

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ



Expresiones Médicas

“Escribir da vida al conocimiento”

COVID-19: avances de una pandemia



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
CIUDAD JUÁREZ

Expresiones Médicas

"Escribir da vida al conocimiento"

Publicación del Programa de Médico Cirujano
Instituto de Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez



E-MAIL

expresionesmedicas@uacj.mx

INTERNET

<https://erevistas.uacj.mx/ojs/>

JUAN IGNACIO CAMARGO NASSAR

Rector

DANIEL ALBERTO CONSTANDSE CORTEZ

Secretario General

BEATRIZ ARACELI DÍAZ TORRES

Coordinadora General de Investigación y Posgrado

JESÚS MEZA VEGA

Director General de Comunicación Universitaria

SALVADOR NAVA MARTÍNEZ

Director del Instituto de Ciencias Biomédicas

JORGE IGNACIO CAMARGO NASSAR

Jefe del Departamento de Ciencias de la Salud

CARLOS TADEO PERZABAL AVILEZ

Coordinador del Programa de Médico Cirujano

La edición, diseño y producción editorial de este documento estuvieron a cargo de la Dirección General de Comunicación Universitaria, a través de la Subdirección de Editorial y Publicaciones.

Corrección:

JORGE HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Formación y diseño editorial:

KARLA MARÍA RASCÓN GONZÁLEZ

Foto de portada: ANNA SHVETS EN PEXELS

D. R. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 2022

La revista **Expresiones Médicas** es el órgano oficial de difusión científica y cultural del Programa de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ).

Es una publicación cuatrimestral y de acceso abierto gratuito en línea a texto completo en idioma español. La revista **Expresiones Médicas** es editada por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez con recursos propios con domicilio en Av. Benjamin Franklin núm. 4650, zona Pronaf, C. P. 32310, Ciudad Juárez, Chih., en el Instituto de Ciencias Biomédicas, edificio B. Tel. (656) 688 38 00. Página web: <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/expemed/index>.

Reserva de uso exclusivo núm. 04-2021-101815184800-203.

ISSN: En trámite. Ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

El contenido de los artículos publicados es responsabilidad de cada autor y no representa el punto de vista de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez ni de la revista **Expresiones Médicas**. Se autoriza cualquier reproducción parcial o total de los contenidos o imágenes de la publicación, incluido el almacenamiento electrónico, citando invariablemente la fuente del contenido y dando los créditos autorales.



Misión

Ser un medio de difusión de publicaciones científicas referentes al ámbito de la salud, que sirvan a la comunidad estudiantil de los programas educativos del Departamento de Ciencias de la Salud, así como al cuerpo académico e investigador del Instituto de Ciencias Biomédicas, a través del desarrollo de artículos, colaborando a la formación integral de quienes aportan trabajos y elaboran la revista para su aprovechamiento académico, profesional y social.

Visión

Ser reconocida por la comunidad científica local, regional, nacional e internacional como una publicación de actualización y relevancia académicas en el ámbito de la salud, y, al mismo tiempo, ser un espacio de formación y reconocimiento para los investigadores de pregrado. Buscamos formar parte de las bases bibliográficas más reconocidas en el mundo científico, excediendo las expectativas de nuestros lectores y suscriptores.

*Su función prioritaria es la docencia, adecuadamente vinculada a la investigación y la extensión.
La formación integral que reciben sus estudiantes en conocimientos, habilidades y valores,
les permite ser competitivos y abiertos al cambio.*

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Luis Javier Casanova Cardiel
Editor en Jefe

Cristina Quezada Lara
Dirección General

Brian Eduardo Casio Iracheta
Secretaría General

Juan Alexis Quintero Cervantes
Subdirección de Edición

Amaury Hazael Brizuela Reyes
Lizet Valles Montaña
Luis Carlos Rivero Bugarini
Imelda Alejandra Barrios González
Editores

Areli Martínez Enríquez
Jonathan Iram Valenzuela Sánchez
Briana Mariely García Llanes
Editores Jr.

María José Carmona García
*Subdirección de Publicidad
y Distribución*

Rafael Cueto Fernández
Priscilla Andrea Gardea Pacheco
David Aarón Bujanda Sandoval
Anahí Carrasco Chávez
Luis Roberto Medrano Ginez
Publicidad y Distribución

Luisa Fernanda Peña Martínez
*Subdirección de Edición Gráfica
y Corrección de Estilo*

Jessica Irán Erives Sedano
Lucía Flores Chávez
Andrea Naría Vázquez Varela
Edición Gráfica y Corrección de Estilo

CONSEJO EDITORIAL

Dra. Rosa Manuela Salas Escageda
Dra. Elisa Barrera Ramírez
Dr. Luis Ignacio Ángel Chávez
Dr. Rafael Mauricio Marrufo
Dra. Melissa Flores Franco
Dr. Ricardo Escudero Monteverde
Mtro. Luis Gerardo Peña Martínez
Dr. Pablo Barac Angulo Hernández
Dra. Edna Rico Escobar
Mtro. Valente David Aguirre Flores
Dr. Miguel Ángel Alfaro Ávila
Dr. Mario Josué Sandoval Falconi

Índice

Carta del Editor	7
-------------------------------	----------

Reflexiones sobre infección por SARS-COV-2 en pacientes pediátricos <i>Peña-Martínez, Luisa F.;</i> <i>Quezada-Lara, Cristina;</i> <i>Brizuela-Reyes, Amaury H.;</i> <i>Carrasco-Chávez, Anabí;</i> <i>Bujanda-Sandoval, Aarón D.;</i> <i>Medrano-Ginez, Luis R.;</i> <i>Carmona-García, María J.;</i> <i>Valles-Montaño, Lizet</i>	11
--	-----------

ENTREVISTAS

Dr. Alejandro Ortiz Arroyo <i>Médico internista, cardiólogo e intervencionista del</i> <i>Centro Médico de Especialidades • Ciudad Juárez</i>	29
--	-----------

Mtra. Dina Salgado Sotelo <i>Presidenta de la Unión de Sordos del Estado de</i> <i>Chihuahua, A. C. • Maestra de Lengua de Señas</i> <i>Mexicana</i>	36
---	-----------

Dra. Cynthia Nayeli Cuevas Luján <i>Médica anestesióloga del Hospital General de Zona</i> <i>n.º 35 del Instituto Mexicano del Seguro</i> <i>Social (IMSS)</i>	39
---	-----------

Mtra. Martha Lorena Carmona <i>Maestra de escuela primaria de El Paso, Texas.....</i>	43
Dr. Alejandro Iván Lozano Salgado <i>Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).....</i>	47
Enf. María de los Ángeles Zamarripa Cárdenas <i>Enfermera del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)</i>	53
Dr. Gregorio Peña Rodríguez <i>Médico familiar • Presidente del Colegio de Médicos Familiares de Ciudad Juárez, A. C.</i>	56
P. M. Gabriela Sánchez Flores <i>Paramédica de la Cruz Roja Mexicana.....</i>	62
Alexis Aguilar Arellanes <i>Estudiante de la Licenciatura en Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) • Brigadista.....</i>	69
Irvin Daniel Carrillo González y Said Carrillo Yépiz <i>Padre e hijo.....</i>	74
Víctor Romero <i>Cadete de la Academia de Policía.....</i>	78



Carta del Editor

Aquel que no haya sido tocado por esta pandemia, para al menos reflexionar sobre sí mismo, es un caso perdido para construir sociedad, al menos la que se intenta desde el punto de vista occidental: libre, igualitaria y fraterna. Nunca dejará de ser importante la añeja consigna metafísica de concéte a ti mismo. El episodio que hemos vivido, y que estamos viviendo porque aún hay rebrotes, ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad e incertidumbre a las que está sujeto todo ser viviente sobre la tierra.

Al discutir sobre los múltiples efectos que trae la infección por el SARS-COV-2 sobre el individuo, un residente, sabio, preguntaba: ¿esto quiere decir que después de esta infección tenemos un humano diferente? La respuesta es sí, totalmente diferente. Las repercusiones son una y mil sobre lo biológico, lo psicológico y lo social, y sobre la constante interacción de los mismos.

Las acciones que el coronavirus tiene a nivel celular son variadas, con tres posibilidades de expresarse en un individuo: la primera, y seguramente la más común e identificable solo mediante la demostración de anticuerpos específicos, es la seroconversión en forma asintomática, como ocurre con la mayoría de las infecciones virales; la segunda, con síntomas que ponen de manifiesto que se ha montado una respuesta inmune, protectora y no-destructiva; y la tercera, con una

respuesta inmune enérgica que no ha sido posible frenar o regular y que lleva al individuo a la muerte, hágase lo que se haga. La posibilidad de recuperación de un paciente no depende del tratamiento maravilloso echado a andar por el sesudo doctor, sino por la capacidad residual que queda de la función pulmonar dañada. Claro que en esta última presentación influye el lugar y quien atiende al paciente; lo que determina la posibilidad de sobrevivir.

Se puso así de manifiesto la carencia de médicos capacitados, principalmente en terapia intensiva, y el manejo fino y experto que exige una ventilación adecuada. Algo tiene que hacerse para generar una mayor capacitación en los trabajadores de la salud. Es forzoso tener un especialista en terapia intensiva en todos los turnos, única alternativa para lograr los mejores desenlaces. En muchos lugares el abandono fue una constante. La pregunta que surge ante comentarios oportunistas y descalificadores es: y tú, ¿qué hiciste o qué vas a hacer para resolver las cosas? No son pocos los que abandonaron el barco en medio de la tormenta. Empatía y solidaridad son dos acciones a desarrollar en el futuro.

En nuestro entorno hay que dedicar atención especial a la diabetes *mellitus* 2 y a la obesidad. Son innumerables los casos de COVID-19 mortales donde los pacientes no sabían que eran diabéticos hasta que lo evidenció la enfermedad. Ciudad Juárez es la ciudad con mayor prevalencia nacional de diabetes *mellitus* 2, por lo que los estudiantes de Medicina deben saber diabetes en todas sus áreas. Solo así será posible que en el futuro no exista tanto paciente diabético sin diagnosticar —y sin tratar, que es lo más grave—, ya que la hiperglucemia persistente implica un estado de inflamación crónica y ocasiona daño tisular muchas veces irreversible. Así que, desde el lado estudiantil,

es imprescindible y necesario estudiar la diabetes de la *a* a la *z* y promover en todos los pacientes que nos toque atender el que se enteren si son diabéticos, ya sea mediante la determinación de hemoglobina glucosilada o glucemia en ayunas. Esta medida de prevención debemos extenderla a familiares y amigos con la consigna de que no puede haber diabéticos sin conocer que lo son. Otra medida de prevención que debemos recomendar a nuestros pacientes, familiares y amigos, es que tengan actividad física y practiquen restricción calórica sana. La obesidad es un problema serio de salud pública que hay que resolver.

Son innumerables los efectos que esta pandemia tiene y tendrá sobre la psique de los individuos; el haber perdido a uno o varios miembros de la familia, a veces familias enteras, compañeros de trabajo, se constituye en verdaderos dramas sociales cuyas repercusiones tendremos que enfrentar todos. Es importante aquí destacar la pobreza, con el estrés social que genera, como una causa posible de la mala evolución de muchos pacientes. La carga alostática que tienen genera niveles altos de inflamación crónica que determinan el pronóstico, como ha sido demostrado en cardiopatía isquémica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La pobreza mata más que la enfermedad misma.

Nunca se había visto un fenómeno parecido en las cuatro generaciones que convivimos actualmente. Todos los sistemas de salud han sido rebasados sin excepción: desde el primer mundo hasta los países más pobres han sido avasallados por un evento que va más allá de los posibles escenarios que se hubieran planteado; impensables tampoco las soluciones. Impotentes todos, hemos visto que la voluntad, en ocasiones más voluntarismo, no basta para atenuar los efectos de este tipo de pande-



mias, que casi por seguro no será la última. Existen, de cualquier forma, eventos venturosos que han tenido un efecto innegable sobre el curso de esta enfermedad. La producción en masa de vacunas y su aplicación han sido de lo más positivo que ha hecho el humano hasta este momento. Es destacable aquí que Ciudad Juárez, con todos sus actores, ha logrado porcentajes altos de vacunación, lo que convierte ahora a la epidemia como la de los no-vacunados o aquellos que no lograron inmunidad protectora con la vacuna. Ya vendrán otras opciones de tratamiento que habrá que evaluar en forma protocolizada, para que no vuelvan a repetirse fenómenos de irracionalidad derivados de la desinformación y de la mala información. En forma paradójica, en un mundo inimaginablemente comunicado, la desinformación y la mala información ganan amplios espacios. Son innumerables los casos donde el monstruo se consume a sí mismo. Que nos sirva de experiencia para que en futuras epidemias no aparezcan otra vez las drogas o tratamientos maravillosos o milagrosos: nunca más a las hidroxicloquinas, a las ivermectinas, a los dióxidos de cloros, a las dosis tóxicas de vitamina C, a los antirretrovirales, a las dexametasonas en pacientes que no se complicarán, a las variantes arrojadas como más virulentas y más contagiosas sin estudios sólidos que lo sustenten, etcétera. Tratamientos que en muchas ocasiones han sido nocivos y han retrasado la atención en salas de terapia intensiva, perdiendo los momentos precisos y preciosos en que es pertinente y salvadora la asistencia mecánica ventilatoria.


Siempre será importante destacar la labor de los servicios de enfermería, pilar fundamental del sistema de salud en el país, sin cuyo concurso y profesionalismo las consecuencias de esta pandemia serían de verdadera catástrofe. Gracias a todos ellos.

Por todo lo anterior —seguramente muchas cosas se escapan—, hemos decidido darle voz a diversos actores de la sociedad, quienes nos darán un panorama amplio sobre esta pandemia y que seguramente tendrán el atributo de ser valiosos ahora, y más en el futuro, para evitar, en la medida de lo posible y con lo que tengamos, caer en los mismos errores o fallas que se hayan cometido.

Dr. Luis Javier Casanova Cardiel
Editor en Jefe







Reflexiones sobre infección por SARS- cov-2 en pacientes pediátricos

Peña-Martínez, Luisa F.¹

Quezada-Lara, Cristina²

Brizuela-Reyes, Amaury H.³

Carrasco-Chávez, Anabí⁴

Bujanda-Sandoval, Aarón D.⁵

Medrano-Ginez, Luis R.⁶

1 Estudiante de sexto semestre del Programa de Médico Cirujano de la UACJ. Correo: al175061@alumnos.uacj.mx
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9820-9934>.

2 Estudiante de noveno semestre del Programa de Médico Cirujano de la UACJ. Correo: al155112@alumnos.uacj.mx
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5266-0030>.

3 Estudiante de décimo semestre del Programa de Médico Cirujano de la UACJ. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0644-4668>.

4 Estudiante de séptimo semestre del Programa de Médico Cirujano de la UACJ. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7608-7294>.

5 Estudiante de séptimo semestre del Programa de Médico Cirujano de la UACJ. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1981-4915>.

6 Estudiante de séptimo semestre del Programa de Médico Cirujano de la UACJ. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9188-2357>.

Resumen

La COVID-19 es causada por el SARS-COV-2 sin distinción significativa de género, observando una mayor incidencia de este padecimiento en pacientes de edad adulta; sin embargo, no se excluye al grupo de pacientes menores de dieciocho años de padecer esta enfermedad, encontrando una mayor variedad de manifestaciones clínicas extrarrespiratorias con complicaciones como el síndrome multiinflamatorio sistémico en pediátricos (MIS-C), por lo que resulta de importancia la adquisición de conocimiento respecto al comportamiento, tratamientos disponibles y prevención para la COVID-19 en pacientes pediátricos.

Palabras clave: complicaciones; COVID-19; menores; SARS-COV-2; signos y síntomas; síndrome; terapéutica.

Abstract

COVID-19 is a disease caused by SARS-COV-2, which does not distinguish between gender but between ages, as it has been observed a major incidence in adult patients rather than in children or patients under the age of 18 in which a wide range of clinical manifestations have been found along with complications like multisystemic respiratory syndrome in children (MIS-C), reason

7 Estudiante de décimo semestre del Programa de Médico Cirujano de la UACJ. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3023-6810>.

8 Estudiante de décimo semestre del Programa de Médico Cirujano de la UACJ. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0644-4668>.

why it is an important matter to acquire knowledge of the behavior, treatment, and prevention of COVID-19 among pediatrics.

Keywords: complications; COVID-19; minors; SARS-COV-2; signs and symptoms; syndrome; therapy.

Introducción

La clasificación actual de los coronavirus reconoce la existencia de treinta y nueve especies distribuidas en veintisiete subgéneros, cinco géneros y dos subfamilias pertenecientes a la familia *Coronaviridae*. El SARS-COV-2, causante de la enfermedad COVID-19, pertenece a la familia de los Severe Acute Respiratory Syndrome-related Coronavirus (SARS, por sus siglas en inglés), presentándose clínicamente como una infección ocasionada por zoonosis, pero diferente a los otros dos coronavirus zoonóticos: el SARS-COV y el MERS-COV (Middle East Respiratory Syndrome-related Coronavirus), que se presentaron a inicios del siglo [1].

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha proporcionado definiciones de casos para la vigilancia epidemiológica de la COVID-19, las cuales se basan en la información sistematizada y disponible al público en general. Las siguientes definiciones proporcionadas por la OPS serán utilizadas a lo largo de la revisión [2]:

1. Caso sospechoso por el SARS-COV-2: persona de cualquier edad que cumple con los siguientes criterios clínicos y epidemiológicos:
 - a. Aparición súbita de fiebre y tos;
 - b. Aparición de tres o más signos, como fiebre, tos, fatiga, cefalea, mialgia, faringodinia, congestión nasal, astenia, adinamia, anorexia,

- náuseas, vómito, diarrea o alteración del estado mental;
 - c. Haber convivido en un entorno de alto riesgo para la transmisión del virus (eventos masivos, entornos residenciales cerrados o espacios con poca ventilación) catorce días previos al inicio de los síntomas;
 - d. Haber trabajado en establecimientos de atención para la salud en algún periodo de catorce días previos al inicio de los síntomas.

- 2. Caso probable de infección por el SARS-COV-2:
 - a. Paciente que cumple los criterios clínicos del apartado anterior y tuvo contacto con un caso posible o confirmado, o con un conglomerado de casos confirmados de la COVID-19;
 - b. Caso sospechoso con imágenes sugestivas de la COVID-19 en estudios de imagen del tórax;
 - c. Persona con anosmia o ageusia de reciente comienzo en ausencia de otra causa;
 - d. Fallecimiento, sin otra causa conocida, de un paciente con dificultad respiratoria antes del deceso que haya estado en contacto con un caso probable o confirmado, o con un conglomerado de pacientes positivos a la COVID-19.

- 3. Caso confirmado de infección por el SARS-COV-2:
 - a. Persona que tiene un resultado positivo en una prueba de transcripción reversa de reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) del SARS-COV-2;

- b. Persona con resultado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-COV-2 y cumple con los criterios A y B de caso probable o con los criterios de caso sospechoso.
- c. Individuo asintomático que tiene un resultado positivo en la prueba rápida de detección de antígenos del SARS-COV-2 y ha estado en contacto con un caso probable o confirmado.

El objetivo de esta revisión es proporcionar el panorama actual en cuanto a la epidemiología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento sintomático de la COVID-19 en pacientes menores de dieciocho años, enfatizando la importancia que tiene la prevención de esta enfermedad.

Epidemiología

Al 5 de noviembre de 2021, la situación epidemiológica reporta 248 467 363 casos confirmados de la COVID-19 a nivel mundial con 5 027 183 defunciones registradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualmente, el continente con el mayor número de casos registrados es América (94 077 975 casos), seguido de Europa (78 188 551 casos) y, en tercer lugar, el sureste de Asia (44 074 896 casos). Estados Unidos es el país con más casos registrados en el mundo con un total de 45 968 940 casos confirmados [3]. De los casos reportados a la OMS por edad, con fecha de corte al 29 de septiembre de 2021, la población menor de 5 años representa el 1.8 % de los casos globales (1 695 265); de los 5 a los 14 años, el 6.3 % (6 020 084); y de los adultos jóvenes entre 15 a 24 años, el 14.5 % (13 647 211), con una mortalidad menor a 0.4 % de los casos globales [4].



Los casos acumulados totales en México al 2 de noviembre de 2021 son 3 811 793, de los cuales la mayoría se concentran en la Ciudad de México, Estado de México y Nuevo León, mientras que los estados que han registrado un menor número de casos son Tlaxcala, Campeche y Chiapas. La tasa de incidencia acumulada nacional es de 2888.4 casos por cada 100 000 habitantes, con una mediana de edad de 39 años y una mayor prevalencia de casos activos en mujeres. A diferencia del inicio de la pandemia, el último reporte muestra que la mayor parte de los casos se encuentran en los grupos de 20 a 49 años y el de mayores de 60, mientras que los grupos de 0 a 9 años y el de 10 a 19 años no alcanzan los 5000 casos en ninguna semana epidemiológica del periodo 2020-2021 [6].

Al 5 de noviembre de 2021, Chihuahua contaba con 82 055 casos acumulados de la COVID-19, con una mayor incidencia de casos en el grupo de 30 a 39 años; asimismo, el grupo de 0 a 17 años contaba con menos de 200 casos confirmados por semana en el periodo de vigilancia 2020-2021. La incidencia estatal de la COVID-19 es de 2158 casos por cada 100 000 habitantes; Ciudad Juárez se mantiene como el municipio con el mayor número de casos confirmados, con 35 336 casos acumulados, seguido de los municipios de Chihuahua (24 361 casos) y Parral (3579 casos) [7].

De acuerdo con el 34.º Informe Epidemiológico de la situación de la COVID-19 proporcionado por la Secretaría de Salud, para la semana 42 de 2021 se registró una tasa de letalidad global del 2.03 %, con una tasa de letalidad del 2.45 % en América, siendo una de las más altas en el mundo [8]. Se han registrado 282 227 defunciones totales de la COVID-19 confirmadas y 13 396 sospechosas en México, principalmente en hombres. El estado de Chihuahua ha regis-

trado 214 fallecimientos por cada 100 000 habitantes con 8153 defunciones acumuladas en el periodo 2020-2021, de las cuales hay menos de 10 muertes en el grupo de 0 a 17 años [7; 8].

Predisponentes de la infección

Resulta de importancia clínica el conocimiento de las comorbilidades que facilitan o empeoran el cuadro clínico de la COVID-19, entre las cuales se han nombrado diversas enfermedades sistémicas y crónicas que aumentan el riesgo relativo de ser infectado por el SARS-COV-2. La enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares, diabetes *mellitus* e hipertensión arterial, se asocian con un aumento de 3 a 5 veces más de riesgo de enfermedad grave. Otros padecimientos, como las inmunodeficiencias e infecciones respiratorias, se han asociado con un peor desarrollo clínico de la enfermedad, así como el hábito tabáquico, enfermedad respiratoria crónica y enfermedades a nivel hepático [9].

