virus, y a pesar de tomar todas las medidas de precaución, **el personal de la salud se encuentra muy expuesto a contraer la COVID-19.** El riesgo de contagio para el personal de la salud proviene tanto de las y los pacientes, como de colegas que aún se encuentren asintomáticos.

Uno de cada cinco casos de COVID-19 en México es de trabajadores/as de la salud. Un total de **20 mil 217 médicos/as, enfermeras/os y personal médico han sido diagnosticados/as con COVID-19,** casi el doble de dos semanas antes, según cifras de la Secretaría de Salud hasta junio de 2020. El coronavirus está afectando a la comunidad médica de México, con personal de la salud que representan más del 20% de todos los casos confirmados de COVID-19 en el país.

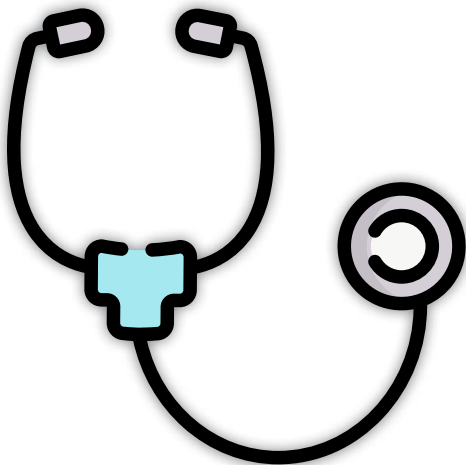


Foto: Lic. Fernando César López, Comunicación Social, ISEM.



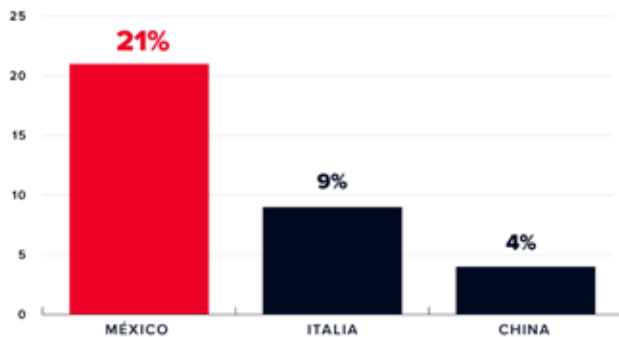
Se sospecha que alrededor de 10 mil más o menos del personal de atención médica tienen la enfermedad respiratoria causada por el nuevo coronavirus.

El aumento en los casos es un ejemplo de cómo el virus está sacudiendo a América Latina de formas nunca vistas en el mundo desarrollado.

Diversos médicos/as y enfermeras/os en México dicen que **carecen del equipo de protección más básico, como máscaras y guantes**, incluso cuando las fábricas a lo largo de la frontera con Estados Unidos hacen dispositivos médicos para enviar al norte.

En México, **la tasa de contagio en personal de salud es seis veces mayor que en China y más del doble que en Italia**. En los primeros días de mayo, **la tasa de contagio entre médicos/as y enfermeras/as era de 23%**; 40 días después esta tasa de contagio **se mantiene en 21%** respecto a todos los contagios confirmados, según lo reportaron funcionarios de salud el 16 de junio 2020.

Porcentaje de personal de salud contagiado respecto al total de contagios confirmados por Sars-Cov-2



El personal médico, que está en la primera línea de batalla durante la epidemia por coronavirus, **ha sufrido agresiones y falta de insumos, a lo que se suma el riesgo de contagio**. Estados y la federación han aplicado **medidas para evitar las agresiones que se siguen presentado**, lo mismo ocurre con el material de trabajo, pues se siguen realizando protestas para exigir equipo de protección contra el nuevo coronavirus.

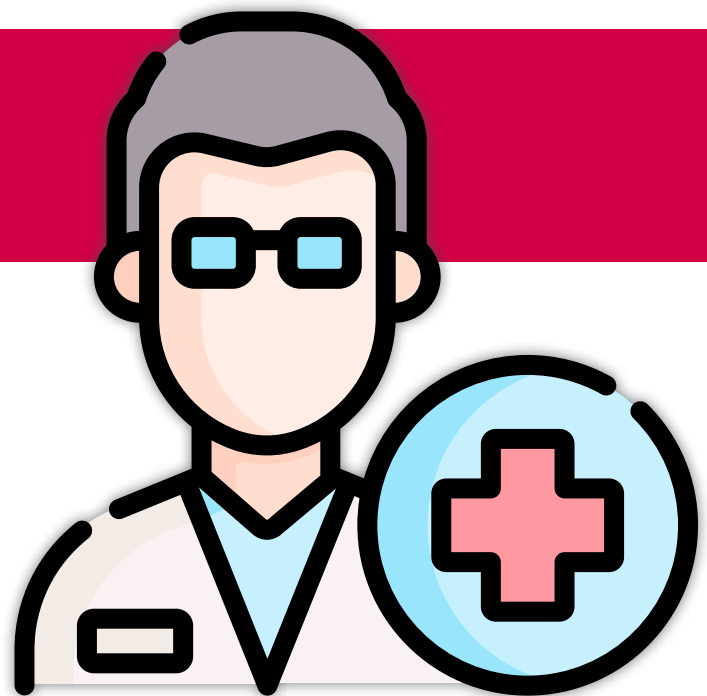
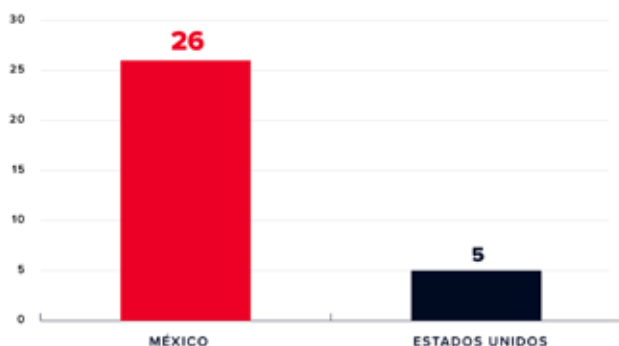
El trabajo del personal de salud es más que la atención directa a las y los enfermos de COVID-19. Sus tareas también consisten en **cuidar la salud de la población a través de actividades de educación, prevención y promoción**; además, realizan tareas como **identificar casos, buscan sus contactos, toman y analizan pruebas diagnósticas, entre otras actividades adicionales a su trabajo diario, tanto en clínicas y hospitales como en la comunidad**.



Foto: Lic. Fernando César López, Comunicación Social, ISEM.

Pero la tragedia no termina ahí: la proporción de personal médico y enfermería que muere en México por COVID-19 **es cinco veces mayor que en Estados Unidos**. Mientras que en EUA hay más de 600 defunciones entre personal de salud de un total de **115 mil fallecidos por COVID-19**, en México hay **463 defunciones** (16 junio 2020) **de personal sanitario de un total (oficial) de 18 mil fallecimientos**.

Defunciones del personal de salud por cada 1,000 defunciones Covid-19



En la atención a la pandemia por COVID-19, **el personal de salud enfrenta muchos retos, de entre los cuales identificamos tres como prioritarios: pandemónium, derivado de la celeridad del avance de la pandemia y del caos inicial para responder a la emergencia; la precariedad del sistema de salud para responder a un problema de salud pública de gran magnitud, y la paranoia derivada de la respuesta social del temor ante lo desconocido.**

En estas condiciones, es cierto que **el personal de salud merece reconocimiento, pero lo que requiere es la respuesta cabal del sistema de salud para brindar condiciones laborales más apropiadas que ayuden a contender con un problema de salud pública que ha puesto a prueba a los sistemas de salud a nivel global.**

La salud mental del personal de salud requiere mayor atención: se ha documentado que una **proporción importante padece depresión, (50.4%), ansiedad (44.6%), insomnio (34.0%) y estrés (71.5%)**. Algunos países como Argentina y México, y la Organización Panamericana de la Salud y la Clínica Mayo han emitido recomendaciones e iniciado acciones para mantener la salud mental de las y los trabajadores de la salud.

Existen recomendaciones robustas para subsanar las necesidades del personal de salud en términos laborales, en materia de salud mental y apoyo social. El liderazgo de estas acciones corresponde a los sistemas públicos de salud. Esperemos que las lecciones aprendidas de la pandemia de la COVID-19 contribuyan a redefinir las competencias del personal de salud y sirvan para mejorar la capacidad de los sistemas de salud para brindar mejores condiciones laborales que permitan al personal de salud responder adecuadamente a las necesidades en salud de la población.



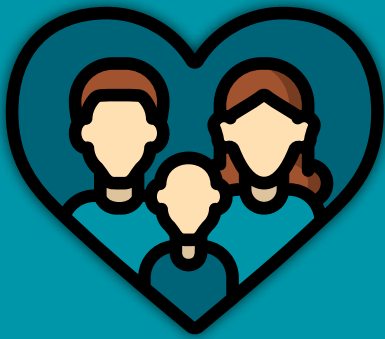
Foto: Lic. Fernando César López, Comunicación Social, ISEM.



Foto: Lic. Fernando César López, Comunicación Social, ISEM.

Bibliografía

- <https://www.who.int/es>
- <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/>
- DELANO, Paul. Coronavirus y personal de la salud. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [online]. 2020, vol.80, n.1 [citado 2020-09-08], pp.7-7
- Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia May 18, 2020 por Ricardo Pérez Cuevas - Svetlana Doubova



Familia y salud



Silvia Cruz Contreras

El personal de salud son **todas las personas involucradas en actividades para mejorar la salud y comprende a quienes proporcionan los servicios (médicos/as, enfermeras/os, parteras, odontólogos/as, trabajadores/as comunitarios y trabajadores/as sociales, personal de laboratorio, gabinete, farmacéuticos, personal auxiliar, etc.).** También se incluye a quienes dirigen y organizan el funcionamiento del sistema de salud como gerentes, personal administrativo o directivo.

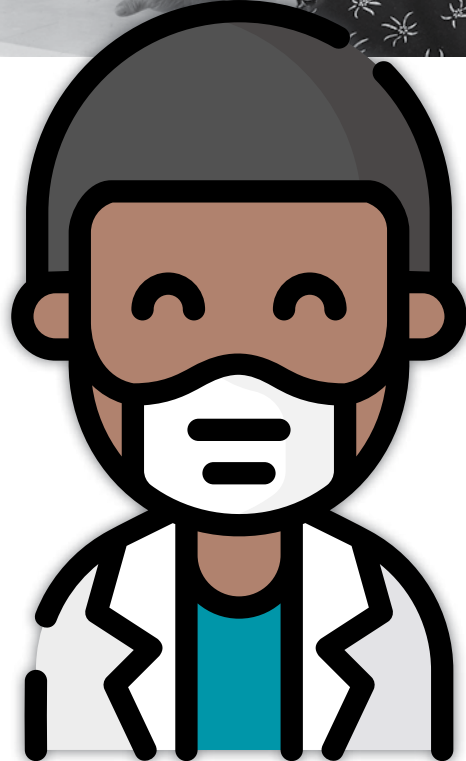
Foto: Lic. Fernando César López, Comunicación Social, ISEM.



