

# ESPACIO AEC

## *La AEC en el escenario de la pandemia COVID-19*

Es cierto que todas/os tenemos ganas de pasar página y retomar una actividad que se asemeje lo más posible a la normalidad conocida o, cuanto menos, a aquella que nos permita una convivencia sin tanta incertidumbre, alarma, miedo e incluso sufrimiento.

Para lograrlo necesitamos seguir trabajando en el afrontamiento de la pandemia y de manera casi simultánea en la construcción de escenarios de salud y saludables en los que podamos vivir y convivir.

Desde que en marzo se decretara el estado de alarma en España por la irrupción de la COVID-19, desde la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) se ha desarrollado una actividad tan intensa como productiva.

En los inicios de la pandemia participamos activamente, como sociedad científica, en la redacción de diferentes guías de actuación en diferentes ámbitos (Atención Primaria, Atención Domiciliaria...) impulsadas por el Ministerio de Sanidad.

La propia evolución de la pandemia llevó a posicionarnos sobre diferentes aspectos relacionados con la misma y que se trasladaron tanto al Ministerio de Sanidad como a las Consejerías de Salud de las comunidades autónomas. En particular nos posicionamos sobre la creación de medidas de prevención, durante el confinamiento, en supermercados y otros servicios esenciales, sobre la utilización de hoteles como zona de descanso de profesionales o para atención de personas en cuarentena, sobre la contratación de estudiantes de enfermería, sobre la carencia de equipos de protección individual, la contratación de especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria, etc.

Pero quisiéramos destacar la permanente argumentación que, desde el principio, trasladamos a todas las administraciones nacionales y autonómicas en torno al papel residual y subsidiario que se hizo de la Atención Primaria y de sus profesionales, así como la negación a desarrollar actividades de intervención comunitaria, lo que condujo a que la ciudadanía fuese considerada más un problema que una parte de la solución. Desde AEC se trasladaron medidas concretas a desarrollar en la línea de organizaciones internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), que señalan que las redes comunitarias son esenciales para el manejo de la crisis social y sanitaria de la COVID-19, sin que las mismas, lamentablemente, tuviesen mucho éxito al no ser ni tan siquiera contempladas como alternativa o complementariedad a las acciones medicalizadas desde las que se está llevando a cabo el afrontamiento de la pandemia.

La AEC, además, a través de diferentes grupos de trabajo elaboró guías y protocolos para profesionales y ciudadanía sobre medidas preventivas y de protección. Participó en la elaboración de documentos técnicos sobre actuación profesional o desescalada, junto a otras sociedades científicas multidisciplinarias. Elaboró notas de prensa, colaboró y apoyó la redacción de manifiestos, formó parte de comités de expertos en diferentes administraciones, etc.

Mención especial merece la participación de diferentes miembros de la AEC, como expertos, en los medios de comunicación (TV, radio y prensa virtual y escrita) tanto en el ámbito nacional como autonómico.

Formó parte de la Organización del I Congreso Nacional de COVID-19 junto a más de 65 sociedades científicas (SSCC) multiprofesionales, siendo uno de sus miembros portavoz, junto a otros siete profesionales, de todo el grupo de SSCC y pasando a formar parte de los comités científico y organizador del II Congreso COVID-19 a celebrar en mayo del próximo año.

La AEC estuvo presente mediante un representante en la ponencia para la Transformación del Sistema Nacional de Salud, junto a otros 19 expertos nacionales convocados por el Ministerio de Sanidad. Ponencia que en estos momentos se encuentra en fase de análisis para su implementación.

La actividad científica a través de artículos en revistas nacionales e internacionales o participando como ponentes en múltiples actividades científicas tanto en España como en Latinoamérica ha sido y sigue siendo una constante. Y por qué no decirlo,

el esfuerzo de editar este mismo número especial sobre Experiencias Comunitarias durante la pandemia de COVID-19 de la revista científica de la AEC, RIdEC, en el que se ha ofrecido la oportunidad a profesionales de la Atención Primaria de compartir conocimiento innovador en forma de artículos científicos.

Todo ello, sin duda, ha supuesto un gran esfuerzo a sumar al que ya muchas de las enfermeras vienen realizando en su actividad en centros de salud saturados y con una planificación que deja mucho que desear.