Dentro del grupo de los niños, aquellos que presentan otro tipo de comorbilidades (enfermedades cardíacas o pulmonares, desnutrición, etcétera) se encuentran aún en mayor riesgo de transmisión, ya que los hace más vulnerables a contraer la infección [10]. La transmisión entre pacientes pediátricos suele ser mínima y, a pesar de que la evidencia sugiere que este grupo no es el foco principal de transmisión, en la gran mayoría de los países fueron sujetos a las mismas reglas de aislamiento que los adultos, lo que incluyó el cierre de las escuelas; ante esta medida no se ha mostrado ninguna evidencia concluyente de que haya disminuido el número de contagios en los niños [11].



Mecanismo de transmisión

Previo a la COVID-19, la humanidad ha estado en contacto con otros miembros de la familia *Coronaviridae*, los cuales son responsables en gran parte de las presentaciones del ya conocido —y nada temido— resfriado común, hasta que en 2019 se inició la propagación y contagios del SARS-COV-2: un nuevo tipo de coronavirus con capacidades patógenas alarmantes y altamente transmisible de individuo a individuo por medio de partículas virales suspendidas en el aire, las cuales logran entrar al organismo mediante la exposición de las vías respiratorias. Diversas investigaciones han confirmado la presencia de ARN viral, tanto en vías respiratorias altas como en heces, y en menor medida, en orina y sangre, lo que implica que la suspensión del virus en el aire puede deberse tanto por fluidos expulsados por las vías aéreas como mediante partículas provenientes de la defecación, que al recibir un impulso mecánico por acción del retrete producen aerosoles cargados del virus [11; 16; 17].

Entre los mecanismos de patogenicidad del SARS-COV-2 resalta el mecanismo basado en una capa de glicoproteínas ubicadas en la porción exterior del virus, denominadas proteínas espiga, que forman parte crucial del mecanismo de infección, ya que mediante dichas proteínas se logra la unión con la enzima convertidora de angiotensina (ECA 2), la cual tiene una expresión alta en epitelios de vías aéreas, así como en riñón, páncreas, tejido gastrointestinal, corazón, sistema nervioso, monocitos y macrófagos, así como en otros tejidos a menor medida [11; 18]. La ECA 2 tiene como función convertir la angiotensina II a angiotensina 1-7 (Ang 1-7) [20] en angiotensina 1-9 (Ang 1-9), las cuales actúan como vasodilatadores y tienen efectos antiproliferativos y natriuréticos [22]. Cabe recalcar que esta vía

de infección descrita es solo una de las muchas otras posibles, pues existen otros receptores y diversas proteínas del virus que pueden formar unión con la célula humana, y sus efectos son múltiples.

A diferencia del cuadro clínico y gravedad observada en pacientes adultos, la mayoría de los pacientes pediátricos cursa un cuadro de infección por la COVID-19 con síntomas más leves, planteando que esto puede atribuirse a que los niños experimentan constantemente infecciones respiratorias, generando altas concentraciones de anticuerpos contra la familia *Coronaviridae*. También, se propone que la expresión del receptor influye en gran medida, pues suele expresarse en los primeros meses de vida para después dejar de hacerlo y, posteriormente, ir aumentando su expresión conforme se llega a la edad adulta. Por otro lado, tenemos el papel de la inmunidad en desarrollo en estos pacientes, lo que implicaría una respuesta distinta a la de un sistema inmune maduro, como el de un adulto. Cabe aclarar que en diversos estudios, se ha demostrado que posterior a la infección por el SARS-COV-2, sin importar la presentación de síntomas (leves, moderados o graves), los individuos seguirán formando parte de la cadena de transmisión durante la pandemia. Se ha demostrado que, incluso, en los individuos que cursan un cuadro clínico asintomático el virus se sigue expulsando durante 20-37 días [17].

Manifestaciones clínicas

Estudios epidemiológicos muestran que la enfermedad en niños representa menos del 2 % de todos los casos confirmados en Estados Unidos [16]. Los síntomas más comunes reportados en niños fueron: fiebre, escurrimiento nasal, tos, eritema faríngeo,



taquipnea, síntomas gastrointestinales, fatiga, cefalea y mialgias [16-18].

En un estudio realizado en el Hospital Pediátrico de Wuhan, en donde se incluyeron 1391 niños, 171 (12.3 %) dieron positivo al SARS-COV-2, de los cuales 70 (41.5 %) presentaron fiebre; 27 (15.8 %) no mostraron signos o síntomas ni datos radiográficos anormales; 12 (7 %) tuvieron características radiográficas de neumonía, pero no presentaron signos ni síntomas; 3 (1.75 %) requirieron hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y ventilación mecánica. De estos últimos todos tenían alguna comorbilidad, como hidronefrosis, leucemia, e invaginación intestinal; este último de 10 meses de edad murió, 21 siguieron estables y 149 se dieron de alta [19]. En ambos estudios, los signos más comunes en el momento de la admisión fueron: eritema faríngeo, taquicardia y taquipnea [18; 19].

Manifestaciones cardiovasculares

La afección pulmonar es la manifestación principal por el SARS-COV-2; sin embargo, esta infección no se limita al aparato respiratorio, sino que pueden verse afectados otros órganos; en ocasiones en forma dominante [20]. El segundo sistema más afectado por esta infección es el cardiovascular, debido a la presencia de receptores ACE 2 en el tejido miocárdico, así como en el sistema arterial y venoso [21].

Se han presentado evidencias del compromiso cardiovascular en la infección causada por este virus, debido a que este ocasiona disfunción endotelial microvascular y necrosis celular, atribuyéndole a esta infección: arritmias, miocarditis, derrame pericárdico, *shock*, síndrome inflamatorio multisistémico o enfermedad parecida a la de Kawasaki. Las arritmias ventriculares,

así como la miocarditis aguda, pueden ser la primera manifestación clínica de la infección por el SARS-COV-2 o presentarse como secuelas [20].

Asimismo, se ha descrito una incidencia de afección cardiaca entre 7-30 % y un mayor riesgo del 55 % en pacientes de la UCI con factores de riesgo cardiovascular [20]. Las manifestaciones principales de compromiso cardiovascular incluyen: dolor torácico, taquicardia, hipotensión, elevación del péptido natriurético cerebral, elevación de troponinas, disfunción ventricular, derrame pericárdico, miocarditis, alteraciones coronarias, aneurismas, arritmias y, como la complicación más grave, la muerte [22].

Las células miocárdicas se pueden dañar por diversos mecanismos ocasionados por la infección del virus, que pueden ser: afección directa al miocardio, vasculitis mediada por la propia infección, lesión por microtrombos en la vasculatura miocárdica, coagulación intravascular diseminada (hiperinflamación y activación inmune), hipoxia, trastornos electrolíticos o ruptura de placas endoteliales con el desarrollo de isquemia miocárdica [20].

Aunque el mecanismo de lesión no se conoce por completo, se ha propuesto que es multifactorial con posible efecto directo del virus, así como del desequilibrio entre las necesidades y aporte de oxígeno al miocardio, trombosis en las arterias coronarias, reacción inmune sistémica y efecto de los tratamientos administrados [20].

Una hipótesis vincula a la ECA 2 con un papel en los mecanismos directos de daño miocárdico [22]. Esta enzima proporciona el enlace entre los coronavirus y el sistema cardiovascular [23; 24]. De tal forma que el SARS-COV-2 actúa alterando y disminuyendo la función de la ECA 2, lo que explica la disfunción miocárdica en pacientes infectados; por ello, la relación entre el



SARS-COV-2 y la ECA 2 provee un mecanismo teórico de la insuficiencia cardíaca [20]. Otra hipótesis basada en estudios sobre la enfermedad establece el daño endotelial mediado por elevadas concentraciones plasmáticas de citocinas y la inclusión de interleucinas (IL): IL-1, IL-2, IL-6, IL-8 y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α); este mecanismo resulta en hiperpermeabilidad, fuga vascular, disminución de la resistencia periférica, disfunción, daño, depresión miocárdica e isquemia o prolongación del QTc [22].

Las comorbilidades cardiovasculares están relacionadas con una peor evolución de la enfermedad [20]; sin embargo, la infección por el SARS-COV-2 por sí misma o su tratamiento podría tener manifestaciones cardiovasculares.

Manifestaciones respiratorias

El órgano diana de la infección por el SARS-COV-2 es el pulmón, como consecuencia de la ECA 2, la cual se encuentra en 1.4 % de las células alveolares tipo II [23]. Los trastornos característicos de la neumonía por el SARS-COV-2 son el deterioro de la capacidad de difusión, la disrupción de la barrera alveolocapilar y la variación de la transferencia alveolar de oxígeno [25].

La infección de las vías respiratorias altas se presenta con síntomas inespecíficos, como faringodinia, tos, fiebre, congestión nasal, cefaleas, malestar general y mialgias [23]. El espectro clínico varía de formas asintomáticas y leves a condiciones graves, caracterizadas por insuficiencia respiratoria y manifestaciones sistémicas, como sepsis, choque séptico o falla orgánica múltiple [19].

La infección aguda del tracto respiratorio superior, se manifiesta con dolor faríngeo, tos, fiebre, fatiga, obstrucción nasal, mialgia o malestar general. Sin evidencia de neumonía clínica ni datos radiológicos. En

el caso de neumonía leve puede presentarse fiebre mayor a 38 °C y se acompaña de síntomas respiratorios, así como de evidencia radiográfica de neumonía no grave [26]. La neumonía grave se presenta en 2.5 % de los pacientes infectados y se manifiesta con alguno de los siguientes criterios:

- Aumento de la frecuencia cardíaca: mayor de 70 latidos por minuto en menores de 1 año o mayor de 50 latidos por minuto en mayores de 1 año
- Saturación de oxígeno menor a 92 %
- Algún síntoma de hipoxia severa, como alteración del estado de conciencia, dificultad de la alimentación o rechazo de los alimentos

En un estudio descrito por Rodrigo G. *et al.* con más de 70 000 casos, la enfermedad fue leve en 81 % (neumonía leve o sin ella), moderada en 14 % (neumonía con hipoxemia) o grave en 5 % (insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica, *shock* o falla multiorgánica). La letalidad general fue de 2.3 % y de 49 % entre los casos graves [25].

Manifestaciones gastrointestinales

En el caso de pacientes pediátricos, se pueden presentar síntomas gastrointestinales, incluso en ausencia de síntomas respiratorios. Entre los síntomas que tienen una mayor prevalencia, se incluyen dolor abdominal, vómito y diarrea [14].

Se realizó una revisión sistemática por Yasuhara *et al.*, en la que se muestran los síntomas con mayor prevalencia en pacientes pediátricos con la COVID-19, entre los cuales se destacaron los síntomas gastrointestinales debajo de los síntomas respiratorios, donde 13.4 % del total de los pacientes ($n = 114$) presentaron diarrea,



destacando el grupo de edad mayor de 10 años. El segundo síntoma gastrointestinal con mayor prevalencia fue el vómito con 6.3 % de los casos totales [27]. Otras manifestaciones incluyen enteropatía exudativa e isquemia intestinal asociada con fenómenos procoagulantes y de vasculitis [20].

Entre otros síntomas gastrointestinales que pueden presentarse en pediátricos, se encuentran el eritema faríngeo, ingesta alimentaria reducida, odinofagia, glositis, intolerancia alimentaria, así como elevación de enzimas hepáticas. La revisión sistemática realizada por Pousa *et al.* posiciona las manifestaciones gastrointestinales como las de mayor prevalencia (32.5 %) en pacientes pediátricos con infección por el SARS-COV-2 [28].

Síndrome inflamatorio multisistémico

Se trata de un conjunto de signos y síntomas que resultan en un estado hiperinflamatorio, asociado a niños y adolescentes con infección por el SARS-COV-2. Este síndrome ha sido descrito como parecido a la enfermedad de Kawasaki y el síndrome de *shock* tóxico, siendo una entidad capaz de provocar falla multiorgánica y un estado de choque [29].

En abril de 2020, el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) de Inglaterra emitió su preocupación por medio de un comunicado acerca de diversos casos de pediátricos con la COVID-19, que presentaron datos de inflamación a nivel sistémico, con datos de laboratorio que revelaban una tormenta de citocinas con niveles elevados de interleucina 6 (IL-6) y proteínas de fase aguda, como la proteína C reactiva, y aumento en el volumen de la sedimentación globular [30].

Además del aumento de dichos reactivantes de fase aguda, se han presen-

tado casos del síndrome inflamatorio multisistémico en pediátricos (MISC-C, por sus siglas en inglés) asociado a la infección por el SARS-COV-2 con serología IgG positiva, por lo que se sugiere que dicho síndrome es provocado por una mala regulación del sistema inmunológico en vez de la infección por sí sola [31].

La OMS ha definido el síndrome inflamatorio multisistémico en pediátricos como un

paciente menor de 19 años con fiebre por más de tres días y dos de los siguientes criterios:

1. Erupción cutánea o conjuntivitis no purulenta bilateral o signos de inflamación mucocutánea.
2. Hipotensión o shock.
3. Datos de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias.
4. Evidencia de coagulopatía (cambios en los tiempos de coagulación o valores elevados de dímero D).
5. Síntomas gastrointestinales agudos.
6. Valores elevados de marcadores de inflamación.
7. Ninguna otra causa microbiológica evidente de inflamación, incluida la sepsis bacteriana y síndrome de shock tóxico estafilocócico y estreptocócico.
8. Evidencia de COVID-19 (prueba de RT-PCR, antígenos o serología COVID-19 positivas) [31].

Esta complicación de la COVID-19, se presenta entre cuatro a seis semanas después de la infección con manifestaciones como fiebre mayor a 38 °C, disfunción orgánica y elevación pronunciada de los marcadores inflamatorios mencionados anteriormente [32]. Diorio *et al.* en 2020 proporcionaron un caso de asociación entre el síndrome inflamatorio multisistémico y la microangiopatía, que se define como una afección en la cual se forman trombos en los vasos san-



guíneos, conduciendo a una anemia hemolítica microangiopática, alterando la coagulación y llevando a complicaciones renales y neurológicas [33].

Diagnóstico

Al momento en que se presenta un caso sospechoso de la COVID-19, es importante tomar en cuenta el estadio de la enfermedad y el cuadro clínico. Para su estudio, se han reportado diversas pruebas; sin embargo, para establecer el diagnóstico inicial la preferida es la transcripción reversa seguida de la reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) para detectar el ARN del SARS-COV-2 [34].

Dicha prueba genética, recolectada a través de un hisopo nasofaríngeo u orofaríngeo, combina la transcripción inversa del ácido ribonucleico (ARN) en ácido desoxirribonucleico (ADN) complementario y la amplificación de dianas de ADN específicas.

El uso de tomografía computarizada (TC) se considera útil como herramienta diagnóstica para la COVID-19, mas no se recomienda como una prueba de primera línea, debido a la baja especificidad de la TC para diferenciar la COVID-19 de otras enfermedades, como el síndrome de Churg-Strauss. La TC puede funcionar como alternativa cuando se tienen limitaciones para realizar la RT-PCR o ante un resultado negativo de la misma [33-35].

Otra alternativa presente es la prueba de detección de antígenos, que requieren de muestras tomadas de la cavidad nasal o nasofaringe, y el resultado se obtiene en 30 minutos. Su sensibilidad varía de 0 a 95 % con un promedio de 56 % y, al igual que la TC, puede ser útil cuando se encuentra una accesibilidad limitada a la prueba de RT-PCR o aquellos lugares en los que los tiempos de respuesta son muy prolongados [34].

Diagnóstico diferencial

Dentro de los diagnósticos diferenciales, se destaca la enfermedad de Kawasaki. Es importante recordar que el rol viral juega un papel muy importante en la presentación de la enfermedad, donde también pueden verse implicados los adenovirus, rinovirus, influenza, bocavirus y enterovirus, los cuales se manifiestan con una clínica similar a la presentación de una infección por el SARS-COV-2.

Mycoplasma pneumoniae y *Chlamydia pneumoniae* son causantes de neumonías atípicas y es posible auxiliarse de pruebas serológicas para confirmar su diagnóstico. Los casos de neumonías bacterianas presentan fiebre elevada y estado tóxico como manifestaciones principales [36; 37].

Tratamiento

El tratamiento va a ser de acuerdo con el escenario clínico en el que se encuentra el paciente pediátrico, la temporalidad de la infección, su grupo de edad y si presenta comorbilidades. No hay por el momento un tratamiento específico contra la infección por el SARS-COV-2, por lo cual el manejo está enfocado en la estabilidad hemodinámica y ventilatoria.



Tabla 1. Escenarios clínicos de la infección por el SARS-COV-2 en pacientes pediátricos [36; 37]

Diferentes escenarios clínicos encontrados en el paciente pediátrico con la COVID-19	
Infección de vías respiratorias superiores no complicada	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas generales, como tos, fiebre, dolor faríngeo, congestión nasal, malestar general, cefalea, dolor muscular • Sin signos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria
Neumonía leve a moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Saturación ambiental > 92 % • Tos y taquipnea, de acuerdo con la edad: <ul style="list-style-type: none"> < 2 meses: > 60 rpm 2-11 meses: > 50 rpm 1-4 años: > 40 rpm > 5 años: > 30 rpm
Neumonía grave	<ul style="list-style-type: none"> • Tos o dificultad respiratoria y, al menos, uno de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> - Cianosis central o SaO₂ < 92 % - Dificultad respiratoria: quejido, aleteo nasal, tiraje supraesternal, retracción xifoidea o disociación toracoabdominal - Gasometría arterial: <ul style="list-style-type: none"> PaO₂ < 60 mmHg PaCO₂ > 50 mmHg
Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio súbito o empeoramiento del cuadro • RX tórax, TAC: nuevo(s) infiltrado(s) uni/bilaterales compatibles con afección aguda del parénquima pulmonar • Imagen en vidrio despulido • Edema pulmonar
Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico	<p>Menores de 21 años con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre cuantificada de 38 °C o subjetiva de, al menos, 24 horas de duración • Enfermedad severa con compromiso multisistémico (cardíaco, renal, respiratorio, hematológico, gastrointestinal y neurológico) • Evidencia de inflamación: PCR, VSG, fibrinógeno, procalcitonina, DHL elevada, IL-6, linfopenia e hipoalbuminemia • Sin otra causa que lo explique • Con criterios de enfermedad de Kawasaki

Fuente: Montaña-Luna EV, Miranda-Novales GM. Actualización del manejo clínico de COVID-19 en pediatría: a un año de la pandemia. *Revista Mexicana de Pediatría*, 2021; 88(1):2021-2052 / Secretaría de Salud. Lineamientos para la prevención, detección y atención de COVID-19 en niñas, niños y adolescentes, 2020.

Infección de vías respiratorias altas no complicada

Los niños y adolescentes con infección aguda por el SARS-COV-2 tienen menor probabilidad de requerir tratamiento médico u hospitalización, a diferencia de los adultos, y pueden tener un manejo ambulatorio en el hogar [37]. El paciente debe cumplir con aislamiento estricto, mantenerse con hidratación adecuada y alimentación propia para la edad. En caso de fiebre, se pueden utilizar medios físicos o paracetamol 10-15 mg/kg/dosis cada 6 u 8 horas, sin sobrepasar 4 g administrados al día. Pacientes con disnea pueden notar alivio al descansar en posición prono en vez de supino [32].

Por el momento no se dispone de evidencia científica que señale que la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) produzca reacciones adversas graves en pacientes con la COVID-19 [38]. Un metaanálisis de 11 estudios observacionales (> 683 000 participantes) mostró que su uso no se asocia con un riesgo incrementado de la COVID-19, una patología severa o crítica, o mortalidad [39].

La minoría de los pacientes presentan infecciones bacterianas secundarias. En una revisión sistemática de pacientes hospitalizados por esta enfermedad solo el 8 % sufrió infecciones bacterianas o fúngicas simultáneas durante el ingreso. No se recomienda recetar tratamiento antibiótico profiláctico, ya que podría aumentar las tasas de resistencia [38].

Neumonía leve a moderada

Este grupo de pacientes deben ser trasladados de inmediato a un hospital. Como medidas generales están asegurar la ingesta y el balance hídrico-calórico, vigilar signos vitales y la saturación de oxígeno. Además de evaluar la existencia de un cuadro bacte-

riano coexistente para iniciar el tratamiento empírico antibacteriano, según la ecología local [37].

Neumonía grave y Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)

Se puede administrar oxígeno con mascarilla de no-reinhalación con reservorio durante la reanimación para alcanzar saturaciones mayores de 94 % y como meta, se debe mantener por niveles superiores de 90 % [35-37].

Está indicada la intubación endotraqueal, idealmente con presión negativa. El óxido nítrico debe considerarse como una estrategia de rescate después de haber proporcionado las principales medidas terapéuticas para mejorar la hipoxemia [37]. En caso de extubar, se debe de tomar en cuenta que se corren riesgos, como la atelectasia, debido a la pérdida de PEEP, y aumenta el riesgo de contagio para el personal [34].

En los pacientes en estado crítico es prioritario que el equipo multidisciplinario de rehabilitación, se involucre de manera temprana con el fin de mejorar los desenlaces clínicos en el corto y el largo plazo. En casos de hipoxemia resistente, si el hospital tiene el personal y el material, se debe considerar oxigenación por membrana extracorpórea (OMEC) [40].

Debe existir una detección precoz y la administración inmediata (en el plazo de 60 minutos) de los siguientes tratamientos: antibióticos, líquidos en bolos y vasopresores para tratar la hipotensión [40].

Se puede reanimar con volumen a base de soluciones cristaloides 10-20 ml/kg en 30 a 60 min; posterior a cada carga debe evaluarse la respuesta al volumen para evitar sobrecarga hídrica, ya que puede empeorar la oxigenación. El tratamiento empírico se inicia con uno o dos antibióticos de amplio

espectro conforme la flora local para cubrir los patógenos más comunes [35-36]. En el caso de los vasopresores, el tratamiento de primera línea es la Epinefrina, añadiendo Norepinefrina en caso de que el choque continúe, a pesar de la administración de una dosis óptima de Epinefrina [34].

Síndrome multisistémico inflamatorio pediátrico

Como primera línea se está utilizando inmunoglobulina humana 2 g/kg (en una sola dosis o dividida). Como segunda línea se puede agregar Metilprednisolona 10-30 mg/kg/día. Además, se recomienda iniciar tratamiento antiagregante plaquetario, de acuerdo con las guías para la enfermedad de Kawasaki y continuarlo durante seis semanas [41].

