



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA CLÍNICA

La experiencia de pasar de médicos a enfermos afectados por COVID-19



The experience of going from doctors to patients affected by COVID19

I. Espasandín-Duarte^a, S. Cinza-Sanjurjo^{b,*} y M. Portela-Romero^c

^a Centro de Salud Ribeira, Área Sanitaria Integrada Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

^b Centro de Salud Porto do Son, Área Sanitaria Integrada Santiago de Compostela. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

^c Centro de Salud Concepción Arenal, Área Sanitaria Integrada Santiago de Compostela. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Introducción

Una de las características en España durante la pandemia por el nuevo coronavirus es el hecho de que uno de los grupos de población más afectados ha sido el de los profesionales sanitarios. En el Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España, realizado por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), dependiente del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) con fecha de 21 de mayo de 2020¹, se indica que, desde el inicio de la pandemia en España hasta la referida fecha, 40.921 sanitarios se contagiaron por el coronavirus SARS-CoV-2. Esto supone que el 16,3% de la población afectada en España por COVID-19 corresponde a profesionales de la salud. Al desagregar por sexos, los datos indican que un 76,5% fueron mujeres, frente a un 23,4% de hombres, siendo la franja etaria de los 36 a los 54 años la más afectada en el caso de las mujeres, y en hombres, la que corresponde de los 35 a los 56 años.

Un 10,5% de los casos en personal sanitario notificados a la RENAVE han sido hospitalizados, 16,2% han desarrollado neumonía, un 1,1% han sido admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y un 0,1% han fallecido. Los hombres presentaron una mayor prevalencia de neumonía, enfer-

medades de base y mayor porcentaje de hospitalización, admisión en UCI y ventilación mecánica que las mujeres.

Estos datos indican la dureza con la que esta epidemia nos ha puesto a prueba a los profesionales sanitarios. Relatamos aquí, después de haber superado esta enfermedad, nuestra experiencia como enfermos, como la vivimos, como fueron nuestros miedos y qué reflexiones nos ha provocado. La experiencia de pasar de médico a enfermo afectado por el COVID-19.

Después de varias semanas de trabajo en un momento determinado (difícil de olvidar) uno pasa a ser «sintomático». Estamos en plena pandemia y sospechamos que estamos infectados. Sabemos desde el primer minuto que la primera medida es el autoaislamiento, avisar a la familia y a los compañeros de trabajo de la nueva situación. Evitar cualquier contacto que ponga en riesgo a otras personas.

En nuestro caso, ya como pacientes COVID-19+, casi todos los contactos con el sistema sanitario han sido telemáticos:

Realizar las gestiones para realizar una Reacción de Cadena Polimerasa (PCR) en un Covid-auto².

Recibir el resultado de la PCR por teléfono por parte del Servicio Medicina Laboral.

Valoración médica por vía telefónica realizada por compañeros de Medicina Interna/Neumología.

Inclusión como pacientes en la herramienta informática de teleasistencia utilizada en Galicia (TELEA³), en la que debíamos incluir tres veces al día, durante 15 días,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: scinzas@semergen.es (S. Cinza-Sanjurjo).

nuestras variables de seguimiento (temperatura, saturación de oxígeno y encuesta de evolución).

Indicación de alta clínica por vía telefónica después de 15 y 20 días de evolución clínica favorable.

Tras la notificación del diagnóstico de COVID-19 y al verte minutos después de una llamada telefónica en soledad y aislamiento, sin previo aviso, sin tiempo para prepararte mentalmente, se siente miedo e incertidumbre, especialmente porque sabes que vas a enfrentarte con un virus que, en apariencia, hasta que no tengamos más conocimiento sobre él, es amigo del azar, de jugar a los dados como el tahúr más experimentado, alguien del que no puedes ni debes fiarte (ni cuando las cosas, en apariencia, vayan con evolución favorable). Por esta razón, la preocupación por la evolución clínica es muy acusada durante los primeros 10 días. Luego, en nuestro caso, tras evidenciar buena evolución, todo se convierte en una sensación de cuenta atrás hasta una esperada PCR negativa para poder reincorporarte al trabajo.

Aunque se nos consideró pacientes de bajo riesgo, estuvimos clínicamente sintomáticos. Durante los primeros 10 días siempre tuvimos miedo e incertidumbre de la evolución de esta enfermedad, por lo que cualquier cambio sintomático fue vivido con ansiedad, a veces contenida, a veces, manifiesta. Esta situación seguramente fue incrementada por la situación de aislamiento obligatorio, por la sensación de culpa de no haber sabido protegernos ante el virus, por el miedo a haber contagiado a otras personas, por la evolución caprichosa de esta enfermedad, por el temor al rechazo.

Reflexiones desde el aislamiento

El impacto de la enfermedad depende de la naturaleza de esta, pero también de la personalidad del enfermo y de su entorno. Enfermar es un proceso que tiene gran impacto en la vida personal y laboral, afectando a la esfera psicológica y volviendo vulnerable al individuo^{4,5}. En el caso del médico, su propia profesión es un significativo condicionante. Diversos estudios indican que los profesionales sanitarios enfermos presentan aspectos diferenciales frente a otros grupos profesionales y la población general, como puede ser sentirse poseedor del conocimiento de la enfermedad que padecen, de los medios diagnósticos, del tratamiento. En el caso del médico la condición de paciente también puede generar una situación de incongruencia interna, puesto que ha sido formado para diagnosticar, curar o paliar en otras personas, pero no para abordar esta situación vital en su propia persona. Los profesionales adquieren la idea durante su formación, que desarrollan posteriormente en la vida laboral, que sólo pueden estar enfermos los pacientes⁶, esto provoca, en el momento de enfermar, una reversión del rol, lo que puede hacer particularmente complicado el proceso de enfermar para el médico, pudiendo adoptar el médico actitudes inadecuadas en relación con el cuidado de su salud⁷.