Nuestra presencia y visibilidad ha sido una constante que nos ha permitido situarnos como referentes indiscutibles de la salud comunitaria, aunque, paradójicamente, haya sido como consecuencia de una enfermedad.

Las enfermeras comunitarias estamos llamadas a ser líderes en un contexto de cuidados que será el escenario que dejará a su paso la COVID-19. Por eso ahora más que nunca, la AEC se configura como una pieza clave en el apoyo, coordinación, desarrollo e implementación de estrategias científicas que avalen la prestación de cuidados profesionales enfermeros. De igual manera la AEC debe estar presente en cuantos foros científicos y profesionales sean constituidos por las administraciones sanitarias, como voz cualificada en la salud de la comunidad desde su perspectiva enfermera.

Posiblemente nada sea igual a lo que conocíamos antes de la pandemia, pero precisamente por ello debemos ser conscientes de la importancia que adquiere una sociedad científica como la AEC avalada por más de 25 años de existencia y de trabajo continuado por, para y con las personas, las familias y la comunidad.

Desde AEC seguiremos trabajando para que la comunidad tenga la visibilidad y la importancia que le corresponde en la toma de decisiones sobre su salud, al tiempo que lo haremos para que las enfermeras comunitarias se incorporen como decisoras indispensables en cualquier ámbito en el que se planifiquen políticas de salud que contribuyan, desde planteamientos salutogénicos, a generar espacios saludables que contribuyan a mantener sanos a los sanos.

The image shows the logo of the Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), which consists of a red stylized heart shape with a white 'G' inside. Below the logo, the text 'ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA' is written in red. To the right of the logo is a handwritten signature in blue ink.

**José Ramón Martínez Riera**

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

## ¿Cómo es el EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria?

(Entrevista publicada en *DIARIO MEDICO*)

<sup>1</sup> Francisco Javier Pastor Gallardo

<sup>2</sup> Samuel Bobadilla Gómez

<sup>3</sup> Jorge García García

<sup>3</sup> María Hidalgo Castellano

<sup>3</sup> Marta Reyes Vázquez

<sup>1</sup> Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Tutor y Presidente de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria del Área de Salud de Don Benito-Villanueva. Servicio Extremeño de Salud. Vicepresidente de la Comisión Nacional de la Especialidad.

<sup>2</sup> Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Tutor y Presidente de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria del Área de Salud de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud.

<sup>3</sup> Residente de segundo año de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria del Área de Salud de Don Benito-Villanueva. Servicio Extremeño de Salud.

### Pregunta.- ¿Cuál es el perfil del especialista en EFYC?

**Respuesta.-** Graduada en Enfermería, mayoritariamente de sexo femenino con poca o ninguna experiencia laboral previa. Dedicar, como norma general, uno o dos años a preparar la prueba de acceso, principalmente en academia, una vez terminados los estudios de grado. Su calificación media de examen para la elección de plaza varía según preferencia de destino, en su comunidad o regiones limítrofes. Suelen optar a esta especialidad como primera opción cada vez con mayor frecuencia. En definitiva, enfermeras que compartimos las mismas ganas de progresar y aprender, que buscamos darle otro enfoque a la Atención Primaria, que entendemos el trabajo dirigido a todos los aspectos de la enfermería, en su faceta tanto intervencionista, como de promoción, prevención y rehabilitación y que luchamos para introducirnos poco a poco como una figura clave y referente en la educación y los cuidados de la salud del individuo, familia y comunidad.

### P.- ¿Qué características personales ideales tendría una especialista?

**R.-** La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es una rama de las ciencias de la salud muy amplia que abarca los cuidados durante toda las etapas y situaciones de salud-enfermedad de la vida, englobando la formación en tantos campos que se necesitan personas lo más versátiles posibles. Si tuviera que destacar alguna característica diría que el especialista debería ser una persona resolutiva, atenta, cercana, paciente y con mucha maña, dispuesta a desempeñar roles que la enfermera comunitaria debe de asumir: proveedora de cuidados directos, soporte, apoyo y escucha, defensora, promotora, líder y animadora, de enlace, coordinadora y facilitadora, educadora, consejera y asesora.

Es ideal que cuente con experiencia previa favorecedora hacia la enfermería comunitaria potenciada durante su formación en el grado de enfermería y en el periodo de prácticas. Destacarías dos características principales: interés por la salud comunitaria y disponibilidad para el trabajo con la familia y la comunidad.

