

La pandemia a ambos lados de la barrera sanitaria

Vicente Baos, Médico de familia

En cada paciente, sobre todo si está claramente afectado, me reconozco a mí mismo

La pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 ha impactado en nuestras vidas de todas las maneras posibles. Nadie ni nada es ajeno al impacto, pero sí hay dos situaciones en las que la presencia del virus y su enfermedad COVID-19 es muy evidente: por un lado la de aquellos que la han sufrido en sus propias carnes (en sus diversos grados), y por otro la de los sanitarios encargados de atender la avalancha de pacientes, de gestionar sus fases clínicas y de realizar el seguimiento de las secuelas. Y yo, lamentablemente, puedo hablar desde los dos lados de la barrera sanitaria, como enfermo y como médico de familia de la atención primaria pública madrileña.

El trabajo clínico también ha cambiado mucho. Antes de marzo de 2020, las consultas de medicina de familia de los centros de salud públicos eran un hervidero de gente. Con unas citas de 45-50 pacientes diarios en un turno de 7 horas, por cada centro pasaban cientos de pacientes de todo tipo. Juntos los que tenían síntomas respiratorios —febrero es una época con gran número de catarros, bronquitis y gripes—, los pacientes crónicos —sobre todo ancianos—, y con ellos numerosos acompañantes sanos, niños, etc. El médico de familia, el pediatra, las enfermeras, los administrativos, todos compartíamos un entorno muy infeccioso, y por supuesto lleno de aerosoles contaminados. Siempre había sido así, pero nadie se planteaba los contagios de los numerosos virus respiratorios en centros con tanto tránsito de personas. No era tan grave sufrir varios catarros sin complicaciones, nadie se planteaba otra opción. Llegó el nuevo virus, se difundió en pocas semanas en muchas personas asintomáticas o con síntomas indistinguibles de otros virus respiratorios, aunque había algún dato alarmante en personas más afectadas de «gripe» que ingresaban en



Imagen de Anthony Shkraba en Pexels

mayor número que otros años. Y con los antecedentes de Italia, el tema era alarmante.

A mí no me dio tiempo a pensar mucho más. El 8 de marzo me sentí mal, el 16 ingresaba en el Hospital Puerta de Hierro, y tres días después estaba a punto de ingresar en la UCI para ventilación mecánica. Usaron todos los medicamentos disponibles, los que han demostrado ya su inutilidad y los que sí sirven de algo

(corticoides), y el 26 de marzo salía del hospital muy tocado, pero vivo y sin haber estado en la UCI. Mi experiencia como enfermo de COVID ya la he contado anteriormente¹.

Mis compañeros del centro de salud estaban desbordados por la cantidad de pacientes de todo tipo, por la atención a las residencias de ancianos de la zona donde ya era vigente la orden de no trasladar a los hospitales a los que tuvieran mal pronóstico, y porque estábamos de baja varios compañeros y enfermeras por la COVID-19, aunque yo fui el único que requirió ingreso. Todo con un confinamiento domiciliario duro donde solo trabajaban los servicios esenciales.

Afortunadamente me recuperé sin secuelas, y cuatro semanas después de salir del hospital estaba de nuevo en la consulta. Una consulta diferente, donde los pacientes no estaban, hablábamos por teléfono y se tomaban decisiones de visitas presenciales y a domicilio en los casos imprescindibles. La primera consulta que atendí tras mi incorporación fue en un domicilio donde encontré a una paciente mía de muchos años en estado preagónico. En pocas horas había entrado en ese estado. Murió a causa de un probable tromboembolismo pulmonar secundario a una trombosis venosa profunda, para la que no habían pedido ayuda antes porque entendían lo mal que estaba la situación y no querían «molestar». Las víctimas secundarias a la pandemia, los muertos por «exceso de mortalidad» de otras patologías no directamente relacionadas con la COVID-19, son de las más olvidadas de la pandemia. Son una estadística mal definida en un conjunto trágico.

