

Πρέπει να αναζητήσουμε τη λογική

ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΣ Δ. ΟΛΥΜΠΙΟΣ

Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο

Λέξεις Ευρητηρίου: Πανδημία Κορωνοϊού,, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών

Εισαγωγή

Η χώρα μας όπως και ο υπόλοιπος Κόσμος βιώνει την επέλαση της πανδημίας από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2. Η εξέλιξη αυτή ανάγκασε τη Πολιτεία να λάβει δραστικά μέσα όχι μόνο περιορισμού της κυκλοφορίας του πληθυσμού με σκοπό τη μέγιστη δυνατή μείωση μεταδοτικότητας του ιού, αλλά και επέβαλε ειδικούς σχεδιασμούς στη χωροταξία των Δημόσιων Νοσοκομείων για ν' αυξηθούν οι κλίνες ΜΕΘ και να διατεθούν θάλαμοι απλής νοσηλείας για επιβεβαιωμένα η ύποπτα κρούσματα. Πρόσφατες όμως αποφάσεις Διοικήσεων Νοσοκομείων που είδαν το φως της δημοσιότητας, αλλά και σχετικές πληροφορίες από μεγάλα Τριτοβάθμια Νοσοκομεία της χώρας (Ευαγγελισμός, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου), αφήνουν βάσιμες υποψίες ότι πολλές τέτοιου είδους επεκτάσεις ενδεχομένως να συμβούν σε βάρος κλινών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών (ΜΕΘΚ) και Καρδιοχειρουργικών Περιστατικών. Προκύπτει λοιπόν μία καλή αφορμή ώστε «κάποιες σκέψεις ατάκτως ειρημένες», εν είδει διαπιστώσεων αυστηρά προσωπικών, να τεθούν υπόψιν όλων των Καρδιολόγων που οφείλουν να είναι σε εγρήγορση, ούτως ώστε η επόμενη μέρα να μη βρει τον καρδιοπαθή ασθενή σε

χειρότερη θέση απ' ότι πριν τη πανδημία και εμάς ανήμπορους θεατές για όσα εξελίσσονται γύρω μας και χωρίς να μπορούμε να του προσφέρουμε όσα δικαιούται και του οφείλουμε.

1^ο) Η πανδημία ...ήταν πανδημία και Δόξα τω Θεώ καλά έκαναν οι Κυβερνώντες ν' ακούσουν τους Ειδικούς (Λοιμωξιολόγους στη προκειμένη περίπτωση) για να πάρουν τα μέτρα που πήραν. Ο κορωνοϊός (COVID) είναι μέρος πια της ζωής μας, δεν φταίνε γι' αυτό ούτε το δίκτυο 5G, ούτε οι εξωγήινοι, ούτε οποιαδήποτε άλλη φαιδρή αιτία και καλώς έγιναν όσα έγιναν έως τώρα. Μείωση θνησιμότητας μαζί με ανοσία αγέλης δεν επιτυγχάνεται ούτε στα καλύτερα σενάρια επιστημονικής φαντασίας, πρώτα οι ζωές όλων μας, χρόνο βρήκαμε και πρέπει να ετοιμαστούμε για τον Σεπτέμβριο.

2^ο) Όσοι συνάδελφοι ΔΕΝ εργάζεστε σε Νοσοκομεία αναφοράς για COVID, θεωρείστε τους εαυτούς σας **πολύ τυχερούς** αυτό τον καιρό. Σας απασχολεί ότι πολλοί χρονίως πάσχοντες ασθενείς έχουν χαθεί από προσώπου γης και δεν τολμάτε να φαντασθείτε σε τι κατάσταση θα τους βρείτε όταν πάψουν να φοβούνται και επανεμφανισθούν στα Νοσοκομεία; Ανησυχείτε με τη κατά 50% μείωση των χειρουργείων και τις καθυστερήσεις που αυτό συνεπάγεται για την Υγεία των ασθενών σας; Αυτά και άλλα πολλά;