### P.- ¿Es difícil obtener plaza EIR?

**R.-** Es complicado obtener la plaza de residente para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, ya que actualmente no se dispone de plazas suficientes para poder especializarnos en todas las comunidades autónomas y hay que conseguir un puesto alto para poder elegir especialidad y unidad docente.

La situación laboral precaria de la enfermería en España, junto con la necesidad creciente de especializarse que sienten las enfermeras, hace que cada vez sean más las personas que se presentan para obtener una plaza EIR. Este aumento del número de participantes es directamente proporcional a la dificultad del examen de acceso a las plazas de especialistas. Sin duda el

EIR es una carrera de fondo y requiere una gran inversión de tiempo, esfuerzo y dinero que no todas las enfermeras están dispuestas a realizar.

Si lo comparamos con los MIR, la competencia por una plaza MIR se endurece. Hasta cinco veces menos de probabilidades tienen los aspirantes de enfermería de conseguir una plaza respecto a los médicos residentes. A esto se añade la dificultad del examen atribuida al incremento de número de preguntas y el tiempo asignado para su resolución. Se pone en cuestión además el contenido ambiguo de las preguntas de examen en relación al programa oficial de la especialidad.

**P.- ¿Cuál es el horario habitual?**

**R.-** El horario laboral de contratación es en jornada de mañana de lunes a viernes en casi su totalidad, aunque puede depender de varias cosas como del rotatorio del itinerario formativo, el área de salud, e incluso la comunidad autónoma. Principalmente las guardias y algunas rotaciones de su itinerario formativo suelen corresponderse con jornadas de tarde y/o noche.

**P.- ¿Cuál es el número habitual de guardias? ¿Son duras, tranquilas...?**

**R.-** Atendiendo a las recomendaciones del Programa Oficial de la Especialidad, y dependiendo de cada unidad docente, las guardias suelen ser de tres a cuatro guardias mensuales. Ampliadas en su segundo año, y dependiendo de los dispositivos disponibles para su actividad. En general, los EIR suelen estar sobre la plantilla habitual del personal de enfermería, siempre acompañados por un tutor durante las guardias, con diferentes niveles de supervisión según año de residencia. Las que tienen una mayor intensidad y carga de trabajo se localizan en las guardias de urgencias y emergencias, también suele haber una estrecha relación con la época del año que estemos atravesando, llegándose a producir mayor carga de trabajo durante los meses de otoño e invierno.

**P.- ¿Cuáles son las principales rotaciones?**

**R.-** El itinerario formativo de la especialidad que contempla el Programa Oficial de la Especialidad recoge un amplio abanico de competencias que el especialista debe de adquirir durante su periodo de formación, llegando a formarse en diversos campos y rotando por servicios tanto de Atención Primaria como Hospitalaria y otros dispositivos.

En esta especialidad uno de los aspectos formativos destacados recae fundamentalmente en los rotatorios de las Unidades de Apoyo de Atención Primaria: cuidados paliativos, unidad del dolor, planificación familiar, atención a la drogodependencia y conductas adictivas, atención en la adolescencia, salud escolar, equipo de salud mental, y las unidades especializadas en educación en diabetes y la salud pública entre otras. Además, son de trascendencia las rotaciones por la unidad de emergencias extrahospitalarias, así como la consulta de pediatría, con el trabajador social o la matrona del centro de salud.

**P.- ¿Cómo es la actividad habitual del residente?**

**R.-** La actividad habitual del residente durante el horario de trabajo es diversa, pues depende en gran medida de la persona o personas con la que trabajes durante el rotatorio. En un primer periodo los residentes están bajo supervisión directa del tutor en el centro de salud asignado, teniendo una participación práctica de aprendizaje. Las rotaciones suelen ser de una duración variable dependiendo de las competencias que deba adquirir el residente, variando de una semana a un mes. En una segunda etapa en su último año en el centro de salud, los EIR tienen una participación más activa y autónoma, desarrollando proyectos comunitarios, de educación para la salud o manejo más independiente en la consulta de enfermería.

Durante sus dos años de residencia realizan cursos y talleres que complementan su formación.

