

# **El estrés de la medicina bayesiana y la incómoda incertidumbre frente a la COVID-19**

Dr. James Niels Rosenquist

¿Has oído hablar de los dedos de los pies COVID?

Mi esposa, mientras trabajaba en las notas clínicas de su práctica de pediatría ese día, hizo la pregunta con un tono de resignación.

No había oído nada acerca de eso, pero busqué rápidamente en la Web y encontré varios informes de erupciones en los dedos de los pies de niños infectados con el SARS-CoV-2. Recordé de la escuela de medicina que las erupciones eran un síntoma relativamente común en los niños con infecciones virales, pero el hecho de que los niños mostraran cualquier signo de infección por SARS-CoV-2 era preocupante.

“Vaya. ¿Viste eso hoy?”, pregunté.

“Acabo de leer sobre eso”, suspiró.

“Estoy seguro de que recibiremos llamadas”.

Una estadística comúnmente citada por los educadores médicos es que el corpus de conocimiento médico se duplica aproximadamente cada dos años. Pero aunque eso puede muy bien ser cierto en conjunto, la práctica diaria de la medicina no cambia a un ritmo vertiginoso. El tratamiento de la gran mayoría de las dolencias humanas se basa en décadas de conocimiento y se basa en la investigación del funcionamiento normal del cuerpo humano y el origen y naturaleza de las enfermedades y las formas en que el campo de la medicina puede detectarlas y tratarlas.

En mi experiencia, la profesión médica tiende a seleccionar personas que anhelan un tipo particular de especialidad a la que domina.

Durante muchos años, nos sumergimos en la ciencia y la práctica de la curación, memorizando información de libros y artículos que nos brindan la imagen más precisa de una miríada de enfermedades y su tratamiento. Aunque a veces un solo artículo puede abrirse paso y llegar a la vanguardia de la medicina en cuestión de meses, la verdad es que estos cambios suelen ocurrir lentamente, lo que permite a los médicos actualizar cuidadosamente sus conocimientos y conservar su experiencia.

La COVID-19 ha hecho un agujero en esa versión de la medicina. A mediados de marzo de 2020, cuando quedó claro que la crisis de la COVID-19 estaría avanzando en Boston, el Hospital General de Massachusetts (MGH), donde practico psiquiatría, solicitó voluntarios para ayudar en el sitio de pruebas de saturación, ubicado en lo que había sido una bahía interior de ambulancias junto al Departamento de Emergencias del MGH.

Tuve la suerte de poder servir como evaluador clínico junto con los médicos tratantes de otros departamentos tan diversos como cirugía, radiología y medicina.

Ha pasado una década desde que me desempeñé en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Massachusetts y en la Escuela de Medicina de Harvard, ambos en Boston, Estados Unidos y desde que había tratado a pacientes por afecciones no psiquiátricas, por lo que hice todo lo posible por memorizar la información permanente sobre los síntomas y la historia que cumplirían los criterios para una prueba de COVID-19 o una transferencia al Departamento de Emergencias.

En mi segundo día, obtuve una nueva copia impresa de estos criterios y noté que ya no incluía diarrea, pero sí dolor muscular.

Le pregunté a la jefa de enfermería sobre la nueva lista. Me dijo que los criterios se habían cambiado de la noche a la mañana debido a nuevas pruebas que habían sido revisadas por los médicos principales a cargo de la respuesta a la COVID-19. Aunque sospecho que tal improvisación frente a la información y las condiciones cambiantes puede ser común para las personas en otras profesiones,

no era a lo que la mayoría de los profesionales de la medicina estábamos acostumbrados. En un momento, escuché a un asistente senior hablar con el gerente clínico sobre un paciente que técnicamente no cumplía con los criterios para las pruebas, pero que tenía factores de riesgo sustanciales. Señalando la lista de criterios en la pared, preguntó cuál era el punto de tener criterios si no se seguían. Estos criterios no habían sido formulados durante años por los comités de expertos, pero estaban destinados a ayudar a guiar un trabajo en progreso.

Al hablar con colegas durante los meses siguientes, he detectado repetidamente una especie de *“fatiga bayesiana”*: una disforia inducida por el estrés que se experimenta cuando el corpus de conocimiento que uno ha adquirido durante años o décadas y que es la base de su trabajo se vuelve menos importante que la información que se recopila de fuentes dispares en tiempo real.