Όλα αυτά δεν είναι τίποτα μπροστά σε όσα τραβάν(μ)ε όσοι υπηρετούμε σε Ευαγγελισμό, Σωτηρία, Αττικό, Θριάσιο, ΑΧΕΠΑ, Πανεπιστημιακό Πάτρας, Λάρισας, Ηρακλείου κ.λπ. στα Νοσοκομεία αναφοράς δηλαδή για COVID. Μία ομοβροντία ανταλλαγής αλληλογραφίας μεταξύ Διοικήσεων, Επιτροπής Λοιμώξεων, Επιστημονικού Συμβουλίου, Τομέων Ιατρικής Υπηρεσίας που συνήθως δεν καταλήγει σε κάτι ουσιαστικό. Ο καθένας μας διεκδικεί τον χώρο (του) εν μέσω πανδημίας και ανάγκης ανεύρεσης περισσοτέρων κρεβατιών για τους ...αναμενόμενους ασθενείς από κορωνοϊό. Γενικοί Χειρουργοί βρέθηκαν αγκαλιά με ΩΡΛ-Ουρολόγους, Ορθοπαιδικοί με Νευροχειρουργούς, Καρδιολόγοι με Νευρολόγους, οι ειδικότητες αλλάζουν για το κάθε Νοσοκομείο, το στρίμωγμα παραμένει. Αν σε αυτό προσθέσεις και τις δυσλειτουργίες που παρατηρούνται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω της συμμετοχής (η ΜΗ) εκείνων η των άλλων ειδικοτήτων στη διαχείριση των ύποπτων η εξαιρετικά πιθανών κρουσμάτων, η κατάσταση περιπλέκεται ακόμη περισσότερο.

3^{ον}) Οι μη Λοιμωξιολόγοι παραπονιόμαστε ότι τώρα που η πανδημία πέρασε σ' ενδημία στη χώρα μας (σε αυτό συμφωνούν και οι περί του αντικείμενου ειδικοί), δεν είναι τόσο πρόθυμοι (οι Λοιμωξιολόγοι) να «επιτρέψουν» την επαναφορά της κανονικής λειτουργίας των Νοσοκομείων, όπως θα επιθυμούσαμε οι των λοιπών ειδικοτήτων. Πέρα από τις πιθανές «υπερβολές» που θα μπορούσαμε να τους αποδώσουμε, ας αναλογιστούμε οι υπόλοιποι Ιατροί και τη δική μας συμπεριφορά: Όταν π.χ. ο ασθενής με καύσο στην ούρηση, προσκομίζοντας ουροκαλλιέργεια

με >100.000 μικρόβια/ml και 38,5° πυρετό εμφανιζόταν στο ΤΕΠ και εμείς θέλαμε να τον δουν και ν' ασχοληθούν αποκλειστικά οι συνάδελφοι στο Ιατρείο COVID για να συμφωνήσουμε περιμένοντας ένα η δύο αρνητικά τεστ για COVID, ότι ο άνθρωπος μπορεί άφοβα να αντιμετωπισθεί σαν μια απλή ουρολοίμωξη, ενδεχομένως και στο σπίτι του και όχι παραμένοντας στο δυνητικά επικίνδυνο για οποιαδήποτε λοίμωξη περιβάλλον του Νοσοκομείου. Η όταν το ίδιο συνέβαινε με ασθενή που ερχόταν με κοιλιακό άλγος, 38,5° πυρετό και πάλι περιμέναμε 1-2 24ωρα για το αρνητικό test, αλλά αν δεν «φοβόμαστε» και του είχαμε βάλει ένα χέρι στη κοιλιά θα είχαμε δει από τη πρώτη στιγμή ότι απλά έχει οξεία σκωληκοειδίτιδα και όχι ενδεχομένως περιτονίτιδα μετά 2 μέρες. Η ο άλλος που είχε μικρή περικαρδιακή συλλογή από διμήνου και ήρθε και μας είπε ότι εδώ και 2 εβδομάδες έχει δύσπνοια, ταχυκαρδία, αλλά πάλι εμείς περιμέναμε μέχρι να έρθει το αρνητικό test και να διαπιστώσουμε με triplex ότι έχει μεγαλώσει τόσο πολύ η περικαρδιακή συλλογή μόνο μία επείγουσα περικαρδιοκέντηση τον έσωσε. Περιστατικά που όλοι αντιμετωπίσατε και που σίγουρα ο φόβος για COVID μας είχε, ενδεχομένως εξ ίσου όπως ο υπόλοιπος κόσμος, καταλάβει.

