

Ponencia Central: la Medicina y sus Desafíos. (parte II). La atención médica durante la pandemia.

*Elizabeth Hernández Maurice.**

Recibido: 5 de Diciembre de 2021

Aceptado: 12 de Diciembre de 2021

La COVID-19 ha terminado prematuramente con muchas vidas y además ha tenido un efecto indirecto sobre la salud y la mortalidad no asociadas a la infección, con consecuencias económicas devastadoras. Debido a sus características propias y a sus diferencias en comportamiento, surge la necesidad de reclasificar la enfermedad como una Sindemia que implica, la presencia de problemas de salud sinérgicos que afectan una población en sus contextos social y económico (condiciones socioeconómicas, estructuras de salud y contexto social). Visto de esta manera se sugiere que se está adoptando un enfoque demasiado estrecho para manejar ese nuevo brote ya que la mayoría de las investigaciones se han centrado en cortar las líneas de transmisión viral y se hace necesario tener en cuenta las categorías de enfermedades que interactúan dentro de las poblaciones: el síndrome respiratorio agudo severo y una serie de enfermedades no transmisibles que se presentan en contextos sociales desiguales siendo necesario tomar en cuenta todos estos elementos para el pronóstico, tratamiento y políticas de salud.

La consecuencia más importante de ver a COVID-19 como una sindemia es subrayar sus orígenes sociales; la vulnerabilidad de los ciudadanos mayores, comunidades étnicas y minoritarias, además de los los trabajadores clave comúnmente mal

remunerados, con menos protecciones sociales. Todo esto apunta a una verdad, hasta ahora apenas reconocida, a saber, que no importa cuán efectivo sea un tratamiento o una vacuna protectora, la búsqueda de una solución puramente biomédica para COVID-19 fracasará.¹

- Al abordar la atención médica en la pandemia de la COVID-19 se deben tomar en consideración varios factores:
 1. La atención de las patologías agudas no relacionadas con la COVID-19.
 2. La atención de la patologías crónicas no relacionadas con la COVID-19.
 3. Atención de pacientes con patologías agudas y crónicas e infección por COVID-19.
 4. Estructura de sistema de salud. Sistemas de salud colapsados.
 5. Políticas públicas, información fidedigna para establecer estrategias.
 6. Incertidumbre por parte del paciente que le llevan a buscar ayuda y tratamientos alternativos, bien sea por colapso del sistema de salud público, costos u otros.
 7. Incertidumbre por parte del médico: exposición laboral, escasez de equipos de protección apropiados, falta de evidencia científica en el tratamiento y resultados controversiales de estudios.
 8. Relación médico-paciente. Consideraciones Éticas.
 9. Exigencias laborales y retribución monetaria insuficiente para el personal de salud en general.
 10. Alternativas en atención médica: telemedicina, pros y contras.

• Médico Internista. Profesor Agregado UCV. Hospital Universitario de Caracas
• Correo: Elizabeth.Hernandez.elihm@msn.com

Como es lógico, los sistemas de salud dieron un vuelco para adaptarse a la nueva realidad y hacer frente a este nuevo reto, sin embargo, las otras patologías no han desaparecido y algunas pueden haberse exacerbado y los pacientes no buscar ayuda médica.

Si hacemos un recuento, en el año 2019 las 10 causas principales de defunción mundial representaron el 55% de los 5,4 millones de muertes que se contabilizaron en todo el mundo. Las causas principales de defunción se atribuyen a tres grandes patologías: enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares), enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones de las vías respiratorias superiores) y afecciones neonatales (asfisia y traumatismos en el nacimiento, sepsis e infecciones neonatales y las complicaciones del parto prematuro).

A su vez las causas de defunción se agrupan en tres categorías: enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias, afecciones maternas perinatales y nutricionales), enfermedades no transmisibles crónicas y traumáticas.