Apoyo psicosocial

Es necesario recibir apoyo de profesionales adecuadamente formados para el apoyo psicosocial y psiquiátrico, tomando en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentra su nivel de aprendizaje y conducta [40].

Inmunomoduladores

- *Esteroides:* Las guías terapéuticas de la CDC no recomiendan su uso en pacientes ambulatorios con un cuadro leve a moderado de la COVID-19 que no requieran oxigenación. Es recomendable su uso en pacientes con un cuadro severo, donde el régimen preferido es con Dexametasona 0.15 mg/kg/dosis (dosis máxima de 6 mg) una vez al día por 10 días [38].



Antivirales

- *Remdesivir*: Es el único medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento contra la COVID-19. Actúa como un inhibidor del ARN polimerasa dependiente del ARN. Su mecanismo de acción consiste en competir con el adenosín trifosfato por la incorporación de las cadenas de ARN viral y, al no causar terminación inmediata de la cadena, evade la corrección por exorribonucleasa viral [41; 42]. El Remdesivir no ha sido evaluado en ensayos clínicos pediátricos, por lo cual se desconoce con exactitud su eficacia o toxicidad en pacientes menores; sin embargo, basado en los datos obtenidos de la población adulta, el Remdesivir tiene un potencial beneficio en pacientes que tienen mayor riesgo de progresión por edad (mayores de 16 años) o con condiciones preexistentes. Actualmente se está recomendando en pacientes que requieren oxígeno suplementario, en aquellos que pesen entre 3.5 a 40 kg o tengan más de 12 años [38].

Su dosificación, de acuerdo con el peso, es:

- En menores de 3.5 a 40 kg: 5 mg/kg por vía intravenosa el primer día, seguido de 2.5 mg/kg iv cada 24 horas
- En mayores de 40 kg: 200 mg iv el primer día seguido de 100 mg/día

La duración del tratamiento puede ser de hasta cinco días en pacientes con enfermedad severa; y en pacientes críticos que no muestran mejoría puede extenderse hasta 10 días [38].

Tromboprofilaxis

El riesgo trombótico en pacientes pediátricos no ha sido definido. En dos estudios multicéntricos de cohorte con más de 400 pacientes cada uno, alrededor de 1 a 2 % de los pacientes hospitalizados por el SARS-cov-2 (excluyendo los pacientes con síndrome multisistémico inflamatorio) tenían complicaciones trombóticas. Los pacientes con estas complicaciones eran mayores de 12 años y tenían factores de riesgo para trombosis, como cáncer, obesidad, enfermedad crítica y catéter venoso central [43; 44]. En el tratamiento individualizado para pacientes hospitalizados con niveles elevados de dímero D y factores de riesgo, se sugiere el uso de heparina de bajo peso molecular subcutánea dos veces por semana para profilaxis, si no existen contraindicaciones [36].

Medicamentos no recomendados

No se cuenta con la suficiente evidencia para recomendar el uso de anticuerpos monoclonales, plasma convaleciente e inhibidores de la kinasa. No se recomienda el uso de hidroxicloroquina o Lopinavir-Ritonavir, ya que no ha mostrado beneficio como terapia contra la COVID-19 y muestra efectos adversos severos [45].

El egreso hospitalario se considerará cuando el paciente ha permanecido afebril, sin necesidad de oxígeno durante más de veinticuatro horas, con mejoría clínica y de laboratorio, con una ingesta oral adecuada y la posibilidad de traslado para atención médica urgente en caso de mala evolución [36].

Estas sugerencias están sujetas a cambio por los hallazgos que se puedan encontrar en un futuro en los ensayos clínicos que están aún tomando curso. La consulta de estos puede realizarse en la siguiente liga: <https://www.clinicaltrials.gov/>



Pronóstico

El pronóstico suele ser favorable desde los casos leves hasta los que presentan signos severos menos comunes, como la encefalopatía. El reporte de la OMS en China reportó que el 2.5 % de los casos en menores de 19 años fueron severos, mientras que 0.2 % se reportó como estado crítico [36]. Como la mayoría cursa con un cuadro clínico leve llega a tener una resolución en corto tiempo, aproximadamente entre 1-2 semanas después de la infección aguda [35].

Prevención

Los medios de prevención adoptados actualmente, se basan en el control de las fuentes de infección, el bloqueo de las rutas de transmisión y la protección de poblaciones susceptibles abarcando menores de edad con comorbilidades. Dentro del control de las fuentes de infección, se ha recomendado el aislamiento de menores de edad y evitar el contacto con personas previamente diagnosticadas con la COVID-19, así como una constante limpieza de las habitaciones compartidas, superficies y ventilación constante de espacios; incluyéndose dentro de estas recomendaciones el uso de cubrebocas [46].

Para el bloqueo de las rutas de transmisión, es necesaria la técnica de estornudo y tos en etiqueta, así como el lavado constante de las manos con agua y jabón; la desinfección de objetos de uso común para menores de 18 años, constando de útiles escolares, cubiertos y juguetes, a partir de métodos de calor (con una exposición a temperaturas mayores de 56 °C por 30 minutos), alcohol a una concentración de 75 % o el uso de productos con cloro [46].

El evitar la exposición de aglomeraciones de personas, como aulas escolares,

guarderías y transporte público, ha sido una de las principales medidas de prevención dentro de todos los países con casos reportados. En México no fue hasta agosto de 2021 cuando los niños volvieron a clases presenciales con las medidas de salubridad necesarias. Otras prácticas de prevención en infantes con asma, sobrepeso, obesidad, inmunodeficiencias y enfermedades metabólicas conllevan a la implementación de una dieta balanceada, ejercicio diario y un horario de descanso o reposo adecuado, así como un control de su padecimiento de base [37].

Los recientes descubrimientos de infecciones asintomáticas en menores de edad han aumentado la frecuencia de la realización de pruebas para la identificación del virus SARS-COV-2 en niños, por lo cual toma la importancia de una medida más para la prevención y propagación de la misma infección, tanto por la realización de RT-PCR en tiempo real de muestras de nasofaringe como de exámenes rápidos de identificación de antígenos [46].

Conclusión

Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19, ha habido un mayor número de casos en adultos que en pacientes menores de dieciocho años, en quienes se ha observado una presentación más leve asociada a síntomas de nivel respiratorio, así como a nivel cardiovascular y gastrointestinal, provocando en casos graves la aparición del síndrome inflamatorio multisistémico en pediátricos. La transmisión del SARS-COV-2 en menores de dieciocho años, se da principalmente por aglomeraciones familiares, también llamado contacto intrafamiliar, en el que se incluyen adultos previamente diagnosticados con la COVID-19. Los principales medios de transmisión son

las gotas de Flügge y superficies contaminadas (fómites), por lo que las medidas de estornudo y tos con etiqueta, así como el aislamiento social, tienen un papel fundamental en la prevención de la transmisión del SARS-COV-2.

Referencias

- [1] The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-COV-2. *Nature Microbiology*, 2020; 5(4):536-544.
- [2] Definiciones de casos para la vigilancia COVID-19 [Internet]. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2020 [citado: 2021, Nov. 26]. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/definiciones-casos-para-vigilancia>
- [3] WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. World Health Organization (WHO), 2021 [cited: 2021, Nov. 6th]. <https://covid19.who.int>
- [4] World Health Organization (WHO). COVID-19 disease in children and adolescents: Scientific brief, September 29th [Internet], 2021 [cited: 2021, Nov. 26th]. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Children_and_adolescents-2021.1
- [5] Shekerdeman LS, Mahmood NR, Wolfe KK *et al.* Characteristics and outcomes of children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection admitted to US and Canadian pediatric intensive care units. *JAMA Pediatrics* [Internet], 2020 [cited: 2021, Dec. 5th]; 174(9):868-873. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32392288/>
- [6] Secretaría de Salud. 33.º Informe Epidemiológico de la situación de COVID-19, 2021.
- [7] Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua. Informe Técnico COVID-19 [Internet]. Chihuahua: 2021 [citado: 2021, Nov. 6]. <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/CONTENIDO.pdf>
- [8] Zaragoza Jiménez CA, Paredes Martínez JH, Gutiérrez Vargas RI, Escondrillas Maya C, Rodríguez González KG. 34.º Informe Epidemiológico de la situación de COVID-19 [Internet]. Ciudad de México: 2021 [citado: 2021, Nov. 6]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/666193/Informe_COVID19_2021.08.30.pdf
- [9] Plasencia Urizarri TM, Aguilera Rodríguez R, Almaguer Mederos LE. Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet], 2020 [citado: 2021, Nov. 26]; 19. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19s1/1729-519X-rhcm-19-s1-e3389.pdf>
- [10] Reyes-Cadena A, Cadena AR. Manifestaciones clínicas no respiratorias secundarias en infección por SARS-COV-2 en niños [Internet], 2021. www.actapediatrica.org.mx
- [11] Williams PCM, Howard-Jones AR, Hsu P *et al.* SARS-COV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings. *Pathology* [Internet], 2020 [cited: 2021, Nov. 9th]; 52(7):801-808. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32888706/>
- [12] AU A, MI T, SD A *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19): An overview of the immunopathology, se-



- rological diagnosis and management. *Scandinavian Journal of Immunology* [Internet], 2021 [cited: 2021, Nov. 2nd]; 93(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33190302/>
- [13] Ley Vega L, Pérez Marrero EF, Del Rosario López González L, Noa Machado DM, Satorre Ygualada AJ, Chang AY. Aspectos clínicos, epidemiológicos y cardiovasculares en niños convalecientes por COVID-19 en Villa Clara, Cuba [citado: 2021, Nov. 2]. <https://orcid.org/0000-0001-6652-3304>
- [14] Figueroa Triana JF, Salas Márquez DA, Sebastián J *et al.* COVID-19 y enfermedad cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología* [Internet], 2020 [citado: 2021, Nov. 2]; 27(3):166-174. www.elsevier.es/revcolcar
- [15] Long QX, Tang XJ, Shi QL *et al.* Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-COV-2 infections. *Nature Medicine*, 2020.
- [16] Illiams PHCMW, Ones ANRHO, Su PEH *et al.* SARS-COV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings, 2020; 52(December):801-808.
- [17] Kaushik A, Gupta S, Sood M. COVID-19 in Children: Clinical Approach and Management Correspondence. *Indian Journal of Pediatrics*, 2020; 87(11):970-972.
- [18] De Souza TH, Nadal JA, Nogueira RJN, Pereira RM, Brandão MB. Clinical manifestations of children with COVID-19: A systematic review. *Pediatric Pulmonology*, 2020; 55(8):1892-1899.
- [19] Zhao Q, Meng M, Kumar R *et al.* Correspondence Crystallopathies. *Journal of Medical Virology*, 2020; 69(1):2016-2017.
- [20] Plasencia-Martínez JM, Rovira À, Domínguez PC, Barber I, García-Garrigós E, Arenas-Jiménez JJ. Manifestaciones extratorácicas de la COVID-19 en adultos y presentación de la enfermedad en niños. *Radiología* [Internet], 2021 [citado: 2021, Nov. 2]; 63(4):370. [/pmc/articles/PMC8077575/](https://pmc/articles/PMC8077575/)
- [21] Romo Domínguez JK, Saucedo Rodríguez GE, Hinojosa Maya S *et al.* Clinical manifestations of COVID-19. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica* [Internet] [citado: 2021, Nov. 2]. www.medigraphic.com/infectologiapediatricawww.medigraphic.org.mx
- [22] Fernández C, Álvarez P, Larios G *et al.* Recommendation for the recognition, management and follow up of cardiovascular compromise in patients with pediatric Multisystemic Inflammatory Syndrome associated with COVID-19 (PIMS-CT). Position statement of Chilean Scientific Societies. *Revista Chilena de Pediatría*, 2020; 91(6):982-990.
- [23] Góngora Gómez O, Rafael L, Leyva G. Manifestaciones extrapulmonares de la infección por el nuevo coronavirus SARS-COV-2. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, Ciencias Clínicas y Patológicas* [citado: 2021, Nov. 2]. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3378>
- [24] Romo Domínguez JK, Saucedo Rodríguez GE, Hinojosa Maya S *et al.* Clinical manifestations of COVID-19. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica* [Internet] 2020 [citado: 2021, Nov. 26]. www.medigraphic.com/infectologiapediatricawww.medigraphic.org.mx
- [25] Gil R, Bitar P, Deza C *et al.* *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2019

- [citado: 2021, Nov. 2]. <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>
- [26] Madrid WA, Madrid-Mejía G, Luna MS, Gochicoa-Rangel L. Manifestaciones pulmonares y radiológicas del SARS-COV-2 en pediatría. *Acta Pediátrica Hondureña* [Internet], 2020 [citado: 2021, Nov. 2]; 11(1):1142-1147. <https://www.camjol.info/index.php/PEDIATRICA/article/view/11742>
- [27] Yasuhara J, Kuno T, Takagi H, Sumitomo N. Clinical characteristics of COVID-19 in children: A systematic review. *Pediatric Pulmonology* [Internet], 2020 [cited: 2021, Nov. 2nd]; 55(10):2565-2575. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32725955/>
- [28] Pousa PA, Mendonça TSC, Oliveira EA, Simões-E-Silva AC. Extrapulmonary manifestations of COVID-19 in children: a comprehensive review and pathophysiological considerations. *Journal of Pediatrics* [Internet], 2021 [cited: 2021, Nov. 2nd]; 97(2):116-139. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32980319/>
- [29] Fung Fallas M, Vargas Guzmán A, León Quirós SP. Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico. *Revista Médica Sinergia* [Internet], 2021 [citado: 2021, Nov. 2]; 6(5):e664. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/664>
- [30] Rowley, A.H. Understanding SARS-cov-2-related multisystem inflammatory syndrome in children. *Nature Reviews Immunology* [Internet], 2020 [cited: 2021, Nov. 2nd]; 20(8):453-454. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32546853/>
- [31] García-Salido A, Antón J, Martínez-Pajares JD, Giralt García G, Gómez Cortés B, Tagarro A. Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado al SARS-COV-2 (SIM-Peds). *Anales de Pediatría* [Internet], 2021 [citado: 2021, Nov. 2]; 94(2):116.e1-116.e11. <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-espanolconsenso-sobre-diagnostico-articulo-S1695403320304197>
- [32] Consiglio CR, Cotugno N, Sardh F *et al.* The immunology of Multisystem Inflammatory Syndrome in children with COVID-19. *Cell* [Internet], 2020 [cited: 2021, Nov. 2nd]; 183(4):968. / [pmc/articles/PMC7474869/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32725955/)
- [33] Henao-Piedrahita N, Correspondencia N, Henao P. Microangiopatías trombóticas primarias: revisión narrativa. *Revista Hematología Mexicana* [Internet], 2021 [citado: 2021, Nov. 2]; 22(1):18-29. https://doi.org/10.24245/rev_hematol.v22i1.4820
- [34] CKC L, W L. Laboratory testing for the diagnosis of COVID-19. Biochemical and biophysical research communications [Internet], 2021 [cited: 2021, Nov. 2nd]; 538:226-230. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33139015/>
- [35] Carlotti AP de CP, Carvalho WB de, Johnston C, Rodriguez IS, Delgado AF. COVID-19 diagnostic and management protocol for pediatric patients. *Clinics* [Internet], 2020 [cited: 2021, Nov. 2nd]; 75 / [pmc/articles/PMC7153362/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33139015/)
- [36] Montaña-Luna EV, Miranda-Novales GM. Actualización del manejo clínico de COVID-19 en pediatría: a un año de la pandemia. *Revista Mexicana de Pediatría* [Internet], 2021 [citado: 2021, Dec. 5]; 88(1):2021-2052. <https://dx.doi.org/10.35366/99417>

- [37] Secretaría de Salud. Lineamientos para la prevención, detección y atención de COVID-19 en niñas, niños y adolescentes, 2020 [citado: 2021, Nov. 2]. https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/05/Lineamientos_prevenccion_deteccion_atencion_COVID_NNA-1.pdf
- [38] Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines [Internet], 2021 [cited: 2021, Nov. 2nd]. <https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>
- [39] Prada L, Santos C, Baião RA, Costa J, Ferreira JJ, Caldeira D. Risk of SARS-COV-2 infection and COVID-19 severity associated with exposure to nonsteroidal anti-inflammatory drugs: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacology* [Internet], 2021 [cited: 2021, Dec. 5th]; 61(12):1521-1533. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352112/>
- [40] World Health Organization (WHO). COVID-19 clinical management: Living guidance [Internet], 2021 [cited: 2021, Nov. 2nd]; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>
- [41] Ouldali N, Toubiana J, Antona D *et al.* Association of intravenous immunoglobulins plus methylprednisolone vs immunoglobulins alone with course of fever in Multisystem Inflammatory Syndrome in children. *JAMA* [Internet], 2021 [cited: 2021, Dec. 5th]; 325(9):855-864. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33523115/>
- [42] De Wit E, Feldmann F, Cronin J *et al.* Prophylactic and therapeutic Remdesivir (GS-5734) treatment in the rhesus macaque model of MERS-COV infection. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* [Internet], 2020 [cited: 2021, Dec. 5th]; 117(12):6771-6776. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32054787/>
- [43] Aguilera-Alonso D, Murias S, Martínez-De-Azagra Garde A *et al.* Prevalence of thrombotic complications in children with SARS-COV-2. *Archives of disease in childhood* [Internet], 2021 [cite: 2021, Dec. 5th]; 106(11):1129-1132. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33931403/>
- [44] Whitworth H, Sartain SE, Kumar R *et al.* Rate of thrombosis in children and adolescents hospitalized with COVID-19 or MIS-C. *Blood* [Internet], 2021 [cited: 2021, Dec. 5th]; 138(2):190-198. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33895804/>
- [45] Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review. *JAMA* [Internet], 2020 [cited: 2021, Dec. 5th]; 323(18):1824-1836. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32282022/>
- [46] Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R *et al.* Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World Journal of Pediatrics (WJP)* [Internet], 2020 [cited: 2021, Nov. 2nd]; 16(3):223-231. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32034659/>



Entrevistas

Dr. Alejandro Ortiz Arroyo

*Médico internista, cardiólogo e intervencionista del
Centro Médico de Especialidades • Ciudad Juárez*

Expresiones Médicas. A manera de introducción, ¿quién es usted tanto dentro como fuera del ámbito de la medicina?

— **S**oy Alejandro Ortiz Arroyo, tengo cuarenta y tres años y soy egresado orgullosamente de la UACJ. Después mi sueño logrado fue irme a México, ya que toda la inversión está ahí. Estudié Medicina Interna y Cardiología en la UNAM, y para intervención me fui al Siglo XXI. Se requiere mucho esfuerzo en estos hospitales, pero te hacen una formación. Desde entonces, por ejemplo, si tengo un paciente grave, me quedo a dormir a un lado de él, lo vigilo todo el tiempo.

EM. ¿Cómo fue el inicio de la pandemia para usted?

—La COVID-19 empieza en noviembre del 2019. Empezamos a ver en las noticias que hay un virus en China que está matando gente. Hay un doctor que dice que se están muriendo como si fueran palomas y se muere ese doctor; entonces, yo lo vi

y dije: “¿saben qué?, vives en un mundo que ya es global, ya no estamos aislados”. Me junté con el doctor Mendoza Márquez, que es el director de nuestro hospital, y le dije: “¿sabe qué?, viene un virus bien grave, hay que juntar medicamento, hay que hacer investigación”. Tienes que investigar. Al principio los chinos decían: “no uses esteroides, sí puedes usar esteroides, no uses analgésicos, si puedes usar analgésicos”.

“Al momento sabemos que hay dos cosas que te matan: la carga viral y las reacciones del sistema inmune; entonces, me puse a hablar con los reumatólogos: ‘oye, ¿cómo afecta al sistema inmune?, ¿qué medicamentos usas para tratar, por ejemplo, la artritis agresiva o lupus?, ¿cuándo se activan y te hacen fibrosis pulmonar, y te hacen falla cardiaca por la hipertensión pulmonar?’, etcétera; entonces, empezamos a ver medicamentos como Jakavi; empezamos a hacer una carga grande de medicamentos, ajustarlos y ver que estaban en protocolos de investigación mientras hablaba con los expertos, reumatólogos de aquí, de México, de nutrición, el Gea González. Teníamos un chat todos los cardiólogos en México y les mandaba información y ellos a mí, hacíamos una retroalimentación; me tocó comunicarme con un hematólogo y empezamos a usar el Rucsinitinil; hicimos un protocolo, contábamos a los pacientes y me dijo: ‘yo tengo alumnos en varias ciudades de México’ y empezamos a hacerlo a nivel nacional. En México empezamos con el Rucsinitinil, había dos o tres centros en Estados Unidos que empezaron ya en Europa, pero empezamos al mismo tiempo.

“Empezamos a buscar anticuerpos monoclonales, a ver inmunoglobulinas y a hacer esquemas de tratamiento, lo que queríamos era disminuir la mortalidad y, afortunadamente, sí lo logramos. Pero, desgraciadamente, en algunos hospitales no tienen

con qué trabajar. ¿Qué te pueden decir de la experiencia en un hospital público cuando nada más tenían Diazepam?, no tenían muchas cosas. Les tocó trabajar con el corazón pero sin fuerza, porque no tenían nada, casi salían solos porque no tenían tratamiento; lo que tenían, pues, no es para un paciente grave; fue muy difícil, fue entregarte al cien por ciento.

“Formamos un equipo respuesta en el Centro Médico, muchos doctores quisieron entrar, pero estaban ya grandes, con comorbilidades, y les dijimos que no; desgraciadamente falleció el doctor Matus, maestro de Medicina Interna, él siguió viendo pacientes en el final, nunca quiso dejar de verlos por su edad y sus factores de riesgo, y se entregó a sus pacientes y lo terminó matando la enfermedad; desgraciadamente yo le decía: ‘doctor, no los vea, déjemelo a mí’ y me decía: ‘no, ¿por qué no? Si yo fui tu maestro, ¿tú crees que no los sé tratar?’ y le decía: ‘no dudo de su capacidad, lo que me da miedo es que se infecte y lo vaya a matar’, y desgraciadamente pasó. El doctor Rico también leía mucho, todas las noches hablaba y buscaba artículos de investigación, nos compartimos todo y desgraciadamente falleció también por COVID. Yo, gracias a Dios, nunca me enfermé. Lo que hacía es que llegaba, me cambiaba el quirúrgico de la calle, lo echaba en una bolsa roja que la trasladan a un tratamiento especial, terminaba de salir de COVID, me bañaba, me cambiaba, me llenaba de alcohol con espray en los zapatos, llegaba a mi casa, lo ponía en un bote con Lysol o pinol y luego me quitaba la ropa y me metía a bañar, me hacía enjuagues bucales y aseos nasales. Me tocó atender a gente muy grave, tenía un quirúrgico especial, un traje encima, doble guante, doble bota, doble gorro, *goggles* y luego una careta, doble cubrebocas de 3M con filtros, con rayos ultravioleta... filtraba el aire de los pacientes que veía en



el consultorio, no sé si me ayudó, a la larga fue toda una serie de un conjunto de cosas que me tocó.