4^{ον}) Το ΕΣΥ, το Δημόσιο Σύστημα Υγείας βγήκε κερδισμένο από τη μάχη με τον κορωνοϊό και αυτό το αναγνωρίζουν ΟΛΟΙ. Όχι μόνο ηθικά όπως μέχρι τώρα, αλλά ΙατροΝοσηλευτικό Προσωπικό περιμένουμε σύντομα και υλικά. Στο σημείο αυτό πιστεύω ότι οι δωρεές από μεγάλα και Κοινωνοφελή Ιδρύματα βοήθησαν και ενίσχυσαν αποτελεσματικά το ΕΣΥ. Δεν είμαι από αυτούς

που πίσω από κάθε δωρεά βλέπω ότι το τάδε Ίδρυμα γλύτωσε φορολογικές υποχρεώσεις η ο δείνα εφοπλιστής η κεφαλαιοκράτης «επιστρέφει» το υπερκέρδος που βγάζει από την εργατική τάξη η να περιμένω από το Κράτος να κάνει το καθήκον του. Αυτά ας τα συζητήσουν στα κομματικά γραφεία, πως θα μπορούσα να σκέφτομαι αλλιώς όταν στο Καρδιολογικό Τμήμα του ΘΡΙΑΣΙΟΥ, δεν θα υπήρχε Αιμοδυναμικό Εργαστήριο και πλήρως εξοπλισμένη Μονάδα Εμφραγμάτων, αν δεν υπήρχε το γύρω στο 1.000.000 Ευρώ ποσό από δωρεές, κυρίως από το παγκοσμίου φήμης Κοινοφελές Ίδρυμα «Σταύρος Νιάρχος»; **Το Κράτος όμως πρέπει να «εκμεταλλευτεί» αυτό τον πακτωλό δωρεών για να βελτιώσει την υλικοτεχνική υποδομή των Νοσοκομείων, επεκτείνοντας τις δυνατότητες τους και όχι μειώνοντας τις ήδη ανεπτυγμένες δυνατότητες των υπολοίπων ειδικοτήτων.** Εννοώ τη έντονη ζήτηση που υπάρχει γι' ανάπτυξη κλινών ΜΕΘ. Σωστή σκέψη, μαθαίνω ότι εγκρίθηκαν 500 νέες θέσεις ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ για στελέχωση νέων ΜΕΘ, τέλεια, υπέροχα. Και ενώ (θα) έχουμε τα μηχανήματα από δωρεές, εγκρίνουμε τις θέσεις, μας είναι δύσκολο σε Νοσοκομεία που αντικειμενικά διαθέτουν περίσσια χώρου για οικοδομικές εργασίες (Σωτηρία, Θριάσιο, όλα τα Πανεπιστημιακά σίγουρα), να χτίσουμε 200-300 τ.μ. για νέες ΜΕΘ; Οι Κινέζοι που έχτισαν νέο Νοσοκομείο 1.000 κλινών σε 10 μέρες, είναι τόσο καλύτεροι από εμάς; Σε τελευταία ανάλυση αν το Κράτος δεν μπορεί λόγω ...γραφειοκρατίας (δηλαδή τσακωμός μεταξύ των υπηρεσιών του για το ποιος εργολάβος θα πάρει τη δουλειά...), ας ζητήσει από τον δωρητή ν' αφαιρέσει ένα 10%

από την αξία των μηχανημάτων που δωρίζουν για να μας φτιάξει 200-300 τετραγωνικά κτίρια. Πάλι κερδισμένο θα είναι το Κράτος. Και να δω πόσες ενστάσεις θα υποβάλουν εκεί (προς τον δωρητή) οι κατασκευαστικές εταιρείες. Αλήθεια γνωρίζει κανείς τη μάρκα, το μοντέλο των μοπίτορς η των αναπνευστήρων που μας δωρίζουν; Λέτε να μην είναι καλά; Φυσικά και θα είναι καλά, άριστα, τα καλύτερα. Δώστε τα ίδια χρήματα στο Κράτος, μπορεί στο 1^ο εξάμηνο να έχετε καταφέρει να συντάξετε τεχνικές προδιαγραφές.... Μέχρι εκεί και αν...