La mayor causa de defunción en todo el mundo es la cardiopatía isquémica, responsable del 16% del total de muertes en el mundo y esta tendencia se mantiene desde el año 2000, llegando a 8,9 millones en el año 2019. El accidente cerebrovascular y la EPOC son las segunda y tercera causa de defunción, representando el 11 y 6% del total de muertes. Los casos de cáncer de pulmón ocupan el sexto lugar y las demencias en general, el séptimo. La diabetes ha pasado a ser una de las 10 principales causas de defunción tras un aumento del 70% desde el año 2000. Por otra parte el VIH/SIDA que para el año 2000 era una de las 10 primeras causas de defunción pasó a ser la decimonovena para el año 2019 y las enfermedades renales han ido en ascenso hasta ocupar la décima tercera causa de defunción.

El Banco Mundial clasifica las economías del mundo en cuatro grupos de ingresos, basados en el ingreso nacional bruto: bajos, medianos bajos,

medianos altos y altos. Las personas que viven en países de ingresos bajos tienen una probabilidad mucho mayor de morir de una enfermedad transmisible que de una enfermedad no transmisible. El paludismo, la tuberculosis y el VIH/SIDA siguen figurando entre las 10 primeras causas. No obstante, las tres están disminuyendo considerablemente en la mayoría de los países. El mayor descenso entre las 10 causas principales de defunción en este grupo se ha registrado en el VIH/SIDA, con un 59% menos de muertes en 2019 que en 2000.² Figuras 1, 2, 3.

Figura 1. Causas principales de defunción en todo el mundo año 2000 a 2019.

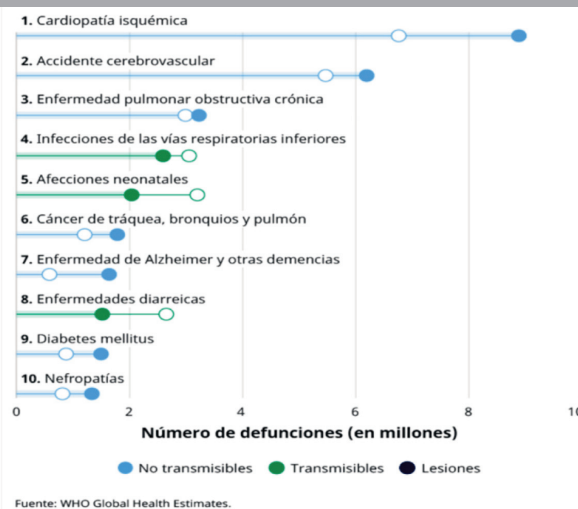
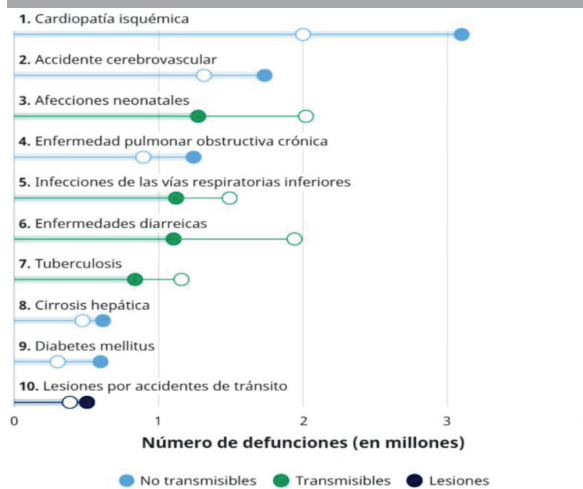
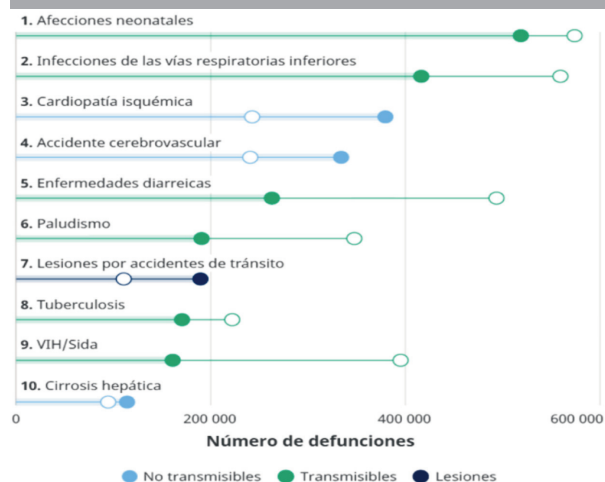


Figura 2. Principales causas de defunción en países de ingresos medianos en todo el mundo del año 2000 al 2019.