“Atendí a familiares, a la mamá de mi niña, me tocó atender a muchos compañeros médicos y era todo muy desesperante al principio, porque no sabías qué ibas a hacer, dormirlos, meterlos a una bomba de circulación extracorpórea mientras se mejora el pulmón, mandarlos a Monterrey o que vinieran aquí, o sea, si fueron cosas muy cañonas. Afortunadamente encontramos varios esquemas que nos dieron resultados en la mayoría de la gente. Sí hubo gente que falleció, pero en la mayoría pudimos ayudar; no tuvimos una mortalidad tan grande como otros hospitales, ya que no tenían todos los recursos y nosotros empezamos a investigar temprano. Por ejemplo, utilizamos esteroides, porque tuvimos pacientes asmáticos que les iba mejor, antes de que saliera la recomendación de su uso.

“Los que empezamos fuimos el doctor Báez, la doctora Araujo, que recibió un premio en el ISSSTE, y yo. Nos quedamos los tres viendo a todos los pacientes graves por COVID, después se nos agregó el doctor Boscomagnali, el doctor Espinosa como neumólogo y la doctora Mónica Ramírez. Nosotros estuvimos en general a cargo de la COVID; muchos dejaron de ver a pacientes, hay doctores que apenas están regresando.

“Sí fue muy difícil, te da miedo, eres humano y estás viendo a un paciente que se está muriendo de falla orgánica múltiple. Fue muy difícil, porque llegó un momento donde muchos pacientes me pidieron que yo los viera; en lo particular me hacía cargo de mis pacientes y salían adelante, luego se enfermaban familiares y me pedían que los viera o doctores me mandaban pacientes; entonces llegó un momento donde teníamos capacidad para doce pacientes, porque teníamos doce ventiladores por si los nece-

sitabas intubar, y ahí tenía once pacientes; entonces le pedí ayuda al doctor Espinosa, que es un excelente neumólogo, para que me ayudara, veía todo lo ventilatorio y ya me turnaba con él; él los veía en la mañana y yo los veía ya en la tarde-noche y madrugada; podía descansar en la mañana.

“Fue muy complejo, porque tenías once pacientes que ves que se encuentran más o menos graves y llegaban tres semanas después con el corazón en falla cardíaca, el pulmón infiltrado, falla renal y los metimos a ultrafiltración con transaminasas de 8000, o sea, ya no traían hígado ni riñón ni pulmón y los familiares así como: ‘sáquelo adelante, ya nos lo trajimos de Monterrey, porque me dijeron que se iba a morir’ y lo trasladaron en avión y el paciente llega ahogándose; cuando estás viendo a un paciente así de grave te preguntas: ¿y si me da a mí?, ¿quién va a tratar?, ¿qué me va a pasar?, ¡me voy a morir como este paciente que está bien grave!, sí te da miedo. Mi esposa, mi familia, me decían: ‘pues deja de ver pacientes, como cardiólogo, intervencionista, te va bien’, pero no se me hizo honesto ni correcto decir: ‘no, me rajo’, cuando doctores grandes como el doctor Camargo, el doctor Molina y el doctor Rico querían entrar. Con los medicamentos nosotros no podemos esperar a que lo aprobaran, porque si me hubiera esperado se me mueren todos los que tuve, todos los días iba a estudiar tres o cuatro horas y hacía resúmenes, bajaba artículos, mi teléfono siempre tenía como quince artículos y los iba leyendo, lo más importante, pero hicimos esquemas.

“Sí nos tocó que nos pidieran medicamentos de otros hospitales y me decían los de aquí: ‘nos vamos a quedar sin medicamento’ y decía: ‘no, pues hay que darlo, hay que tratar de ayudar y vamos a conseguir más’. En esta situación no puedes decir: ‘esto es para mí y se friegan los demás’; si es



un doctor, una señora, un bombero, sea lo que sea, es un humano que se va a salvar.

“Me tocó una señora que hizo vasculitis, infección del nervio cubital, no podía mover la mano, falla cardíaca, tromboembolia masiva, falla renal, la intubamos, iba para morirse... y verla que viene a consulta, platicando con el esposo después y ella no sabe que duró intubada como veinte días, ella no sabe en realidad la magnitud de lo que batallamos para traerla del más allá, ella estaba en otro plano... y verla aquí es muy grato. La dedicación de estar aquí todos los días, de dejar de ver a mi hija, la veía en la cochera sin poderla abrazar, al igual que a mi mamá. Sí es muy difícil y muy complejo como humano, todo el mundo nos movió y sigue moviendo, toda la economía, la forma de vestirte, tienes que usar cubrebocas, ver a la gente que decía: ‘no, ya no creo en eso’ y al ratito intubado, bien grave, muriéndose, pero tú no puedes decir: ‘que este se muera por aferrado’, sino que tu obligación es ayudar como cualquiera.

“Nosotros les dejábamos que tuvieran el teléfono, tableta, que se comunicaran en videollamada, porque eso les ayudaba, ya que los pacientes se deprimían por estar ahí un mes solos. Lo difícil era que cuando el familiar estaba muy grave, a las 3:00 o 4:00 a. m. marcábamos y ellos ya sabían, me contestaban llorando y decirles que su familiar había fallecido era muy doloroso, al igual que obviamente muy placentero cuando les decía: ‘probablemente se vaya el domingo, el lunes o el martes’... ¡lloraban de felicidad!

“Estaba prohibido meter a los familiares por la COVID, pero hablamos con el Comité que había situaciones especiales, protegíamos a los familiares, les ponían máscaras y todo, y los metíamos a que los vieran. Por empatía le das un quirúrgico del hospital, el traje completo como nosotros,

le dices que no toque nada, le enseñas, cuando salen se bañan ahí y después se van a su casa. Eso les permitió cerrar ciclos, porque no los veían, o sea, llegaban, los cremaban y te entregaban las cenizas. Llegué a tener cuarenta y cinco pacientes; llegaba y veía a mis doce pacientes graves e iba a la casa a las 10:00 u 11:00 p. m. y duraba hasta las 2:00 a. m. hablando con gente, y muchos no me pagaron, pero no importa”.

EM. ¿Cuál es el caso de la COVID-19 que más ha marcado su vida, tanto emocional como profesionalmente?

—Fueron varios: los hijos llorando por el padre; el esposo que amaba a su esposa, que estaban juntos por más de veinte años, ella fue la que falleció; el doctor Rico, una persona súper inteligente; el doctor Matus Molina, el administrador del hospital, que era un amigo muy querido, y todos los que salieron adelante, como el doctor Paredes, que se cuida, hace ejercicio; muchos pacientes jóvenes que ya están bien; un paciente joven de treinta y un años que no se movía y batalló como ocho meses para poder dejar el oxígeno con CPAP, y ahorita sano... verlo caminar es muy gratificante.

“Tienes mucho dolor en los pacientes que murieron, un paciente que se llamaba Víctor, lo quería mucho y falleció. Mandaba los casos a México o a Estados Unidos y les decía: ‘¿qué más me pudo haber fallado’ y me decía: ‘que hice todo’. Cada uno de los pacientes que tuvimos de COVID fue algo que te marcaba, porque es algo que el paciente no buscó, fue una pandemia que llegó y, de repente, estaba muy grave, o sea, cometiste un ligero error como hablar sin cubrebocas y ya te enfermaste, pero eso no quiere decir que fuera mala persona, no fue su culpa que existiera ese bicho tan agresivo



y tan maldito. Todos los pacientes me marcaron, cada uno de ellos”.

EM. ¿Qué opina usted sobre los planteamientos de una pandemia próxima, debido a bacterias multirresistentes o por nuevas cepas?

—Sí hay mucho riesgo y eso depende de nosotros, los médicos; los esquemas de antibióticos tenemos que aprender a usarlos, hay una aplicación de Medicina Interna, la Guía de Stanford, que te dice qué antibióticos son los que debes de usar y qué resistencias hay, según los artículos nuevos. Cuando alguien te dice: ‘en mi experiencia en medicina’ ya valió gorro, porque la experiencia de él es muy chica, se pueden haber visto mil pacientes, pero estos son esquemas de millones de personas, o sea, no puedes decir que has visto todo y creer te Dios; para eso hay esquemas de manejo a nivel mundial. Seguimos aprendiendo en medicina, el que te diga que ya sabe todo en medicina ya es un mal médico; a mí me ha tocado una paciente que la operaron de las mamas de cirugía plástica y tenía unas pseudomonas multirresistentes, y duró hospitalizada un mes y medio con lavados; gracias a Dios se fue, pero tuvo que perder las prótesis, la herida le quedó peor de lo que estaba y eso fue por los esquemas de antibióticos que usaron previos; como profilaxis le dejaron un esquema súper grande y, desgraciadamente, se infectó en otro hospital, vino con nosotros y llegó muy grave.

“Es un riesgo y eso mató a mucha gente en el mundo, tenemos que controlarlo, no dar antibióticos en infecciones virales, hacer bien tus esquemas de manejo. Cuando tengo un paciente yo vuelvo a leer, yo leo mil veces, pero lo vuelvo a leer, porque se te puede ir, no eres una computadora que tiene todo guardado. Eso va a darle

una mayor calidad de atención a tu paciente y un menor riesgo de mortalidad, porque sí puede pasar, y si pasa es por egoísmo, porque usan un esquema de antibiótico súper agresivo”.

EM. Con base en su experiencia durante esta pandemia, ¿cómo podríamos prepararnos como nación en el caso de que se presente una futura contingencia?

—Como nación es muy difícil, específicamente en Ciudad Juárez y en el norte la gente no exige. No puede ser posible que haya hospitales públicos, que tú pagas tus servicios y que no tengan más que Paracetamol y Diazepam para un paciente COVID, si eso pasara en México ya hubieran parado y hasta tirado el hospital; la gente en la población en México, D. F., exige tratamientos, manejos, respuestas, preparación de los médicos y aquí no exigen nada; entonces, no podemos hablar que tenemos una nación unida en el tratamiento. En el Hospital General, donde yo estaba, tratamos influenza en el 2009 y usamos todos los esquemas nuevos, y los hospitales generales de aquí... aquí en el General nunca han tenido Oseltamivir.

“Tendríamos que tener personajes políticos que tuvieran la disposición y la entrega de verdad de atender a los pacientes en forma homogénea en todo el país. Si estás pagando el IMSS o el ISSSTE, que te den servicio, o sea, no estás exigiendo nada extra. Deberíamos de exigir nosotros como médicos y los pacientes también; en la Ciudad de México no pasa eso, porque... no hay gasas y ¡párame el hospital!, hacen una huelga, encierran a todo el mundo con unas cadenas hasta que tengan todos los medicamentos, pero nosotros aquí en Juárez, no... se muere el paciente y nosotros no tenemos ese nivel de exigencia. Eso no puede pasar



en un país como el nuestro, porque los recursos se desvían a otras tonterías y se pierden miles de recursos que, mínimo, tendrías gasas estériles y medicamentos de muchos tipos; entonces, para prepararnos en conjunto, necesitamos que haya servicios médicos más justos, eso sería lo primero.

“Después, la preparación de los médicos; el trato al paciente es bien importante y que, como médicos, aprendamos a tratar a un paciente como si fuera mi familiar. Mi abuelo tuvo cáncer, se fue de mojado a Estados Unidos y estuvo en la guerra de Corea, y lo trataron muy mal en el Hospital Militar. Cuando vi eso dije: ‘jamás voy a tratar mal a un paciente mío, lo voy a tratar como si fuera mi abuelo’. Hace falta que nosotros seamos más humanos; ustedes que están de alumnos, que van creciendo, no vean a los pacientes como algo económico, o sea, lo económico va a llegar solo, dedíquense a sus pacientes y esa dedicación sola te va a remunerar económicamente, no porque sean pacientes del servicio público los trates mal y en el hospital particular que te pagan los trates bien, tratarlos igual a los dos; tú estudiaste Medicina porque te gustaba ayudar a la gente, estás estudiando para ayudar a una persona a sanar o a morir, también a morir con dignidad, sin dolor, ayudarles en el lecho de muerte para que estén tranquilos. A lo mejor no te van a pagar; yo tengo pacientes que yo les he pagado los *stents*. Me peleé con el administrador, metimos a un señor que era un caballero y él no pagó nada, le pusimos dos *stents* y el hospital me dio las medicinas, el proveedor me regaló otro *stent* y el señor me traía miel, queso o enchiladas para las secretarías; tengo a unos pacientes que viven en La Cuesta que me traen enchiladas, tamales, pero los atiendo con gusto.

“Tienen que ser más humanos, tratémoslos como si fuera tu abuela o tu papá. Cuando estés ahí en el IMSS desvelado por-

que tienes tres turnos y llega un señor, no le grites y no le digas: ‘¿Por qué llegaste en la noche?’, tú estás cobrando por eso, estás ahí porque quieres, no te puso el paciente, así que no lo trates mal, es lo peor que puedes hacer”.

EM. Después de más de un año que inició la pandemia, como sociedad, ¿qué ventajas tenemos?, ¿qué vamos a aprender de esto?

—A tener más limpieza, a estar más unidos, a querer más a la familia, a ver a tu familiar que puede ser vulnerable, a ser mejores personas y a ser mejores como sociedad, y a tener más conciencia de la salud, que es lo más importante.

EM. Personalmente, ¿cuál fue su mayor reto y qué efectos psicológicos le provocó la pandemia?

—Mi mayor reto fue estudiar y buscar los mejores esquemas para los pacientes, investigar todo el tiempo; y en los efectos psicológicos hubo contrastes muy complejos entre la gratificación de salvar a alguien y ver fallecer a otro.

EM. ¿Qué tan frecuente fue la depresión entre compañeros?

—Sí fue mucha. Hay unos esquemas de la Universidad de Washington que usan Fluvoxamina; yo lo empecé a tomar como protección, porque disminuye la carga viral, y creo que eso me ayudó. La mamá de mi niña, que es mi ex, psiquiatra, me dijo: ‘te vas a botar’; el nivel de estrés que traía de no dormir, o dormir dos o tres horas, me acostumbré a dormir así por muchos años; entonces, el no dormir no se me hace raro. Pero eso te hace daño, no se lo recomiendo




a nadie. Me la tomé, ya que ves a tanta gente grave y enferma, y quieres ayudar y no puedes... sí te deprime. Tengo un amigo que dijo: 'ya no puedo' y se fue un mes y está bien, es humano, se deprimió y decía que ya no podía con las muertes; se fue y volvió al mes. Tienes que seguir adelante, quedan muchísimos enfermos.


EM. Después de este año y medio de pandemia, su perspectiva ante la vida, ante la muerte, ¿ha cambiado algunos aspectos de su vida?

—He visto pacientes muy graves toda mi carrera. En el Gea González, que es un hospital enorme, de concentración, veías ya los últimos pasos en Cardiología e intervención. Siempre he visto pacientes muy graves que están muy cerca de la muerte, ver pacientes que dicen: '¿sabe qué?, ya se

le acabó el puche al indio, ya déjeme ir, es mi momento, me quiero morir'; pacientes con cáncer que les ayudas a morir, porque no hay otra. Una oncóloga me mandó a una paciente joven que tenía cáncer, ya le habían realizado todas las terapias y no había resultados. Me la mandó para que la ayudara a morir, con su mamá y su hermano; me tocó tenerla en el hospital como un mes y ayudarla a que se despidiera y, al final, dormirla y que no sufriera.

“La COVID trajo muerte en gente conocida y querida, entonces sí fue difícil. Tuve el concepto de muerte más cerca. Sí tratas a todas las familias y te puede, lloras, me deprimía. La diferencia ahora fue que en muy poco tiempo aquí era uno y, al rato, otro. No podemos todavía detener la muerte, tienes que saber identificar cuándo ayudarlo al paciente”. 





Mtra. Dina Salgado Sotelo
*Presidenta de la Unión de Sordos
del Estado de Chihuahua, A. C.*
• *Maestra de Lengua de Señas Mexicana*

Expresiones Médicas. Compártanos quién es usted y qué papel juega en esta ciudad.

— **M**i nombre es Dina Salgado Sotelo. Soy originaria de Chihuahua. Soy líder y maestra de jóvenes sordos y de Lengua de Señas Mexicana, y activista de derechos humanos de la comunidad de sordos.

EM. ¿Cómo es su día a día?

—Quedarme en casa haciendo mis quehaceres. Utilizo las redes y el internet para buscar información, hago videollamadas con amigos sordos e intérpretes. Tengo mis clases virtuales y reuniones con sordos líderes de diferentes estados de la república mexicana.

EM. ¿Cuáles son las principales dificultades que se presentaron durante el inicio de la pandemia en la comunidad de sordomudos en su trabajo?, ¿en este momento siguen siendo las mismas o algo ha cambiado?

—Cuando se suspendieron las clases y se dieron indicaciones de no presentarnos en el trabajo, ya no salíamos, nos quedamos en casa; entonces buscamos las diferentes formas de conectarnos de manera virtual, aunque los videos en vivo no me parecían lo adecuado. Después encontramos una plataforma para realizar este tipo de clases de manera privada, esto lo pude hacer con ayuda de mi familia; fue así como comenzaron las clases virtuales con mis alumnos.

“Esto fue difícil al principio, algunos no sabían cómo conectarse o se distraían demasiado, la cámara no la acomodaban bien, la iluminación, también; algunos no tenían buena señal de internet, otros no tenían ni *laptop* o, de plano, no tenían internet; otros se conectaban en el celular. Todo esto era ya la nueva modalidad de trabajo y en clases. Luego me despidieron injustamente de mi trabajo en el Municipio por dos horas no cubiertas. Esto no terminó aquí, porque las mamás de mis alumnos jóvenes sordos decidieron seguirme y continuamos con las clases fuera ya del Municipio. Continuamos así, con clases virtuales, acostumbándonos a trabajar de esta forma y resultaba muy bien, siempre con una actitud positiva y entusiasta.

“Ya cuando volvimos a clases presenciales mis alumnos estuvieron muy felices y algunos se conectaban todavía por Zoom (seguía siendo complicado, porque se cortaba la señal); los que acudíamos presencial guardamos y seguimos todo el protocolo de salud: uso de cubrebocas, gel, sana distancia”.

EM. ¿Qué es lo que más le ha sorprendido?

—En muchas cosas no creí que llegaríamos a esta era y esta nueva forma de vida. Hace mucho tiempo vi una portada de la revista *Muy Interesante* de un niño con cubrebocas y muchos virus alrededor de su cara, y ahora en esta nueva forma de vida viene a mi mente esa portada de revista, porque lo estamos viviendo. El uso del cubrebocas ha sido también un impedimento para las personas sordas que también leemos los labios; es otro obstáculo más para nuestra comunicación.

EM. ¿Qué beneficios inesperados ha encontrado?

—Pues hemos tenido más oportunidad de estar en casa, lo he tomado con calma y tranquilidad. A través de la tecnología, internet, he aprendido mucho; me inscribí en cursos en línea con un maestro sordo argentino. Me reúno con mis colegas de la Unión Nacional de Sordos de México; cursos de capacitación de intérpretes; también, las clases de Lengua de Señas Mexicana con modalidad virtual. Recibí apoyos inesperados del Programa de Bienestar, así como recientemente el apoyo de este nuevo gobierno municipal.

EM. Desde un punto de vista objetivo, ¿considera que la pandemia influyó en la manera de pensar/actuar de la siguiente generación?

—Sí, como fortalecer nuestra esperanza, ganas de vivir, pues valoramos más nuestra vida y familia, así como ganas de avanzar y continuar.



EM. ¿Considera que sacó alguna enseñanza de vida del encierro?

—Sí, cuidar más de nuestra salud, valorar todo lo que tenemos, cuidar a los que nos rodean también.

EM. ¿Cuál ha sido un momento que nunca olvidará de esta época?

—Las situaciones tristes, porque perdimos seres queridos. Saber que también conocidos fallecieron por este virus.

EM. Desde su punto de vista, ¿cómo cree que la sociedad juarense se comporte en esta nueva normalidad?

—La vida continúa. Algunas personas ven normal las cosas que suceden y hacen como si nada pasara, y pues nosotros vivimos en una incertidumbre, porque no estamos exentos de nada. Sin embargo, debemos agradecer cada día, disfrutar y realizar las cosas que nos gustan; hacer lo mejor posible cada día.





Dra. Cynthia Nayeli Cuevas Luján
*Médica anestesióloga del Hospital General de Zona
n.º 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*

Expresiones Médicas. ¿Cuál ha sido el mayor reto de la pandemia?

— **C**reo que el mayor reto fue aceptarlo, asimilarlo y enfrentarlo; pues, como la población en general, teníamos miedo de infectarnos y, sobre todo, de contagiar a nuestras familias. Esto representó un gran desafío durante este tiempo de pandemia, ya que existía un noventa por ciento de probabilidad de infectarse de COVID-19 al intubar a un paciente con dicha enfermedad. Además, el uso del equipo de protección durante las jornadas laborales representó una fuente de estrés y desgaste importante, desde tener que comprar nuestros propios insumos de protección hasta la incomodidad de realizar tu trabajo usando todo el equipo. En conjunto esto representó un impacto físico, económico, emocional y psicológico.

EM. ¿Cómo fue su día a día en el área COVID?, ¿cuál era la rutina?

— Cuando los hospitales comenzaron a saturarse y los médicos en el área COVID no podían cubrir la demanda de trabajo, se nos pidió a los médicos especialistas auxiliar en esta batalla contra el



SARS-COV-2. A principios de marzo de 2020, se nos asignó un equipo por mandato presidencial a nivel nacional y un día de la semana para rotar en el área COVID. Los equipos estaban formados por cuatro médicos de diferentes especialidades y un líder que debía ser un médico internista, un médico intervencionista, o bien, un médico anesthesiólogo. Según las guías de práctica clínica, en pacientes con COVID-19 la intubación tenía que realizarse en el primer intento con un tiempo estimado de diez segundos y por el personal médico con más experiencia en el área. Dentro de las fortalezas de un anesthesiólogo, se encuentra el manejo de la vía aérea, pues para considerarse experto en intubación se necesitan hacer más de cien intubaciones y es un procedimiento que nosotros realizamos diariamente; sin embargo, hay ciertas áreas que nosotros no cubrimos, como el manejo farmacológico de las neumonías. Al igual que, en mi caso, muchos médicos especialistas tuvieron que enfrentar y trabajar en áreas que no conocían al cien por ciento, por lo que tuvimos que hacer sinergia de conocimientos y ha-

bilidades para poder desempeñar nuestro trabajo de la mejor forma, pero aun así fue retador y desgastante el estar en el área COVID.