Durante todos estos meses de pandemia por SARS-CoV-2, **cientos de enfermeras/os y médicos/as están poniendo en riesgo su vida y la de su familia;** debido a que en los hospitales es donde se encuentra el mayor peligro de contagio por el virus SARS-CoV-2. Además, después de **largas jornadas laborales** por la pandemia, la **sobrecarga de trabajo** suele reflejarse también en su salud física y mental, repercutiendo de manera directa en las **relaciones familiares y convivencia con los miembros de su hogar.**

Médicos, médicas, enfermeros y enfermeras, además de demostrar su responsabilidad profesional en la primera línea de atención frente a la COVID-19 en los centros hospitalarios y sanitarios de todo el país; en la mayoría de las ocasiones **tienen que sacrificar la convivencia con sus familiares y amigos/as.** Dicha separación o alejamiento a causa de la COVID-19, **es para evitar posibles contagios en el hogar por el incremento de casos positivos y la saturación de trabajo y de pacientes en los hospitales donde trabajan.** Por ello, deben tener especial cuidado en el retorno a su domicilio, poniendo atención en que todos los objetos que hayan utilizado para trabajar queden en el propio lugar de labores, es decir, en el hospital o centro de salud para su lavado y desinfección, desde la ropa hasta los zapatos, y de ser posible, utilizar todo desechable para asegurarse que no puedan portar el virus de la COVID-19. Aunado a que durante el regreso a sus hogares, o en su casa pueden surgir cuestionamientos referentes a si el coronavirus lo pueden llevar en la ropa, en la piel o en el calzado, generando estados de incertidumbre y preocupación que afectan su salud mental.

Si alguna o algún médico o enfermera/o convive en su casa con una persona de edad avanzada, o algún miembro de su familia presenta uno o más factores de riesgo que lo/a hacen especialmente vulnerable a la COVID-19 (diabetes, hipertensión, obesidad y sobrepeso, enfermedades cardio vasculares, algún tipo de cáncer, etc.) o si la pareja se encuentra embarazada, **debe de extremar las medidas de sanitización, cuidado y protección personal** (uso de mascarillas o caretas y guantes); y en casos extremos, **optar por el distanciamiento temporal de su familia o evitar cohabitar en el mismo lugar que los demás integrantes de ella.** En ocasiones, algunas familias **han habilitado** inclusive, **habitaciones aisladas en su propia casa o el garaje y cuarto de servicio para aminorar el riesgo de un posible contagio del enfermero/a o médico/a hacia los demás miembros de su casa;** y otras veces, el personal médico ha tenido que mudarse con algún pariente o amigo para que sus familiares no corran un riesgo mayor de contagio. En todo caso, el personal médico puede ser portador asintomático del SARS-CoV-2,



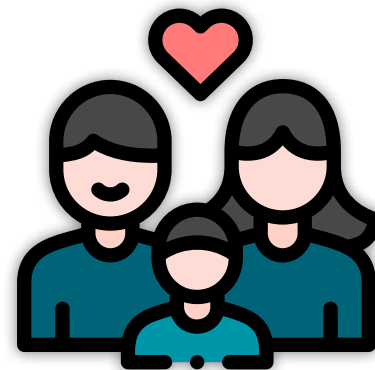
por lo que deben tener mayor precaución y las medidas sanitarias y de sana distancia deben ser absolutas.

Además de proteger a su familia de un posible contagio, **deben de extremar cuidados para no exponerse a agresiones físicas y verbales de vecinos/as, conocidos/as o de la población en general, los cuales ante el temor del contagio los estigmatizan, los agreden, excluyen y lastiman.** A otros y otras por ejemplo; quienes rentan alguna casa o departamento, **a quienes les arrendan les han pedido no usar los elevadores, o entregar sus departamentos porque piensan que podrían ser un foco de infección junto con su familia** y de momento no encuentran a dónde mudarse, exponiendo a su pareja e hijos/as, padres o hermanos/as, a sufrir daños colaterales como exclusión social, actos de violencia física y verbal, inseguridad, etc. Lo que ha motivado que gran parte del personal médico busque un **alojamiento temporal lejos de sus viviendas**, por ejemplo los hoteles que han sido habilitados por el gobierno para dar hospedaje a médicos/as y enfermeras/os que atienden a pacientes con la COVID-19. De tal forma que aparte de alejarse de su hogar, su pareja, hijos/as, padre, madre o hermanos/as, se ven en la necesidad de hacer de los hoteles su casa temporal. Con esto, intentan proteger a sus familiares de eventuales contagios, pero también salvaguardar su salud y su vida de ataques u hostigamientos por parte de la población.

La exposición física al coronavirus, el **exceso de horas de trabajo ininterrumpidas y la demanda emocional en la atención a pacientes contagiados convierten a los médicos/as y enfermeros/as en las víctimas más propensas a desarrollar malestares psíquicos como angustia, preocupación, miedo y temor a enfermarse y contagiar a su familia.** En el supuesto de que ocurra un caso de infección por SARS-COV-2 en su hogar, pueden aparecer sentimientos de culpa por haber sido quien probablemente haya portado el virus. Por otra parte, partiendo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud OMS, **se invita a la familia del personal médico que cuiden sus necesidades básicas** (alimentación, actividad física, descanso...); **y se les apoye en la observación y aceptación de sus emociones; explorando sus sentimientos y el lenguaje con el que se habla;** alentándolos/as a estados emocionales positivos; que aseguren la confianza personal, profesional y familiar para pedir ayuda si fuera necesario.

No obstante, mientras los médicos/as y enfermeras/os que están en contacto con personas con COVID-19, **porten adecuadamente su equipo de protección personal y acaten todas las medidas sanitarias impuestas por la autoridad sanitaria**, además de extremar los **cuidados de limpieza y sanitización al regresar a sus domicilios**; pueden convivir con su familia durante el confinamiento y aún después de éste, adaptándose al igual que cada uno de los miembros a tal situación. Es importante entonces, que entre los integrantes del hogar exista una **organización de tareas en torno al cuidado de los/as hijos/as, la realización de trabajos escolares, la limpieza del hogar, la preparación de comidas, etc.** y se mejore la comunicación, las conversaciones, las actividades de higiene, la observación y seguimiento del estado de salud propio y familiar, la prevención de situaciones de conflicto familiar, etc. Y en familias con hijos/as, es significativa la actitud positiva de los padres y madres, manteniendo las condiciones de disciplina y afecto. Para el caso de que el personal médico (médicas/os y enfermeras/os) regrese a su casa después de una larga y dura jornada laboral, es importante que se acuerde con los hijos/as y pareja el respeto a su horario de descanso, las medidas de higiene y cuidado en torno a la llegada del familiar, la organización en cuanto a tareas escolares con los hijos/as, su supervisión y el tiempo de ocio necesario para su recuperación.

Al final del día, todos y todas pensamos en nuestra familia y en su bienestar, por ello, quienes se dedican en época de pandemia a atender a pacientes con COVID-19 y se encuentran en contacto directo con personas con dicho padecimiento ya sea en hospitales públicos o privados, centros de salud, e incluso en consultorios privados, deben de portar siempre su equipo de protección personal,



y una vez llegado a casa deberán de realizar minuciosamente el lavado de manos completo y correcto, y de preferencia, tomar un baño y separar su ropa para que sea lavada independientemente de la del resto de la familia. Como familiar, amigo/a de un médico/a, enfermero/a, o como población en general; **debemos ser empáticos/as, tolerantes, positivos/as, comprensibles y respetuosos/as de su persona y profesión; médicos, médicas, enfermeros, enfermeras, camilleros/as, trabajadoras/es sociales y otro personal de salud que están en los espacios clínicos, se encuentran frente a un riesgo importante de transmisión y muerte, no obstante, siguen comprometidos/as con salvar vidas y hacer el mayor esfuerzo posible para enfrentar a la actual crisis sanitaria.**

Hoy más que nunca, las familias tienen que estar unidas aunque sea en la sana distancia como es el caso de varios médicos/as y enfermeras/os que se encuentran separados de sus hogares; la crisis de la pandemia nos ha recordado lo importante que es el núcleo familiar, la convivencia y la responsabilidad individual y social. Actualmente nuestra mayor inquietud es saber que nuestros familiares y quienes nos rodean sean amigos/as, vecinos/as o compañeros/as de trabajo se encuentran sanos o si sufren alguna carencia. Sin embargo, el personal médico se enfrenta además, a un mayor riesgo de contagio y muerte por COVID-19, a la exclusión, discriminación y separación de su familia.

Bibliografía

- Los desafíos del personal de salud ante el coronavirus. Disponible en <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>
- La vocación sin límites de los profesionales de la salud ante la pandemia. Disponible en <https://observatorio.tec.mx/edu-bits-blog/vocacion-de-los-profesionales-de-la-salud-ante-covid19>
- Personal médico se aísla de su propia familia para atender a pacientes y evitar contagios. Disponible en <https://www.animalpolitico.com/2020/04/covid-19-personal-medico-aisla-contagios/>
- ¿Quién cuida la salud mental de los médicos? Disponible en <https://www.infobae.com/tendencias/2020/05/09/quien-cuida-la-salud-mental-de-los-medicos/>

- de salud:
 - **Lavarse las manos con agua y jabón** (usando soluciones alcoholizadas desinfectantes) antes y después de atender a un/a paciente.
 - **Secarse las manos con toallas desechables** o secarlas al aire libre en posición vertical.
 - **Evitar en lo posible tocarse ojos, nariz y boca**, y lavarse las manos después en caso de haberlo hecho.
 - **Usar cubreboca** únicamente si atienden a pacientes con infección respiratoria, tapando boca y nariz completamente. De ser posible, utilizar lentes para proteger los ojos.
 - **Tirar en el bote de Residuos peligrosos biológico-infecciosos**, todo el material desechable que se utilice con cada paciente (como abate lenguas, hisopos, gasas, guantes).
 - **Esterilizar todo el instrumental médico.**
 - **Mantener limpias todas las áreas de trabajo.**
 - **Reportar si presentan síntomas respiratorios** para que sean evaluados y evitar transmisión intrahospitalaria.
- Recomendar a las y los usuarios cuando visitan una unidad de salud que:
- **Antes de salir de la unidad de salud se laven las manos con agua y jabón** y las sequen con toallas desechables o déjelas secar en forma vertical.
 - **Eviten llevar a menores de edad** que no requieran de consulta médica.
 - **Eviten consumir alimentos y bebidas dentro de la unidad.**
 - **Cooperen manteniendo limpia la unidad de salud.**
 - **No escupir en los pisos.**
 - **Recuerden cubrirse la nariz y boca usando un pañuelo desechable, al toser y estornudar** o bien, con el ángulo interno del brazo.