**PONENCIA CENTRAL: LA MEDICINA Y SUS DESAFIOS. (PARTE II).
LA ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA.**

Figura 3. Principales causas de defunción en países de ingresos bajos en todo el mundo del año 2000 al 2019



Fuente: WHO Global Health Estimates. Nota: Clasificación del Banco Mundial en función de los ingresos 2020

Ya para el año 2020, el COVID-19 fue la tercera causa principal de muerte en los Estados Unidos después de las enfermedades cardíacas y el cáncer. Se registraron 3,3 millones de muertes en 2020, lo que supuso un aumento del 15,9% con respecto al año anterior. La enfermedad cardíaca mató a 690.882 personas y el cáncer a 598.932, esto en comparación con COVID-19 que mató a unos 375,000 norteamericanos, colocándose por encima de lesiones no intencionales, accidentes cerebrovasculares, enfermedad crónica de las vías inferiores, demencia, diabetes, influenza, neumonías y enfermedades renales.

Una vez hechas estas consideraciones, lo siguiente es la revisión de la atención médica no COVID-19 en tiempos de pandemia lo cual ha influido notablemente en la morbilidad. Hay que asumir que no todo es COVID-19. En este sentido hay que considerar a todas las personas que estaban en lista de espera antes de la pandemia, a las ya diagnosticadas, a las que esperan diagnóstico, a las que sufren largos retrasos para ver un especialista o para intervención quirúrgica.

En un estudio retrospectivo se analizaron datos de atención primaria recopilados en forma rutinaria desde enero del 2010 y mayo del 2020 en una población desfavorecida del Reino Unido (aproximadamente 250,000 habitantes)

observando reducciones significativas en nuevos diagnósticos de muchas enfermedades crónicas, como la diabetes y el cáncer, además de afecciones comunes de salud física y mental.³ En la atención urgente de patologías como el infarto agudo del miocardio y el ictus también ha habido una reducción en el número de casos atendidos.⁴ Se ha visto como el cribado, seguimiento y control de pacientes crónicos han disminuido drásticamente.⁵ A modo de ejemplo el porcentaje de pacientes diabéticos con un control metabólico aceptable pasó de 70% en enero del 2020 a 57% en octubre, esto se debió a una disminución en las pruebas solicitadas y esto por diversos motivos.

La asociación del defensor del paciente estima un incremento de las listas de espera que oscila entre el 40 y 50% y se considera que 1 de cada 3 pacientes lleva más de 6 meses en espera de una intervención quirúrgica.⁶

Tomando en cuenta las principales causas de muerte si nos referimos a enfermedad arterial coronaria, otro ejemplo es un estudio realizado en 9 laboratorios de cateterismo cardíaco de alto volumen en los estados Unidos desde el primero de enero del 2019 hasta en 31 de marzo del 2020 donde muestra una reducción estimada del 38% en las actividades del laboratorio de cateterismo cardíaco de EE. UU, Similar a la reducción del 40% observada en España,⁷ el registro multicéntrico nacional español en 75 centros, comparando las características de los pacientes, los procedimientos y resultados hospitalarios en dos cohortes según se los hubiera tratado antes o durante la pandemia, concluyen que el brote de COVID-19 ha implicado una disminución en el número de pacientes que consultaron con IAMCEST, un aumento del tiempo entre el inicio de los síntomas y la reperfusión y un aumento en la mortalidad hospitalaria. No se han detectado cambios en la estrategia de reperfusión. La combinación de infección por SARS-CoV-2 e IAMCEST fue relativamente infrecuente.⁸

En cuanto a los accidentes cerebrovasculares citamos el estudio de Espen Saxhaug (Noruega)

donde observaron una disminución en las admisiones semanales por accidente cerebrovascular durante el aislamiento; se presentaron menos pacientes con ataques isquémicos transitorios y accidente cerebrovascular leve. La proporción de aquellos pacientes con accidente cerebrovascular isquémico que llegan al hospital dentro de las 4,5 horas (tiempo ventana de terapia trombolítica) fue diferente en los períodos pre, intra y postaislamiento.