“La rutina empezaba desde casa. El primer paso era mentalizarte que tocaba día COVID. Al llegar al hospital era tomar un uniforme quirúrgico, después ponerte un overol y luego la bata, tres pares de guantes, usar tu mascarilla facial y *goggles* de protección cerrados. Los casos que atendíamos eran muy variados, nunca sabías a qué te ibas a enfrentar. Lo más difícil y pesado que me tocó fueron las cirugías COVID, ya que implicaba tener el material de protección rudimentario y estar ahí toda la cirugía al pendiente del paciente en todo momento, al mismo tiempo que realizabas múltiples tareas en relación con la cirugía”.

EM. ¿Cómo repercutió la incidencia de pacientes y saturación de trabajo en la salud mental del personal del sector salud?

—En lo personal, el desgaste emocional, aunado con el cansancio físico, el miedo constante de infectarse y enfermar a las personas que te rodean, fue lo más difícil. Yo llegaba a mi casa después del trabajo y tenía que cambiarme de ropa, meterme a bañar, y si ese día había tenido una intubación de paciente COVID, me esperaba quince días para asegurarme de no estar infectada y poder abrazar a mis hijos.

EM. ¿Ha cambiado su perspectiva sobre la muerte respecto a todo lo que se observó durante la pandemia?

—Sí, mucho. Yo vi la fragilidad de la vida en todos los aspectos; el valor del tiempo presente, la importancia y vitalidad de la vía aérea, pues observé de cerca la delgada lí-

nea entre la vida y la muerte. Reafirmé mi creencia católica en un Ser Supremo que orquesta este balance, debido a que tuve pacientes en los que aseguraba que iban a sobrevivir y murieron; por el contrario, también tuve pacientes con un mal pronóstico que se recuperaron de forma óptima.

EM. ¿Visualiza un incremento en los casos por la COVID-19 ahora en la liberación de la sociedad a una nueva normalidad?

—No, creo que los casos se van a ir reduciendo aún más. Yo lo comencé a notar aproximadamente en marzo de 2021 (poco después de que comenzaron las Jornadas de Vacunación) por dos motivos: el primero, la eliminación del día COVID en mi trabajo, pues yo hago rotación en todas las salas de especialidades, no tengo una rutina establecida, pero cuando estaba en el equipo para ayudar con pacientes COVID nos tocaba rotar en esta área. Al ya no requerir nuestra ayuda extra y con la disminución de pacientes COVID en piso, me percaté de que la situación está mejor.

EM. ¿Cuál es el mayor reto que enfrentamos en la nueva normalidad después de la vacuna?

—Considero que el mayor reto es aprender a aplicar todas las experiencias y aprendizajes que obtuvimos durante la pandemia. Cuidarnos y protegernos individualmente, al mismo tiempo que cuidamos a los demás; en definitiva, aprender a vivir con la nueva normalidad. Por ejemplo, nosotros los anestesiólogos, antes de la pandemia, usábamos cubrebocas tricapa (que duran cuatro horas) durante las intervenciones quirúrgicas y no era tan imperativo usar algún material más seguro o algún tipo de

equipo de protección adicional; hacíamos nuestro trabajo y no pasaba nada, no teníamos el miedo a contagiarnos por atender a un paciente. En cambio, ahora somos más cuidadosos en cuanto al material de protección que utilizamos al atender a un paciente (estamos al pendiente de los tiempos que utilizamos un cubrebocas, dependiendo del tiempo de efectividad del material) y prestamos más atención al correcto manejo de las secreciones.

EM. ¿Cuál es su opinión acerca de futuras pandemias por múltiples microorganismos, como bacterias resistentes a antibióticos?

—Yo sí creo en la posibilidad de futuras pandemias debido a la constante mutación, tanto de virus como de bacterias. Considero que estas situaciones, desafortunadamente, cada vez serán más comunes por la guerra biológica en la que nos encontramos.


EM. De acuerdo con su experiencia durante esta pandemia, ¿cómo podríamos prepararnos como nación en el caso de una futura contingencia de la misma índole?

—Creo que la mayoría de las personas estamos preparados para enfrentar una contingencia de esta índole en todas las edades. Por ejemplo, a mis hijos que acuden a nivel preescolar, les enseñan todas las medidas de prevención: desde la canción del cubrebocas hasta el constante lavado de manos.



EM. A pesar de las adversidades que hemos enfrentado, ¿qué ventajas considera que hemos obtenido durante estos casi dos años de pandemia?

—La educación y concientización sobre salud e higiene en múltiples áreas de la vida cotidiana; por ejemplo, en nuestra sociedad es parte de la cultura el llegar a un lu-

gar y saludar con un beso y/o abrazo, cosa que hoy en día nos hemos visto forzados a modificar. En el ámbito profesional, yo antes no utilizaba guantes al manipular la máquina de anestesia y hoy en día procuro siempre utilizarlos antes de usarla. Al igual, presto más atención a los tiempos adecuados del uso del cubrebocas. 





Mtra. Martha Lorena Carmona
Maestra de escuela primaria de El Paso, Texas

***Expresiones Médicas.* ¿Cómo ha sido su día a día como docente a lo largo de esta nueva normalidad?**

— **D**iferente, debemos tener más cuidado y recordarles a los estudiantes que se pongan su mascarilla. Muchas veces los llevamos a Educación Física y, de regreso, se la quitan, porque a veces los hacen afuera y les tenemos que recordar: “pónganse otra vez la mascarilla”; con más precaución, asegurándonos de que haya más limpieza, desinfectando y utilizando la mascarilla.

***EM.* Desde que comenzó la pandemia, ¿cuáles fueron las primeras dificultades que usted notó?**

—Cuando tuvimos que empezar en modalidad virtual como que fue bastante estresante, porque no conocíamos los sistemas y tuvimos que aprender todo en una semana: Zoom, Google Meets y programas extra de Microsoft, y después de que establecimos cuál íbamos a utilizar tener que dominarlo. Como que fue muy nuevo y rápido para todos adaptarnos a la educación en línea, sin mucho entrenamiento previo; eso, al inicio de la pandemia, en marzo, y era muy difícil, porque los

estudiantes tampoco estaban acostumbrados a la modalidad; entonces, fue bastante difícil mantenerlos enfocados poniendo atención en la clase.

EM. ¿Ya volvieron a la modalidad presencial?

—En el distrito que yo estoy trabajando en Austin (Texas); en El Paso fue presencial, no hubo opción en virtual. Aquí en mi distrito, en Austin, se dio la opción a los estudiantes de escoger virtual o presencial, porque aún no estaban vacunados. Yo, por ejemplo, en mi salón tengo quince estudiantes presenciales y los estudiantes virtuales tienen otra maestra.

EM. Antes de volver a la modalidad presencial, las dificultades que antes mencionó, ¿se mantuvieron o fueron mejorando con el tiempo?

—Fueron mejorando con el tiempo, porque ya estábamos mucho más familiarizados con los programas que utilizamos y en cómo hacer una presentación interactiva; al principio no sabíamos ni cómo.

EM. Ya sea tanto en su profesión de docente como fuera de ella, ¿qué es lo que más le ha sorprendido de la pandemia?

—Lo que más me ha sorprendido es la resiliencia que tenemos los maestros y estudiantes al cambio. Sí hubo resistencia, pero también mucha resiliencia por esta necesidad de cambio.

EM. ¿Cuáles cambios considera que hubo en la forma de enseñar y aprender, debido a la pandemia?

—El cambio más drástico es que no estás viendo si los estudiantes están jugando o si están realmente escuchándote, y aunque los puedes ver por la cámara no es lo mismo que estar en persona.

“Y el cambio más drástico en la manera de enseñar fue aprender a utilizar Zoom en tan poco tiempo, porque sí lo puedes aprender, pero te lleva un entrenamiento de uso y pues eso fue de los cambios más drásticos que yo noté: adaptarnos de una semana para la otra”.

EM. ¿Usted considera que la situación actual del aprendizaje a distancia haya afectado la salud mental de sus alumnos?

—Fíjate que en mi salón no lo pude notar, pero mi hija era una estudiante de nueves o dieces y cuando empezó la pandemia ya no se quería conectar a sus clases, porque no sentía motivación para conectarse a las clases. De hecho, la tuve que llevar a la consulta con el doctor, porque sí era muy notorio su estado de ánimo cambiado; no era lo mismo levantarse, bañarse e irse a la escuela y ver a otras personas. Aquí se quedaba en casa y, a veces, no quería ni siquiera conectarse; a ella sí le afectó mucho.

EM. ¿Qué es lo que espera usted con mayor anhelo ahora que la mayoría de la población está siendo vacunada?

—De hecho, en el distrito donde estamos solo hasta diciembre va a estar la educación virtual; ya en enero va a ser presencial, porque ya hay vacunas para los niños. Entonces, ya no van a tener opción a distancia, ya



van a tener que venir a la escuela. En este momento los que tienen modalidad virtual pueden asistir, pero se les está dando hasta el siguiente semestre para ya venir (presencial).

“Yo ya tengo quince alumnos presenciales; entonces, si regresan más alumnos a clases, a mi clase (Lenguaje Dual), para mí es mucho mejor, especialmente para primaria. A lo mejor para un estudiante de colegio o universidad es más práctico virtual, pero para los niños de primaria, secundaria y preparatoria yo considero que presencial es lo mejor”.

EM. ¿Podría compartir con nosotros algún momento memorable que haya ocurrido con sus estudiantes durante la pandemia?

—Por ejemplo, en mayo estuve trabajando en la escuela de Mesita (allá por UTEP) y ahí tenía doce alumnos; era una clase de quinto de primaria de Lenguaje Dual con niños talentosos y entonces tuvimos que modificar la graduación, porque ya fue su último año para entrar a la secundaria. Al final tuvimos una presentación de Power Point de todos los quintos, que hicieron la directora y administración, en donde estuvieron juntos mis estudiantes presenciales y también en línea los estudiantes y los papás; entonces, este fue un momento memorable, porque todos de una u otra manera estuvieron presentes y convivimos.

EM. ¿Encontró ciertos beneficios de una educación virtual?, ¿qué le gustaría que permaneciera aun después de la pandemia?

—A mí, de trabajar en modo virtual, me encantaba que no tuviera que manejar a ninguna parte. De mi recámara a mi cocina llego en treinta segundos y eso me súper

encantaba, pero sí es preferente que los niños reciban su educación presencial en mi opinión, aunque tenga que manejar el tiempo que tenga que manejar.

EM. Retomando lo que nos menciona, ¿hubo algún replanteamiento acerca de priorizar la salud mental implementando algún programa o sesiones psicológicas virtuales para los alumnos?

—La idea de sesiones psicológicas virtuales sí se me hace muy buena idea, porque los niños necesitan hablar con alguien; entonces, teniendo la facilidad, aunque sea virtual, pues tienes a los papás que los pueden ayudar a conectar sus sesiones en vez de andar corriendo en presencial para llegar a tiempo y estar con la preocupación y el estrés de llegar tarde. Lo veo como un beneficio muy grande.

EM. Ahora que ya hay ciertos estudiantes de manera presencial, ¿notó alguna diferencia en la actitud o respuesta de estos?


—Académicamente los niños tienen que nivelarse; de mis quince estudiantes yo diría que fueron doce a los que tuvimos que nivelar. De hecho, el estado de Texas pasó la Ley HB4545, donde se requiere nivelar a los niños que no pasaron su examen STAAR (es un examen de evaluación lectora y de matemáticas), y se les dan treinta horas de matemáticas y treinta horas de lectura individual. Nosotros les damos tutorías de treinta minutos dos veces por semana y con no más de tres alumnos por tutor; todo esto porque sí bajaron académicamente ahora que no estuvimos en presencial.




EM. ¿Se ha visto una mejoría con estas clases extra?

—El examen STAAR se realiza cada abril; entonces, durante todo este año los hemos estado preparando para cuando lo vuelvan a realizar y ya cuando tengan sus nuevos resultados, sabremos qué tanto ayudó la nivelación o no.

EM. ¿La escuela apoyó a los alumnos con equipos o facilidades para que se pudieran conectar?

—Sí, pero la ayuda no fue inmediata, fue poco a poco. Primero, detectaron que había niños que no se estaban conectando y fueron investigando el motivo, y después ayudaron a los niños que estaban necesitados de este apoyo. El distrito de El Paso sí tenía un programa implementado. 





Dr. Alejandro Iván Lozano Salgado
Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Expresiones Médicas. ¿Podría describir cómo ha sido su día a día desde que empezó la pandemia?

— **A** partir de finales de febrero del año pasado que llegó a México, comenzaron a llegarnos notificaciones a la clínica del ISSSTE. Nos indicaron que teníamos que empezar a preparar la clínica, todas las herramientas para defendernos ante la pandemia y la organización para la recepción de pacientes. A lo largo de marzo y abril muchos compañeros tuvieron que refugiarse en sus casas, debido a las comorbilidades que tenían, entre ellas, obesidad, hipertensión u otras enfermedades importantes. Esta situación redujo nuestra capacidad resolutive, aproximadamente el 40 % de nuestros compañeros se retiraron y el 60 % restante tuvo que dividirse; se llevó a cabo un escalonamiento de médicos, enfermeras y equipo administrativo para disminuir el riesgo de contagio. En el caso de que alguien se contagiara, se optaba por llamar a algún compañero que estuviera en descanso. Prácticamente esta fue la dinámica de división que se realizó.

“El estrés laboral que se manejaba era alto y el ambiente, se sentía muy apagado; aunado a

lo anterior muchos compañeros de la clínica, se iban enfermando, pero gracias a Dios ninguno falleció durante esta etapa de la pandemia. Por lo tanto, me parece que actuamos bien en la clínica del ISSSTE. En ese momento me encontraba en un puesto directivo; por otro lado, en el IMSS fungía como operativo, actuaba como médico de atención médica continua, en ocasiones recibía urgencias y, en la mayoría de los casos, consultas sencillas; y soy médico adscrito en la residencia de Medicina Familiar. En este último puesto tenía a los residentes y nos dividimos el trabajo, yo tomaba a los pacientes respiratorios y los residentes veían a todo paciente que no tuviera síntomas de COVID-19; sin embargo, llegó un momento en que los residentes tenían que resguardarse en su casas y me quedé solo; posteriormente, en la clínica se cierra el área de COVID-19 y tuve que atender solamente a pacientes sin síntomas respiratorios. Esta situación aumentó mucho la carga en los hospitales, debido a que todos los pacientes con sospecha de COVID-19 de las clínicas, se mandaban para allá.

“Referente al área privada, en un principio no trabajé en este campo; no fue hasta la segunda ola de la pandemia cuando comencé a atender ahí. Durante la primera ola los compañeros que trabajan en esta área, se arreglaban bien para atender a sus pacientes, pero cuando intentaba derivar a mis pacientes con COVID-19 no los podían recibir; en consecuencia comencé a atenderlos en la clínica. Se presentó un momento en el que no podía dormir, ya que tenía hasta diez visitas domiciliarias diarias después de salir de mi turno del ISSSTE; era muy desgastante y aún más, debido a todas las llamadas que recibía durante la noche. En ese instante pensaba que esta situación solo duraría con la pandemia, sin embargo, actualmente no se ha terminado; aún se si-

guen recibiendo llamadas para los pacientes con COVID-19, ya que muchos compañeros no se animan a atenderlos por las comorbilidades que tienen. Adicionalmente, se ha implementado la videollamada con ciertas especificaciones, por ejemplo, que no sean pacientes graves.

“Ese ha sido todo el proceso hasta el momento. En marzo que comenzó la vacunación, se abre un capítulo nuevo dentro de la pandemia y se nos pide al doctor Mario Marín Olivas, a la doctora Guadalupe Beltrán Cota y a un servidor que seamos encargados del punto de vacunación de la UTCJ. De inicio nos indicaron que serían únicamente mil personas diarias las que vacunaríamos; no obstante, cuando fuimos avanzando en la vacunación cada vez las expectativas eran mayores. Un punto a favor fue que recibimos apoyo de diversas instituciones e igualmente de muchos voluntarios; fue gracias a ellos que se logró realizar el trabajo, se vacunaron cerca de 350 000 personas en ese punto; por ello estamos muy agradecidos. Hasta el momento se acaba de cerrar la vacunación para mayores de 18 años y vamos a esperar para vacunar a los rezagados y a los menores de edad, y así poder dar por finalizada la vacunación”.

EM. ¿Cuál ha sido el reto más grande en la pandemia?

—Pienso que ha sido la resiliencia. Muchos compañeros no han sentido el apoyo psicológico en cuestión de insumos o de pago, es algo que todos hemos resentido. Otro punto importante es el miedo o temor a contagiarnos y, sobre todo, miedo a contagiar a nuestros familiares. Personalmente duré sin ver a mis padres y a mis hermanos por varios meses por el miedo a contagiarlos, que se pusieran graves o fallecieran, debido



a que diariamente atendía a un alto número de pacientes.

EM. ¿Qué caso de la COVID-19 marcó su vida?

—Han sido tres casos a los que traté por la vía particular. En uno de ellos fui llamado a atender a un paciente en un asilo; este se encontraba aislado en un cuarto, lo atendí y todo señalaba que iba mejorando y salía de la enfermedad, pero en un punto cuando estaba en el asilo con el paciente me llaman para informarme que una persona acababa de fallecer, por lo que voy a observar y me doy cuenta que el individuo que falleció se encontraba en un área común, en la cual estaban alrededor de treinta a cuarenta personas mayores de sesenta y cinco años, sentadas unas al lado de otras con una distancia menor de medio metro de separación y sin cubrebocas; esta fue una imagen muy impactante. Pensé rápidamente en que todos tenían un alto riesgo de enfermarse y el paciente inicial al que fui a atender ya había tenido contacto con todos ellos. Adicionalmente, fui a revisar al paciente fallecido y me percaté de que había tenido fiebre, tos y estornudos, todo indicaba que había fallecido probablemente por COVID-19; por ello, hablé con la directora del asilo y le dije que tenía que informarle a los familiares para que se llevaran y aislaran a las personas del asilo, ya que lo más seguro es que todos hubieran tenido contacto con el paciente sospechoso y es posible que estuvieran infectados. Efectivamente, la directora lo hizo y una semana después regresé y había solamente diez pacientes mayores de sesenta y cinco años que, por razones de fuerza mayor, no pudieron retirarse, pero sí se encontraban aislados dentro del asilo; esto me tranquilizó. No obstante, en esa etapa de la pandemia la única prueba que teníamos era

la PCR y no había el recurso para realizársela a todos; actualmente ya son más accesibles. Al final, el paciente se recuperó con éxito.

“El segundo caso fue en una familia conformada por madre e hijo. El hijo iba saliendo de la enfermedad, pero cursaba con secuelas y era todavía oxígeno-dependiente; mientras el paciente seguía con tratamiento, se hacía cargo de su mamá, la cual se encontraba en un estado delicado, igualmente oxígeno-dependiente; cuando vi al hijo no estaba en condiciones de cuidar a su madre, pero me dijo que ninguno de los dos quería ir al hospital. Finalmente, ambos se recuperaron, a pesar de que tuvieron oxígeno. Lo que más me impactó de este caso fue que el hijo, a pesar de todas las limitaciones que tenía y el estado de la madre, salieron adelante juntos.

“El último caso fue un paciente grave que ameritaba hospitalización y fue durante la segunda ola de la pandemia; no logramos encontrar cama para este paciente y por su estado de gravedad probablemente necesitaba intubación, por lo que le dije que no podía hacerme cargo, porque el riesgo era alto; los familiares empezaron a buscar por otros medios y tampoco encontraron cama; por ello tuvimos que comenzar a tratarlo en casa, porque no había otra solución en ese momento; el paciente duró con oxígeno cuatro meses y quedó con bastantes secuelas pulmonares y musculares. Al principio de su recuperación, el señor no podía caminar; después, con rehabilitación y terapia con neumología, mejoró. Considero que ese paciente fue mi mayor reto durante la pandemia”.

EM. ¿Qué rol jugó en la vacunación?

—Mi rol fue ser encargado del punto de vacunación en la UTCJ, aquí en Ciudad Juárez. Este consistía en la supervisión y la en-



señanza de la aplicación de la vacuna por parte de nuestros voluntarios y de las instituciones. Cada edificio tenía una institución a cargo; había algunos edificios donde los voluntarios permanecían como supervisores de algunos salones o de puntos de carga. Me dio mucho gusto que nos hayan invitado a participar.

EM. ¿Cuál sería su mayor motivación para asistir diariamente a las Brigadas de Vacunación?

—Los voluntarios. A ellos los movía la voluntad y estaban ahí porque querían, a sabiendas de que no recibirían nada a cambio; se presentaban desde muy temprano e, incluso, algunos llegaban antes que yo y con mucha energía, que terminaban contagiándose. Ya no era tanto el deber, sino el gusto de ver a los demás trabajando con gusto.

EM. ¿Hubo algún punto donde sintiera que no se iba a poder cubrir la demanda de la vacunación?

—Cuando iniciábamos cada semana una nueva ronda de vacunación de diferentes edades, porque era mucho mayor la demanda. El número de ciudadanos que iban a vacunarse era alto y llegué a pensar que no íbamos a lograrlo, porque a veces no eran suficientes voluntarios; sin embargo, seguíamos trabajando y recuerdo que terminábamos exhaustos; curiosamente el único día pesado era el primero, era como un síndrome de adaptación, de menos a más. La primera semana nos decían que la meta eran diez mil vacunados; la siguiente semana, veinte mil; la otra, cincuenta mil; luego, cien mil. Recuerdo haber pensado cómo sería posible llegar a esos números: pasar de diez mil lo miraba imposible, pero finalmente se logró y creo que fue gracias a

todos los voluntarios que siempre estuvieron presentes.

EM. ¿Considera que el procedimiento de vacunación fue el adecuado?

—Pienso que las medidas que se tomaron sí lo fueron; sin embargo, pudieron haber sido mejores. Por ejemplo, en el tiempo de espera posterior a la vacunación hubiera estado mejor dejarlos un poco más, la media hora completa para evaluar la aparición de algún síntoma, a veces teníamos que recortar el tiempo hasta quince minutos para que los pacientes se fueran antes; este fue uno de los protocolos que se pudo mejorar, pero se necesita de más espacio y voluntarios. Estamos contra el tiempo, las filas y el estrés de los ciudadanos, que nos están presionando constantemente desde las cinco o seis de la mañana; igualmente, hubo personas que se desmayaban antes de entrar al punto de vacunación, no era tanto el después de la vacunación sino el antes de. La primera semana dejábamos a los ciudadanos media hora de espera después de la vacunación y no hubo alguna complicación; no obstante, donde sí ocurrían percances era antes de entrar a ser vacunados. Otro punto que también se pudo mejorar fue la capacitación en el tratamiento de los residuos biológico-infecciosos; surgían ciertas diferencias de pensamiento en este tema en cuanto al manejo de estos, pero al final pasamos con el mínimo riesgo.