**P.- ¿Qué tipo de pacientes trata?**

**R.-** Personas que se circunscriben a la zona básica de un centro de salud, en un contexto del individuo, la familia y la comunidad, abordando todos los cuidados necesarios en las diversas etapas de la vida, desde la infancia a la edad senil. Una buena parte de su actividad asistencial se centra en la atención a la patología crónica: personas con hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, EPOC, obesidad o riesgo cardiovascular, entre otros. La enfermera comunitaria, y el EIR en Enfermería Familiar y Comunitaria, es, en definitiva, quien se encargan de educar, guiar, asesorar y dar soporte a los cuidados de estas personas con problemas de salud crónicos, así como a sus familiares y cuidadores contemplados en los planes integrales diseñados para abordar la cronicidad.

El especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria es el profesional que se encarga de planificar la intervención comunitaria en salud y educación sanitaria, creando grupos de trabajo y articulándose de manera coordinada con los diversos recursos de la comunidad (asociaciones, colegios, establecimientos públicos, etc.) o manteniendo una atención individualizada en determinados casos, liderando las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, identificando y captando las personas más vulnerables susceptibles de cuidados y fomentando un estilo de vida saludable en la población sana.

**P.- ¿Cómo es la carga emocional?**

**R.-** La carga emocional de la especialidad es alta pues es muy fácil empatizar con los pacientes. En la consulta de primaria se crea una relación especial con los pacientes, los escuchamos, les solucionamos problemas, nos preocupamos por su entorno social y familiar etc. Por todo esto, se genera un vínculo muy fuerte con el paciente por lo que es fácil que ante situaciones difíciles el profesional se vea involucrado emocionalmente. Sin embargo, considero que no tenemos que tomarlo como algo negativo sino todo lo contrario. El conectar emocionalmente mejora la confianza con la persona y puede ayudar a conseguir objetivos de salud. Por otro lado, desde el punto de vista del profesional sanitario considero que todas estas experiencias y vivencias te hacen mejor profesional y mejor persona.

Se trabaja diariamente con una población asignada, a los que hay que dar seguimiento en cuidados y prevención en salud. Muchos problemas de salud soportan una carga emocional derivada de situaciones familiares, sociales, laborales, educativas... que trasciende en la salud del paciente.

**P.- ¿Cuál es la situación actual de la especialidad? ¿Cómo son las perspectivas laborales, tanto en la pública como en la privada? ¿Tiene alguna subespecialidad?**

**R.-** La situación de la especialidad no es muy optimista a corto y medio plazo. Después de la formación sanitaria especializada no hay continuidad con proyección laboral. La competencia para el desarrollo de la especialidad es exclusiva de las comunidades autónomas y no hay un plan estratégico fijado para consolidarla en un futuro inmediato. Para ello se necesitan crear puestos específicos con funciones asignadas a los especialistas, crear bolsas de trabajo y oferta pública de empleo.

El retraso en la realización de la prueba de competencia por la vía excepcional para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es uno de los mayores frenos que esta demorando la inclusión de los especialistas en el ámbito laboral.

En la actualidad algunas comunidades autónomas como Extremadura, la Comunidad Valenciana, región de Murcia, Madrid, Galicia, Andalucía, La Rioja, Aragón, Canarias, tienen creada la categoría profesional del especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria en sus respectivos servicios de salud, pero tan solo alguna de ellas como es el caso de la Comunidad Valenciana ha creado plazas para los especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria, y Galicia es la única que ha convocado una oferta pública de empleo específica para estos especialistas.

Es de vital importancia que esta situación pueda cambiar para que los especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria, ya formados durante las ocho primeras promociones puedan incorporarse en los diferentes servicios de salud y desempeñar sus cuidados avanzados en beneficio de la salud de la comunidad. En este sentido hay que destacar la encomiable labor que han desarrollado las sociedades científicas de Enfermería Familiar y Comunitaria, como en el caso de la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC a través de sus vocalías territoriales contribuyendo y colaborando en la definición del perfil de los especialistas para su implementación en los servicios de salud.

## *De trabajar e investigar con virus a sentir su efecto en primera persona*

**Albert Cortés Borra**

Enfermero. Máster en Gestión de Servicios de Enfermería.  
Supervisor general de Enfermería en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.  
Director de HUGES – Humanizando la Gestión Sanitaria.  
Codirector de J&C – Gestión Sanitaria.