En España se observó una reducción en los reportes de incidencia de cáncer del 34% durante el periodo marzo- septiembre 2020 respecto a lo que se esperaría según la evolución histórica, que representa haber diagnosticado unas 8700 neoplasias malignas menos solo en Catalunya según el estudio de Coma, E et al.¹⁰ Esto no es una realidad, sino que no se han diagnosticado. El impacto del subdiagnóstico es incierto en términos de morbimortalidad; el estudio modelo de Amit Sud estima que demoras en el diagnóstico de cáncer de solo 3 meses comportarían una disminución de la supervivencia a los 10 años, especialmente en los tumores sólidos.¹¹ Sin embargo en otros tipos de cáncer como el de próstata, en estados iniciales, este subdiagnóstico pudiera no tener o tener un impacto muy discreto. Cualquier retraso en el tratamiento del cáncer tiene el riesgo real de que los tumores de los pacientes pasen de ser curables (con esperanza de vida casi normal) a no curables (con esperanza de vida muy reducida).

En el Reino Unido se han establecido vías específicas de derivación desde la atención primaria a la evaluación e investigación urgente de un especialista de personas con los llamados síntomas de alerta que sugieren un tipo de cáncer específico, denominada vía de espera de las dos semanas (derivación urgente). Se informaron reducciones de hasta el 84% en las remisiones de espera de 2 semanas entre marzo y mayo del 2020, esto implica grandes acumulaciones de pacientes como consecuencia del aislamiento, que ejercerán presión sobre los servicios de diagnóstico en la atención secundaria. Los retrasos en el diagnóstico afectarán a los grupos de pacientes más jóvenes (menores de 70 años) para la mayoría de los tumores, por el contrario para los grupos de mayor edad (mayores

de 70 años) el riesgo de muerte podría superar la disminución promedio de un retraso moderado, en particular para los cánceres más indolentes o cánceres con un pronóstico en general mas desfavorable.

Una revisión sistemática analiza el impacto en la supervivencia del retraso en la cirugía en el cáncer de mama, pulmón y colon concluyendo que un retraso en la cirugía de 12 semanas puede disminuir la supervivencia de manera significativa. Los datos de la sociedad europea de oncología médica apuntan a que en el continente se han interrumpido casi 4 de cada 10 tratamientos oncológicos.

Todas las medidas tomadas como el cierre del libre acceso a los centros de salud, reducción drástica de la presencialidad, limitaciones de movilidad producto de una pandemia descontrolada traen consecuencias inesperadas, como el descontrol de las patologías crónicas y la exacerbación de las patologías; además se empieza a vislumbrar un nuevo flagelo: el postcovid cuya naturaleza estamos empezando a vivir. Tenemos la oportunidad y la responsabilidad de afrontar las consecuencias a mediano y largo plazo pero guiadas por políticas sanitarias adecuadas.

En una revisión realizada en nuestro centro, el Hospital Universitario de Caracas (HUC), con una capacidad teórica de 1200 camas (trabajando a 30% o menos de su capacidad desde hace varios años), realizamos una comparación histórica de los años 2018, 2019, 2020 y 2021 observamos una disminución en los ingresos hospitalarios en más del 30%. Es de tomar en cuenta que los servicios de Medicina Interna del Hospital no estuvieron en la atención de pacientes con COVID-19, los médicos del postgrado hacían guardias especiales en los servicios destinados a la atención de pacientes con infección por SARS-CoV-2. De esta manera Medicina Interna en el HUC se programó para la atención de pacientes no COVID-19, observándose igualmente una disminución en los ingresos de hasta un 40 a 50%.

Aunado a esto hubo una suspensión completa de la consulta externa. Todo esto ocurre en el