EM. ¿Qué tanto visualiza el incremento de los casos de la COVID-19 actualmente con la nueva normalidad?

—Esa es una situación que ha venido manejando el gobierno desde el principio, desde la primera, segunda y tercera ola. Actualmente estamos saliendo de la tercera ola y



ha sido por pasos. Vamos a ver cómo se adapta el mexicano; sabemos que somos una población con sobrepeso y obesidad muy marcada. De hecho, este año pasamos a ser el país con más obesidad del mundo y somos el séptimo país con mayor incidencia de diabetes, por lo que fuimos uno de los países más golpeados debido a estas comorbilidades.

“Los escalonamientos que se pusieron en práctica van avanzando conforme se va abriendo la estructura económica del país. Se abren centros comerciales y maquiladoras, cada vez que se abren surge un pico de casos. Este escalonamiento se hace para evitar un contagio general y, al mismo tiempo, de toda la población, y que la capacidad del sistema de salud no se vea superada y colapse. Hoy en día con la llegada de la vacunación, como se ha visto en otros países, el noventa y cinco por ciento de los casos hospitalizados son aquellos pacientes que no se han vacunado contra el cinco por ciento de los casos; se ha visto que está bajando aproximadamente un mil por ciento de los casos. Respecto a la vacunación todavía falta parte de la población, pero en la frontera alrededor del setenta y seis por ciento y en Ciudad Juárez un ochenta y uno por ciento ya se encuentra cubierto, y espero que se desarrolle la inmunidad por rebaño, al menos en nuestra ciudad, para evitar futuros colapsos del sistema de salud y un regreso a la normalidad”.

EM. ¿Hubo algún cambio de actitud en la población entre la primera y la segunda dosis?

—Definitivamente. Recuerdo cuando fue la primera dosis: los pacientes iban muy asustados, ansiosos y presentaban muchos síntomas antes de llegar a la vacunación; había muchas crisis de ansiedad. En contraste,

para la segunda dosis del mismo grupo etario, no pasaba nada y si había alguna complicación eran muy pocos casos; el proceso fue mucho más ágil y rápido; los pacientes iban con menos dudas y más preparados.

EM. ¿Cómo cree que ha cambiado el estado mental de la población al recibir la vacuna?

—Pienso que ha sido de optimismo en los pacientes que creen en la vacuna, que es un ochenta-ochenta y cinco por ciento que se quiere vacunar, que es suficiente para la inmunidad del rebaño. Tener esa mentalidad, aunado con la buena difusión que se ha hecho hasta el momento y la respuesta de los derechohabientes. Pienso que vamos por buen camino; en cuanto se acabe la vacunación vamos a tener mínimos casos.

EM. Como participante de las Brigadas de Vacunación, ¿qué espera de la nueva normalidad?

—Espero que la mayoría de la población se haya vacunado o tenga la intención de vacunarse, así como que completen su esquema de vacunación, debido a que esta enfermedad será endémica, al igual que la influenza, y va a tener sus variantes. Espero que toda la población siga cuidándose con las medidas higiénicas; quizá vamos a dejar de usar cubrebocas como en otros países en cierto momento o que el distanciamiento social ya no será el mismo; sin embargo, las medidas higiénicas, como el lavado correcto de manos, deben permanecer siempre.



Comentario

La Jornada de Vacunación se la debemos a los voluntarios, no lo hubiéramos logrado sin el apoyo de todas las escuelas y las instituciones; el apoyo y la combinación del equipo que hicimos fue el correcto y gracias a eso, se obtuvieron estos resultados. Los voluntarios son un ejemplo. Delante

de los trabajadores de otras instituciones les señalaba: “si el voluntario puede, usted con más razón”. Muchas veces los voluntarios llegaban antes que las instituciones que tenían formación militar. Me gustó que la ciudadanía tenga entre ellos a personas con tanta capacidad y desde muy joven, entre diecisiete a veinticinco años, que van a ser el futuro del país. 🌟





*Enf. María de los Ángeles Zamarripa
Cárdenas*

*Enfermera del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*

Expresiones Médicas. ¿Podría describir cómo ha sido su día a día desde que empezó la pandemia?

— **H**a sido favorable y hemos aprendido bastante.

EM. ¿Cuál ha sido el reto más grande de la pandemia?

—El convencimiento para la aplicación de la vacuna. Genera una gran satisfacción ver cómo poco a poco hemos ido logrando que la gente acepte la vacuna y las medidas preventivas, como el uso del cubrebocas, que considero es un punto importante en la prevención del COVID-19.

EM. ¿Qué caso de la COVID-19 marcó su vida?

—En general, todos los aspectos me han marcado. En lo emocional, batallar con los pacientes, ver la muerte de cerca y el tener sensibilidad con nuestros pacientes; y respecto a lo intelectual, el constante aprendizaje que hay en todas las etapas.

EM. ¿Qué rol jugó en la vacunación?

—Mi rol principal fue vacunar, completar esquemas de vacunación y la labor de convencimiento en pacientes que, en el momento de la vacunación, se levantaban y se iban. No estuvimos en contacto directo con personas enfermas.

EM. ¿Cuál sería su mayor motivación para asistir diariamente a las Brigadas de Vacunación?

—Me gusta mi trabajo, siempre he estado en Medicina Preventiva y me motiva completar esquemas de vacunación y llevar a cabo la labor de convencimiento.

EM. ¿Hubo algún punto donde sintiera que no se iba a poder cubrir la demanda de la vacunación?

—Claro que sí. La labor de convencimiento es un logro que se obtuvo y causó una alta demanda; sin embargo, aún existe gente que no acepta la vacuna.

EM. ¿Considera que el procedimiento de vacunación fue el adecuado?

—Sí. No obstante, podría mejorarse la agilidad para poder completar el esquema de vacunación en el intervalo indicado. El tiempo que debe pasar para completar un esquema es de veintiuno a veintiocho días; a falta de esta agilidad que menciono pasan más días de los señalados y la gente pierde credibilidad en la vacuna.

EM. ¿Qué tanto visualiza el incremento de casos de la COVID-19 actualmente con la nueva normalidad?

—Los casos han disminuido mucho. Los pacientes enfermos de gravedad son jóvenes y niños que no han sido vacunados.

EM. ¿Hubo algún cambio de actitud en la población entre la primera y la segunda dosis?

—Sí. La segunda dosis fue mejor aceptada en la población; había más credibilidad y disposición.

EM. ¿Cómo cree que ha cambiado el estado mental de la población al recibir la vacuna?


—Ha cambiado para bien y para mal. Al recibir la vacuna muchos pensaron que las medidas preventivas no eran necesarias cuando aún tienen que permanecer: tanto el uso del cubrebocas como el correcto lavado de manos y la sana distancia.

EM. Como participante de las Brigadas de Vacunación, ¿qué espera de la nueva normalidad?

—Espero que haya menos enfermedades respiratorias, que haya mayor conciencia con la vacunación; por ejemplo, con la vacuna de la influenza. Además, que se sigan manteniendo las medidas preventivas, principalmente el uso del cubrebocas.

Comentario

Todavía tenemos mucha gente rezagada, tanto de la primera como de la segunda dosis, así como personas que no creen en

la vacuna, por lo que es necesario hacer conciencia y practicar la labor de convencimiento para lograr la vacunación de la población completa. 



Dr. Gregorio Peña Rodríguez

Médico familiar

• *Presidente del Colegio de Médicos Familiares de Ciudad Juárez, A. C.*

Expresiones Médicas. ¿Qué ha cambiado en la consulta y en su ambiente en comparación con el inicio de la pandemia?

— **A**l inicio de la pandemia había mucho miedo por desconocimiento de la enfermedad, la forma de transmisión, qué tan contagiosa era, qué tanto podía durar el virus en el aire. Había gente que decía que podía permanecer el virus en el aire completamente; entonces, había cierto temor por comprometerse de manera inmediata. Aunque teníamos conocimiento de que este virus era un virus pesado y que, si manteníamos una distancia de metro y medio o dos, pues era algo protector para nosotros o algo seguro, pues siempre quedaba ahí el miedo.

“La consulta bajó demasiado, los adultos mayores dejaron de ir completamente, los jóvenes también pararon, las embarazadas también empezaron a retirarse y casi siempre iba gente por el medicamento del familiar nada más. Pero yo creo que, como comentaba, si conocemos el mecanismo de transmisión, pues el miedo disminuye un poco, pero no sabíamos contra quién estábamos luchando y más cuando veíamos que, al principio,

se tomó como un virus respiratorio nada más, y después ver las muertes súbitas, que la gente estaba padeciendo de infartos, pues se desconocía que también llegaba a causar problemas cardiovasculares y entre otros, tanto como endocrinológicos, gastroenterológicos, nefrológicos, entre todo lo que genera.

“Y ¡vaya!, al tener desconocimiento de todo lo que estaba ocurriendo, pues las precauciones salen, ya que todos querían andar con overoles, guantes, cubrebocas y no tocar a nadie. En lo personal, no; en lo personal consultaba con mi cubrebocas y decían que era una persona muy confiada, y no; es más, porque estaba constantemente leyendo los mecanismos de transmisión y así guardaba mi distancia, practicaba mi lavado de manos y evitar demasiado tiempo encerrado en un lugar, pero sí se compartía con mis colegas por ese miedo al contagio”.

EM. ¿Qué dificultades se enfrentaron al inicio de la pandemia?, ¿siguen siendo las mismas ahora?

—No, al principio la falta de material fue un problema mundial, no exclusivo de nuestro país, en el que inició a llegar poco a poco overoles, caretas y cubrebocas. Y se vieron dos caras: gente que decía que “yo acumulo todos los cubrebocas que pueda y voy a tomar todo lo que pueda para protegerme” y se vio en la gente que fueron a comprar mandado, gel y se llevó todos los productos de limpieza, sin importar el prójimo. Y hubo la otra cara, de gente que se solidarizó y gente que llevó comida a lugares de gente que se quedó sin empleo por la pérdida económica, restaurantes que cerraron, cines y afecciones de economía en general. Nuestro grupo de médicos tratamos de conseguir material donado y, de hecho,

mucho material que conseguimos donado fueron hechos por personas; la misma población que se pusieron las pilas y se pusieron a hacer cubrebocas y caretas ellos solos, y nos empezaron a regalar, mientras nosotros a repartir a hospitales para proteger a nuestros compañeros, porque si recuerdan hubo muchísimas muertes del personal de salud y nosotros no queríamos que más gente muriera, más gente en la batalla, peleando contra un enemigo desconocido y cómo llegaron a fallecer o enfermar; fue una reacción que tuvimos nosotros.

EM. ¿Qué es lo más difícil a lo que se ha enfrentado?

—Es una gran ventaja el que ya estemos vacunados. Yo les explico mucho a los pacientes que la vacuna no va a evitar enfermarnos, pero sí nos va a disminuir el riesgo de una complicación grave y de mortalidad.

“Aquí yo creo que sí ha cambiado el miedo que se tenía. Ya se revisa con más confianza a la gente; hemos adoptado mejores medidas de seguridad, como filtros para gente que tiene un diagnóstico sospechoso de COVID-19 sean mandados a otra área, para ser revisados con mayor cautela y con equipo de protección, y yo que soy docente también me ha servido, porque han regresado los estudiantes y los tengo con una distancia, los separo por grupos a todos y los llevo a diferentes áreas. Creo que el paciente se ha visto beneficiado también por la vacuna, porque al principio se cerraron muchos servicios a los que los teníamos que mandar, como al cirujano o al cardiólogo, y ahora están esos servicios abiertos y estamos retomando todo eso que se quedó. Si bien no nos podemos relajar al cien, ya es con mayor confianza la consulta y que podamos ayudar al paciente”.



EM. Al principio comentó que las principales muertes eran del personal de salud, ¿cree que eso tuvo una repercusión sobre la salud mental?

—Sí, había mucho miedo en el personal de salud, porque no se sabían todas las complicaciones que podía haber e, incluso, al inicio. Recuerden que ni el tratamiento teníamos, se estaban viendo complicaciones, por ejemplo, vasculares, como una trombosis o un infarto, y se desconocía que la causa era por este virus. Al principio se creyó que nomás era respiratorio y vimos que no; entonces, sí había mucho miedo por el personal de salud. Por eso abrimos una línea de atención para el personal de salud, para esas crisis de ansiedad, para esos datos depresivos que estuvieron presentes en médicos, enfermeras, trabajadores sociales, asistentes, que se separaron de su hogar y durmieron en un cuarto aparte por el riesgo de infectar a su familia. Había compañeros que me comentaban: “yo no tengo miedo a infectarme, pero no quiero infectar a mi familia”. Entonces, ya ahora con la vacuna, yo creo que con más confianza se interactúa con la familia, se llega a casa más cómodamente y al ya saber sobre medidas preventivas y de la patología en sí, ya ha cambiado hasta nuestra vida rutinaria, no solo lo laboral sino lo familiar.

“Por ejemplo, medidas que se adoptaron como el tapete, pues no hay nada que compruebe que al pasar por el tapete ya se desinfectó. Por eso es importante el saber el mecanismo, el uso del cubrebocas, el no estar en espacios cerrados y en caso de ser así, usar el cubrebocas que cubra completamente la nariz, porque vemos muchas renuencias, gente con el cubrebocas sin cubrir la nariz o en el cuello; entonces, el conocer el mecanismo de transmisión nos ha

ayudado bastante para el diseño de medidas de protección”.

EM. ¿Todavía está activo el grupo para el personal de salud? (Respecto a la línea de crisis para el personal de salud).

—Sí está activo, pero nos lo maneja la maestra Violeta Gutiérrez, psicóloga, quien reunió a un grupo de siete psicólogos, pero la verdad que con esto de la vacunación y que disminuyó la mortalidad, creo que ya no marcan; se relajaron los problemas de ansiedad y de depresión. Y lo hicimos para el personal de salud, no para fijarnos solamente en nosotros, sino porque teníamos siete psicólogos y no podíamos dar abasto a toda la población.

“Por suerte el gobierno tiene su línea de atención psicológica ya para toda la población, pero nosotros tenemos que actuar como colegas con nuestros compañeros para esas crisis que pueden tener después de un contagio. Ustedes saben que después de un contagio uno a veces genera ansiedad; entonces, el tener un apoyo psicológico es bueno —y gratuito— para una orientación”.

EM. La seguridad de que pueden hablar en cualquier momento, porque uno se restringe a lo mejor por los horarios, fines de semana o un día inhábil; y para los médicos siento que no existen esos días...

—Sí, agradecemos a la maestra Violeta, quien a cualquier hora ha estado al pie del cañón, contestando llamadas; a la doctora Legarreta, geriatra, que también atendió a pacientes geriátricos de manera voluntaria. Yo creo que este grupo se puso las pilas. Tenemos una página de Facebook: Juárez contra COVID.



EM. ¿Siente que ha disminuido la cantidad de casos? Y de todos los casos que ha visto, ¿cuál ha sido el que más le ha impactado?

—Al inicio había, incluso, renuencia a atenderse. La población tenía miedo de ir a la consulta y al no ir, pronto iniciaban a desaturar y se aguantaban en casa hasta llegar con saturaciones de treinta a cuarenta por ciento, y aun así al llegar con esa hipoxia, al decirles que tenían que ser atendidos en el hospital había renuencia a hacer un ingreso al hospital; por ver la mortalidad pensaban: “algo me va a pasar si entro” y ¡todo lo contrario! Eso me impactó mucho: llegaban firmando una alta voluntaria y nosotros detrás de ellos para evitar que la firgaran.

“Hacíamos mucho énfasis en entrevistas de radio. Le decíamos a la población: “si tiene estos síntomas, vaya a consulta, atiéndase, cómprese un pulsioxímetro”; ahora ya todos debemos tener uno en casa. Es obligatorio tener un pulsioxímetro en casa, porque eso es lo que nos va a definir la respuesta inflamatoria; cuando baja de noventa por ciento ya inició la respuesta inflamatoria y ahí, ¡cuidado!, porque ya son otras medidas y abarca más cosas”.

EM. Y alguno que haya sido un reto, intelectualmente hablando...

—Mi hermano, porque tenía todo para complicarse: diabetes, hipertensión, obesidad y ¡vaya!... Sí, ahorita podemos decir que no hay un tratamiento específico, nos agarró una temporada en octubre donde se dio el mayor número de casos y, a veces, era hasta difícil conseguir el medicamento... farmacias vacías y no había hospitalizaciones; tuvimos a mi hermano en casa. A mí no me interesó, yo decía que no importaba si me contagiaba y yo lo llevaba a estudios,

yo lo inyectaba, yo lo mantenía en casa y le daba sus medicamentos, pero en ocasiones cuando bajó la saturación sí pensé que se iba a poner peor, pero afortunadamente lo logramos e hicimos los cambios, y ahí con el apoyo de médicos internistas y asesoría lo estuvimos monitoreando de manera continua junto con la oxigenación. Por eso siempre le digo a la gente: vigile la oxigenación y si desatura tenemos que actuar de otra manera.

EM. ¿Le han tocado casos pediátricos?

—No, lo que sí, y lo hemos comentado con otros colegas, es que el paciente pediátrico se presenta de diferente manera, siendo un paciente asintomático o un paciente debutando de otra forma, engañando con otras patologías, como cetoacidosis diabética, un abdomen agudo. En lo personal no me ha tocado, pero otros compañeros mencionan cuadros atípicos en los que tenemos que estar más pendientes.

EM. ¿Qué expectativa se tiene de los casos?

—Pues que esto vaya disminuyendo. El COVID llegó para quedarse, pero que nosotros continuemos las medidas de prevención, que haya conciencia de la vacuna por la renuencia que se tiene a la vacunación, ya que todavía hay gente que no se vacuna. Es entender que disminuye la mortalidad y de infección grave, y que todos queremos que se vuelva a la normalidad o a la nueva normalidad; regresar a las escuelas, porque también se daña a los niños, a los adolescentes, el encierro, el pasar todo el día en un celular. Entonces, es la expectativa hasta por salud mental, sin olvidar las medidas preventivas.



EM. ¿Qué era lo que esperaba cuando escuchó las noticias de que iba a haber vacunación?, ¿tenía alguna expectativa que se haya cumplido?

—No, no se cumplió, porque en realidad queremos que no haya casos y que no haya muertes, pero sí vemos que ha disminuido la mortalidad y la infección grave. Antes veíamos a pacientes con saturación de treinta, cuarenta, ¡y ahora no!, vemos que llega asintomático; a la mayoría le damos su seguimiento de manera telefónica y le estamos asesorando sobre datos de alarma. Por suerte se le está entregando al paciente su pulsioxímetro y continuamente le estamos hablando, preguntando su saturación, y en el momento en el que inicie a desaturar orientarlo a la hospitalización o a un módulo para revisión. De esta manera, yo creo que se disminuyen las complicaciones: desde la vacuna hasta las medidas de prevención; es un conjunto de todo (vacuna, medidas preventivas y seguimiento del paciente). Ahorita me traje este libro de “la peste”, porque estamos hablando de algo del siglo XIV, y no había vacuna, y la gente lo superó por medio de las medidas preventivas y de higiene; yo creo que esa es la lección. Si nosotros hacemos nuestra parte con las medidas de higiene, nos va a servir mucho la vacuna. Yo creo que la expectativa es que no haya más casos, pero creo que vamos adelante.

EM. ¿Usted cree que haya medidas que se tengan que parar?

—No, ahorita en las escuelas creo que hay que hacer ese énfasis. Creo que falta comunicarnos. Yo creo que tenemos que ser empáticos; sabiendo que tengo un familiar enfermo, pues prefiero ahorita evitar la ida a la escuela, porque no da síntomas de ini-

cio y está transmitiendo el virus. A lo mejor ahorita me veo bien y estoy transmitiendo el virus a otras personas; por eso, la empatía. Si yo sé que alguien de mi familia enfermó, es restringir y aumentar mis medidas; si yo sé que tengo fiebre o un síntoma, con más razón. La ventilación, hay que hacer énfasis en que los lugares tienen que estar bien ventilados y, aunque suene caro, conseguir para monitorizar el CO₂ en el área nos va a ayudar en las escuelas al detectar una concentración de suficiente CO₂, para que podamos sacar o ventilar el área para volver. Podrá ser molesto el interrumpir la sesión, pero nos va a proteger, y es algo que no he escuchado que se haga lo suficiente.

EM. ¿Existen posibilidades de que una bacteria multirresistente ocasione otra pandemia?

—Yo creo que en lo de las bacterias multirresistentes somos muchos culpables. Por esta parte me voy a excluir; ahorita Luisa no estuvo conmigo en consulta, pero ustedes tienen de maestro al doctor Casanova Cardiel. Pregúntenle si da un antibiótico injustificado, aunque el paciente lo exija; si no está justificado no lo receta. Yo creo que la prescripción inadecuada de antibióticos nos da la resistencia antimicrobiana que sí es un peligro y lo veíamos en COVID al no saber contra qué peleábamos, con el uso de Azitromicina, Ivermectina, y no, la saturación de oxígeno; esto se lo aprendí mucho al doctor Alva y Pérez, el neumólogo, la saturación. Y el doctor Alva y Pérez es una persona que no sé cuántos artículos lea al día, pero nos tenía en el grupo con artículos y artículos.

“Nos hacía mucho énfasis en eso: en la hipoxia y el evitar tratamientos innecesarios. Le aprendí mucho a distancia; entonces, quisiera verlo en persona, porque nos



comunicamos por WhatsApp, pero nos enseñó a distancia. Y lo digo porque la resistencia bacteriana creo que sí es un problema a futuro, pero ¡vaya!, nosotros somos los culpables, los que se automedican, los que van a buscar antibióticos por un dolor de garganta y ni acabo el tratamiento, y poco a poco. La prescripción inadecuada no es un miedo, pero sí genera inquietud. Yo no doy un medicamento sin justificación de ser algo bacteriano y creo que es algo que deberíamos hacer todos: educar a la población para que no se automedique. Y hay pacientes que hasta se molestan y dicen: “deme mi antibiótico por si me enfermo”, y no es así: uno tiene que hacer su anamnesis; explorar y ver si cumple con criterios para dar un antibiótico, y sí me genera una inquietud”.

