

Incertidumbre en atención primaria en tiempos de COVID-19

Dra. Sofía Gurtler.

En la medicina, en general, y en la atención primaria en particular, nos encontramos diariamente conviviendo con situaciones que nos exponen a distintos grados de incertidumbre.

El médico de familia se encuentra habituado a que los pacientes acudan con síntomas inespecíficos o poco diferenciados, a que las enfermedades se presenten en sus primeras etapas, y a que resulte difícil “encasillar” los síntomas en una categoría diagnóstica específica(1). Las decisiones médicas que tomamos día a día ocurren bajo condiciones variables de incertidumbre(2), que pueden estar relacionadas con procesos diagnósticos (¿Qué le ocurre al paciente?), terapéuticos (¿Cuál es el mejor tratamiento para él?) o pronósticos (¿Qué probabilidad de mejoría o curación tiene el paciente con esta determinada enfermedad?). Así es como constantemente nos preguntamos si un paciente tiene una condición que amerita ser estudiada o tratada inmediatamente, conviene controlar en un tiempo prudencial, o si estamos simplemente ante una variante de la normalidad.

Se han descrito dos dimensiones que posee la incertidumbre: La incertidumbre *aleatoria* relacionada con la probabilidad y el azar, y la *epistémica* relacionada con nuestro conocimiento incompleto, que puede deberse a un limitado saber científico general o a limitaciones individuales en el acceso y procesamiento de la información ya existente. Se cree que en cualquier escenario coexiste una combinación de ambas(2). En este escenario Fox describe otra variante, que es la dificultad que el médico encuentra para decidir si sus dudas proceden de las limitaciones del conocimiento científico disponible o de las deficiencias de su propio conocimiento(3).

Aun cuando sabemos que la medicina no es una ciencia exacta, muchas veces lo olvidamos o intentamos manejarnos con grados de certeza que son difíciles o imposibles de alcanzar, y esta situación puede afectar al médico y generar angustia y/o ansiedad(4). Es muy habitual que en respuesta a la falta de certeza, se suscite la necesidad de solicitar estudios complementarios innecesarios con la intención de ganar control o “certidumbre” sobre un determinado cuadro, lo que supone un alto costo (no sólo económico) para el paciente, para el médico y/o para el sistema de salud. Esta situación no se traduce en mejores resultados en salud o en calidad de atención, y muchas veces deriva en fenómenos que sabemos que son francamente dañinos, como los resultados falsos positivos, las cascadas diagnósticas, el sobrediagnóstico y la sobrecarga del sistema de salud que esto conlleva (5;6).

Por su parte, la pandemia nos enfrentó a múltiples desafíos e interrogantes que acrecentaron la incertidumbre habitual de la práctica médica. Surge la teleconsulta como nueva modalidad de atención (con todas sus ventajas y desventajas), encontramos dificultades para la realización de estudios o seguimiento de determinadas patologías por limitaciones de acceso a los centros de atención, etc. A toda esta situación se le sumó la necesidad de dar respuesta a interrogantes sobre una nueva enfermedad muchas veces grave, de la cuál no se contaba con información suficiente.

Mucho desconcierto se suscitó también en la población general, en la que además suele predominar una concepción de la ciencia médica como capaz de realizar explicaciones completas y de hacer predicciones precisas(5), como si se tratara de una “ciencia dura”, desconociendo sus limitaciones. En este sentido, puede resultar útil tomar la perspectiva de que aún con enfermedades que son ampliamente conocidas, y que vienen siendo motivo de estudio desde hace décadas o siglos, hoy sigamos aprendiendo sobre ellas y modificando nuestra práctica gracias a la experiencia acumulada y a los avances científicos.

Dentro de los múltiples interrogantes que nos trajo la pandemia, mucho se habló sobre el seguimiento y/o estudios complementarios que sería necesario solicitar a los pacientes que han atravesado una infección por covid, y concurren a la consulta en ausencia de síntomas. Hoy en día todavía no contamos con un consenso general sobre este aspecto. Por ejemplo, se debatió acerca de si es conveniente rastrear compromiso cardíaco posterior a una infección de COVID-19. Se han realizado diversos estudios que intentaron dar respuesta a esta gran necesidad de información, algunos con resultados alarmantes (8), y que fueron criticados por aspectos metodológicos, pero que luego fueron contrapuestos por estudios con resultados discordantes y “tranquilizadores”(9). Además se vio que no todos los estudios que circularon inicialmente contaban con rigurosidad científica suficiente que nos avale para tomar o cambiar conductas, por lo que sería peligroso sacar conclusiones apresuradas.

Entonces, ¿cómo proceder ante la gran incertidumbre que nos enfrentamos en el contexto actual y con esta catarata de información diversa y no siempre certera? Parecería ser que lo más sensato es apelar a la evidencia disponible y tomarse el tiempo para evaluarla críticamente, teniendo en cuenta siempre la individualidad del paciente que tenemos enfrente.

Por último, no deberíamos olvidar la importancia de las valiosas herramientas con las que contamos los médicos de familia cuando nos enfrentamos a la incertidumbre a diario, que nos resultan tan útiles siempre y más aún en estos momentos de pandemia.

La anamnesis ampliada y guiada, el examen físico, la accesibilidad y comunicación constante con los pacientes, sumada a la continuidad y la longitudinalidad en la atención y la posibilidad de contar con espacios de discusión de casos entre colegas, nos ponen en un lugar de privilegio para poder enfrentar la incertidumbre que la atención de los pacientes nos desafía cotidianamente.

Artículo revisado por el área editorial AMMF.

Referencias:

1. Torres DP, Fernández FL. Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones compartidas con el paciente [Internet]. Vol. 38, Atención Primaria. 2006. p. 531–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13095919>
2. Simpkin AL, Armstrong KA. Communicating Uncertainty: a Narrative Review and Framework for Future Research. *J Gen Intern Med.* 2019 Nov;34(11):2586–91.
3. Fox RC. The Evaluation of Medical Uncertainty [Internet]. Vol. 58, The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society. 1980. 1-49. Available from: <http://dx.doi.org/10.2307/3349705>
4. Biehn J. Managing uncertainty in family practice. *Can Med Assoc J.* 1982;126(8):915-917
5. Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med.* 2010 May 10;170(9):749–50.
6. Kopitowski K. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev Hosp Ital B Aires.* 2013 Sep;33(3)
7. Loayssa Lara JR, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas [Internet]. Vol. 28, Atención Primaria. 2001. p. 560–4. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)70448-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(01)70448-9)
8. Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, Fahim M, Arendt C, Hoffmann J, et al. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 2020 Nov 1;5(11):1265–73.
9. Joy G, Artico J, Kurdi H, Seraphim A, Lau C, Thornton GD, et al. Prospective Case-Control Study of Cardiovascular Abnormalities 6 Months Following Mild COVID-19 in Healthcare Workers. *JACC Cardiovasc Imaging* [Internet]. 2021 May 5; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcmg.2021.04.011>