**PONENCIA CENTRAL: LA MEDICINA Y SUS DESAFIOS. (PARTE II).
LA ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA.**

marco de un sistema de salud colapsado ya que el sistema sanitario en Venezuela ha sufrido un deterioro muy significativo en la última década. Sin duda, son complicados factores políticos, sociales y económicos los que han llevado al deterioro de sistema de salud. Desde el año 2011 se reportan deficiencias en la productividad y calidad de la atención médica en materia de intervenciones quirúrgicas, camas disponibles, estudios radiológicos y coberturas de vacunas.¹³ La organización no gubernamental, Human Rights Watch, ha estado reportando sobre la crisis sanitaria en Venezuela desde sus alarmantes inicios. En un artículo del 2015, Diederik Lohman, director adjunto de salud y derechos humanos de la organización, reportaba que había escasez de medicamentos básicos para el tratamiento de dolor, asma, hipertensión, diabetes y enfermedades cardíacas, y de materiales esenciales como jeringas, gasas, agujas y reactivos para análisis de laboratorio. De esa manera, hospitales, centros de salud privados y farmacias se quedaron sin medicamentos e insumos básicos, la tarea de los médicos se dificulta y los familiares de los pacientes se ven obligados a buscar los insumos necesarios en el mercado negro. Es importante destacar lo que Lohman comenta: “si bien documentamos estos problemas en países de todo el mundo (con relación al desabastecimiento), pocas veces hemos visto, fuera de zonas en guerra, un deterioro tan rápido en el acceso a medicamentos esenciales como el de Venezuela”.¹⁴

Tabla 1.

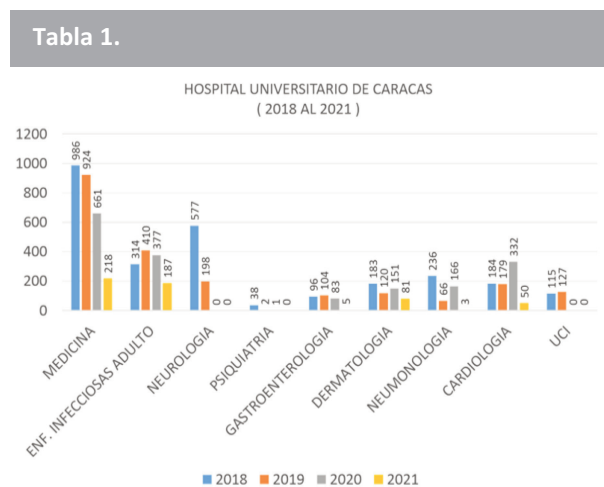


Tabla 2.

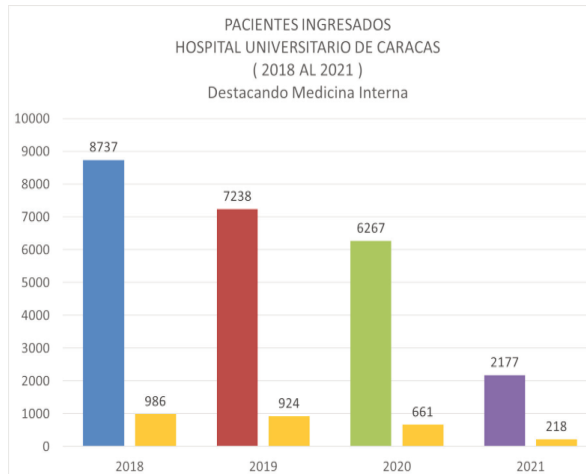
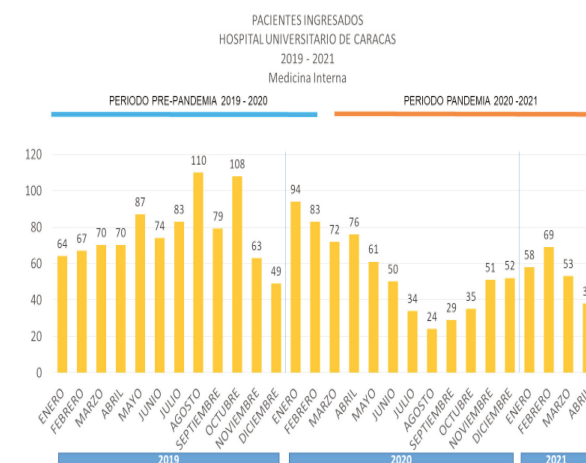


Tabla 3.