EM. Como nación, ¿qué enseñanza cree que nos podamos llevar de esto para prevenir otra situación parecida?

—Como nación, empatía con el prójimo y respeto, porque tenemos que respetar nuestra distancia. Al principio había gente que

se molestaba al decirles: “mantengan la distancia” y respondían con: “¿por qué?, si no estoy enfermo”. Y como les decía, personas que abarcaban productos y los encarecían, gente que no podía comprar productos, gente que compraba medicamentos de pánico. Creo que es lo importante: respeto y empatía.

EM. ¿Ha cambiado su perspectiva ante la muerte?

—No, pero sí me entristece la situación de ver colegas que eran médicos y maestros, viendo la noticia de uno y luego otro compañero. Y la verdad no queremos, pero yo decía que era un excelente profesionalista y por qué se fue tan joven, o incluso ni joven, pero no es justo que haya fallecido al atender a sus pacientes.

“Nomás quiero compartirles que sigamos las medidas de prevención. Les comento el libro sobre el siglo XIV de ‘la peste’ y la película *El séptimo sello*, que trata de la peste, y pues qué no le hemos aprendido”.





P. M. Gabriela Sánchez Flores
Paramédica de la Cruz Roja Mexicana

Expresiones Médicas. ¿De qué manera afectó la pandemia a los paramédicos, tanto en su carga de trabajo como en lo emocional y psicológico?, ¿cómo ha evolucionado?

— **C**uando inició la pandemia yo realmente no presté mis servicios arriba de la ambulancia; no estuve presente tan cerca-mente, pero tenía contacto directo todos los días con mis compañeros, platicando y viendo qué se podía hacer. Me incorporé a las ambulancias en febrero del 2021, que fue más o menos cuando regresé aquí a Juárez, me contrataron y empecé a trabajar. En Cruz Roja yo soy voluntaria y en enero inicié trabajando en ambulancias particulares.

“Al inicio veía que en mis compañeros había intriga, nadie sabía qué tanto nos teníamos que proteger y yo siento que como personal de salud a veces sentimos como que ‘eso a mí no me va a pasar’ o le perdemos el miedo a ciertas enfermedades, y al inicio fue justo lo que sucedió; en vez de darnos miedo todos dijimos: ‘qué tan mal puede estar esto’ y todos decidieron relajarse. Al inicio hubo un relajamiento y cuando empezaron a verse los casos, y sobre todo ya cuando yo me incorporé, fue una etapa donde la pandemia estaba muy demandante; a pesar de que no fue el

inicio era muy demandante y yo veía que se asignaba una unidad responsable de todos los traslados COVID. Entonces, ¡imagínense!, de la corporación de Cruz Roja existía una sola ambulancia con dos personas a bordo que se hacían cargo de todos los servicios. Los compañeros iban a ese servicio, llegaban, desinfectaban, se quitaban el equipo, y así, sin quitarse el sudor ni nada, se volvían a poner el equipo, se subían otra vez a la ambulancia y se iban al que seguía.

“Claramente fue demasiada la carga de trabajo; si de por sí ya es molesto trabajar con los guantes y el cubrebocas, ahora se le incluía la mascarilla especial, la careta; todo el equipo completo que realmente es muy molesto.

“Es muy diferente a trabajar en un hospital, que tiene ventilación, aire y clima, a trabajar en ambulancia en donde estamos expuestos totalmente al clima de Juárez, el cual no es muy amigable en invierno, porque te quitabas el equipo y estabas todo sudado, y todavía te tenías que bañar para desinfectarte y pues era mucho frío; y en verano, porque por el calor varios de mis compañeros —a mí no me pasó— llegaron a desmayarse durante los servicios y traslados, porque va todo cerrado; la respiración obviamente no es la misma con la mascarilla.

“Siento que algo que influyó mucho fue que por parte de Cruz Roja mi compañero falleció al inicio de la pandemia justamente por COVID. Él no falleció trabajando en Cruz Roja, él era enfermero; entonces, fue como que un punto clave para todos en la institución, para de ahí empezar a asustarnos y empezar a tener el respeto a la enfermedad.

“Yo creo que, en efecto, la carga de trabajo aumentó bastante, porque ahora no solo atendíamos a los pacientes de siempre; ahora teníamos un grupo especial de pacientes. Los encargados de esos traslados,

pues, pobrecitos; la verdad que el día que te tocaba a ti estar en la ambulancia COVID, ya sabías que era un día bastante pesado. Psicológicamente yo creo que estábamos todos preparados para cualquier cosa. Creo que algo que tenemos los paramédicos es que sabemos esperar lo peor; entonces, mientras las cosas se ponían peor y peor, nosotros seguimos muy al pie del cañón, sabiendo que para eso fuimos enseñados. En un desastre natural, por ejemplo, que es una parte en la que trabaja la institución, en lo que todo el mundo se resguarda y evacua la zona, pues somos nosotros los que entramos; entonces, siento que si estábamos por la parte psicológica un poquito más preparados y no tan asustados, pero, pues, la carga laboral y las jornadas tan largas, pesadas y cansadas, el equipo y todo eso... sí fue algo tedioso”.

EM. ¿Qué tanto apoyo y disponibilidad observaron por parte del sector médico hospitalario?

—Ahí estuvo complicado, porque nos empezamos a topar con la problemática de que todos los pacientes respiratorios, al llegar al hospital, iban a ser ingresados al área COVID sí o sí; no importaba si el paciente ya tenía cáncer de pulmón desde hace diez años, si el paciente desaturaba y era COVID; entonces, eso a nosotros nos limitó bastante en la atención que nosotros podíamos brindar. Estamos capacitados para dar muchas atenciones e intervenciones, pero obviamente la atención prehospitolaria nunca se va a comparar con la intrahospitalaria. Aquí yo creo que los más afectados fueron los pacientes con comorbilidades de bastante tiempo; los pacientes con EPOC y otras enfermedades pasaron a segundo plano; entonces, cualquier complicación en que se viera afectado el sistema respiratorio era una restricción



para nosotros al llegar al hospital. Nosotros, al momento que decidimos trasladar a alguien, no podemos llegar deliberadamente a cualquier hospital; tenemos que hablar al hospital y pedirles un cupo, presentarles a nuestro paciente, explicarles por qué nosotros creemos que tiene criterios para ser trasladado al hospital y el hospital es quien decide si acepta al paciente o no. Entonces, nuestra mayor limitante fue el saber que tenías que trasladar a un paciente que, como la mayoría de la población, no tiene servicio médico, seguro de gastos médicos mayores y, entonces, no tiene ningún hospital a donde acudir. Hay quienes hicieron unos protocolos especiales para cada hospital y nos los hicieron llegar a nosotros como ambulantes y nos dijeron: “aquí está el protocolo para que puedas entrar a mi hospital con tu paciente COVID” y como cada hospital es distinto, por ejemplo, al Hospital General puedo entrar únicamente con bata desechable y cubrebocas y a Star Médica tengo que entrar con la mascarilla completa con careta; entonces cada hospital cambia. En eso sí fueron muy accesibles, en compartirnos el protocolo y las reglas, pero de lo que sí nos dimos cuenta es que “tengo estos pacientes graves y ningún hospital me los recibe, y los familiares no tienen dinero, seguro de gastos médicos mayores, Seguro Social, no tienen nada, entonces, ¿a dónde llevo a este paciente grave?”. La verdad es que yo nunca había tenido que dejar tantos pacientes en su domicilio, como hasta ahora en la pandemia, y te vas con esa sensación de “no manches, este paciente de verdad necesitaba atención en el hospital y por sus motivos económicos o por los motivos del hospital no se le puede dar la atención” y se queda en su domicilio sin ninguna atención ya más avanzada o de un médico.

“Por ejemplo, el Hospital de la Familia, Poliplaza, el Hospital de la Mujer no

aceptan a todos los pacientes y si llegas sin avisar no te reciben; y esto aplica no solo en Cruz Roja, esto es para todas las ambulancias privadas y públicas. Los únicos en los que más o menos llegamos sin avisar son a los IMSS, pero asegurándonos bien de que el paciente sí es derechohabiente y tratado en ese hospital”.

EM. ¿Considera que después de las Jornadas de Vacunación ha disminuido el número de ingresos o de traslados?, ¿ha visto alguna disminución de casos que necesitan hospitalización?

—Sí, sobre todo porque como que la gente ya se empezó a adaptar. Ya tienen tanque de oxígeno, oxímetro, termómetro en su casa —ya es como un kit básico—; entonces, la gente ya empezó a adaptarse y a tener el equipo necesario para mantener a sus pacientes en casa. Existe mucho mito y la verdad es que la gente le tiene mucho miedo a la intubación; entonces, aunque el paciente incluso requiera hospitalización los familiares se niegan o hasta el mismo paciente se niega a ser trasladado. Ya no trasladamos tantos pacientes, sobre todo, por ejemplo, en mi trabajo, que tenemos un médico a bordo; nosotros les podemos brindar la atención por parte de un médico en su domicilio. En su mayoría, los pacientes se quedan en su casa hasta que, de plano, no se ve mejoría o empezamos a notar criterios de hospitalización... ya es cuando se les sugiere el traslado, pero, hasta eso, las consultas también han disminuido bastante. Sí se ha notado ese cambio entre el antes y el después de las Jornadas de Vacunación.



EM. ¿Cuál fue el papel de la Cruz Roja en las Brigadas de Vacunación?, ¿cómo fue su participación?

—De parte de Cruz Roja la atención que se brindó en las Jornadas fue tener al personal pendiente de la vacunación; es decir, cualquier malestar que presentaran ahí durante la vacunación —sobre todo, los maestros y los jóvenes—, que se desmayaban y se convulsionaban, pues estaban mucho tiempo en el sol, se les lleva a la ambulancia, se recuperan, y en caso de que no se recuperen, se les traslada a un hospital. Pero estuvo muy bien coordinado, porque había muchos doctores durante las Jornadas; entonces, realmente tenías la dirección médica ahí al lado tuyo y ellos te daban las indicaciones médicas; la mayoría de los pacientes ahí se establecían arriba de la ambulancia. Pero sí, no fue tanto con poner vacunas y así. Aparte de la enfermería yo fui a apoyar por parte de la UACJ como brigadista, pero nosotros más bien estábamos afuerita; estábamos al pendiente de cualquier situación que se presentara.

EM. Dentro de todos los casos que presenció, ¿hubo alguno que se le haya quedado grabado o le haya causado impacto?

—Pues la verdad que yo no suelo involucrarme sentimentalmente con los pacientes, o sea, a mí me podrá llegar un caso muy triste, pero pues solo digo: “qué triste, qué mala onda, pero, con permiso, el que sigue”. Sin embargo, ahora con la pandemia, que me tocó tener a mi hermano enfermo por COVID, como que no fue un solo paciente que se me quedara marcado, sino que todos los traslados COVID —de hombres jóvenes— se me quedaban así varios días; era

un peso con el que tenía que trabajar poquito más para soltarlo.

“Lo más impactante era ver a los pacientes. Me tocó un paciente saturando al treinta por ciento, todavía consciente; o sea, si estuviera inconsciente correspondería con la clínica, pero este señor estaba consciente, se veía demasiado estresado por no poder respirar, y tú te quedas con ese sentimiento de ‘qué horror que estés viendo a alguien con tanta ansiedad por respirar’; y como que el señor sabía, medio alcanzaba a decir que ‘por favor, no me intubes, por favor no hagas eso’. Entonces sí, en cada paciente yo reflejaba a mi hermano. Me pudieron muchos traslados COVID, sobre todo los hombres jóvenes me pesaban un poquito más, y pues ese señor donde yo decía: ‘esto no viene en los libros, este paciente, según la teoría, lo que yo he aprendido y visto, no debería de estar consciente’ y pues el señor ahí andaba consciente, platicando”.

EM. Una vez que terminen las Jornadas de Vacunación y la población esté vacunada, ¿qué medidas considera que podemos adoptar como sociedad en esta nueva normalidad?

—Puede ser darle la importancia y el valor que se merece a la salud; o sea, me refiero a que más allá de las medidas higiénicas, como lavarse las manos, ponerse cubrebocas (todo esto que ya conocemos, sabemos y hasta es una rutina diaria), es el sentarse a hablar como familia y platicar las estrategias; es decir, si mamá, papá, hermano, hermana, esposa, se enferman, “¿qué vamos a hacer?”; tener un seguro de gastos médicos mayores, un servicio médico, ya sea por parte de la escuela o el trabajo, y tener ese plan de acuerdo para que no nos agarre desprevenidos. Siento que el lavarse las manos, uso de cubrebocas, no saludar



a la gente, sana distancia, ya son cosas que sabemos, y la gente ahorita no le está dando la importancia a lo que cuesta la salud en México. Tristemente es muy caro recibir atención médica y la enfermedad de COVID es muy cara.

“Mi recomendación que ahorita le puedo dar a la gente es que tengan un plan establecido de qué hospitales son los que pueden costear, qué seguros médicos pueden tener, porque creo que es muy triste ver que un familiar no puede mejorar o recibir la atención que necesita por la limitante económica”.

EM. ¿Qué considera que se haya aprendido durante la pandemia?, ¿qué piensa que podamos aprender como sociedad?

—Pues a valorarnos y, sobre todo, a entender que no tenemos la vida establecida. Yo creo que, al inicio de la pandemia, todos los jóvenes estábamos de que ‘¡ay!, no pasa nada’ y viviendo la vida al máximo, y ya después de que llegaron las variantes y empezamos a ver que los jóvenes éramos los que estábamos siendo afectados, que éramos los intubados, y que los niños, a los que siempre se creyó que no les pasaba nada, de repente ya estaba el Hospital Infantil con COVID. No sé si es cultura mexicana, pero siento que no le damos el valor que se merece a nuestra salud y necesitamos entender que es algo muypreciado que tenemos. Hay que valorar nuestra salud y también la de los que nos rodean, y no tener ese estigma de que “¡ay!, a mi abuelito viejito ya le tocaba” o cosas así; incluso, no solo por COVID, cualquier accidente, cualquier día, no sabemos si es el último adiós, abrazo o te quiero. Entonces, siento que de esta pandemia lo que podemos aprender es que nadie

está para siempre y que ese abrazo, quizá, sea el último y se le debe valorar.

EM. ¿De qué manera cree que se pueda mejorar el sistema de emergencias? Sobre todo con las medidas que se están dando a la comunidad.

—El servicio de emergencias como tal, prehospitario y de los hospitales, se puede mejorar. El tener algún beneficio o algo que pueda ayudar a las personas que no tienen un servicio médico; ayudar a toda esa población que no sabe a qué hospital puede acudir; los tiempos de respuesta. Es muy difícil estar atrapado en el tráfico y que te estén marcando: “es que mi papá ya no respira” y tú dices: “pues, no tengo cómo llegar más rápido, lo siento”. La cultura aquí de conducción ante un vehículo de emergencia es nula; la gente no se hace a un lado, no se nos da el paso; entonces, para nosotros es todavía un riesgo mayor.

“También creo que lo que se puede mejorar muchísimo es capacitar al personal. Yo confío mucho en mis compañeros, pero el hecho de capacitarnos... que no se quede únicamente en ‘pongo oxígeno, lo subo a la camilla y me lo llevo’, sino que tengamos a la mano más habilidades, estrategias para controlar a nuestro paciente y ya estable llevarlo al hospital, y que en el hospital no nos digan: ‘ya está estable, ya no me lo traigas’, no, o sea, hay que darle seguimiento. Esa confianza entre el médico y paramédico realmente no existe tanto; yo, paramédico, te estoy trayendo a un paciente y te estoy dando los criterios que yo vi, y se olvida mucho en la parte médica: el médico ve al paciente de la puerta en adelante, pero nosotros como paramédicos vimos el entorno. Así como en la historia clínica el médico pregunta, nosotros nos la tuvimos



que preguntar también, porque la observamos, estuvimos en el lugar.

“Entonces sí, esa confianza, la capacitación de parte de nosotros, calles para reducir los tiempos de respuesta. No sé si ustedes sabían, pero el proceso para marcar al 911 es muy largo: desde que marcas hasta que se activa una ambulancia. A mí me ha pasado mucho que he llegado muy feliz a un servicio de que ‘¡Ah!, no manches, un tiempo de respuesta de cinco minutos’ y cuando llego al domicilio están todos enojados diciendo: ‘marcamos hace una hora’ y yo de ‘pues a mí me acaban de avisar hace tres minutos, lo siento’. Entonces sí tenemos un proceso muy largo y si tú estás en una situación de emergencia, peligro o tienes a alguien realmente grave, pues es tedioso, es muy largo, y entonces siento que todo eso se puede reducir; tanto por ayuda de administrativo, por ayuda de la ciudadanía, por ayuda de nosotros, de los hospitales, es un trabajo en equipo”.

EM. Con todo lo que ha presenciado en materia de traslados COVID y fallecimientos de pacientes, ¿ha cambiado su perspectiva sobre la muerte?, ¿qué cambios ha generado en su salud mental?

—De hecho, justo llevo como dos semanas que tengo una racha que todos los pacientes me caen en paro en la ambulancia —no sé quién se tenga que hacer la limpia de los que trabajamos ahí (ja, ja, ja)—, pero no, realmente no ha cambiado mucho; la semana pasada un muchacho de treinta y siete años cayó en paro en la ambulancia y pues, yo lo vi y estaba mal, pero nunca pensé que fuera a caer en paro cardíaco. Sí es complicado el hecho de estar viendo las muertes de jóvenes —del adulto mayor no es que no me causen conflicto, no es que no me pue-

dan—; sin embargo, como que ya hemos aprendido a controlar esto. A mí, antes de ser paramédico, me daba mucho miedo ver a alguien fallecer y pues tristemente ahora esto se vive cada día —el pan de cada jornada laboral—, y ahora con el paciente COVID es difícil, porque no solo falleció por enfermedad, sino que murió estresado, y ante esta angustia de no saber realmente cómo reaccionaba el COVID con su cuerpo, la desesperación de no poder respirar; o sea, es muy diferente ver a un paciente terminal, que se ve tranquilo en su cama, a tener que estar lidiando con el fallecimiento de un paciente desesperado, ansioso, con miedo y angustia. Entonces, eso yo creo es más bien lo que cambia de un paciente COVID a un paciente, pues, no-COVID.

EM. Con base en su experiencia, ¿qué consejo le daría a la población en general para fomentar los cuidados después de las Jornadas de Vacunación y en el transcurso de la nueva normalidad?

—Yo creo que es importante aquí el tener confianza, no desconfíen, no bajar la guardia. No porque ya estemos en semáforo verde significa que el COVID mágicamente desapareció de la tierra. Hay que seguirnos cuidando, crear planes estratégicos y atender la salud; por ejemplo, yo estuve enferma las dos semanas pasadas, no fue COVID, sin embargo, hay que atenderlo, no hay que dejarlo pasar. Si la gente nos dice: ‘soy diabético, hipertenso, tengo EPOC, tengo cáncer’, cualquier enfermedad que se nos ocurra, ajena al COVID, hay que atenderla, porque están las enfermedades que se le pueden ir agregando y luego, aparte, contagiarse de COVID, pues complica un poquito más la situación. No hay que dejar pasar el tiempo.



“Creo que nosotros ya sabemos que la medicina se basa más bien en la prevención; entonces, más bien ese es el consejo: prevenir, tanto COVID como las otras enfermedades que puedan agravar cualquier cuadro. En serio, a mí me dio una amigdalitis, pero con qué cara me iba yo a presentar con los demás —también por eso no fui a clases— y mi pensamiento era: ‘yo estoy enferma y sé que no es COVID, pero qué necesidad tengo de ir a presentarme con la gente sana y, quizá, contagiarlos de una amigdalitis o algún resfriado’ —que era lo

que yo traía— y que tengan que pasar por todo ese proceso de ‘¿y si es COVID?, ¿y si no es COVID?’, y avisarle a todo mundo que te sientes mal y ‘vamos todos a hacernos la prueba’ y ‘vamos todos a aislarnos’. Hay que ser conscientes y empáticos con las demás personas: ‘yo sé que no es COVID, pero no por eso voy a ir a saludar a todo mundo y a presentarme en todos los lugares públicos, porque, pues, no sabemos lo que para otras personas, otras familias, otros núcleos familiares representa’.”





Alexis Aguilar Arellanes

Estudiante de la Licenciatura en Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ)

• *Brigadista*

Expresiones Médicas. ¿A cuántas Brigadas de Vacunación asistió?

— **F**ui a todas las Brigadas, excepto a las últimas dos, debido al inicio de clases. En total fueron entre siete u ocho Brigadas.

EM. ¿Cómo era su rol en la vacunación?, ¿cómo fue que se enteró de estas Brigadas y cómo fue que quiso participar?

—Pues realmente todos nos enteramos porque comenzaron a publicar en la UACJ que necesitaban brigadistas para acudir a la Campaña de Vacunación, ya que hacía falta personal. Se nos convocó por medio de Teams con una liga en donde podíamos inscribirnos; estaban solicitando personal de Medicina, de Enfermería y de Odontología. No pensé mucho en registrarme, porque ya había pasado muchísimo tiempo de la pandemia y no estaba aportando mucho, más que en realidad no salir y contagiarte; me salió esa inquietud de poner mi granito de arena, ya que había muchos médicos que estaban en primera línea y, realmente, pues eran los que estaban luchando contra el



(De izquierda a derecha) Alexis Aguilar, Miguel Valdez y el Dr. Lazcano.

COVID. Uno como estudiante realmente no pertenece al sector salud todavía, no eres un médico profesional; entonces, es poco lo que puedes hacer.

“En el rol que teníamos ahí en la Campaña de Vacunación en la primera Brigada, que fue de sesenta y más, se nos mencionaba que todos los que éramos de Medicina de los semestres más avanzados íbamos a estar a cargo de cada módulo que nos fuera asignado. En el módulo tenemos que estar dando la información a todas las personas que van llegando, decirles qué vacuna se les va a aplicar y cómo se les aplica, qué síntomas pueden tener, cuáles son las contraindicaciones para no recibir la vacuna; realmente tenemos que darles toda la información y procedíamos a vacunar a las personas en las primeras Campañas, que fueron de veinte personas en cada módulo.

Ya después, en posteriores Brigadas, se fue aumentando el número de personas que vacunamos”.

EM. ¿Había personas que no pudieran recibir la vacuna aquí en Ciudad Juárez o en las Brigadas de Vacunación a las que asistió?

—No, las contraindicaciones únicamente eran cinco y muy poca gente las presentaba. Lo más importante era que no estuvieran enfermos de COVID-19 en ese momento o que tuvieran síntomas sugestivos y realmente no había muchas personas que cumplieran con esto. Pero sí había pacientes que tenían una lista de enfermedades y era mejor que el médico que nos estuviera supervisando, que mandara una carta afirmando que este paciente sí podía recibir la vacuna,

pero realmente a los que no se podían vacunar y que les pedíamos que se retiraran, era porque no tenían los documentos listos o porque a lo mejor se habían vacunado con otra marca de vacuna.