5^ο) Οι συνάδελφοι των ΜΕΘ είναι οι κατά κύριο λόγο ήρωες της αντιμετώπισης του κύματος της πανδημίας. Αδιαμφισβήτητο. Αναντίρρητο. Όμως και εμείς οι Καρδιολόγοι μαζί με τις ηρωικές μας Νοσηλεύτριες είμαστε οι ήρωες της κάθε μέρας που παλεύουμε στις δικές μας Μονάδες, με τι στελέχωση; Έχουμε (συνήθως) παραπάνω από 2 Νοσηλεύτριες (συν τη Προϊσταμένη το πρωί μόνο) σε Μονάδες Εμφραγμάτων 8-10 ασθενών και ΔΕΝ ΤΟ ΞΕΡΩ; Δεν έχουμε 3 και 4 διασωληνωμένους στις Μονάδες μας και Νοσηλευτικές Διευθύνσεις μας αντιμετωπίζουν ειρωνικά όταν τους ζητάμε επιπλέον Νοσηλευτικό Προσωπικό, αφήνοντας και υπονοούμενα ότι «εσείς δεν είστε ΜΕΘ»....Ας μάθουν όσοι μη Υγειονομικοί διαβάσουν αυτές τις γραμμές, ότι ο Γιατρός της ΜΕΘ όταν για οιονδήποτε λόγο λείψει έστω και για σύντομο χρονικό διάστημα μέλος του Νοσηλευτικού προσωπικού του, έχει το ΔΙΚΑΙΩΜΑ χωρίς καμία επίπτωση ν' αδρανοποιηθεί και ν' αφήσει κενό κρεβάτι ΜΕΘ; Και καλά κάνει μιας και η Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας και οι ιθύνοντες της έχουν φροντίσει από πολύ

καιρό να θεσπίσουν κανόνες αναλογίας νοσηλευτικού Προσωπικού προς κλίνη ΜΕΘ, κάτω από την οποία αναλογία το κρεβάτι κλείνει Α-ΠΛΑ και ΜΕ ΣΥΝΟΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ. Το έχει κάνει ποτέ αυτό Καρδιολόγος η έστω το έχει σκεφτεί; Εγώ δεν μέμφομαι τους Εντατικολόγους συναδέλφους γι' αυτή τη πρακτική τους, σίγουρα έτσι θεωρούν ότι παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες στους ασθενείς τους και προασπίζουν τα καλώς εννοούμενα επαγγελματικά τους δικαιώματα. Τι ειρωνεία όμως για τη δική μας ειδικότητα, που αν και πρώτη εδώ και 60 χρόνια αντιλαμβανόμενη ότι αν δεν ξενυχτήσεις πάνω από τον άρρωστο, έστω μ' ένα απλό monitor για ν' αντιμετωπίσεις άμεσα τη δυνητικά θανατηφόρο αρρυθμία θα τον χάσεις, κυριολεκτικά να ζητιανεύει, να ζητιανεύει χωρίς εισαγωγικά, ν' αναγνωρισθούν από τη Πολιτεία και τις κατά τόπους Νοσηλευτικές Διευθύνσεις οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών αυτό που πραγματικά είναι: ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. Και διαχρονικές βέβαια οι ευθύνες όλων των Προέδρων και Μελών των Διοικητικών Συμβουλίων της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας (προφανώς και του γράφοντος αυτές τις γραμμές ως μέλους των Δ.Σ τα έτη 2000-2004) που ποτέ (εξ όσων γνωρίζω, μακάρι να κάνω λάθος) δεν έθεσαν μετ' επιτάσεως το θέμα στις αρμόδιες αρχές.