Esta revisión constante afecta no solo al trabajo clínico, sino también a la vida personal. Cuando nuestros familiares y amigos nos preguntan si deberían tomar antimaláricos, si el ibuprofeno podría empeorar sus síntomas, o simplemente “¿Cuándo terminará esto?” tenemos que decirles: **“Todavía no podemos estar seguros”**.

Sospecho que la mayoría de mis colegas están acostumbrados a recibir preguntas sobre temas fuera de sus campos de especialización, pero nunca en un volumen tan alto y sin contar con recursos confiables en línea, consultas de pasillo con colegas, o especialmente en nuestro bagaje previo de conocimiento. No es que los médicos hayan estado volando a ciegas. En los últimos meses, ha habido un tremendo aumento en el conocimiento, basado tanto en la adaptación de las prácticas utilizadas para tratar enfermedades virales similares como en nuevas investigaciones que se están realizando a una escala tan masiva que las actualizaciones diarias del conocimiento pueden al menos ser considerado de mejor calidad.

Me asombra el ritmo al que mis colegas se han adaptado a la nueva información, incluso cuando la incertidumbre cobra un precio psicológico, además de todos los demás que les ha impuesto esta crisis. También sé, especialmente como psiquiatra, que la medicina no es una ciencia exacta. No tengo ninguna duda de que la mayoría

de mis colegas estarían de acuerdo en principio. Sin embargo, el “arte” ampliamente aceptado de la medicina al que muchos de nosotros nos suscribimos a menudo se considera un arte dentro de un conjunto de restricciones: disponemos nuestras pruebas, órdenes y medicamentos siguiendo un pentámetro clínico que es cauteloso, minucioso y confidente.

Aunque es posible que no siempre lleguemos a un diagnóstico, tratamiento o pronóstico definitivo, sabemos que estamos adoptando un enfoque consagrado que es integral y reflexivo, digno de la vida que los pacientes ponen en nuestras manos.

Sospecho que es la pérdida incluso de ese tipo de estabilidad lo que ha generado un nuevo y particular tipo de angustia entre los médicos. Estas condiciones nos dificultan brindar una de las cosas más importantes que podemos ofrecer a los pacientes: tranquilidad. La tranquilidad de que, pase lo que pase, estamos aquí como sanadores que hemos trabajado durante años o décadas para adquirir los conocimientos y las habilidades para trazar el mejor curso posible y mejor informado para su atención.

O la tranquilidad de que las afirmaciones infundadas realizadas en las plataformas de redes sociales que los pacientes leen a diario son de hecho falsas.

Esta tranquilidad es en sí misma una forma de curación: puede brindar a los pacientes la tranquilidad de sentir que realmente conocemos una enfermedad y podemos hacer predicciones precisas sobre su resolución.

Desde aquellos aterradores primeros días de marzo, hemos aprendido más sobre el diagnóstico y el tratamiento de la COVID-19. Los médicos pueden aplicar las mejores prácticas emergentes que se comparten entre las nuevas redes de médicos de todo el mundo que han surgido desde que comenzó la pandemia.

Los tratamientos más prometedores ahora se están estudiando en ensayos que utilizan los métodos de mayor nivel. Estos desarrollos han ayudado a los médicos a ajustar la atención mucho más rápido de lo que podrían haber sido capaces antes de que llegara la pandemia.

Aun así, incluso en este estado crónico sobre agudo en el que ha evolucionado la pandemia, los médicos seguirán enfrentándose a choques inesperados, como la aprobación temprana de medicamentos y vacunas antes de completar sus ensayos clínicos o presentaciones de complicaciones clínicas emergentes.

Los médicos seguirán en la difícil posición de comunicar noticias de esta enfermedad a pacientes, amigos y seres queridos cuando no haya consenso sobre detalles importantes y una incertidumbre potencialmente creciente.

Mi esperanza es que al menos estemos preparados para nuevas interrupciones en nuestras zonas de confort clínico a medida que continuamos haciendo lo mejor que podemos por nuestros pacientes y comunidad.

**\* James Niels Rosenquist Psiquiatra, Ph.D., M.D. Instructor in  
Psychiatry; Massachusetts General Hospital, Department  
Psychiatry. Massachusetts General Hospital Psychiatry Boston MA  
02114**