EM. ¿En dónde fueron la mayoría de las Brigadas a las que asistió?

—Yo estuve mayormente en el estadio de beisbol Juárez Vive y una Brigada sí me tocó hacerla en el 9.º Regimiento en el Cuartel Militar; ahí fue donde vacunamos a los maestros con CanSino.

EM. ¿Cómo considera el procedimiento de vacunación?

—A mí me pareció que estaba bien organizado. Siempre se procuraba estar en una sana distancia, a pesar de que estábamos en un lugar al aire libre con las sillas separadas. En cuanto llegaban las personas a hacer fila, se acomodaban por grupos, no estaban todos mezclados y el proceso en que íbamos vacunando fue controlado, porque de esa parte se encargaban los soldados, y había un enfermero que pasaba a contar a las personas que estaban ya en los módulos y ese era el número de vacunas que se llevaban; no podían sobrar ni faltar vacunas. Se tenían que regresar las vacunas de las que no estaban completas las dosis o aquellas que se habían caído por alguna razón; cualquier cosa tenía que reportarlo, incluso con las torundas.

“En el 9.º Regimiento no podía llegar cualquiera a vacunarse. Llegaban los docentes, los transportaban en camión hasta adentro del cuartel y ahí nuevamente se bajaban. Iban a las carpas, que eran de cuarenta personas por carpa, los vacunamos y nuevamente así, como estaban ordenados, se volvían a subir a los camiones y se reti-

aban. El proceso de la refrigeración y todo eso nosotros ya no lo vimos; simplemente a nosotros nos llegaban con las hieleras de las vacunas; de todo eso ya se encargaba únicamente el personal que estaba capacitado en ese proceso”.

EM. ¿Cómo fue el orden de la población en general?

—Muchos llegaban con cierto miedo y respetaban las reglas tal cual y como eran. No nos tocó que estuvieran peleándose por lugares, todo estaba muy organizado. El personal de Bienestar hizo muy buen trabajo respecto a eso.

EM. ¿Cómo siente que ha cambiado su perspectiva en relación con la pandemia?

—Sí siento que se fue perdiendo un poquito el miedo a lo que representa la enfermedad. En el inicio era el *boom*; todos le tenían muchísimo respeto, porque sabíamos que era una enfermedad de la que no había tratamiento, de la que no había medidas de prevención, como son las vacunas, y teníamos miedo de salir, contagiarnos y que de alguna manera llegáramos a contagiar a nuestros familiares, a nuestros seres queridos, y llegáramos a perder a alguien.

“Eso se notó muchísimo en la primera Brigada, porque llegamos con miedo; íbamos a estar expuestos a muchísima gente. A pesar de eso era como un mal necesario, por así decirlo. Alguien tenía que hacer el trabajo y nosotros nos ofrecimos para eso. Al principio todo estaba un poco tenso, con miedo de no estar interactuando muchísimo con la gente; todos con nuestros cubrebocas, con la sana distancia, con el gel antibacterial y, al final, ya como que todos estábamos un poco más confiados en



lo que estábamos haciendo, con el trabajo que estábamos llevando a cabo, y nos sentíamos protegidos por la población que ya estaba vacunada”.

EM. ¿Qué piensa que va a cambiar a partir de lo vivido este último año?

—Tenemos ya un tiempo siendo semáforo verde en el estado y todos seguimos usando cubrebocas, seguimos con la sana distancia; es la información que se nos dio: de no relajar las medidas, a pesar de estar en el semáforo verde. Creo que el uso del cubrebocas sí se va a quedar por mucho tiempo, porque ya es una secuela de la pandemia; realmente no está de más usarlo. El COVID no es la única enfermedad que se transmite por aerosoles o fómites, también está la influenza y otras enfermedades que se han reducido por el uso de este, por la sana distancia y por el gel antibacterial. De momento creo que el cubrebocas ya es parte del *oufit*.

EM. ¿Cómo fue el apoyo de la escuela hacia los alumnos que asistían a las Brigadas de Vacunación?

—Se les comentó a los docentes —en ese entonces— que estábamos participando en las Brigadas y todos nos comprendieron. Mencionaban que había que ponerse al corriente con el tema que se veía ese día y no teníamos falta. Se nos citaba a que participáramos en las Brigadas y, de ahí en fuera, nuestra protección estaba a cargo de nosotros, pero la comida estaba a cargo de Bienestar o, inclusive, a veces estaba a cargo de las maquiladoras. La UACJ no es que no quisiera darnos comida, nada de eso, sino que ya había otro personal encargado de eso.

EM. ¿Cuál era su mayor motivación para ir todos los días a ayudar en las Brigadas?

—Se sintió muy bonito haber estado aportando algo; ser parte de algo histórico, que es algo que se puede contar muchos años después. Una persona que vacunaste, por lo menos, ya está un poquito más protegida para la enfermedad, ya puede tener un poquito más de confianza, ya puede salir a la calle nuevamente a recuperar su vida; en lo personal esa era mi motivación.

EM. ¿Cómo resumiría la cuarentena en una frase?

—Frustración. En un momento estaba en clases de Medicina Comunitaria y al siguiente ya estábamos en urgencias. ¿Qué pasó?

“Al principio llamaba mucho la atención, porque nunca habíamos tenido clases en línea y eso de entrar a Teams, ver que se pueden grabar las clases, que se puede presentar sin tener problema de estar buscando el cañón, escribir, poner videos, es muy práctico y desde la comodidad de la casa, hasta que llegó un momento en el que ya todos estábamos hartos de esto: de no tener ningún contacto con nadie; las clases eran muy robóticas, no te podías reír con alguien, no podías comentar nada, repasar algo, porque únicamente era estar detrás de una computadora. Estábamos ahí sin poder hacer nada, mientras teníamos docentes que estaban luchando en primera línea y muchos perdieron también a sus docentes que se enfermaron de COVID y lamentablemente fallecieron. A mí me tocó en la clase de Medicina Comunitaria, en uno de los Centros de Salud que rotamos; un compañero y yo estuvimos con un doctor apoyándolo en la consulta y meses después me enteré que falleció. Sí genera tristeza que un



día te están enseñando cómo explorar y al siguiente te enteras de que ya no está. Sí fue muy frustrante no poder hacer algo más, pero supongo que lo que hicimos está bien, que fue resguardarnos y ya, posteriormente, vacunarnos”.

EM. ¿Cuál ha sido el momento que nunca olvidará de esta época?

—Todas las Brigadas. Fue muy monótono cuando empezamos con la pandemia; se pasó todo el año 2020 y no veíamos la luz al final del túnel. Una vez que se empezaron a abrir estas Campañas de Vacunación, que nos empezaron a tomar en cuenta para participar en ellas, la experiencia que nos llevamos, no solo yo sino todos mis compañeros, la recordamos con muchísimo cariño, porque hicimos nuevas amistades ahí. Muchos nos apoyamos entre todos para vacunar; la gente lo agradecía realmente. Algunos pensaban que estábamos ahí porque nos estaban pagando lo que sea y no, realmente muchos acudimos a muchas Brigadas; no soy el único que estuvo en la mayoría de ellas. Al inicio era muy emotivo, los adultos mayores cuando terminábamos con un módulo, siempre nos aplaudían, se paraban y decían: “vamos a darle un aplauso a los muchachos que están aquí haciendo todo por vacunarnos” y era muy bonito la verdad.

“Nosotros no sabemos todas las historias que están detrás de las personas que

acudieron a la Brigada, tanto brigadistas como las personas que acudieron a vacunarse; no sabemos si el día anterior perdieron a alguien por COVID, si tenían demasiado miedo por la vacuna o lo que sea; a pesar de todo ahí estuvieron, se vacunaron y como decía una de las personas que asistió a la vacuna, que tenía una camiseta que decía: “nos vacunamos por los que no pudieron”. A mí se me hace un nudo en la garganta, porque a pesar de que yo no tuve familiares que fallecieron por la enfermedad, sé que muchos sí tuvieron pérdidas; inclusive amigos cercanos perdieron a sus padres, a sus amigos.

“Irte a vacunar realmente es un acto de bondad, porque pues hay muchas personas que no creen en la vacuna y todas las teorías que salieron al inicio de que tenían chip o que nos querían controlar... Realmente que acudieras a la vacunación es un paso más a nuestra nueva normalidad, a que volviéramos a llegar al semáforo verde, a que volviéramos a ver a nuestros seres queridos con un poquito menos de preocupación como era antes. No al cien por ciento, pero un poquito más protegidos; por lo menos ya podemos respirar, ya podemos dejar un poquito de lado la enfermedad en lo que se va normalizando hasta volver a nuestra vida como antes, pero, pues, de momento sí es algo que se le tiene que reconocer a las personas, a pesar de sus fobias, y se les agradece”. 🌻



COVID

*Irvin Daniel Carrillo
González y Said Carrillo Yépez
Padre e hijo*

Expresiones Médicas. ¿Cómo fue la transición de una vida sin pandemia a la época actual?

— **Papá:** Una actividad que teníamos muy frecuente era ir a jugar al parque y él me preguntaba mucho: “¿por qué ya no vamos al parque?”. Y yo le explicaba que había animalitos muy chiquitos en los juegos, en las personas, en el aire, que podrían enfermarlo. Poco después él mismo se contestaba: “¡ah!, no, es porque hay COVID”. Él mismo ya entendía por qué ya no íbamos.

EM. ¿Batalla para que use el cubrebocas?

— **Papá:** No, es muy bien portado; se lo deja cuando se lo ponemos. Pero él solito también se lo pone.

EM. Si fuera a la escuela ya vacunado, ¿le daría pendiente que se quitara el cubrebocas?

— **Papá:** No realmente, porque sé que no se desespera; siempre se lo deja.

EM. ¿Los maestros les dieron la opción de que fuera a la escuela?

—**Papá:** Sí.

EM. ¿Hay niños que sí van a la escuela de su grupo?

—**Papá:** Sí, hay personas que van. Cuando lo inscribimos había modalidad presencial o virtual y escogías una, pero no podías cambiarte sino hasta final del curso, pero sí hay presenciales y otros virtuales.

EM. ¿Como le hace la maestra?, ¿pone la cámara y están en la misma clase los alumnos presenciales y virtuales o tienen una clase específica para presenciales y otra para virtuales?

—**Papá:** Sí, son grupos separados; les dan horas de clases presenciales y salen a receso, y atienden a niños virtuales.

EM. ¿Les hicieron firmar un acuerdo para los alumnos que sí van a clases presenciales?

—**Papá:** Sí, se firmó una solicitud u hoja de información de qué preferías, pero sí hay por escrito donde tú escogías la modalidad. Se tenía que mandar para que la escuela se organizara con los salones.

EM. ¿Surgió alguna duda en las juntas de cuál iba a ser el protocolo si un niño se enfermaba por la COVID-19?

—**Papá:** Sí, hubo una junta y en esa junta se dieron las indicaciones de cómo trabajar presencial o virtual, y en unas indicaciones se dijo que si llegaba a haber un contacto las clases presenciales se iban a detener. Los pasaban a manera virtual, me parece, pero

no estoy seguro. Sí hay cambios de virtual a presencial, aunque se supone que no. Dijeron que iban a parar las clases presenciales y nos dieron indicaciones de que si tenía cualquier síntoma, como estornudos, no lo mandarás a presencial.

EM. El año que viene, ¿aún quiere que siga en modalidad virtual o ha considerado el modo presencial?

—**Papá:** Yo pienso que no. No lo mandaré a presencial. Yo necesito un sustento de los datos y quiero desear que exista para los niños la vacuna, pero pienso que si las cosas siguen como hasta ahorita, a pesar de que no hay tantos contactos, lo mantendré virtual, porque no batallo y, aparte, tiene menor riesgo.

EM. ¿En qué grado está?

—**Papá:** En primer año de kínder.

EM. Usted que está estudiando psicología, ¿qué considera que hacen para compensar el que no estén en contacto con otros niños, como la interacción social?

—**Papá:** Sabes que los profesores hacen buen trabajo en ese sentido, porque los niños bailan, cantan, y las formas en que dan las clases son muy dinámicas; no se aburren. No se desespera por estar sentado. Las actividades que hace son muy educativas. Usan mucho Play-Doh y colores, y yo lo que hago, por mi parte, es prestarle atención; ser muy paciente. Aunque sí me ha llorado tres veces, porque se desespera...



EM. ¿Por estar en la computadora?

—**Papá:** Porque está haciendo una actividad y no le sale, pero sí me pregunto: “¿qué pasaría si estuviera en presencial?, ¿también lloraría?”. Por eso hay que estar muy paciente con él y jugar e instarlo a que haga cosas; por ejemplo, si bailan le digo que lo haga, para que se ponga a bailar.

EM. ¿Hay algún sitio donde les indiquen que envíen los trabajos o solo lo que realizan durante las clases es lo único que tienen que hacer?

—**Papá:** Son las dos. En las clases se trabaja y en la tarde mandamos evidencia, y si hay tarea se tiene que hacer y se manda evidencia de que está hecha.

EM. ¿Cuál fue el primer recuerdo que tienes cuando te dijeron: “oye, hay una pandemia, Said”, y te empezaron a explicar lo del virus y eso?, ¿qué recuerdas?, ¿qué pensaste?

—**Said:** No me acuerdo.

EM. ¿Te daba miedo la pandemia?

—**Said:** Sí.

EM. ¿Cómo te ha parecido tu regreso a clases? Bueno, es la primera vez que vas a la escuela, ¿verdad?, ¿te ha gustado?

—**Said:** Sí.

EM. ¿Qué es lo que haces en la escuela?

—**Said:** Dibujo en mis cuadernos.

EM. ¿Estás en la computadora conectado y ves a tus compañeros por la cámara?, ¿tienes que prender tu cámara?

—**Said:** Sí.

EM. ¿Preferirías estar con tus compañeros así cerquita o en la computadora?

—**Said:** En la computadora.

EM. ¿Qué haces para no enfermarte?

—**Said:** Uso el cubrebocas y me lavo las manos mucho.

EM. Si ves a un niño que no trae cubrebocas, ¿qué es lo que piensas?

—**Said:** Que se le pega el COVID.

EM. ¿Te gustaría ir a la escuela en un futuro con tus compañeros y maestra o te quieres quedar en la casa, en la computadora?

—**Said:** Me quiero quedar en la computadora.

EM. ¿Te gustaría ir al salón de clases con tu maestra y amigos?

—**Said:** No.

EM. ¿Prefieres estar en la computadora?

—**Said:** Sí.

EM. ¿Por qué?

—**Said:** Porque sí.

EM. ¿Es porque te gusta estar en la casa y no sales o porque no te tienes que bañar temprano?

—**Said:** Me gusta porque me despierto más tarde.

EM. ¿Quieres decir algo que salga en la revista para que cuando seas más grande puedas leerlo?

—**Said:** No.

EM. ¿Seguro?

—**Said:** Sí.

EM. **Muy bien. Gracias, Said.**

—**Said:** De nada. 🌻





Víctor Romero
Cadete de la Academia de Policía

Expresiones Médicas. ¿Cómo fue su rol en las Brigadas de Vacunación desde que se supo que iban a iniciar hasta que terminaron?

— Como representantes de la Secretaría nos tocó lo que fue llenar los protocolos que nos daban ahí ustedes, los voluntarios; atender a la ciudadanía auxiliándola, ya sea en problemas de sus vehículos o problemas de ellos haciendo proximidad social. De igual manera, con las personas que iban dándoles información de todo tipo, sobre la vacuna, sobre los tiempos que se manejan. Yo creo que esa fue nuestra función, María José: hacer presencia y darles seguridad a ustedes, de que no estaban solos; tampoco los doctores ni enfermeras, ni todo el personal que participó en las Brigadas.

EM. ¿Le llegó a tocar algún conflicto de alguna persona muy alterada que tuviera que alejar dentro de las Brigadas?

— Claro. Hubo personas que en la primera Brigada, en el estadio de futbol Benito Juárez, se pusieron furiosas por las líneas que había de los carros, porque se querían cambiar de línea, porque se tardaban mucho en vacunarlos; no comprendían que era un proceso. Sí hubo ahí algunas ocasiones



que tuvimos que hacer la excepción de retirarlos de la fila por su comportamiento.

EM. ¿Considera que el procedimiento de vacunación fue el adecuado?

—En mi punto de vista, sí, María José. Todos los que estuvimos ahí fue prácticamente por nuestra cuenta, nadie nos pagó. Fue vocación todo lo que hicimos y se me hizo muy organizado como lo hacíamos, las medidas de seguridad, todo era normal; ya ves que hasta los sentábamos así: un asiento, sí, y uno, no, y todas esas cosas; entonces, en mi punto de vista, yo creo que como personal de la Secretaría se me hizo muy bien organizado. Sobre las dosis, igual; ya ves que las dosis no se estaban tanto tiempo ahí. Había que recuperarse, en los refrigerios de nosotros, el agua, la comida, estuvo muy organizado en realidad, porque atendimos a mucha gente y éramos pocos la gente que estábamos atendiéndolos, y aun así le dimos fin a eso.

EM. ¿Hubo algún cambio en la actitud de la población entre la aplicación de la primera y la segunda dosis?

—Sí, sí se vio mucho el cambio, principalmente en la primera. La gente ya estaba muy contenta y andaba muy satisfecha, porque ya había llegado la vacuna, y pues en la segunda, ¡ni se diga!, ¿verdad? En mi experiencia me tocaron más personas contentas y conformes a con actitudes malas, pero, pues, hay de todo, ¿me entiendes? Había gente que decía: no, la vacuna es el virus y no me la quiero poner y así, pero había gente que sí te lo agradecía; o sea, sí le interesaba mucho y como dejamos gente inconforme también dejamos demasiada gente muy conforme.

EM. ¿Hubo algún cambio en la Escuela de Policía cuando empezó la pandemia? Por ejemplo, a la hora de hacer ejercicio, durante los entrenamientos, ¿tenían algunas medidas como la sana distancia o considera que se rompieron los protocolos?

—No, claro que no. De hecho, en nuestra Academia en ese tiempo que estuvimos ahí participando con ustedes tuvimos un fallecimiento de un comandante, un instructor, a consecuencia del COVID, y se puso más crítica la situación, y las medidas de seguridad fueron las mismas. En los comedores podíamos comer una silla, sí, y una silla, no; en los ejercicios no salíamos en grupos, ya no salíamos toda la Academia junta, ya no nos ponían tanto al sol para no agitarnos tanto. De igual manera, el cubrebocas en todo momento lo tenías que traer puesto y cada vez que entrabas en los edificios había que desinfectarte; nos quedamos un día a la semana para sanitizar toda la Academia.

EM. ¿Cómo es su día a día después de la vacunación?

—Ya van cambiando mucho las cosas, ya la psicosis se fue; la gente está un poco más tranquila. Ahora ya que nuestro estado cambió a semáforo verde, pues ya las cosas poco a poco se están normalizando, pero de igual manera no hay que llevarlo a la ligera también; desde el uso del cubrebocas, el gel antibacterial y todo son cosas que, probablemente, pues ya se quedaron por un tiempo para nosotros, pero ya nos acostumbramos a esas situaciones y se me hace bien cómo va evolucionando conforme a lo de la vacunación, y se me hace muy bien el entorno social.

EM. En su experiencia como cadete, ¿cuáles considera que fueron las principales dificultades para desarrollarse en su profesión que se presentaron al inicio de la pandemia?; en este momento, ¿dichas dificultades siguen presentes, o mejoraron, o empeoraron?

—Las Academias estuvieron cancelando mucho, porque la enfermedad persistía; bajaron mucho nuestros entrenamientos respecto a lo mismo. Tuvimos un fallecimiento ahí dentro de la Academia; fue una disciplina más crítica todavía; aparte de que ya estaba crítica fue más crítico y poco a poco se fue recuperando; ahora ya que salimos a la calle y todo, se ve muy diferente a lo que se vivió en ese tiempo. Sobre problemas que tuvimos ahí, nada más fue así como que la inconformidad de que no podías estar junto a otro compañero; no podías andar sin cubrebocas, no podías ingresar a los edificios sin echarte gel; quedarte más tiempo para poder sanitizar las instalaciones. Ya no tengo conocimiento de cómo sea ahorita en la actualidad, pero de igual manera me imagino que siguen con el mismo protocolo.

EM. Entonces, si pudiera rescatar lo que más le ha sorprendido de esta nueva normalidad, ¿qué sería?

—Las redes sociales, más que nada; es un medio muy conflictivo, enferma mucho a la gente, todo se creen. Ahorita, pues, ya estamos llegando a lo que se podría decir al fin, que todavía no lo es, pero pues ya lo estamos agarrando. Yo sí sugeriría un poco que fuera más discreto todo este tema respecto a las redes sociales.

EM. ¿Ha encontrado algún beneficio de esta situación que tuvimos que pasar?

—Mira, en realidad para nosotros no fue un beneficio, porque como cadetes fue un proyecto de proximidad social para la ciudadanía. Fue un acercamiento como prósperos policías a empezar a perderle el miedo a la gente; empezar a relacionarnos con ellos; empezar a tener ese contacto que, a veces, pues uno como persona civil le tiene miedo a la ciudadanía. Entonces, a lo mejor mi beneficio fue de ser un poco más centrado con la gente, tener más diálogo con ellos, pero de ahí en más, pues no hubo otro beneficio más que la vocación y el servicio, nada más.

EM. ¿Hubo algún momento que no olvidará de las Brigadas de Vacunación?

—Conocí a excelentes personas, a excelentes doctores o enfermeras; hice muchos amigos. De igual manera, a eso íbamos y pues también me tocaron muchas cosas, como te repito, de proximidad social ante la ciudadanía donde debimos hacer muchas labores de prevención, como fue auxiliar a las personas de bajos recursos. Hicimos lo posible para que los vacunaran y ayudar a la gente; eso era lo que nos interesaba a nosotros.

EM. ¿Hay un mensaje que te gustaría compartir con la población en general?

—Sí, me gustaría dejarle sobre todo a esa población que ha tomado esta situación a la ligera, que no se han puesto la vacuna, que no les ha importado, ¡que lo hagan! Es algo que es gratis, es invertir su tiempo y que asistan; o sea, no se nieguen a cosas que en realidad da igual... que no hagan caso a las redes sociales ni a mensajes tontos. Mucha gente ya nos vacunamos, mucha gente ya tuvimos esa experiencia y también hubo gente que no la contó, y pues, ¡a echarle ganas!, no le veo el motivo por el que se nieguen a ir. 🦠