- derechophabientes son la prioridad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- La titular de la División de Programas de Enfermería del IMSS hizo un llamado a quienes han agredido al personal de salud a limitarse, "nosotros/as podemos salvar sus vidas, ayudarnos, por favor, a cuidarlos/as y para eso necesitamos que ustedes nos cuiden, necesitamos aprender y necesitamos la mayor solidaridad en estos momentos en el que más se requiere que estemos juntos como mexicanos/as".
- Las y los trabajadores de la salud, también son personas, también tienen familia y hoy están dejando sus casas, su familia, dejando su vida en las unidades hospitalarias.
- Todos los días deciden ser lo que son, y no solo las enfermeras y los enfermeros, sino todo el personal de salud, por todo aquel o aquella que porta un uniforme y que está convenido que la atención a la salud es lo mejor porque da de sí.
- Hoy es necesaria la solidaridad, de esa nueva solidaridad que tiene que refrescar a México y que obviamente nos tiene que dar el aliento para salir adelante.
- Llamo a los medios de comunicación a hacer extensivo este llamado de respeto, de parar la agresión, pues estas acciones han golpeado fuerte a la/el trabajador de la salud.
- Por todo esto el martes 14 de abril inicié el despliegue de la Guardia Nacional para brindar seguridad a los 184 Hospitales de Reconversión del IMSS que atienden a pacientes con COVID-19.
- En el IMSS se han registrado 21 agresiones hacia personal de Enfermería en 12 entidades del país: Ciudad de México, Estado de México, Yucatán, San Luis Potosí, Sinaloa, Jalisco, Puebla, Morelos, Coahuila, Guerrero, Quintana Roo y Durango.

Antes de reaccionar violentamente contra un profesional médico, ponte a pensar que si llegaras a contagiarte de COVID-19, esa persona que agrediste podría salvarte la vida! Respetemos y valoremos el trabajo de todas y todos los profesionales de la salud!

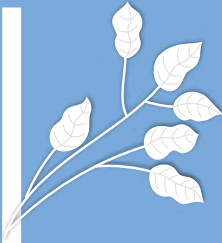


CEVECE

Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Diseño de ilustraciones: freaticon.com, freepik.com, depositphotos.com. Diseño de infografía: CEVECE L.D.G. Ana Laura Toledo Anales

Fuente: <https://www.ehnuveodiario.com.mx/suplementos/alias/4d283d-imporancia-cuidar-salud-personal-salud/>, <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGSI/#>, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment_data/file/257855/ManualUnidadesSalud.pdf, <https://www.gob.mx/salud/documentos/informacion-personal-de-salud>. Fuente: <http://www.inrss.gob.mx/prensa/archivo/202004/180>, <http://www.inrss.gob.mx/prensa/archivo/202004/211>



PROFESIONALES DE LA SALUD



EN TIEMPOS DE COVID

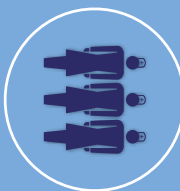


Las y los profesionales de la salud se enfrentan diariamente a riesgos de accidentes o a contagiarse de enfermedades a causa de su trabajo. Además de todo esto, se arriesgan a un estrés psicológico que genera el trato con gente enferma, quienes esperan recibir la mejor atención.



La OMS menciona siete tipos de riesgos a los que están sometidos/as:

- **Biológico** (hepatitis, tuberculosis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida).
- **Químicos** (contacto con glutaraldehído y óxido de etileno).
- **Físicos** (ruido y radiaciones).
- **Ergonómicos** (levantar objetos pesados).
- **Psicosociales** (estrés y violencia).
- **Relacionados con el fuego.**
- **Explosiones y contacto con electricidad.**



En el 2018 el Estado de México contaba con 97,018 profesionales de la salud, entre los cuales había: 17,190 médicos/as generales, especialistas y odontólogos/as, 4,645 personal médico en formación, 1,857 médicos/as en otras labores, 19,678 enfermeras/os generales y especialistas, 3,721 personal de enfermería, 8,117 auxiliares de enfermería, 2,016 personal de enfermería en otras labores, 4,067 personal profesional, 15,161 personal técnico y 20,566 otro personal.

FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD

Las Unidades de Salud, llamadas de atención primaria o servicios básicos, ofrecen una atención integral que incluye, la promoción de la salud y de prevención de enfermedades, siempre desde un ámbito más cercano al lugar de residencia de la población a la que atienden.

- Funciones:
- **Atención a las y los pacientes** que solicitan los servicios y referencia en su caso a unidad hospitalaria.
 - **Seguimiento de pacientes** cuando así proceda, con énfasis en la población vulnerable como adultos/as mayores, embarazadas, niños y niñas menores de 5 años y con atención especial.
 - Realizar actividades de **promoción de la salud, preventiva y epidemiológica.**
 - **Coordinar acciones de atención primaria** de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación.

- Su objetivo general es establecer acciones que garanticen la atención médica a la población como parte de la preparación. Los objetivos específicos son:
- **Garantizar la atención médica** a las personas.
 - **Garantizar que las mujeres embarazadas, puérperas, recién nacidos/as y los/as menores de 5 años,** reciban valoración y atención médica de calidad que permitan que un embarazo saludable culmine en un parto y puerperio seguros así como una vigilancia estrecha de la salud de la persona recién nacida.
 - **Garantizar tanto la atención médica como el otorgamiento de los tratamientos específicos,** relacionada con la consulta general.
 - **Registro diario de los servicios otorgados,** identificación, notificación y atención a casos sujetos a vigilancia epidemiológica.



RIESGOS DE CONTAGIO

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) informó en abril de 2020 que en los casos de COVID-19 en el Hospital General Regional (HGR) N° 72 en Tlalpantla, Estado de México, no existió brote epidemiológico hospitalario como consecuencia de contagio por pacientes.
- Añadió que en el HGR N°72 se implementó el protocolo epidemiológico para la protección de las y los trabajadores.
- De igual forma, precisó que el contagio entre la base laboral se originó en el exterior, entre personal que no laboraba en zonas de atención COVID-19 y que no tienen como función estar en contacto con pacientes sospechosos.
- El Instituto indicó que hasta ese momento se habían registrado 19 casos positivos a COVID-19 de trabajadores del área médica de diferentes categorías.

- Las y los trabajadores confirmados y sus contactos de sospecha estuvieron en supervisión, desde el pasado 27 de marzo no laboran en la unidad hospitalaria, en seguimiento al protocolo. Esta situación no ha afectado áreas sustantivas del hospital.
- Ante esta emergencia sanitaria, el IMSS hace un llamado a no confundir a la población con información falsa que sólo genera temor y desconfianza en las y los ciudadanos con los servicios de salud pública.
- El Instituto Mexicano del Seguro Social reitera que es prioridad otorgar servicios profesionales, de calidad y velar por el cuidado de sus trabajadores/as y derechohabientes.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

DEL PERSONAL DE SALUD



AGRESIONES CONTRA

EL PERSONAL DE SALUD

Ante la presencia del nuevo coronavirus COVID-19, se deben considerar las siguientes recomendaciones para el personal

Garantizar la protección y seguridad de las y los trabajadores del sector salud, así como la atención a las y los



Testimonial



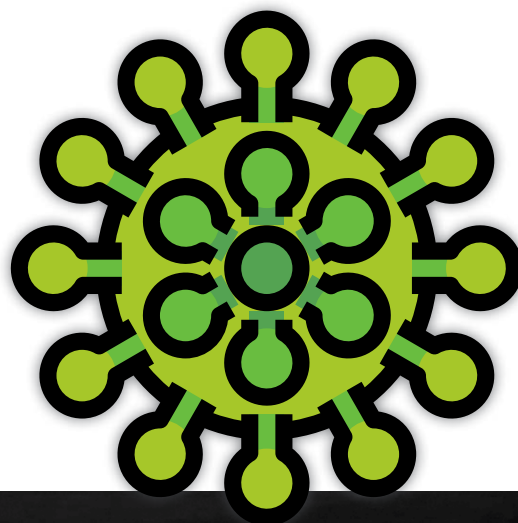
María de Jesús Mendoza Sánchez

Por Dr. Víctor Durán Mendieta.

Antes que todo, permítanme expresar mi agradecimiento al Dr. Víctor Manuel Torres Meza y a su gran equipo de trabajo, por la invitación para este testimonio ante la actual Pandemia por COVID 19. Trabajando de manera coordinada, nuestras respectivas áreas han contribuido con un granito de arena ante este enorme reto para nuestro querido Estado de México y seguro estoy que lograremos los objetivos en beneficio de las y los mexiquenses.

Salud y enfermedad, la eterna dicotomía a la que nos enfrentamos los seres humanos, prácticamente cada día de nuestra existencia y no siempre valorando en su justa medida el hecho de estar más cerca de la salud que de la enfermedad. Ahora estamos en el siglo XXI, con un bagaje de conocimientos acumulados durante milenios, obtenido de una manera mucho más acelerada en los últimos 200 años, gracias al cual la humanidad pudo erradicar enfermedades como la viruela y controlar otras como la poliomielitis, generando procedimientos diagnósticos más precisos y medidas terapéuticas más efectivas, dando como resultado una mayor esperanza de vida y al mismo tiempo, una mejor calidad de vida.

La humanidad ha enfrentado muchas pandemias y las generaciones vivas podemos tener evidencia de ellas únicamente a través de los testimonios históricos. Entre las más recientes podemos mencionar,



la causada hace poco más de 100 años por la Gripe o Influenza Española, que causó grandes estragos entre la población y, más recientemente, la Pandemia por el VIH, en la década de los 80's y que casi 40 años después, apenas está siendo controlada. En 2009, con origen en nuestro país, nos enfrentamos a la **pandemia por el virus de la Influenza H1N1, muy similar a la actual pandemia por COVID-19**, pues hubo un breve confinamiento, con algo parecido a la sana distancia, uso de cubreboca y gel antibacterial.