La pandemia global por COVID-19 sin duda ha marcado muchas vidas, por muchos factores, en el ámbito laboral los profesionales sanitarios se enfrentan a uno de los mayores retos a los que se han enfrentado a lo largo de sus vidas como trabajadores sanitarios, por la presión asistencial, por las condiciones de trabajo, por la escasez de medidas de protección, por disponer de planillas ajustadas, por enfrentarse a un enemigo desconocido y mortal; con todos los miedos que surgen por ello, miedo a la propia infección o la infección de sus familias; y también marcados por la pérdida de familiares y amigos víctimas del coronavirus.

Soy enfermero desde 1984, a lo largo de estos años he desarrollado mi ejercicio profesional en un gran hospital de tercer nivel en la ciudad de Barcelona (España), y se puede decir que en mi *curriculum* profesional hay dos grandes pasiones: la virología y la gestión. Durante más de 13 años mi labor como enfermero la desarrollé en el Servicio de Microbiología, en concreto en el área de virus del Dr. Ignasi Calicó, uno de los pioneros de la virología en España, sin duda esta etapa profesional me hizo conocer y aprender mucho sobre virus y su comportamiento en la denominada virología clínica. Los virus han estado y estarán presentes en nuestras vidas, y seguirán dando batalla a los profesionales por su adaptabilidad al medio, su capacidad de mutación y, por supuesto, su infectividad y morbimortalidad. En nuestros cultivos celulares podíamos aislar: citomegalovirus, herpes simple, varicela-zóster, adenovirus, enterovirus (ECHO, polio y coxsackie), influenza y parainfluenza, rinovirus, reovirus, incluso realizamos hallazgos de *Toxoplasma gondii*, nos atrevimos al aislamiento de *Chlamydia trachomatis*, y también llegamos a aislar coronavirus.

Quién me iba a decir en esos tiempos que los virus, y en concreto el coronavirus, iban a marcar mi vida como lo ha hecho durante esta pandemia, quién me iba a decir que yo sería una segunda víctima, una víctima colateral, pero víctima al fin y al cabo del SARS-CoV-2. Nadie en su sano juicio sería capaz de imaginar la situación que nos está tocando vivir, esta gravísima situación mundial donde un virus de un tamaño ínfimo está poniendo en jaque a todos los sistemas sanitarios, a su dirigentes y por supuesto a los profesionales; si nos lo hubieran dicho, nuestra respuesta hubiera sido: "esto es imposible".

Actualmente soy supervisor general de enfermería en el área materno-infantil de mi hospital, he vivido el comienzo de la crisis sanitaria debido a mi puesto de responsabilidad: los primeros casos sospechosos de COVID-19; suministrar EPI a los profesionales: batas, mascarillas, guantes, gel hidroalcohólico; participar de las sesiones clínicas virtuales para estar al día de las últimas novedades; leer con avidez artículos científicos sobre el coronavirus; poder hablar con las enfermeras del turno que se mostraban preocupadas por ese desconocido virus que estaba siendo protagonista de nuestras vidas; y ver cómo se extendía desde China a Europa, llegando a España y a Barcelona.

El cambio en mi vida empezó a suceder a mediados de marzo, mi familia es una familia unida, que ante cualquier problema que pueda surgir se vuelca en buscar la solución y esta es la historia de cómo la COVID-19 entró de lleno en nuestras vidas, y en concreto en la mía. Recibir la llamada de tu suegra que te dice "el papa tiene fiebre", la primera respuesta que se te pasa por la cabeza es decirle "seguro que se ha resfriado", ya que mi suegro, Paco, a pesar de sus 87 años, era una persona

totalmente autónoma y activa, siendo el pilar de su casa y cuidador principal de su esposa con enfermedad de Parkinson con un grado de discapacidad superior al 75%. Ese día seguimos controlando la temperatura a distancia, con constantes llamadas telefónicas para saber si seguía con fiebre o no, al ver que la fiebre no desaparecía tomamos una doble decisión, ir a vivir a su casa para poder hacer un mejor seguimiento y al mismo tiempo acudir al centro de salud, para que su médico le explorase y valorase esa fiebre.