Cuando se vio una luz al final del túnel fue en el mes de junio. Los nuevos casos bajaban, los pacientes y los sanitarios nos habíamos adaptado a las nuevas formas de comunicación (teléfono, envío de fotos de lesiones por el correo electrónico) y se iban recuperando las visitas presenciales a los pacientes con síntomas imposibles de valorar por teléfono o a las personas más vulnerables que te pedían que les vieras en «persona» como el mayor favor que les podías hacer.

Permitir el cara a cara entre un médico y sus pacientes, lo que antes era lo normal, se había convertido en algo inalcanzable.

Avisamos a las autoridades sanitarias de que teníamos problemas con las líneas telefónicas, muy escasas para la gran cantidad de llamadas entrantes y salientes del centro de salud, convertidas ahora en eje asistencial. Hasta el mes de noviembre no se han aumentado en mi centro con nuevos terminales. Usábamos nuestros propios teléfonos para no colapsar las líneas de entrada. Pedimos ayuda y refuerzo de profesionales (residentes que habían finalizado, contratos estables). No llegó nada y la necesidad de tener vacaciones para descansar era importante. El verano fue una pesadilla. Desde mediados de julio, la «segunda ola» comenzó en forma de marea alta, cada vez más casos nuevos, sin rastreadores, sin refuerzo. Cada vez más hasta llegar a finales de septiembre, con Madrid en la más alta incidencia nacional. El verano, la «nueva normalidad», el «hay que fomentar la actividad económica», las fiestas, los desplazamientos masivos, nos volvieron a meter en la vorágine que seguimos viviendo.

Los centros de salud trabajan al máximo ritmo, y cada vez se atienden más pacientes «presenciales». No hay duda de que la comunicación cara a cara es mejor, pero también es cierto que la consulta telefónica agiliza y facilita acciones que antes provocaban un desplazamiento innecesario al centro: información de resultados normales, comentarios sobre evolución de patología sin riesgo, acciones burocráticas... Hay pros y contras, pero creo que se está encontrando un equilibrio que no perjudica a la población ni a los profesionales.

Mientras la incidencia de la enfermedad siga siendo tan alta, debemos seguir con este modelo que busca reducir la interacción de numerosas personas en espacios reducidos compartidos entre enfermos y sanos, posibles o COVID confirmados, niños y ancianos. Esto hay gente que no lo reconoce, pero es inevitable que sea así.

Los pacientes de COVID se diagnostican rápida-

Todos compartíamos un entorno muy infeccioso,
y por supuesto lleno de aerosoles contaminados.
Siempre había sido así, pero nadie se
planteaba los contagios de los numerosos virus
respiratorios



Imagen de Francisco Àvia_Hospital Clínic en Flickr: www.flickr.com/photos/hospitalclinic/albums/72157713528815433

mente gracias al acceso ilimitado a pruebas diagnósticas, algo en lo que hemos avanzado enormemente. En primavera solo conocíamos los casos graves, ahora vemos la enorme variabilidad de daño del virus. Desde el asintomático al leve, moderado, severo, a la muerte. Un virus capaz de tal espectro de incidencias e imprevisible en sus manifestaciones, salvo en lo tocante a la edad y las enfermedades de riesgo, es una terrible amenaza. Y sigo atendiendo pacientes que no eran de alto riesgo y acaban en la UCI, así como a ancianos que sobreviven sin secuelas, como es el caso de un paciente mío de 93 años.

En cada paciente, sobre todo si está claramente

afectado, me reconozco a mí mismo. El otro día, revisando las radiografías de un paciente mío ingresado en la UCI, reconocía mis propias radiografías y pensé en lo afortunado que fui.

Nos queda bastante por ver, sufrir y aprender. Como sociedad, como individuos y como profesionales. Reconozco una gran excitación intelectual ante esta enfermedad y sus consecuencias. Conocer, entender, comprender y aplicar es el reto para los que amamos el pensamiento crítico, y este tiempo está lleno de nuevos retos.

1 https://www.vozpopuli.com/altavoz/next/Covid-19-relato-medico-propia-experiencia_0_1341767497.html

Los muertos por «exceso de mortalidad» de otras patologías no directamente relacionadas con la COVID-19 son de los más olvidados de la pandemia. Son una estadística mal definida en un conjunto trágico