En relación a estas dos últimas, hay similitudes y diferencias que vale la pena mencionar. En cuanto a las semejanzas, **ambas pandemias tienen como causa un virus respiratorio altamente contagioso y no hay distinción entre grupos poblacionales, pues el riesgo es general, sin preferencia de edad, género, raza, ocupación o posición social**. Entre las diferencias, la pandemia por H1N1 del 2009 tuvo una **duración menor a la que aparentemente tendrá la de COVID-19, pues fueron unos cuantos meses**; así mismo, para finales del 2009 ya se contaba con una vacuna y eventualmente con un medicamento específico (Osetamivir).

A título personal, **soy un médico que se inclinó** por la otra cara de la medicina, la encaminada no a la curación, no a la atención de la enfermedad, sino **básicamente a la prevención**, quizá con un grado de dificultad diferente, no por la formación profesional individual, sino porque es mucho más difícil convencer a una persona de modificar hábitos y costumbres de toda una vida, que no solamente la pueden afectar de manera individual y que también suelen influir en su entorno familiar, laboral y social. Este, es un **enorme reto que tenemos las y los salubristas**, pero que al mismo tiempo nos llena de satisfacción cuando conseguimos sensibilizar a alguien, logrando cambiar el curso de su existencia.

Al respecto, me viene a la mente una lección de vida: *...Un hombre maduro paseaba una mañana por una playa, en la que estaban miles de estrellas de mar que la noche anterior había arrojado la marea y de pronto, notó que un joven estaba enfocado en la aparentemente imposible tarea de regresarlas al mar para que sobrevivieran. Se acercó y le dijo: "Muchacho, ¿te das cuenta que tu tarea es imposible?, ¿qué de importante tiene que estés regresando a estas pobres estrellas de mar, si están condenadas a morir? Es imposible que puedas devolver a todas, así qué, ¿a quién le importa? El joven hizo una pausa y mirando a la estrella que tenía en la mano, le respondió: "A esta sí le importa, porque tendrá la posibilidad de vivir". Y continuó con su tarea. Ante esta actitud, no le quedó otra opción al hombre mayor que sumarse a la tarea del muchacho...*

Considero que esta lección se puede traspolar a la vida de un salubrista, quizá efectivamente es imposible que podamos ayudar, que podamos salvar a la mayoría de la gente, pero por cada persona a la que logremos convencer y sensibilizar, habremos tenido éxito, pues esa persona podrá aspirar a vivir por más años, y con una mejor calidad, retrasando el inicio de enfermedades crónicas degenerativas, tomando conciencia sobre las consecuencias de las adicciones, el sedentarismo y los malos hábitos higiénico-dietéticos, por mencionar algunos, además de que indirectamente influirá en su familia y otros convivientes. Así mismo, a través del ejemplo se genera una red de colaboración cada vez más grande.

Volviendo al tema, en retrospectiva, **la pandemia por COVID-19 nos tomó a todos y todas por sorpresa en el mundo**, iniciamos literalmente el año con la noticia de que se había identificado un nuevo virus que causaba neumonía y era altamente contagioso; si bien México tuvo la oportunidad de prepararse durante poco más de un mes, sabíamos que dicha pandemia iba a afectarnos mucho más que a los países asiáticos y europeos, dados los factores de riesgo propios de la población, siendo un país con alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y EPOC, entre otros.

Han sido muchos meses (y lo que falta todavía) de un **intenso trabajo, muchas noches de insomnio, pensando irremediamente en las vicisitudes, las dificultades, las**

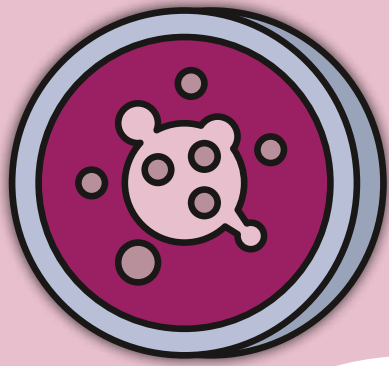
angustias y todo lo que enfrentan día a día las y los compañeros médicos, enfermeras/os, trabajadores/as sociales, camilleros, laboratoristas, todos/as los que están laborando en las unidades médicas, con el eterno temor de contagiarse; cuántos de ellos y ellas han enfermado, la mayoría en forma leve o moderada, hay quienes en forma grave, muchos/as requiriendo hospitalización, otros y otras atendidos en su hogar y si bien salieron adelante, quedaron con secuelas físicas (principalmente respiratorias) y psicológicas; aún no sabemos cuánto tiempo les llevará recuperarse y si lo harán por completo. Pero lo más triste han sido las pérdidas humanas. **Nuestro eterno agradecimiento y reconocimiento hacia quienes dieron su vida, a quienes decidieron cumplir con su juramento de atender a sus semejantes ante toda adversidad y que al final sucumbieron por COVID-19**; que Dios dé a sus familiares, amigas y amigos el consuelo necesario para superar su pérdida.

También es inevitable seguir pensando en aquellas y aquellos que han enfermado de COVID-19, en sus familiares, en sus compañeros/as de trabajo, en **la angustia y la desesperación que hemos experimentado muchos de manera indirecta, siendo únicamente observadores y observadores del sufrimiento y el dolor que causa esta enfermedad**, mudos testigos del peregrinar que representa buscar un espacio en un hospital, porque la insuficiencia respiratoria se convierte como nunca en una urgencia.

No sabemos cuánto tiempo más estaremos en esta situación, pueden ser meses o años, mientras no se tenga una vacuna y se proteja a toda la población susceptible o no contemos con un esquema terapéutico, será necesario seguir recurriendo a todas las medidas de prevención.

Finalmente, la reflexión personal, es que sería prudente que **la sana distancia, el lavado frecuente de manos o el uso de gel antibacterial, deberían permanecer como parte de nuestras buenas costumbres**, pues impactará en la reducción no solamente de COVID-19, sino de otros padecimientos respiratorios e incluso gastrointestinales. **El tema de evitar el contacto físico** (no abrazar, ni saludar de beso o de mano), **tendremos que valorarlo en el futuro**, una vez que se controle esta pandemia, pues siempre han sido parte de nuestra naturaleza como seres humanos, para demostrar el cariño y afecto por nuestros semejantes. Eso queda simplemente en un, **ya veremos que pasará...**





Epidemiología en tu vida



Luis Anaya López

Desde mediados de febrero hasta fines de julio del 2020 hemos visto como una nueva enfermedad viral puede hacer colapsar a nuestros sistemas sanitarios, aunado al miedo en la población. El nuevo coronavirus (llamado SARS-CoV2) ha infectado a millones de personas en el mundo, afectando inicialmente a Wuhan, China. **Este virus provoca cuadros respiratorios agudos, que van desde síntomas leves, hasta neumonías graves.** Es nuestro deber como personal de la salud enfrentar esta situación y colaborar en la contención de la pandemia.

Una de las consecuencias de todas las epidemias es la afectación al sistema de atención de la salud por su impacto en el personal de salud, hay poca evidencia de cómo las epidemias de enfermedades infecciosas dañan al personal de salud, solo es posible leer en la historia de la medicina la reducción de los trabajadores de la salud, pero no existen estudios al respecto.

El SARS un virus asesino de médicos/as

Carlo Urbani, el médico epidemiólogo italiano que lanzó la primera señal de alarma sobre el SARG (síndrome agudo respiratorio grave) -SARS por sus siglas en inglés- falleció el 29 de marzo del 2003 a consecuencia de la misma enfermedad que ayudó a descubrir. En el momento de su muerte era el especialista en enfermedades infecciosas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

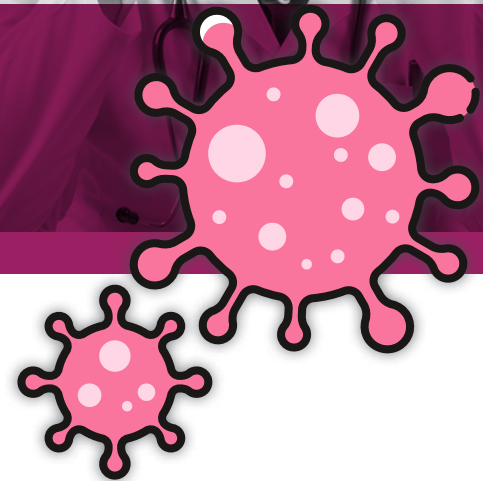
Dado que se especializaba en coronavirus fue enviado por la OMS a Hanoi en donde se sospechaba una neumonía atípica. Cuando llegó las personas tenían pánico, las y los médicos y el personal de salud dejaron de ir a trabajar, esto provocó que existieran enfermos/as pero no había quién los atendiera, le costó mucho cambiar esta situación de pánico entre el personal médico y paramédico; el Dr. Urbani entendió la potencial gravedad del caso y aconsejó la rápida adopción de medidas de aislamiento al gobierno vietnamita.

El 9 de marzo se reunió con representantes del Ministerio de Sanidad de Vietnam para concienciarles sobre la necesidad de establecer controles sobre los viajeros/as y aislar a las y los posibles afectados, independientemente del posible perjuicio para la economía del país. Igualmente, informó al sistema de vigilancia de enfermedades infecciosas de la OMS sobre la necesidad de lanzar una alerta global que permitiese una respuesta rápida y efectiva de ámbito mundial. Esta intervención tuvo como consecuencia que **Vietnam fuera el primer país de salir de la epidemia del SARS en el 2003.**

Terminado su trabajo en Vietnam se trasladó a Bangkok para una reunión con virólogos del CDC de Estados Unidos; cuando se subió al avión se dio cuenta que estaba enfermo y empezó a apuntar la hora y minutos de cada síntoma para irlo describiendo durante las tres horas que duró el vuelo, en las cuales quedó invalido y no podía levantarse ni moverse por si mismo, **en su última nota cuando bajaba las escaleras con mucha dificultad escribió: "estoy haciéndole señas para que no se me acerquen" fue ingresado de urgencia y aislado en un hospital de Bangkok, el 11 de marzo; tres semanas más tarde falleció.**

La nueva cepa del SARS el SARS-CoV-2 impacta al personal médico del Estado de México

Hoy estamos en medio de una nueva epidemia de SARS en su versión SARS-CoV-2, y en esta ocasión ha afectado a nuestro país a diferencia del 2003. En este contexto, es pertinente preguntarse: **¿se infectará el personal de salud que atiende a las y los pacientes de COVID-19? ¿Qué tipo de personal de salud es el más propenso a contagiarse de SARS-CoV-2? ¿Serán los y las enfermeras o los médicos?, pero también ¿En qué instituciones ocurre el mayor número de estos contagios?, ¿De qué tamaño es el daño máximo de esta enfermedad (la muerte) en el personal médico?**



Este artículo pretende responder estas preguntas con el uso de las herramientas de la epidemiología para describir la afectación de una epidemia, en este caso al personal médico de nuestro país y del estado de México.