La respuesta del médico fue que la exploración respiratoria era normal, que no había signos de neumonía, y que debíamos seguir con la valoración de su temperatura controlándola con antitérmicos. Así hicimos, pero la fiebre seguía a pesar de lo que hacíamos para disminuirla. Volvimos a acudir al centro de salud, y nuevamente la respuesta de la doctora fue la misma: "la auscultación es normal, la saturación de O<sub>2</sub> también", vuelta a casa, control de temperatura y saturación de O<sub>2</sub> constantemente, y seguía manteniéndose con fiebre y saturaciones aceptables, sin disnea, sin una tos que sugiriera algo distinto. Hasta que una mañana antes de las 8, la saturación descendió a 88, recomprobada hasta cuatro veces, la fiebre mantenida, la decisión es clara: ambulancia y traslado al hospital, a mi hospital. Llegamos a urgencias y todo estaba en pleno caos, decenas de ambulancias llevando a pacientes con sospecha de infección respiratoria, los técnicos de transporte sanitario equipados con sus equipos de protección individual (EPI), las mascarillas de uso imprescindible para todos los que estamos allí... Por suerte el triaje en urgencias es rápido, no deja de ser mi hospital, y puede pasar ya a la zona de espera de pacientes sospechosos de COVID-19, por protocolo debe entrar solo, pero al identificarme como supervisor de enfermería puedo acompañarle.

La espera en urgencias se hace eterna, la palabra "desbordado" no es suficiente para describirlo, las enfermeras, auxiliares y médicos están trabajando de manera incesante, todos los boxes de ataque están llenos, con el cartel de "Aislamiento por infección respiratoria" colgado en las puertas siempre cerradas de las habitaciones. A mi manera intento calmar su ansiedad, la ansiedad lógica que cualquier paciente esperando diagnóstico tiene, pasan las horas y se le puede realizar el frotis nasofaríngeo para determinar por PCR si es portador del virus; y vuelta a esperar, sentado en la silla de ruedas, que cuando nuestro hijo David entra a trabajar, él es celador en el hospital, se la cambia por una más cómoda. Seguimos esperando. Paco está en ayunas, lógicamente nervioso, mi esposa con la que me comunico a través del teléfono móvil espera en el parking del hospital, la fiebre se mantiene y la saturación de O<sub>2</sub> parece mejor ya que el oxígeno hace su función. Por la tarde se le puede asignar un box y pasar a una situación más cómoda, dejar la silla de ruedas y poder acostarse en una camilla; allí ya es explorado por uno de los médicos de urgencias, se le practica una radiografía de tórax y prescribe antibióticos y paracetamol. Aún esperamos los resultados de la PCR, por fortuna puedo estar con él acompañándole en el box, con varias visitas de David, que se escapa de su labor profesional para estar con su abuelo.

Ya es de noche, y puede cenar, el enfermero que le atiende le sirve la cena, que más o menos come, esperando tener noticias, que llegan a través del médico que le ha visitado anteriormente: "la PCR es positiva y la placa muestra signos de neumonía", advirtiéndome del mal pronóstico de Paco, más tratándose de un paciente que a pesar de su muy buen estado general, tiene una edad crítica ante el coronavirus. Una vez diagnosticado no puedo ya estar con él, y únicamente puedo despedirme dándole ánimo y pidiéndole que sea fuerte y luche, y haga caso de todas las recomendaciones que le den: "Paco, sé fuerte y saldrás adelante", y con todo mi pesar debo salir de urgencias, dejándole solo allí, es la última vez que lo podré ver.

A partir de ese momento las emociones se desatan, debo comunicar a mi esposa que su padre es positivo, que su padre se queda ingresado a la espera de cama en una unidad de hospitalización. Su reacción es lógica y comprensible, rompe a llorar y no veo la manera de calmarla, por mi parte intento mantener la calma y ser optimista, pero en mi interior me corroe el miedo, el miedo a las devastadoras consecuencias del coronavirus en pacientes de edad avanzada.

Debemos aislarnos para prevenir infectarnos nosotros, y durante esos días (14) vamos a estar cada uno en una habitación, llevando en casa mascarilla y guantes, extremando las precauciones, ya que tanto mi esposa, mi suegra, mi hijo y yo hemos tenido contacto con el coronavirus, mientras Paco sigue en el hospital luchando contra su destino, solo en la habitación 409. Cada día somos informados telefónicamente por el médico responsable, pero las informaciones que recibimos no son para nada optimistas, a pesar del tratamiento y de la oxigenoterapia, la evolución no es favorable, puesto que sin oxígeno desatura a cifras muy bajas, y nos dice que debemos estar preparados para lo peor. Para evitar que mi esposa sea la interlocutora con el equipo médico llamo para que pongan mi número de teléfono y sea yo quien hable con ellos. Sigue con desaturaciones a pesar de la Monaghan y morfina para facilitar el trabajo respiratorio, mi papel es difícil, ya que debo mostrar ante mi familia la esperanza necesaria, pero soy consciente de la gravedad y el mal pronóstico. No poder estar con él, pensar en su soledad en la habitación es muy duro y cruel, no poder acompañar a alguien querido, que lucha contra el destino te hierde totalmente, en estos días interminables solo es visitado por el equipo del hospital, y Paula, la novia de