6^{ον}) Τη παρατεινόμενη δυσλειτουργία στα Νοσοκομεία δεν τη δημιούργησαν τα τελικά λίγα κρούσματα από COVID που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ-Πνευμονολογικές-Παθολογικές Κλινικές, αλλά τα λεγόμενα ύποπτα κρούσματα. Δεν ήταν (και ελπίζω ούτε στο μέλλον να είναι) πρόβλημα

οι ασθενείς με COVID. Αυτούς αφού έτσι κι αλλιώς πάσχουν, τους νοσηλεύεις μαζί. Το πρόβλημα είναι τα λεγόμενα ύποπτα. Και γιατί λεγόμενα; Στο Θριάσιο για παράδειγμα ιχνηλατήσαμε (περίπου) 1.000 άτομα, 5% ήταν θετικοί, αυτοί και νοσηλεύτηκαν. (38 στις Κλινικές, 12 στη ΜΕΘ COVID). Από τα υπόλοιπα 950 περιστατικά τουλάχιστον 350-400 νοσηλεύθηκαν αυτό το τρίμηνο με αποστάσεις ασφαλείας (άρα 2 άτομα σε 4κλινο θάλαμο) πιθανότατα με συμπτωματολογία που πέρυσι τέτοιο καιρό και χωρίς πανδημία θα τους λέγαμε «έχεις κοινό κρυολόγημα και 38^ο πυρετό, πάρε Deron, το πολύ Amoxil 1X3, Zinadol 1X2, τράβα σπίτι σου, κουκουλώσου, πιες ένα ζεστό και άμα επιμένουν τα συμπτώματα, ξαναπέρνα μία βόλτα» Και όλα αυτά πολλές φορές (σωστά) χωρίς καν μία ακτινογραφία θώρακα. Τώρα αξονική θώρακα υποχρεωτική και μέσα να περιμένεις και εσύ και εμείς να βγουν αρνητικά το test. Γιατί; Για να μη μας (σας) πουν ότι μας ξέφυγε το κρούσμα από COVID. Καλά, καταλαβαίνουμε αγαπητοί Συνάδελφοι Λοιμωξιολόγοι τι πίεση που είχατε αυτό τον καιρό από τη Πολιτεία, τον Κόσμο, εντάξει. Αν όμως δεν πάρετε τον Σεπτέμβριο και μετά τα πράγματα στα χέρια σας, τις ευθύνες που σας αναλογούν και συνεχίσετε να μας επιβάλετε την ίδια τακτική, να είστε σίγουρα ότι η θνησιμότητα στη χώρα μας θ' αυξηθεί θεαματικά από όλα τα υπόλοιπα (εξ ορισμού παραμελημένα) νοσήματα των λοιπών συστημάτων και όχι από τα 200-300 θύματα του COVID. Και τι εννοώ ευθύνες στα χέρια σας, που μακάρι να μην χρειαστεί να τις πάρετε, αν έχετε σε όλη την Επικράτεια τα γρήγορα tests που μέσα σε 4 ώρες θα διώχνουν το περιστατικό σπίτι τους. Εννοώ

αυτό που μας λέγατε από την αρχή: Καλύτερα η ύποπτη ίωση σπίτι, στο δικό του περιβάλλον απομονωμένος παρά μέσα στο Νοσοκομείο. Ο διεθνούς φήμης, αν και αμφιλεγόμενος από ορισμένους συμπατριώτης μας ερευνητής στις ΗΠΑ J.P.A. Ioannidis ίσως έχει δίκιο όταν ισχυρίζεται ότι πέραν του ποδοσφαιρικού αγώνα Αταλάντα-Βαλένθια υπεύθυνος για την εξάπλωση της νόσου στη Βόρεια Ιταλία¹, να ευθύνεται και το γεγονός ότι από φόβο Ιταλοί συνάδελφοι νοσηλεύαν ασθενείς με COVID και ύποπτα κρούσματα². Όχι φυσικά στον ίδιο χώρο, αλλά πάντως στο ίδιο νοσοκομείο μέσα. Και αυτό ευνόησε τη μετάδοση της νόσου. Αν λοιπόν το Σεπτέμβριο ξαναγεμίσετε τα Νοσοκομεία με κάτι 40άρηδες, 50άρηδες που περνούν το κοινό τους κρουολόγημα στα Νοσοκομεία μέσα, τότε....Αλλά ακόμη και τα επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID, πρέπει όλα να νοσηλεύονται; Εσείς δεν λέτε (πολύ σωστά μάλιστα) ότι 85% των ασθενών θα έχουν ελαφρά συμπτώματα, 10% μέτρια και μόνο 5% σοβαρά; Ας δούμε τα στατιστικά που παραθέτω από το επίσημο site του ΕΟΔΥ μέχρι τις 28/5³ (Πίνακας).