Veamos la primer pregunta: **¿se contagia el personal de salud que atiende a las y los pacientes de COVID-19?** La respuesta desgraciadamente es sí, **hasta el 30 de julio de este año en el país se han infectado 11,370 compañeros/as de los cuales 8,252 son del Estado de México y corresponde al 73%.** En la gráfica 1 se puede observar la distribución según el tipo de personal, no es muy diferente entre el Estado de México y el país. El mayor porcentaje son las enfermeras y enfermeros.

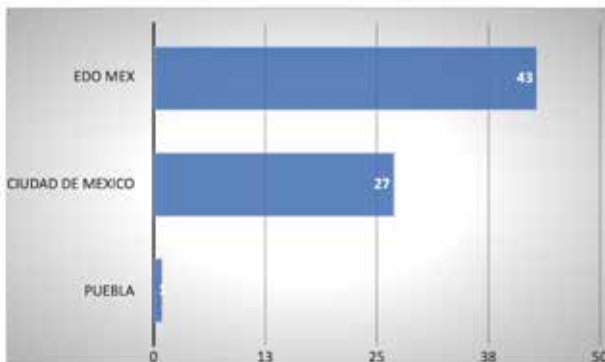


En los primeros días de mayo, en el país, la tasa de contagio del personal médico y enfermeras/os era del 23%, que quiere decir que de **cada 100 médicos/as y enfermeras/os se contagiaron 23; para el 16 de junio 2020 se redujo a 21.**

Con relación a: **¿en qué instituciones los médicos se han contagiado y enfermado de COVID-19?**, la gráfica 2 nos muestra:



Desgraciadamente **no solo se infectaron sino también fallecieron**, para responder a **¿de qué tamaño es el daño máximo de esta enfermedad (la muerte) en el personal médico?** Veamos las gráficas 3 y 4. De acuerdo con la gráfica 3 en el país han fallecido 71 médicos en 3 entidades, dado que en el Estado de México y en la Cd. de México es donde se han enfermado más médicos/as son en estas entidades que se han presentado más decesos.



Existe en epidemiología una medida que nos indica de qué tamaño es la gravedad de una enfermedad en una población dada; en la gráfica 4 se muestra la letalidad de todo el país y del Estado de México. Se tiene como parámetro de daño, que una letalidad del 2% es considerada como daño dentro de los límites naturales, esta consideración no está científicamente avalada pero es el índice

que se usa para establecer que un programa preventivo está funcionando. Como se representa en la gráfica el Estado de México tiene una letalidad de Médicos menor a la nacional.

Conclusiones

Debido a que la COVID-19 es una enfermedad infecciosa, y a la falta de información sobre los conceptos de bioseguridad que deben de usar sobre las medidas de precaución, **el personal de la salud se encuentra muy expuesto a contraer el virus COVID-19.**

Son las áreas de atención en clínicas y hospitales los lugares de riesgo de contagio para el personal de la salud; tanto por los pacientes que presentan COVID-19, como por el personal médico y paramédico que aún se encuentra en fase subclínica (amén de que podrían contagiarse en cualquier otro lugar como cualquier persona).

Esta no es la primera vez que enfrenta este tipo de riesgos el personal de salud, se podría mencionar a médicos/as sin fronteras quienes han padecido de grandes bajas en su personal al ayudar a poblaciones vulnerables. **En esta ocasión la epidemia por COVID-19 ha dañado al personal de salud y las y los médicos han sido afectados considerablemente y como inicié este artículo, el SARS es un asesino de médicos/as** de acuerdo con lo que nos muestra la historia.

Bibliografía

- Adams JG, Walls RM. Apoyar al personal sanitario durante la epidemia mundial de COVID-19. JAMA . 2020; 323 (15): 1439-1440. doi: 10.1001/jama.2020.3972
- ArtículoPubMedGoogle AcadémicoCrossref
- Hunter E, Price DA, Murphy E y col. Primera experiencia de detección de COVID-19 en trabajadores sanitarios en Inglaterra. The Lancet . 2020; 395 (10234): e77-e78. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30970-3PubMedGoogle AcadémicoCrossref
- Negro JRM, Bailey C, Przewrocka J, Dijkstra KK, Swanton C. COVID-19: el caso del cribado de los trabajadores de la salud para prevenir la transmisión hospitalaria. The Lancet . 2020; 395 (10234): 1418-1420. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30917-XPubMedGoogle AcadémicoCrossref
- Klompas M, Morris CA, Sinclair J, Pearson M, Shenoy ES. Enmascaramiento universal en hospitales en la era Covid-19. N Engl J Med . 2020; 382 (21): e63. doi: 10.1056/NEJMp2006372PubMedGoogle Académico
- Tablero COVID-19 del Departamento de Salud Pública de Massachusetts — 30 de abril de 2020. Consultado el 31 de julio 2020. <https://www.mass.gov/doc/covid-19-dashboard-april-30-2020/download>
- Pan American Health Organization. Core Indicators 2019: Health Trends in the Americas. Washington, D.C.: PAHO; 2019. En https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51542/9789275121290_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- OPS, OMS (6 de Febrero de 2020). Requerimientos para uso de equipo de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud. Consultado el 5 de julio 2020, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=51736-requerimientos-para-uso-de-equipos-de-proteccionpersonal-epp-para-el-nuevo-coronavirus-2019-ncov-en-establecimientos-de-salud&category_slug=materiales-cientificos-tecnicos-7992
- Dirección General de Epidemiología. Lineamiento estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de Enfermedad por 2019- NCOV, febrero 07 2020, recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/aviso-epidemiologico-casos-deinfeccion-respiratoria-asociados-a-nuevo-coronavirus-2019-ncov>
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Triage respiratorio en atención primaria, marzo 27 2020.
- WHO. Prevención y control de infecciones (PCI) durante la atención médica cuando se sospecha una nueva infección por coronavirus (nCoV). Guía Provisional. Consultado el 5 de julio 2020.
- WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.2. 2. WHO. Asesoramiento sobre el uso de mascarillas en la comunidad durante la atención domiciliaria y en los centros de salud en el contexto del nuevo brote de coronavirus (2019- nCoV). Guía Provisional. Consultado el 5 de julio 2020.
- WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.2. 3. WHO. Cuidados en casa para pacientes con sospecha de infección por el nuevo coronavirus (2019-nCoV) con síntomas leves y manejo de contactos sin síntomas. Guía provisional. Consultado el 25 de julio 2020.
- WHO/nCov/IPC_HomeCare/2020.1. 4. <https://www.nhs.uk/conditions/wuhan-novel-coronavirus/> Consultado el 31 de enero 2020 5. <https://apic.org/resources/topic-specific-infection-prevention/environmental-services/>. Consultado el 31 de julio 2020 <https://apic.org/resources/topic-specific-infection-prevention/environmental-services/>
- WHO. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. 2009 disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=B5E85CDAC7AB12D2BB90BD570EB806C3?sequence=1



Dublireportaje

Víctor Flores Silva

La declaración de la pandemia por COVID-19, derivó la necesidad de **instrumentar la ampliación en la capacidad hospitalaria del sistema de salud en cada una de las entidades de nuestro país**, por lo cual se definieron y se pusieron en marcha los hospitales denominados de reconversión.

La reconversión hospitalaria es una estrategia de gran relevancia en el proceso de contención y tratamiento de una pandemia, que se desarrolló como consecuencia de la experiencia mundial e histórica, obtenida a partir de la vivencia de previas y catastróficas pandemias.

El Objetivo general de la Reconversión Hospitalaria, es la **organización de las unidades de atención para lograr la reconversión de unidades de atención en el territorio nacional basada en la evidencia**, con enfoque en calidad de la atención médica, prevención y control de infecciones, con el fin de dar respuesta a la pandemia COVID-19 en México.

Según los Lineamientos para Reconversión Hospitalaria, publicados por el Gobierno Mexicano, los objetivos específicos de este proceso son:

- **Asegurar la continuidad de la Atención Primaria a la Salud** para el acceso oportuno y de calidad de la atención de pacientes.
- **Asegurar la coordinación, toma de decisiones y comunicación efectiva** entre instituciones para la reconversión hospitalaria COVID-19 a nivel local, regional y nacional.
- **Evaluar la capacidad instalada y el alcance de la reconversión hospitalaria** a nivel local, regional y nacional.
- **Planeación y uso racional de los recursos** para determinar los mecanismos de operación y logística.
- **Generar y sistematizar información** para la toma de decisiones.
- **Otorgar atención médica oportuna y de calidad** basada en la evidencia científica con enfoque de prevención de riesgos de infecciones para reducir la transmisión intrahospitalaria de la infección por SARS-CoV-2.



Para la atención de los pacientes críticos en las unidades médicas que se designen para reconversión hospitalaria, se proponen las siguientes fases:

Fase 1. Capacidad Instalada Basal y Ampliada: se deberán utilizar la totalidad de camas de la UCI con la totalidad de la capacidad de los ventiladores útiles, sistema eléctrico y de gases medicinales. Aprovechar la capacidad máxima de apoyo de sistemas, suspendiendo la consulta externa, clínicas ambulatorias y cirugía programada. El personal de salud de estas áreas se deberá redistribuir como apoyo a la reconversión hospitalaria.

Fase 2. Reconversión Hospitalaria: al agotar la capacidad instalada de la fase 1, se deberán ubicar a los pacientes críticos en otros servicios como la Terapia Intermedia, recuperación quirúrgica, otras terapias, corta estancia, otras áreas de hospitalización; las camas deberán contar con la capacidad de soportar ventilador incluyendo tomas de oxígeno y aire, así como presión.

Fase 3. Expansión: de persistir la demanda de atención y ocupar las áreas de la fase 2, se ocupará la totalidad de camas respetando unidades de reanimación. Se pueden habilitar espacios públicos no hospitalarios.

Mediante la reconversión hospitalaria se realiza la adaptación de algunas unidades de atención hospitalaria, tomando como base su capacidad instalada de camas disponibles de Cuidados Intensivos para pacientes críticos, así como el número de camas de Hospitalización para pacientes no graves,¹ con el el objetivo de coordinar la respuesta hospitalaria para atender pacientes graves por la COVID-19.

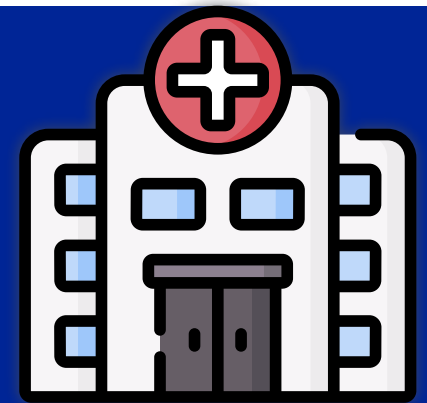




Foto: Lic. Fernando César López, Comunicación Social, ISEM.