David, que también trabaja en el hospital puede entrar a saludarle y animarle diciéndole que todos estamos bien, sobre todo su esposa e hijas, esta visita nos reconforta, ya que al menos ha podido ver a alguien conocido aunque sea enfundada en su EPI.

Son las 5 de la mañana y recibo una llamada, es la médico de guardia, que me informa que hay empeoramiento clínico irreversible, que van a proceder a aplicar medidas de confort: midazolam y morfina. El fin está cerca, una persona fuerte, vital, autónoma e independiente va a sucumbir por la infección por coronavirus, y he de transmitir el mensaje a mi esposa, decirle que no hay nada a hacer. Es durísimo ver a tu mujer destrozada por la noticia, sin posibilidad de consuelo, sin poder abrazarla al estar en esta situación de aislamiento, sin poder hacer nada, desde la distancia y nuestro aislamiento no nos queda más que esperar la llamada final.

Yo no suelo llevar el timbre del teléfono con volumen activado, pero ese día llevo el volumen a tope, esperando que no suene... pero suena, y desgraciadamente el 22 de marzo a las 17:30 h recibo la llamada que nunca deseas recibir.

No puedo describir todo lo que siento y vivo en ese momento, es una sensación extraña, donde intentas mantener la calma, pero interiormente no puedes, no puedes por el solitario adiós de Paco, por la lógica reacción de mi esposa y de mi suegra, por no haber estado allí, por no haber hecho más, por no haber estado a la altura de las circunstancias, por no haber actuado antes, por todas estas cosas, me siento mal, pero no puedo demostrarlo, mi papel debe ser de ayuda, consuelo y soporte emocional, un soporte emocional a distancia, ya que estamos aislados y no podemos abrazarnos ni tan siquiera tocarnos. Es todo tan cruel, no poder consolar a tu esposa que acaba de perder a su padre, no poder demostrar que estás presente, no poder llorar abrazados por la durísima pérdida de una grandísima persona.

Soy una segunda víctima del coronavirus, como hay miles en todo el mundo, esta pandemia global nos ha sumido en una deshumanización brutal, ha roto todos los esquemas del sistema sanitario, impidiendo estar con los pacientes, impidiendo dar la mano a quién lo necesita, impidiendo estar al lado del que sufre en soledad la enfermedad. Es tan impactante que no te puedes recuperar de este impacto, por mucho que lo intentes no sales adelante, y los pensamientos te corroen por dentro, porque sientes que no has hecho bien las cosas, que no has actuado como tal vez se debería. No puedo concentrarme, no puedo dejar de pensar, no puedo dejar de tener ese nudo en el interior, sumado al sufrimiento y dolor de mi familia, a la que debo apoyar y ayudar, y no veo la manera de hacerlo. El coronavirus nos ha marcado para siempre, ahora mi único objetivo vital es estar con ellos, honrando la memoria de Paco, y aprendiendo de sus enseñanzas, tal como dije en su día: cuando se pueda salir a comer fuera de casa sin riesgos, me tomaré a su salud un "valenciano" de postre, que es un zumo de naranja natural con una bola de helado de vainilla, este será a partir de ahora mi humilde homenaje a una persona que me acogió en su familia con los brazos abiertos, a una persona con la que compartí horas y horas de charla, a pesar de nuestras divergencias tanto políticas como futbolísticas, siempre las zanjábamos con una sonrisa, una persona que me enseñó valores imprescindibles para crear una familia.

Mi vida ha cambiado, mis objetivos vitales también, ya que de alguna manera Paco está dentro de mí, y he de seguir su labor: cuidar de su esposa para que viva lo mejor posible, y querer mucho a su hija, mi esposa Sandra, no puedo ocupar su lugar, pero lucharé siempre porque a pesar de la tristeza y el dolor que nos acompaña, puedan recuperar parte de la felicidad perdida.

*"Paco t'estimo, gràcies per tot!"*