

Las voces de Enfermería durante la pandemia por COVID-19 aún se escuchan

Nursing voices during the COVID-19 pandemic are still heard

As vozes da enfermagem durante a pandemia da COVID-19 ainda são ouvidas

Ángel Gabriel Hilerio López¹
<http://orcid.org/0000-0001-8198-5363>

¹ Universidad de Colima, Facultad de Enfermería, Colima. México.

Correo electrónico:
ahilerito@ucol.mx

ISSN: 2954-4459

La enfermería mexicana es una de las profesiones que más se destacó en el frente contra uno de los virus altamente letales de los que se tenga memoria, un agente de comportamiento fuera de toda proporción que puso a prueba a todos los sistemas de salud en el mundo, su embate superó cualquier capacidad instalada, recursos, equip sofisticado o personal capacitado.

En este texto se compone de la narrativa de los hechos a través de las voces y reflexiones de algunos profesionales de enfermería de contrato de INSABI, dentro del hospital de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del gobierno del Estado.

Corría el mes de diciembre de 2019, cuando los noticieros y comunicaciones científicas anunciaban por primera vez una nueva enfermedad (2019-nCov) las personas infectadas presentaban problemas en las vías respiratoria^{1,2}, los mismos reportes informaron que las personas cursaban con dificultad respiratoria similar a un resfriado común, cefalea,

rinorrea, diarrea, náuseas y vómito, estas características definitorias conformarían la definición operacional de casos sospechosos y casos confirmados de COVID-19 .

La información sobre la reconversión de espacios para la atención de los casos se turnó caótico, los tomadores de decisión tenían diferencias de opinión, sobre alinearse a lo establecido por organismos internacionales como: la Organización Mundial para la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro de Control de las Enfermedades y su Prevención (CDC), nacionales como los lineamientos del sector salud, o los reportes que publicaban los colegas chinos.

Aspecto similar ocurrió con el uso del equipo de protección personal (EPP), establecer puntos de encuentro sobre la secuencia de pasos para colocarlo y retirarlo. Sin lugar a duda, cada hospital en el país tuvo su propia experiencia. En la nuestra, se dispusieron de dos áreas en planta baja y alta respectivamente para la entrega del EPP y su colocación.

En planta baja se adecuó un Triage, consultorio, espacio para tomar muestras, cuarto de shock, área para pacientes en espera de resultado para adultos y otro espacio para pediátricos. Quienes resultaron con diagnóstico positivo, se trasladaban bajo un protocolo de seguridad utilizando una cabina donde se colocaba a los pacientes, de esta forma se evitaba la propagación de aerosoles mientras era trasladado hacia el área de reconversión en planta alta, aquí se hospitalizaban los que tenían prueba de PCR positiva. Cabe señalar que se optimizaban los movimientos de pacientes, para tomar Rx o tomografías y finalmente ubicarlos en el espacio asignado.

Retomando los inicios de la pandemia, en las primeras semanas se presentaban uno o dos casos que cumplían criterios de caso sospechoso, pero las pruebas resultaron negativas, lo que permitió profundizar más en la capacitación que inició desde el 28 de marzo de 2020.

Esta capacitación consistió en colocación del EPP, ingreso, flujo de trayecto para cada una de las áreas, técnica de pronación, toma de muestra sanguíneas, participación en la intubación de pacientes, administración de fármacos, amortajamiento de cadáveres, identificación de cadáveres, comunicación interna/externa para dotar de insumos, materiales, medicamentos solicitudes y dieta para pacientes.

Algunos nos capacitamos en cursos bajo la modalidad en línea que ofertó el gobierno federal para reproducir estas a nuestros compañeros, de esta forma la brecha del miedo y resistencia a colaborar se redujo.

Un aspecto que consideramos importante fue la sensibilización de la población para que se mantuviera en casa, el gobierno federal había anunciado el distanciamiento social³, como una de las medidas que podrían evitar contagios masivos, el uso de cubrebocas en todo momento y saludo de etiqueta, poco a poco fuimos generando conciencia, probablemente, el miedo mimetizado en una conducta de prevención influyó en el ánimo de las personas para evitar las aglomeraciones y por ende el contagio de esta enfermedad.

Los ensayos sobre el uso del EPP, la forma de ingresar y el flujo de tránsito interno hacia el área de pacientes COVID, implicó tiempo, asimilación y adaptación para garantizar nuestra propia seguridad, compañeros de base mostraron resistencia para laborar en las áreas de reconversión, pero otros elementos comprometidos, con vocación y dominando el miedo ingresamos a estas áreas, convencidos del juramento y protesta realizada en el acto académico de nuestra graduación, *¿protesta usted en el ejercicio de su profesión cumplir y hacer cumplir las leyes de nuestro país y los principios de la ética profesional sin tomar en cuenta los intereses personales o lucro alguno? ¡¡¡Sí Protesto!!! Dijimos.*

La toma de protesta, para los profesionales de Enfermería tiene un valor especial, se trata del clímax, la llegada a la cúspide profesional por haber logrado en cinco años, formarse como profesionistas, pero, no se trata de un mérito personal solamente, incluye el apoyo y sacrificio de padres y madres de familia, de hermanos y hermanas que contribuyeron para que la sociedad a través de las Universidades o Escuelas de Enfermería cuenten con ciudadanos globales, que dejando de lado sus intereses personales contribuya de forma recíproca, servicios de atención con los más altos valores de la ética profesional y de estándares de calidad y eficiencia.

Volviendo a nuestras opiniones, mientras los primeros casos aparecían en México, las compras de pánico se presentaron en la población y también entre nosotros, se escaseó el alcohol, comparto que algunos productores de este antiséptico contactaron al Colegio de Profesionistas de Enfermería del Estado de Colima

y donaron algunos bidones, mismo que se entregaron al Hospital Regional Universitario (HRU).