Es decir, la **Reconversión Hospitalaria COVID-19 considera la capacidad instalada y la ampliada de cada hospital, con el objetivo de atender oportunamente la demanda en cada región del país**, promoviendo modelos de prevención de infecciones y bioseguridad que limitan el riesgo de transmisión para la población y las y los trabajadores de salud.

Se activa la reconversión hospitalaria conforme a la carga de la enfermedad que se reporte en las diferentes unidades que cuentan con dicha capacidad y se prioriza la detección oportuna acorde a la definición de casos en primer y segundo nivel de atención, de tal forma que **las y los pacientes críticos pueden acudir o ser transferidos a tiempo a las unidades médicas con capacidad de respuesta**.

Por lo anterior, las unidades médicas han modificado su funcionamiento regular a través de generar cambios en la prestación habitual de sus servicios, es decir, **la unidad médica adecúa servicios para disponer de un mayor número de recursos humanos y materiales** derivado de la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19.

Es por ello que estos hospitales deben **asegurar su capacidad máxima de atención de pacientes críticamente enfermos/as** considerando sus recursos técnicos de soporte (número de ventiladores, presión de compresores, tomas de oxígeno, entre otros), recursos humanos, insumos y equipamiento médico.

En virtud de las características de las unidades médicas y de la organización de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, se planteó que el acceso a los servicios de atención hospitalaria se realice mediante el establecimiento de un

mecanismo de regionalización y criterios de referencia de acuerdo a la capacidad instalada y ampliada de cada una de las unidades médicas del país.²

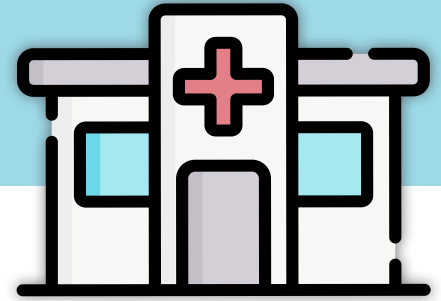
Cabe señalar que las unidades hospitalarias deben garantizar el flujo separado y seguro de pacientes sospechosos o confirmados a COVID-19, sin poner en riesgo de contagio a las y los pacientes de sus servicios por otros padecimientos diferentes a COVID-19, así como a su propio personal de salud.

La reconversión hospitalaria se enfoca en la **preparación para la recepción y atención de pacientes con síntomas respiratorios**, así como en evitar magnificar la propagación de la enfermedad entre las y los pacientes que aún requieren de atención médica hospitalaria por otras condiciones.

Se debe considerar que este tipo de hospitales podrán **expandir su proceso de reconversión hasta en un 100%, dependiendo de la necesidad de atención**, así como de la capacidad de reconversión hospitalaria y podrá ser aplicable también en hospitales nuevos, habilitados o provisionales, por lo cual habrá que tomarse en cuenta su localización geográfica, capacidad resolutive y características de infraestructura.

Lo anterior con el propósito de **tener el número de camas totales, así como el máximo de espacio disponible para la atención de pacientes graves de COVID-19**, por lo que deben de suspender la atención de casos ambulatorios y las cirugías selectivas para que su personal se dedique a los pacientes COVID-19.³

Entre las principales acciones que están llevando a cabo las unidades hospitalarias de reconversión, para el acceso seguro de



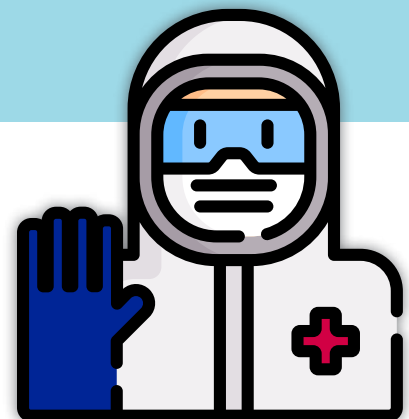
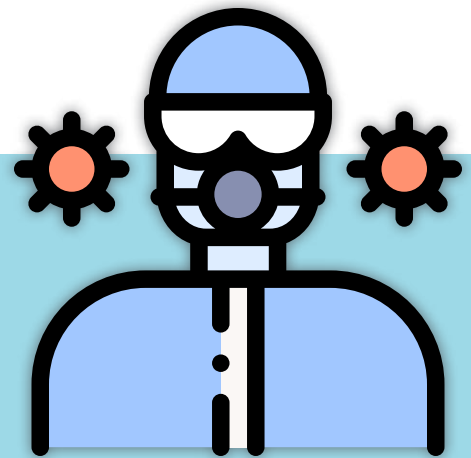
pacientes que presentan COVID-19 a sus instalaciones, se pueden señalar las siguientes:

- **Colocar un filtro en el acceso a la unidad donde se ofrezca alcohol gel** y permita la separación desde la entrada de los flujos de atención de pacientes con y sin síntomas respiratorios.
- **Colocar un área denominada Triage respiratorio**, donde se hace la identificación y priorización para la atención de pacientes con síntomas respiratorios, el cual se ubica en el exterior de sus instalaciones. En caso de unidades cuya reconversión sea menor a 100% se debe asegurar se encuentre separado del flujo de atención de pacientes con otras patologías sin síntomas respiratorios.
- **El personal que atiende el Triage está debidamente protegido con los dispositivos necesarios (EPP).**
- **Se asegura que exista información y flujos de triage** en todas las puertas de entrada del hospital y se capacita a todo el personal para aplicarlo de la siguiente manera:
 - a. **Identificación de pacientes con síntomas respiratorios.** Cualquier persona que refiera síntomas respiratorios se le coloca en ese sitio cubreboca y se le solicita realice lavado de manos o higiene de manos con alcohol gel. Se hace una revisión dirigida de factores de riesgo y en caso de encontrar alguno o bien síntomas o signos de alarma se referirá a sitio designado para una segunda evaluación. Los pacientes con síntomas respiratorios y que se encuentren sin complicaciones se egresan a casa con indicaciones de tratamiento sintomático, medidas generales, información, datos de alarma y aislamiento domiciliario por 14 días.
 - b. Conforme a datos de vigilancia epidemiológica sobre circulación de influenza, las y los **pacientes egresarán además con tratamiento antiviral** con oseltamivir de acuerdo con los lineamientos de atención de influenza (ej. grupos vulnerables).
 - c. **Pacientes identificados en las áreas de triage con etiqueta respiratoria no pueden acceder a las áreas que no hayan sido designadas para pacientes diagnosticados con COVID-19**, su atención se dirige hacia urgencias.
- **Suspensión escalonada de otros servicios médicos hospitalarios** (consulta externa y cirugías electivas).
- **Liberación de camas de hospitalización** de pacientes cuya situación de salud no requiera una intervención inmediata, se encuentren estables y en condiciones de egreso.
- **Preparación para aumentar la capacidad de camas de hospitalización** de manera progresiva, ya que la instalada con seguridad será rebasada.
- **Preparación de áreas críticas** y definición del aumento de camas alternativas de acuerdo con la capacidad hospitalaria para abastecer la demanda de ventiladores y monitores, gases medicinales, presiones en oxígeno, aire comprimido, presión de vacío y evacuación, carga eléctrica, agua.
- **Preparación de personal médico, de enfermería, de vigilancia epidemiológica**, de control de infecciones, limpieza, de ingeniería biomédica y mantenimiento; técnico en inhaloterapia, paraclínicos, camilleros, administrativos, tomando en cuenta el potencial ausentismo.
- **Todas y todos los pacientes que requieren hospitalización se mantienen con las precauciones de aislamiento por contacto y gotas durante su estancia hasta su alta.** Así como precauciones de vía aérea en procedimientos que generan aerosoles.
- Los ingresos a las zonas designadas se realizan a cualquier hora con la finalidad de mantener libre el área de urgencias.
- **Se evita**, en la medida de lo posible, la **rotación del personal de las áreas de atención de pacientes** para limitar la exposición nosocomial.
- **Se limitan las visitas hospitalarias** e inclusive se ha suspendido el acceso de familiares al hospital para prevención de transmisión nosocomial. Por lo cual se están implementando estrategias de comunicación alternas para informe a familiares (ej. Skype, FaceTime). Los familiares deberán ser capacitados y apearse a las precauciones basadas en el mecanismo de transmisión y políticas de bioseguridad de la unidad.
- **Se informa diariamente de los datos de gestión de camas y ventiladores al comando central para planeación.**¹



Bibliografía

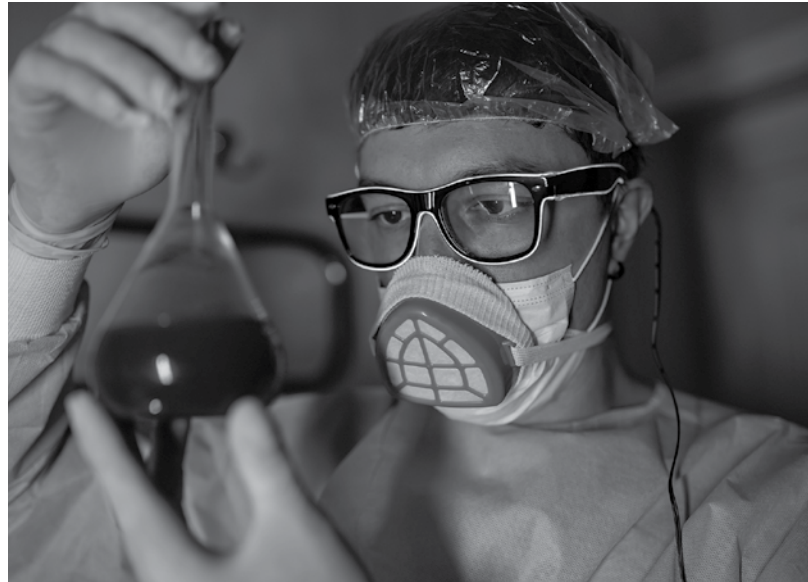
1. Secretaría de Salud (2020). Lineamientos de Reconversión Hospitalaria. Consultado el 04 de agosto de 2020. Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
2. Secretaría de Salud (2020). Todo sobre el COVID-19. Consultado el 01 de septiembre de 2020. Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/>
3. Secretaría de Salud (2020). Programa de Reconversión Hospitalaria COVID-19. Consultado el 17 de agosto de 2020. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546726/7_29_marzo_CP_Salud_COVID-19_Prog_Reconversio_n_Hospitalaria.pdf.





