

Principio de incertidumbre

Sr. director:

En 1927, el doctor Heisenberg postuló el **principio de incertidumbre** (es imposible determinar exactamente la posición y el momento lineal de un objeto al mismo tiempo). Con el permiso del citado autor, lo utilizamos para referirnos a la actual pandemia de la COVID-19, pues cuanto mayor sensación de control de la pandemia tenemos es posible que más nos alejemos de ese control. **¿No tenéis la sensación de que vamos por detrás del virus?**

El año 2020 sin duda pasará a la historia como el de la pandemia por la COVID-19, y la tónica general ha sido la incertidumbre. La inercia se mantiene en 2021, donde la implantación de la vacuna, de nuevo, muestra un escenario de continuos cambios de criterios.

Al inicio de la pandemia, las guías oficiales y no oficiales se iban sucediendo a velocidad de vértigo y en muchas ocasiones con giros de 180 grados de unas a otras pautas. Aún se conocía muy poco sobre el virus y su influencia en nuestro estilo de vida. ¿Cómo realizar la atención en centros de salud, en urgencias hospitalarias, en la emergencia extrahospitalaria, en la atención quirúrgica o en mujeres embarazadas?¹ La respuesta ha sido una larga **incertidumbre** a la que respondimos con la idiosincrasia de nuestros perfiles profesionales.

La labor en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias requiere de entrenamiento y habilidades específicas que solventen problemas de todo tipo. La inmediatez, el desconocimiento de antecedentes e incluso la ignorancia del paciente sobre su posible contagiosidad generan un riesgo de seguridad en su asistencia. ¿Cómo resolver estas cuestiones garantizando la mejor atención?

¿QUÉ HEMOS HECHO?

Los centros sanitarios se fueron adaptando y empezaron a clasificar y crear canales diferenciados de atención, pero también hubo cierres de consultorios, parciales o totales, motivados por la protección del paciente y del profesional.

Las recomendaciones sanitarias iniciales se centraron en medidas higiénicas universales como el lavado de manos, protección respiratoria, sistemas de barrera (monos, batas, etc.), sin embargo, la evolución de la pandemia ha permitido ampliar la información, elaborando hasta 12 actualizaciones en 2020 sobre Procedimientos de Actuación de Servicios de Prevención de RRL del Ministerio de Sanidad¹. Esta información ha contribuido a paliar los efectos

negativos de la situación inicial, donde la escasez de evidencia científica supuso un incremento acumulado en la ansiedad de los profesionales, desgastándolos e influyendo en la eficiencia de su trabajo^{2,3}.

¿QUÉ PODEMOS MEJORAR?

Sobre todo, la asistencia a patologías denominadas «tiempo dependientes» (código ICTUS, infarto, trauma grave, sepsis y atención a la parada cardiorrespiratoria [PCR]), ya que han aumentado los tiempos de respuesta a estos procesos. Un estudio de cohorte prospectivo en España⁴ analizó la influencia de la pandemia en la atención a la PCR a nivel extrahospitalario, concluyendo que los intentos de reanimación habían disminuido y la supervivencia al ingreso y alta tras una PCR también habían disminuido. Un metanálisis⁵ con más de 35.000 casos de PCR extrahospitalaria también recoge el aumento de mortalidad durante la pandemia. Además, es mejorable la información a la población sobre las medidas de protección, ya que en general está menos predispuesta a realizar reanimación cardiopulmonar⁶.

Estas son algunas claves para mejorar la asistencia en urgencias extrahospitalarias:

- Validación, implantación y formación en sistemas de triaje telefónicos y presenciales para situaciones epidémicas.
- Aumento de plantillas en puntos asistenciales (telemático/presencial) de primera línea de forma precoz y proporcional al curso evolutivo de las epidemias.
- Sistemas de comunicación inmediatos entre equipos asistenciales extrahospitalarios y hospitalarios de urgencias durante las crisis.
- Crear redes-canales informativos de confianza e inmediatos para población general que informen y formen del manejo en situaciones epidémicas².
- Protocolos de coordinación y simulaciones entre sistemas sanitarios con otros servicios públicos de emergencias en situaciones epidémicas⁷.
- Disponibilidad de infraestructuras y del material adecuado para el manejo urgente de situaciones epidémicas, así como formación en su uso para los integrantes de sistemas sanitarios y protección civil, incluyendo simulaciones periódicas⁷.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

- Diseñar en los centros circuitos diferenciados para que las infraestructuras estén acondicionadas para una correcta asistencia ante una posible epidemia⁸.

¿CÓMO HA IMPACTADO LA PANDEMIA EN LOS PROFESIONALES?

Una revisión sistemática⁹ ha analizado hasta 12 artículos donde los síntomas principales fueron estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y burnout con mayor incidencia en los profesionales en primera línea.

En definitiva, no hay sensación que provoque más ansiedad en los profesionales que la incertidumbre. Aunque la incertidumbre sea una característica intrínseca de la medicina¹⁰ y, especialmente, de la Medicina Familiar. Por eso, 2020 perdurará en la mente y el corazón de los sanitarios y podemos resumirlo de este modo: **principio de incertidumbre por COVID-19**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Manejo en urgencias del COVID-19. Documento técnico. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; 26 de junio de 2020 [consultado: 1 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. COVID 19 y la importancia de fortalecer los sistemas de información. [Internet.] Organización Mundial de la Salud; 12 de mayo de 2020. [Consultado: 1 de abril de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52128>
3. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MC, Tizón JL. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. Atención Primaria. Enero de 2021;53(1):89-101
4. Rosell Ortiz F, Fernández del Valle P, Knox EC, Jiménez Fábrega X, Navalpotro Pascual JM, Mateo Rodríguez I, et al. Influence of the Covid-19 pandemic on out-of-hospital cardiac arrest. A Spanish nationwide prospective cohort study. Resuscitation. Diciembre de 2020;157:230-40.

5. Lim ZJ, Ponnappa Reddy M, Afroz A, Billah B, Shekar K, Subramaniam A. Incidence and outcome of out-of-hospital cardiac arrests in the COVID-19 era: A systematic review and meta-analysis. Resuscitation. 2020 Dec;157:248-58.
6. Grunau B, Bal J, Scheuermeyer F, Guh D, Dainty KN, Helmer J, et al. Bystanders are less willing to resuscitate out-of-hospital cardiac arrest victims during the COVID-19 pandemic. Resusc Plus. 2020 Dec;4:100034.
7. DG de Emergencias y Protección Civil. Actuaciones del SAMUR durante la COVID-19 [Internet.] Ayuntamiento de Madrid. 6 de mayo de 2020. [Consultado: 1 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Buscador/Actuaciones-del-SAMUR-durante-laCOVID19/?vgnextfmt=default&vgnextoid=fef158f-2be3e1710VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=7db8fc12aa936610VgnVCM1000008a4a900aRCRD>
8. Suárez A, Rojas J. Criterios de diseño de un hospital de pandemias. [Internet.] Agosto de 2020. Disponible en: <https://hospitecna.com/gestion/documentacion-tecnica-covid19/criterio-diseno-hospital-pandemia/>
9. Danet Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. Med Clin (Barc). 2021 Jan 1:S0025-7753(20)30825-3.
10. Loayssa Lara JR, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria. Noviembre 2001;28(8):560-4.

Laura Carbajo Martín^a y Eduardo Lamarca Pinto^b

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Servicio de Coordinación de Sistemas de Información del Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva (España).

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia Emergencias Castilla y León. Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Valladolid (España).

Correo electrónico

laura.carbajo@gmail.com