

SER MÉDICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Addy Marcela Morales Vargas

Haciendo un ejercicio de memoria del pasado reciente, no es la primera vez que el sector de salud enfrenta una contingencia sanitaria. Sin duda, este tipo de emergencias han modificado la forma de practicar la medicina.

En 2009, el profesional de salud mexicano, al observar que el comportamiento epidemiológico de las enfermedades respiratorias se tornaba inusual, detectó un incremento de casos con afectación en la población -principalmente joven-, cuya evolución clínica y radiológica era atípica, al grado de que el paciente presentaba complicaciones multiorgánicas, cuyo peor escenario era la muerte. Los incrementos de las defunciones fueron considerables.

Ante este panorama, las autoridades sanitarias del país observaron que se trataba de una mutación del virus de la influenza con capacidad pandémica, al que pronto la denominaron *influenza H1N1*. De inmediato, ante los mecanismos de la transmisión de la enfermedad respiratoria tipo viral, establecieron medidas de contención y prevención. Se instauraron algunos mandatos sanitarios como el lavado de manos, el uso de cubrebocas, evitar conglomeraciones, el uso de equipo de protección al personal de salud, la asignación de un área específica para la atención de pacientes con síntomas respiratorios, etcétera. A la par, estas medidas fueron implementadas en las instituciones de salud de los distintos niveles.

Como era de esperarse, ante esta alerta sanitaria, el gobierno y el sector salud, pese a las medidas preventivas, no lograron la cobertura requerida. En tanto, lo que hizo la epidemia, en ese momento, fue desnudar ante el mundo las debilidades del sistema de salud mexicano. Con falta de equipo de protección e insumos, los médicos (as) y enfermeras (os) comenzamos a implementar nuestras propias medidas de protección.

Poco tiempo después, un halo de esperanza para el sector salud y la población se hizo presente con el descubrimiento de un fármaco y, con él, la creación de la vacuna para enfrentar la variante *H1N1*. Lo anterior, resultó un escenario alentador, iban disminuyendo los contagios, las hospitalizaciones con cuadros graves, las complicaciones orgánicas se redujeron, y se observó un descenso de las defunciones por etiología respiratoria. Sin embargo, la enfermedad respiratoria tipo *influenza* se quedó como una enfermedad endémica, cuyo enfoque preventivo se ha basado en la vacunación de la población (una vez al año en temporada invernal), con el uso farmacológico en la fase temprana de la enfermedad, con aislamiento domiciliario de los casos con síntomas respiratorios, y el tamizaje para la identificación de la cepa circulante.

Las medidas sanitarias impuestas por las autoridades de salud, durante la emergencia sanitaria, con el paso del tiempo, se fueron relajando. La vigilancia y el control institucional iban disminuyendo, a tal punto que, el apego a las medidas preventivas, por parte del personal de salud, ya no eran tan estrictas, se hizo evidente la limitación de recursos materiales para la protección sanitaria, y la infraestructura requerida para la atención de pacientes con síntomas respiratorios fue desmontada. Más que evidenciar la superación de una epidemia con capacidad pandémica, se hizo visible un sistema de salud que ha priorizado el enfoque curativo más que el preventivo.

Once años más tarde, las alarmas vuelven a estar presentes al identificar un comportamiento epidemiológico atípico en las enfermedades respiratorias. Se trató de una enfermedad viral cuyo epicentro, hasta diciembre de 2019, era Wuhan, China. A diferencia del virus de la *influenza*, este agente etiológico ha avanzado más rápidamente, atravesando fronteras, y atacando no sólo un sector poblacional. Hasta la fecha, es un virus que ha presentado mayores mutaciones a su variante inicial, mayor tasa de letalidad y transmisibilidad. Para enfrentarlo, más no controlarlo, ha requerido mayor eficacia en materia de protección sanitaria, medidas de prevención, contención, control por parte del gobierno, así como de las instituciones sanitarias.

El comportamiento del virus pandémico denominado *SARS-COV2* que ocasiona el *Coronavirus* o *COVID-19* es dinámico. A inicio del 2020, las autoridades sanitarias mexicanas apostaron por la difusión del panorama epidemiológico, dentro de las instituciones de salud, con la capacitación continua de los códigos de bioseguridad basadas en los mecanismos de transmisión establecidos ante la

emergencia de *influenza*. Sin embargo, al poco tiempo, se observó que estas medidas preventivas, así como el recurso humano y material han sido deficientes. Ante la ausencia de la infraestructura se hizo urgente la necesidad de reconversión de instituciones públicas para la atención de pacientes confirmatorios a COVID-19.