Al igual que la mayoría de los pacientes sin factores de riesgo y con síntomas leves/moderados, por causa de las medidas de aislamiento, fuimos seguidos clínicamente de manera remota, tanto por vía telefónica como por un

sistema de teleasistencia. Existe una corriente de opinión que considera que los resultados de esta experiencia posiblemente provoquen la generalización en un futuro cercano de este tipo de herramientas telemáticas en la práctica clínica habitual⁸ de ciertas especialidades de medicina o en los cuidados/controles de enfermería.

La Asociación Médica Mundial (AMM), en la declaración institucional la sobre la Ética de la Telemedicina, adoptada por la 58ª Asamblea General de la AMM en octubre de 2007 y enmendada en octubre de 2018, considera que la consulta presencial entre médico y paciente es la regla de oro de la atención clínica y que los servicios de telemedicina deben ser consistentes con los servicios presenciales y respaldados con evidencia⁹. A pesar de nuestra buena experiencia personal como pacientes seguidos de manera remota (no presencial), consideramos que para la extensión a otras patologías o situaciones clínicas de este nuevo modelo de consulta es necesaria la evaluación de los resultados de los programas de implantación de sistemas de teleasistencia.

La enfermedad provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 se ha caracterizado por su evolución clínica incierta, la inexistencia de tratamientos eficaces contrastados, alta contagiosidad y la necesidad de medidas estrictas de aislamiento como principal arma de contención. Podría parecernos una situación novedosa, pero basta con recordar algún párrafo de la novela *La Peste*, del escritor Albert Camus, premio Nobel de Literatura en 1957, en la que relata una epidemia de peste en la ciudad argelina de Orán durante el periodo colonial francés para darnos cuenta de que la humanidad ya se ha enfrentado (de manera exitosa) a situaciones similares. Al igual que Camus comenta que «a partir del momento en que la peste había cerrado las puertas de la ciudad, no habían vivido más que en la separación, habían sido amputados de ese calor humano que hace olvidarlo todo»¹⁰, la pandemia de la COVID-19 ha provocado una situación de aislamiento y miedo generalizado de la sociedad ante el virus, entre otras cosas, porque todos sabemos que cuando te afecta personalmente el virus, la espera en soledad a la evolución de la enfermedad es inevitable.

A pesar de que conocemos pocas patologías que requieran vivir el proceso en soledad, siendo médicos teníamos claro que el aislamiento era parte del proceso de curación.

Al final, y ya recuperados, llegamos a la conclusión de que es difícil dejar de ser médico para ser paciente. Es difícil no tener miedo. Lo que debemos hacer es reconducir ese miedo, esa incertidumbre, esta experiencia de sufrir una enfermedad para que todo ello pueda contribuir a que mejore nuestra tarea de atender a las personas golpeadas por la enfermedad y el sufrimiento.

Financiación

Los autores no han recibido ninguna financiación para el desarrollo de este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses en relación con este artículo.

Bibliografía

1. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII); [Internet] 2020. [citado 25 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%201%20de%20mayo%20de%202020.pdf>.
2. Lugilde A. El «Covid-auto» gallego permite tener los resultados de las pruebas del coronavirus en tres horas. *La Vanguardia* [Internet]. 2020 [citado 25 mayo 2020] Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/local/galicia/20200321/483386015/covid-auto-gallego-resultados-pruebas-coronavirus-tres-horas.html>.
3. O portal TELEA. Guía de manexo [Internet]. 1.^a ed. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde, 2020 [citado 25 May 2020] Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/939/TELEA-DU-v.01.17-GR-12-O.portal.TELEA.pdf>.
4. Allen H, Traynor M, Kelly D, Smith P. *Becoming a patient*. En: *Understanding sociology in nursing*. SAGE Publications Ltd. 2016:7–10.
5. Parsons T. Illness and the role of physicians: a sociological perspective. *Am J Orthopsych*. 1951;21:452–60, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>.
6. Marco-Gómez B, Pérez-Alvárez C, Gallego-Royo A, Martínez-Boyer T, Altisent R, Delgado-Marroquín T, et al. El proceso de enfermar de los médicos y sus consecuencias en el profesionalismo. *Acta Bioethica*. 2018;24:199–210.
7. Bruguera M, Gurí J, Arteman A, Grau-Valldosera J, Carbonell J. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. *Med Clin*. 2001;117:487–94.
8. Expertos resaltan que la pandemia de Covid-19 ha revelado el potencial de la telemedicina [Internet] <https://www.infosalus.com>. 2020 [citado 28 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-expertos-resaltan-pandemia-covid-19-revelado-potencial-telemedicina-20200513170534.html>.
9. Declaración de la AMM sobre la Ética de la Telemedicina [Internet]. <https://www.wma.net>. 2018 [citado 28 mayo 2020] Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-etica-de-la-telemedicina>.
10. Camus A. *La peste*. 1.^a ed. Madrid: Taurus; 1957.