Los cubrebocas del tipo bicapa o quirúrgico se agotaron, algunas personas de buena voluntad se habilitaron con el apoyo de tutoriales para diseñar cubrebocas los cuales llevaron a los hospitales para ser utilizados por el personal, también el personal de enfermería dispuso de sus propios recursos para contribuir a la escases que prevalecía, diseñaron cubrebocas y mascarillas de acetato para utilizarlos en las áreas de reconversión, estos elementos se opacaron en las diluciones de cloro a mil partes por millón no permitía la visibilidad.

Con relación a productos de protección personal como googles protectores y mascarillas protectoras, estos equipos no solo escasearon sino que, lo poco que había en existencia incrementó su valor en un 500%, por lo que profesionistas hicieron inversiones importantes para integrarlos su EPP, en el mercado aparecieron dispositivos modificados, mascarillas que se utilizan con otro propósito como el buceo y, que adaptando un dispositivo fue posible conectar una nariz artificial, permitiendo mayor fijación del dispositivo al rostro, el costo de este dispositivo oscilaba en los \$600.00 MXN.

Por otro lado, la máscara 3M6800 con filtros NIOSH 100% oscilaban los \$8,000.00 a \$10,000.00 MXN, por lo que, las adaptaciones ofertadas en plataforma resultaban por mucho más económicas. La mascarilla 3M media cara tenía un costo de \$3,000.00 MXN sin filtros, estos últimos, oscilaban en \$580.00 MXN.

En su momento, algunos medicamentos también escasearon como el: Paracetamol, por sus efectos antipirético fue uno de los más utilizados. Ivermectina se anunció que podría tener algún efecto contra COVID-19 particularmente en la sintomatología gastrointestinal, hoy sabemos que no tiene efecto alguno contra la enfermedad, se trata de un tratamiento para la strongiloidiasis y oncocercosis intestinales, enfermedades de etiología parasitaria.

Mientras que la Dexametasona, uno de los medicamentos clave en el tratamiento de COVID-19 comenzó a escasear en nuestro Estado, incluso familiares suministraron el medicamento a partir de pedidos importantes en las farmacias que

informaron que harían pedidos especiales, desde luego el costo se elevó considerablemente; sí como el Midazolam, Propofol, Fentanyl y Dexmedetomidina que son fármacos utilizados en las áreas críticas.

Recordaran que la planta alta se destinó para hospitalizar a quienes contaban con prueba PCR positiva, las 28 camas se convirtieron en área de pacientes intubados COVID-19, por lo que, dichos medicamentos comenzaron a escasear, las condiciones físicas de nuestros pacientes y su respuesta biológica al tratamiento no tenía el efecto esperado y poco a poco informábamos de los decesos, hecho que impactaron en nuestro ánimo porque fueron días de lucha, de dar palabras de ánimo o acompañar y de ser familia. Enfermería se convirtió en un puente de comunicación, recuerdo que con las mascarillas puestas las personas nos decían, en un tono de por favor sin dejarlo explícito, *“cuando salgas de tu jornada: busca a mi mamá”, “busca a mis hijos”, “busca a mi esposa y diles que le estoy echando ganas que nos vemos pronto”,* muchos saben a qué me refiero.

Esta pandemia nos hizo pasar por dilemas éticos importantes que dejaron enseñanzas y aprendizajes significativos. Tuvimos claridad en la forma de contagio, protegimos la vía de entrada, entonces pudimos proteger a los familiares para que acompañaran el proceso a sus familiares enfermos.

Por protocolo ningún familiar podía ingresar a las áreas de reconversión, vimos cómo se despedían, un dejo de volver esa sensación de tristeza e impotencia. Como profesionales siempre estábamos ocupados en lo nuestro porque había que protocolizar la atención y los dejamos incomunicados; no debía utilizarse papel o equipos móviles porque se consideraban artículos fómites que podría llevar el virus fuera de las áreas de reconversión.

También por protocolo el sistema de aire acondicionado debía contar con filtros “High Efficiency Particle Arresting”, (HEPA), por sus siglas en inglés, filtro recogedor de partículas de alta eficiencia, pero en algunos hospitales o centros de salud no tuvieron este equipo a su alcance. Finalmente, “las marcas en el rostro” personal de INSABI fue contratado para la atención de pacientes COVID-19, hubo que establecer un cronograma de actividades, un rol de servicio y controlar las horas de exposición de cada uno de ellos.

Recordemos que al inicio de la pandemia no había un protocolo de actuación único, los organismos del sector salud respondieron de acuerdo a su marco legal institucional, en el uso del EPP cada institución tomo de los referentes internacionales y nacionales los elementos importantes de acuerdo a su legislación, el uso frecuente del EPP y bajo la idea de crear un ajuste hermético en el rostro, la presión tuvo su efecto en los tejidos de contacto, generando una irritación o lesiones en el puente de la nariz, la frente, los pómulos y las orejas, estas lesiones en su momento fueron motivos para retirarlos de las áreas, pues las heridas podrían ser una vía de entrada no solo para covid, sino de otras enfermedades cruzadas.

Referencias

1. Chen,N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y., Qiu Y., Wang J., Liu Y., Wei Y., XiaJ., Yu T., Zhang X., y Zhang L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet, 2020; 395(10223), 507–513. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
2. Lancet T. Editorial Emerging understandings of 2019-nCoV. 2019;6736(20), 30186.
3. López-Gatel H. Conferencia 14 de marzo. 2020 Gobierno de México.