Hacia el futuro

Mauricio Raúl Hinojosa Rodríguez



Debido a la cantidad de enfermos críticos por COVID-19 los sistemas de salud en distintos países han colapsado, esto ha desencadenado procesos de adaptación y reestructuración en los hospitales, capacitación de personal con nuevos protocolos, y medidas para captar más personal con las competencias requeridas para cuidar a las y los pacientes con esta enfermedad.

El desafío del personal médico continuará siendo el de las tres "P" en la atención a la pandemia por COVID-19, el personal de salud enfrenta muchos retos, entre los cuales se identifican tres como prioritarios: **pandemónium, derivado de la celeridad del avance de la pandemia y del caso inicial para responder a la emergencia; la precariedad del sistema de salud para responder a un problema de salud pública de gran magnitud, y la paranoia derivada de la respuesta social del temor ante lo desconocido.**

La escasez de especialistas motivó a que médicos/as de otras especialidades o sin especialidad fuesen **capacitados/as apresuradamente a través de cursos rápidos o en línea para complementar el déficit.**

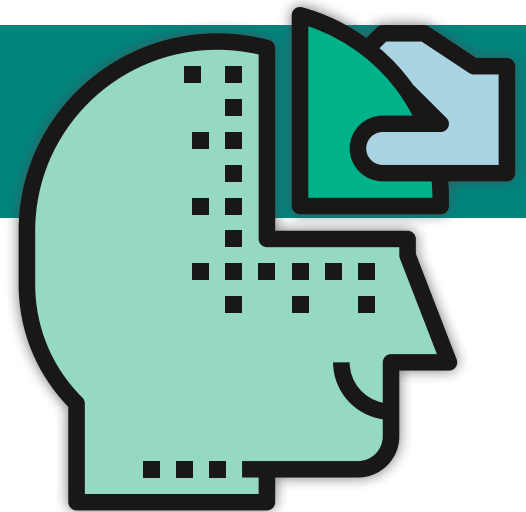
Esta medida es una solución parcial pues para brindar atención en terapia intensiva es necesario contar con una subespecialidad que requiere entrenamiento riguroso. Adicionalmente, para subsanar la escasez, **algunos países, como México, Colombia y Perú, iniciaron la contratación de personal de salud, incluso jubilados/as, para trabajar de forma temporal en el sector público.**

Por otro lado, debemos reconocer que las realidades mortíferas y espantosas en tiempos de guerra han ayudado y acelerado la innovación médica, pero de cara al futuro, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos por ejemplo, ha centrado sus inversiones sobre los recursos y una presión adicional sobre la capacidad de escalar el entrenamiento y el despliegue de médicos y médicas altamente entrenados.

No debería sorprendernos que la investigación y el desarrollo militares recientes en tecnologías médicas para la próxima generación puedan acelerarse y aplicarse para abordar el COVID-19 y futuras pandemias.

El informe reciente sobre COVID-19 publicado por la *Society of Critical Care Medicine* describe las limitaciones de recursos percibidas del sistema médico de EE. UU. que tendrán ramificaciones a medida que el número de casos siga aumentando.

No solo se puede escalar la capacitación y la dotación de personal de los profesionales médicos, sino que la fuerza laboral actual



también está disminuyendo, ya que el personal del hospital ha sido y será afectado de manera desproporcionada por el virus.

Los hospitales tanto en los Estados Unidos como en todo el mundo carecen de suficiente equipo de protección personal: guantes, delantales y mascarillas quirúrgicas resistentes a los fluidos. Estos últimos son particularmente escasos. Todos estos obstáculos, además de las altas proporciones entre pacientes y proveedores durante una pandemia, dificultan que los pocos médicos expertos disponibles interactúen con las y los pacientes que muestran síntomas del virus.

En su informe, la Sociedad de Medicina de Cuidados Intensivos alienta a que los hospitales civiles adopten en el mediano plazo, una estrategia de dotación de personal por niveles para prepararse para una afluencia de pacientes que requerirán cuidados intensivos y terapia respiratoria, y aprovechar la telemedicina para llegar a los médicos y médicas más experimentados según sea necesario.

Este concepto de impulsar la experiencia hacia el frente y, en particular, **aprovechar la telemedicina como un multiplicador de fuerzas ha sido un enfoque en la medicina militar durante décadas.**

La primera hora después de cualquier evento traumático es la más crítica y clínicamente compleja; en la práctica, esa carga recae sobre las y los médicos de combate, jóvenes con formación y recursos médicos limitados, pero con el fin de proporcionar al personal médico experiencia remota. El Departamento de Defensa ha invertido en la investigación y adquisición de sistemas de datos y telemedicina que no solo pueden ayudar a los médicos/as con la atención, sino que también pueden preparar la instalación médica receptora en los escalones superiores de atención para las víctimas entrantes.

Las organizaciones de investigación ahora se están enfocando en aprovechar los **avances en inteligencia artificial y capacidades informáticas para desarrollar sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas que proporcionarían la experiencia necesaria en un dispositivo pequeño que puede operar sin conexión.** Estos sistemas actuarán como asistentes virtuales que pueden hacer inferencias y decisiones clínicas sin conectividad o un médico/a remoto.

El problema comienza cuando no se tienen suficientes ventiladores para hacer frente a la próxima ola de pacientes que los necesitarán. Además, la **ventilación mecánica requiere capacitación especializada e idealmente, cada paciente será manejado/a por un/a médico/a, terapeuta respiratorio o enfermera/o de cuidados intensivos.** Por lo tanto, incluso si se fabrican más ventiladores,

la escasez de personal de cuidados críticos calificado limitará la capacidad de cuidar a las y los pacientes con ventiladores.

Las tecnologías que está desarrollando el Departamento de Defensa tienen como objetivo proporcionar ventilación mecánica controlada de forma remota o basada en Inteligencia Artificial (IA). El ejército está interesado en proporcionar estas soluciones para que los miembros del servicio de heridos puedan mantenerse estables desde el punto de la lesión hasta su llegada a un centro de tratamiento médico, incluso en ausencia de un/a médico/a experto/a junto a la cama. Esto podría ayudar a llenar este vacío de personal y permitir que un solo médico/a maneje un mayor número de pacientes.

A medida que el virus COVID-19 se propaga y los gobiernos federales y locales continúan extendiendo las restricciones y tomando precauciones más extremas para limitar su propagación, **existe una clara necesidad de invertir en el mediano y largo plazo, en tecnologías médicas desarrolladas para futuros riesgos epidemiológicos.**

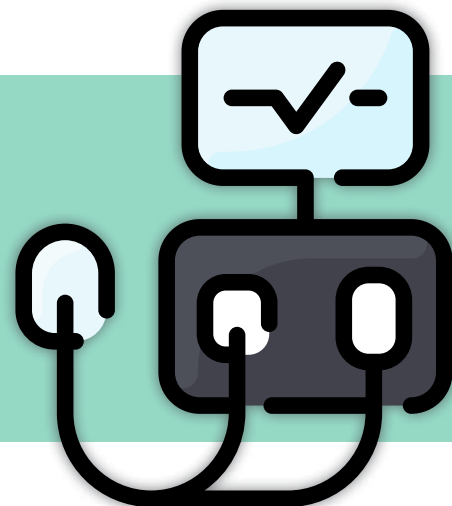
Reunir los datos, las y los científicos, los reguladores y otras partes interesadas para acelerar el desarrollo y la disponibilidad de estas soluciones avanzadas de inteligencia artificial y aprendizaje automático requerirá cambiar deliberadamente las prioridades, así como dedicar fondos y romper las barreras regulatorias, reales o percibidas. Como respuesta a COVID-19, hay más por hacer antes de implementar sistemas de ventilación basados en datos que carecen de la transparencia y la explicabilidad necesarias en los sistemas críticos de toma de decisiones.

Hay obstáculos tecnológicos, regulatorios, éticos y políticos que superar y, a menos que las cosas comiencen a moverse más rápido, pasarán varios años antes de que estén listos para el uso del paciente.

Las últimas semanas muestran la urgencia de estas soluciones, no solo para una atención futura, sino para cualquier pandemia.

Muchos médicos/as en todo el mundo han adaptado y superado una serie de situaciones imprevistas como las y los médicos alemanes que fueron capacitados por el Comando de Movilidad Aérea en la Base Aérea de Ramstein, Alemania, donde se les enseñó cómo responder a una serie de situaciones que podrían ocurrir en un futuro en una situación bajo presión utilizando un dispositivo para transportar de manera segura a pasajeros/as enfermos/as.

Es posible que **COVID-19 no sea la única pandemia mundial que se deba combatir en el futuro**, pero ya se podrán usar estas unidades para posibles brotes como el ébola y el síndrome respiratorio de Oriente Medio, que tienen una tasa de mortalidad más alta.



Los instructores del Comando dirigieron a las y los médicos a través de una amplia gama de escenarios de la vida real, pues luchar contra la COVID-19 es una pelea de acción y es importante que el personal médico de diferentes unidades puedan trabajar como un solo equipo.

También **cientos de médicos/as chinos han experimentado una fuerte caída en el estado de ánimo**, un aumento en los síntomas de **depresión y ansiedad** y se duplicó su miedo a la violencia en el lugar de trabajo, en solo el primer mes de la pandemia de COVID-19.

Pero ellos/as han mostrado en términos claros el potencial costo mental de ser un/a trabajador/a de atención médica de primera línea en el momento del COVID-19; por lo que concluyen que esta pandemia nos acompañará en el futuro inmediato y **se debe priorizar el bienestar de las y los trabajadores de la salud** para las y los pacientes que los necesitarán en los próximos meses y años y recomiendan la implementación de un programa de salud mental para todos ellos y ellas en esta creciente crisis de salud pública.

La cifra de contagios entre el personal de salud informa a las y los directivos de clínicas y hospitales para **tomar las medidas necesarias y oportunas que garanticen la seguridad laboral, lo cual reduce la incertidumbre y el estrés de todo el personal**. Algunas medidas implementadas consisten en la **reasignación del personal de salud con mayor riesgo (mayores de 60 años con padecimientos crónicos) a las áreas de atención médica donde no estén expuestos**.

Están expuestos/as, además; al dilema ético de tener que tomar la decisión de qué pacientes se deben tamizar, atender o priorizar en un contexto de escasez; como cuando se carece de camas o ventiladores indispensables para el número de enfermos, es necesario decidir a quién atender. Las circunstancias extremas de la pandemia colocan a las y los médicos en situaciones que están fuera de su control y para las cuales la toma de decisiones requiere bases éticas sólidas.

Algunas de las medidas a tomar en cuenta para el futuro inmediato incluyen: **la graduación temprana de estudiantes de medicina quienes egresan a una realidad trastocada**. Muchos se convierten en voluntarios en el hospital, por su alto sentido del deber.