Δηλαδή στα 843 κρούσματα στις ηλικίες 18-39 ετών που σημειώθηκαν 3 θάνατοι (ποσοστό 0,35%), όλοι αυτοί οι ασθενείς άραγε νοσηλεύθηκαν ή θα πρέπει να νοσηλεύονται; Θα μου πείτε μα και το 0,35% είναι κάτι. Σύμφωνα, αν τότε Καρδιολόγοι και Καρδιοχειρουργοί αναλογιζόμαστε με τι ποσοστό θνητότητας επιβαρύνονται οι ασθενείς με τη νόσο στελέχους, τα τρία αγγεία, τη βαλβιδοπάθεια, περιμένοντας σπίτι τους (αναγκαστικά) τη σειρά τους για bypass, αγγειοπλαστική, TAVI, βηματοδότη, απινιδωτή

και τους βάζαμε όλους μέσα, μπορεί να χρειαζόμαστε και εγώ δεν ξέρω πόσα επιπλέον Τμήματα, να μη πω ολόκληρα Νοσοκομεία.

Επίλογος

Το 1963 ο μεγάλος ποιητής μας Γιώργος Σεφέρης στη μνημειώδη του ομιλία επί τη ευκαιρία απονομής του Νόμπελ Λογοτεχνίας είχε πει τη περίφημη φάση: «Πρέπει ν' αναζητήσουμε τον άνθρωπο, όπου και να βρίσκεται». Τολμώντας να παραφράσω τα λεγόμενα του (κατά τη γνώμη μου) μεγαλύτερου σύγχρονου Έλληνα Ποιητή θα τολμούσα να γράψω και να πω ότι πρέπει να αναζητήσουμε τη Λογική, όπου και να βρίσκεται αυτές τις ώρες. Όλοι εμείς οι μη Λοιμωξιολόγοι Ιατροί πρέπει ν' αποδεχθούμε ότι στο σημερινό γίγνεσθαι πρωταγωνιστές είναι οι Λοιμωξιολόγοι και οι Εντατικολόγοι. Την εποχή του Christian Barnard με τη πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς ήταν οι Καρδιοχειρουργοί, 10 χρόνια μετά με τη πρώτη αγγειοπλαστική του Andreas Gruntzig οι Καρδιολόγοι, αύριο κάποιος άλλοι. Και είναι αναμενόμενο και θεμιτό να θέλουν να κεφαλοποιήσουν τα «κέρδη» τους από την επιτυχεστάτη αντιμετώπιση της πανδημίας. Και βλέπουμε πως επιδιώκεται αυτό μέσα από τον προγραμματισμό για την ίδρυση νέων ΜΕΘ μέσα σε ταχύτατα χρονικά διαστήματα, αδιανόητα γι' άλλες εποχές ή άλλες ειδικότητες, μέσα από την αρθρογραφία σε ευρείας εμβέλειας Κυριακάτικες εφημερίδες άρθρων και προβολής διαπρεπών συναδέλφων Πνευμονολόγων-Εντατικολόγων. Και καλώς γίνεται αφού αναμφισβήτητα έλειπαν κρεβάτια ΜΕΘ από τα Νοσοκομεία μας. Η Λογική όμως λέει όχι εις βάρος όλων όσων

Πίνακας. Ηλικιακή κατανομή επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID-19