Se hizo necesario, la instauración de estrategias de control sanitarios en México como el lavado de manos, el uso adecuado del cubrebocas, el aislamiento domiciliario del enfermo y sus contactos. Específicamente en los hospitales, se hizo indispensable el uso de equipo de protección al personal de salud enfocado a mecanismos de transmisión de contacto, la atención específica dentro de los centros sanitarios, la sana distancia, la implementación de restricciones en otros sectores públicos, el resguardo del personal de salud ante serias comorbilidades.

Sin duda, el ambiente hospitalario, ante esta contingencia sanitaria, se ha tornado oscuro. Muchas veces, nos hemos sentido rebasados por la situación, con panoramas poco alentadores, y con constantes cambios inesperados en cada uno de los procesos de atención. La forma del abordaje de los pacientes es muy restringida, el mecanismo de canales de información se ve modificada, la vulnerabilidad de la relación médico - paciente se torna riesgosa, y los conflictos entre paciente, familiares y personal de salud se hacen presentes. Con un claro desconocimiento de las consecuencias de las estrategias implementadas por el gobierno y las instituciones de salud.

Dentro de las instituciones médicas, el personal de salud ha mostrado una adaptabilidad, hasta el momento, con el COVID-19. Ante la falta de insumos, el personal médico ha optado por invertir en su protección personal dentro de la institución. Sin embargo, ha sido frustrante, en momentos álgidos de la pandemia, no poder dar resolución óptima a los que han padecido la enfermedad. Ante todo, el personal médico ha desarrollado nuevas habilidades en cada proceso de atención dentro de los covitarios. No basta con entender el continuo dinámico de la historia de la enfermedad, sino que hemos comprendido que se requiere del trabajo multidisciplinario continuo para el abordaje de esta enfermedad.

La esperanza vuelve a estar presente ante la llegada de la vacunación para COVID-19, frente a una respuesta tórpida de las medidas establecidas de prevención y farmacológica en las instituciones de salud, y ante la presencia de

vacíos en el abordaje en alguna población en específico. A 6 meses de haber iniciado la estrategia de la vacunación por grupo de edad, aunado a las medidas de contención, el descenso en el número de contagios solo fue temporal.

Las medidas de prevención, gubernamental y socialmente, se vieron relajadas al haber una continua movilidad de la población. Por tercera ocasión, se observa un incremento en el número de contagios, el ascenso en el número de hospitalizaciones de casos graves con requerimiento de apoyo ventilatorio, la presencia del aumento de casos por reinfección de COVID- 19 en población ya vacunada, no solo de la población, sino del personal sanitario; así como el incremento en la incidencia de la afectación en población joven e infantil, mostrando nuevamente un incremento de las defunciones por esta causa.

Hasta el momento, queda claro, que el COVID-19 es una enfermedad de etiología viral, multiorgánica, dinámica, variable, que visibiliza las carencias de los sistemas de salud. El panorama es incierto. Día a día, el profesional de la salud se enfrenta a nuevos escenarios en la atención. Nuevos síntomas que tratar, nueva población que atender, nuevos procedimientos que aprender.

Ser médica de primera línea y enfrentar el Covid ha significado muchas cosas. Desde el nivel subjetivo ha requerido dejar de ver a tu familia por largos lapsos de tiempo, pues aislarte es salvar vidas. Ha sido aguantar largas jornadas de trabajo sin descanso. Ha significado afectaciones de salud mental derivadas del estrés. Ha significado sentir impotencia al saber que, diariamente, en el hospital llegarán pacientes que no tendremos donde ubicar. El número de ingresos en medicina interna era masivo, aumentaba exponencialmente lo que solíamos tener en las peores épocas de la gripe en inviernos pasados.

La impotencia se profundiza al no poder asegurar a tu paciente una atención adecuada, ni tener garantía de que, al remitirlo, será tratado, pues el hospital cercano tiene más del 90% de ocupación en cuidados intensivos. Se escucha eco por todos lados: *hacer rendir lo que tenemos* ¿Cómo hacer rendir algo que de por sí está escaso? Insumos que de por sí no han llegado.

Al final algo es cierto, nadie te prepara para enfrentar una pandemia, pero sabes que el trabajo colectivo se vuelve prioritario. Todos los compañeros hemos dejado de realizar nuestro trabajo habitual para hacer cosas inauditas, hasta normalizarlo, como si fuéramos expertos, como si ya lo hubiéramos hecho toda la vida. Ante la emergencia, se olvidan las reticencias para hacer un turno

más. Todo eso, mientras sientes la sensación de vacío cuando sabes que tus compañeros se dan de baja porque se contagian. Sin duda, “aún sin contagio”, el virus nos ha afectado de muchas maneras.