El panorama a futuro contempla más **herramientas y apoyos, como atención a su salud mental, certidumbre laboral y protocolos definidos de atención**.

Después de la pandemia, las instituciones formadoras en salud deben integrar aprendizajes a su diseño curricular. La

participación de estudiantes en el equipo de salud debe incluir mayor autonomía con acompañamiento por parte de un profesional certificado para la atención. Los ciclos clínicos donde las y los estudiantes realizan actividad con la y el paciente no deben limitarse al manejo de casos cotidianos y deben considerar el apego a los distintos protocolos de seguridad y calidad de la atención. El proceso formativo debe incluir simulacros in situ de situaciones extremas a fin de que experimenten las emociones y tensiones que pueden surgir en emergencias como las desatadas por el nuevo coronavirus. En México, el caso de involucrar a estudiantes de medicina aún está en debate debido a lo escaso de equipos de protección personal (PPE, por sus siglas en inglés). Ante esta falta de barreras para la seguridad, las y los estudiantes pueden pasar de ser beneficiadores a una carga para los sistemas de salud.

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) se ha pronunciado para velar por la salud de todo el personal en formación, y suspender temporalmente la participación en rotaciones clínicas y trabajo de servicio social (AMFEM, 2020).

Muchos médicos/as insisten en que, aunado a la demanda de insumos, **la inconsistencia también se presenta en los protocolos de atención y las instalaciones necesarias para atender a pacientes**.

En México, las y los médicos pasantes que se encuentren incorporados al **“Programa Médico en tu casa”**, **deberán contar con suficiente capacitación, con el equipo de protección personal, un seguro médico y un sueldo**.

Bibliografía

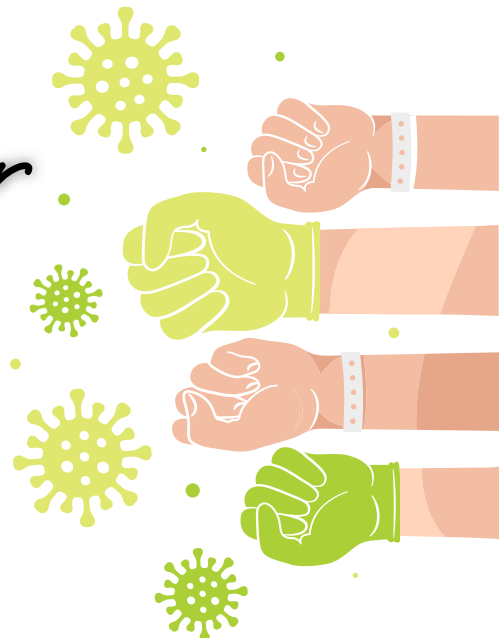
- How advanced military medical technology could help in the fight against COVID-19. Consultado el 22 de julio de 2020 en: <https://warontherocks.com/2020/03/how-advanced-military-medical-technology-could-help-in-the-fight-against-covid-19/>
- Medics Train at Ramstein for COVID-19 Response. Consultado el 24 de julio de 2020 en: <https://www.defense.gov/Explore/Features/Story/Article/2308647/medics-train-at-ramstein-for-covid-19-response/>
- El costo mental de personal médico. Consultado el 25 de julio de 2020 en: <https://www.eluniversal.com.mx/ciencia-y-salud/covid-19-el-costo-mental-de-personal-medico-y-el-miedo-la-violencia-en-el-trabajo>
- Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia. Consultado el 29 de julio de 2020 en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>
- Cinco formas de proteger al personal de salud durante la crisis del COVID-19. Consultado el 29 de julio de 2020 en: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_740405/lang-es/index.htm
- La vocación sin límites de los profesionales de la salud ante la pandemia. Consultado el 30 de julio de 2020 en: <https://observatorio.tec.mx/edu-bits-blog/vocacion-de-los-profesionales-de-la-salud-ante-covid19>
- En pandemia por Covid-19, personal médico va a la guerra sin fusil. Consultado el 30 de julio de 2020 en: <https://www.elsoldesinaloa.com.mx/mexico/sociedad/en-pandemia-por-covid-19-personal-medico-va-a-la-guerra-sin-fusil-suministros-equipo-medico-manifestaciones-5097543.html>





Elsa Esther García Campos

A donde ir

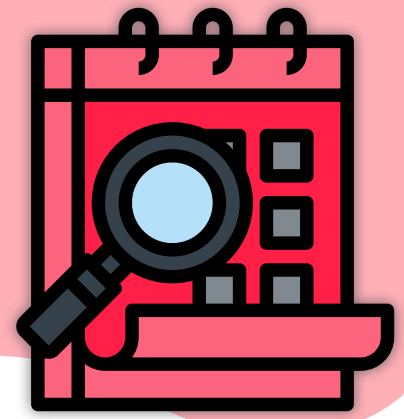


Instituciones públicas y privadas en el Estado de México que otorgan la licenciatura en médico/a cirujano/a con reconocimiento oficial

Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM)	Domicilio / Teléfono / E-mail	Duración
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO (UAEMEX)	<ul style="list-style-type: none"> Facultad de Medicina, UAEMéx Domicilio: Paseo Tollocan esq. Jesús Carranza, Col. Moderna de la Cruz, C.P. 50130, Toluca, México. Teléfonos: 722 217 4564, 217 4142 y 217 4631 E-Mail: facmed@uaemex.mx Unidad Académica Profesional Chimalhuacán Domicilio: Calle Primavera s/n Esq. Av. Nezahualcóyotl, Col. Santa María Nativitas, C.P. 56330, Chimalhuacán, México. Teléfonos: 55 50 44 42 68 	10 periodos (ideal) 5 años. 8 periodos (mínimo) 4 años. 12 periodos (máximo) 6 años. Más un año de internado y otro de servicio social.
UNIVERSIDAD TOMINAGA NAKAMOTO	<ul style="list-style-type: none"> Domicilio: Carnicerito No 6 Col. Lomas de Sotelo Naucalpan de Juárez, Estado de México, CP 53390. Teléfonos: 55 5359-1254 y 55 5576-1278 	10 semestres inicio Julio Modalidad semestral
SIGLO XXI	<ul style="list-style-type: none"> Domicilio: Calzada de Barbabosa No. 150, San Antonio Buenavista; Zinacantepec, Toluca Edo. de México CP. 51350. Tel. 722 318 53 13 Whats App: 722 212 2277. Correo electrónico: blanca.gil@cus21.edu.mx 	4.5 Años de estudio 1 Año de internado de pregrado 1 año de servicio social Prácticas en el extranjero
UNIVERSIDAD DE LA SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO (UNSA)	<ul style="list-style-type: none"> Domicilio: Carretera Toluca - Atlacomulco # 1946 Col. La Aviación, Toluca, México C.P.50295. Tel. 722 865-0919. Whats App: 722 797-1266. Correo electrónico: informes@unsa.mx 	10 periodos 5 años. Más un año de internado y otro de servicio social.



La agenda



Ana Laura Toledo Avalos

Octubre

1



Día Internacional de las Personas de Edad

10



Día Mundial de la Salud Mental

10



Día Mundial de la Visión

12



Día Mundial de la Artritis

12



Día los Cuidados Paliativos

15



Día Mundial del Lavado de Manos

16



Día Mundial de la Alimentación

19



Día Mundial Contra el Cáncer de Mama

20



Día Mundial de la Osteoporosis

23



Día del Médico

24



Día Mundial de la Lucha Contra la Poliomielititis

29



Día Mundial del Ictus

Noviembre

8



Día Mundial de la Dislexia

12



Día Mundial contra la Neumonía

12



Día Mundial de la lucha contra la Obesidad

14



Día Mundial de la Diabetes

15



Día Mundial Sin Alcohol

17



Día Internacional del Cáncer de Pulmón

17



Día Mundial en Recuerdo de las Víctimas de Accidentes de Tráfico

19



Día Internacional del Hombre

20



Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

25



Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer

Diciembre

1



Día Mundial de la Lucha contra el Sida

2



Día Internacional para la Abolición de la Esclavitud

3

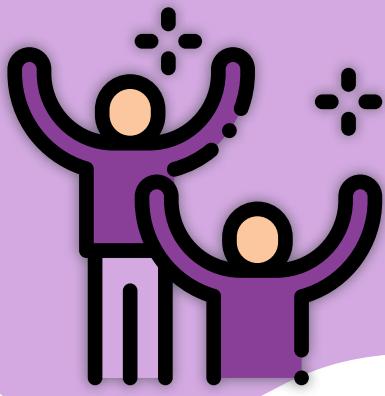


Día Internacional de las Personas con Discapacidad

10

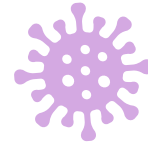


Día de los Derechos Humanos



CEVECE

Eventos



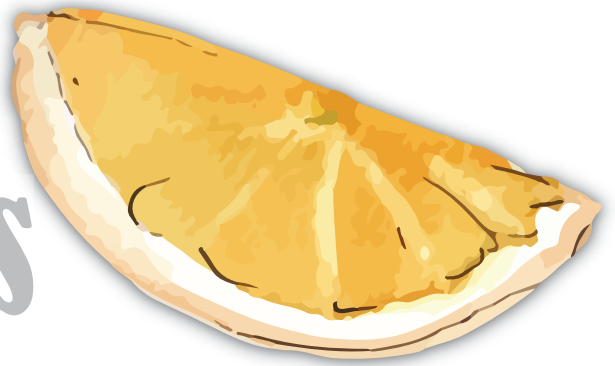
Trabajando desde casa por pandemia de COVID-19.



Fidel Velázquez No. 805,
Colonia Vértice,
Toluca,
Estado de México,
C.P. 50150.
Teléfono: (722) 2-19-38-87.



Inocuidad de alimentos



La COFEPRIS te recomienda: Protege los alimentos y las áreas de cocina de insectos, plagas y otros animales, evita riesgos.



Imagen: www.freepik.com



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



COFEPRIS
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS

gob.mx/cofepris

Lava tus manos antes de manipular alimentos y con frecuencia durante su preparación. ¡Protégete y protege a quienes te rodean!



SALUD | COFEPRIS

Guarda los alimentos en recipientes con tapas para evitar el contacto entre los crudos y los cocinados.

¡La prioridad de COFEPRIS es protegerte de los riesgos!



SALUD | COFEPRIS

La COFEPRIS te recuerda: Desinfectar el agua hirviéndola por 5 minutos a partir del primer hervor te previene del riesgo de enfermarte.

¡Protégete y protege a quienes te rodean!



SALUD





GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



EDOMÉX
DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.