Σύνολο	Σύνολο κρουσμάτων COVID-19*	Θάνατοι ασθενών με COVID-19*	Νοσηλεύόμενοι διασωληνωθέντες
0 – 17 ετών	159 (5.9%)	0 (0.0%)	1 (6,2%)
18-39 ετών	843 (31.1%)	3 (1.7%)	1 (6,2%)
40 – 64 ετών	1133(41.8%)	39 (22.3%)	6 (37,5%)
65 και άνω	575 (21.2%)	133 (76.0%)	8 (50.0%)

αναπτύχθηκαν και κατακτήθηκαν από τις υπόλοιπες ειδικότητες του λειτουργήματος μας. Και οι Λοιμωξιολόγοι, χωρίς μεταξύ μας ενδονοσοκομειακές έριδες και διαφωνίες, χωρίς τάσεις επέκτασης, αμφισβήτησης, υποβάθμισης των μεν από τους δε, πρέπει ν' απελευθερώσουν τα Νοσοκομεία από τις παρενέργειες της υπερβολικής κορωνοφοβίας. Α! και να μην το ξεχάσω η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία με το προβεβλημένο κύρος της, ασκώντας τον θεσμικό της ρόλο και όντας η μεγαλύτερα από πλευράς αριθμού μελών Επιστημονική Εταιρεία της χώρας να παρέμβει άμεσα προς όλες τις Αρχές και κυρίως το Υπουργείο Υγείας, τοποθετώντας τα πράγματα στη σωστή τους επιστημονική θέση, αποτρέποντας οιαδήποτε υποβάθμιση των συνθηκών εργασίας του Έλληνα Καρδιολόγου, προασπίζοντας το έργο του. Τελειώνοντας τη παράθεση αυτών των σκέψεων, πληροφορούμαι (28/5) ότι μόλις έγινε μία πρώτη παρέμβαση με τη μορφή επιστολής προς τον Υπουργό Υγείας και αυτό είναι ένα πρώτο ενθαρρυντικό βήμα ⁴.

ΠΡΕΠΕΙ Ν' ΑΝΑΖΗΤΗΣΟΥΜΕ ΤΗ ΛΟΓΙΚΗ ΟΠΟΥ ΚΑΙ ΝΑ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ

Βιβλιογραφία

1. Stefania Boccia, W. Ricciardi, J. P. A. Ioannidis. What Other Countries Can Learn From Italy During the COVID-19 Pandemic *JAMA Intern Med*. Published online April 7, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1447
2. John Ioannidis and Rohan Silva. The science is becoming clear: lockdowns are no longer the right medicine. Sunday May 03 2020, 12.01am BST, The Sunday Times
3. <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/covid-gr-daily-report-20200528>. Ημερήσια Έκθεση COVID-19 28/5/2020
4. Επιστολή της ΕΚΕ προς τον Υπουργό Υγείας σχετικά με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών, 28/5/2020

Υπεύθυνος Επικοινωνίας: Χριστόφορος Δ. Ολύμπιος
 Διευθυντής Καρδιολογικό Τμήμα,
 Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο
 email: xdo@otenet.gr

We must seek reason

CHRISTOFOROS D. OLYMPIOS

Cardiology Department, Thriassio General Hospital

Phase one of the coronavirus pandemic evolution in Greece provides a good opportunity to make an initial assessment of what took place during the last three months in the Health Sector, especially in public hospitals and to optimal planning to deal with a (possible) second wave next autumn. The main measure has been the lockdown, i.e. extensive restriction of population movement in conjunction with internment measures in order to limit the further expansion of a virus with increased infectivity. The result has been a limited demand for health services in tertiary hospitals, in both conventional treatment beds and those of Intensive Care Units. Nevertheless, the spatial redistribution required to find and create additional beds has created problems in hospitals function, frictions between doctors of different specialties and possibly reduced the turnout of patients with diseases other than respiratory systems. An extension of these measures without a critical assessment of real needs and the avoidance of excessively strict directives may lead to a deterioration of services to other patients, with those suffering from cardiovascular diseases mainly affected.

Key Words: Pandemic from Coronavirus, National Health System, Intensive Coronary Care Units