En el contexto de la actual pandemia por COVID-19 se exalta aún más la importancia de considerar las dificultades a las que se enfrentan los profesionales de la salud en Venezuela. El índice de seguridad de salud global nos suministra una evaluación de las capacidades de seguridad de salud global en 195 países preparada por el centro Johns Hopkins para, entre otros aspectos, seguridad en salud. Este índice de 2019 sobre GSH Index posicionaba al país, para el año 2019, entre los menos preparados para tener una rápida respuesta y mitigar una epidemia o pandemia (posición 180 de 195) y de los menos equipados y robustos para tratar a pacientes y proteger a los profesionales de la salud (posición 141 de 195).¹⁵

Aspectos bioéticos de la atención médica en pandemia

Mantener una atención sanitaria adecuada en esta crisis requiere, no solo de un plan protocolizado y recursos materiales, sino también de un número adecuado de profesionales sanitarios que lleven al máximo sus capacidades; nos enfrentamos a una práctica clínica que difiere en gran medida de la habitual, a cargas de trabajo extremas y a dilemas morales. La perspectiva bioética basada en los derechos humanos debería desempeñar un papel fundamental en el contexto de esta complicada pandemia.

En estos momentos, mantener la atención comunitaria es prioritario, así como prevenir la infección, empoderar al paciente y realizar labores epidemiológicas como la identificación de casos con declaración de los mismos, localización de sus contactos, etc. Debemos realizar seguimiento domiciliario de los pacientes leves (muchos de ellos con la incertidumbre de no tener un diagnóstico de certeza, con todo lo que ello conlleva), debemos decidir a quién exploramos y a quién no (coste-beneficio), decidir a quién derivamos y a quién no. En definitiva, con quién empleamos o no, los recursos de los que disponemos. También debemos asistir a los pacientes dados de alta y acompañar a los que estén en el final de la vida, teniendo presente a la población más vulnerable, y todo esto sin olvidar nuestra atención a demanda, nuestras urgencias y nuestros pacientes crónicos.

Cabe añadir, nuestra obligación de estar al día de toda la información nueva y el deber de emplear correctamente las tecnologías para mantener la confidencialidad del acto médico (especialmente difícil en estos tiempos de consultas telefónicas y seguimiento de pacientes online), asumiendo, en todo momento, riesgos personales y colectivos. Por todo esto y más, en nuestra práctica diaria nos encontraremos en situaciones complicadas de gestionar desde una perspectiva bioética.

La situación de pandemia por coronavirus nos ha llevado a escenarios que no hubiésemos sospechado nunca. Para hacerles frente, los profesionales sanitarios hemos tenido que realizar grandes esfuerzos personales y profesionales: se nos ha exi-

gido amoldarnos rápidamente a las nuevas circunstancias, hemos tenido que revisar diariamente protocolos actualizados e incluso vivir situaciones en la práctica inciertas y de gran estrés que no estaban escritas en ninguno de los mismos. Hemos lidiado con la toma de decisiones que implicaban un compromiso ético y moral, sintiendo el miedo de cerca al estar en contacto diario con el virus, muchas veces con falta de material homologado.¹⁶

Diariamente en nuestras consultas y en salas de hospitalización, se han visto afectados los cuatro grandes principios de la bioética.

Autonomía. Capacidad de los sujetos de establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás dentro de los límites que la ley señala.

- Confinamiento
- Realización de PCR en sintomáticos sin dar opción de decidir al paciente.
- Pacientes sin acompañamiento durante las últimas horas de vida.

Beneficencia. Acción y efecto de hacer el bien a los demás. En el campo de derechos humanos la protección de la vida y de la integridad física constituyen el marco en el que podemos ver reflejado este principio, evitando la ausencia de cuidado.

- Selección de pacientes subsidiarios de UCI, empleo de medicamentos.
- Pacientes crónicos que pierden sus controles periódicos, sin ajustes de medicación, siendo la gran mayoría pacientes frágiles que requieren seguimiento estrecho. Por otro lado pacientes con patologías agudas y graves pueden no consultar por sintomatología importante, por miedo y dificultad para llegar al sistema.

No maleficencia. *Primum non nocere.* Defensa a la vida, integridad y salud.

Derivadas del aislamiento y la cuarentena

- Stress psicológico.
- Abandono de actividades saludables.

**PONENCIA CENTRAL: LA MEDICINA Y SUS DESAFIOS. (PARTE II).
LA ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA.**

- Violencia intrafamiliar
- No derivadas del aislamiento y la cuarentena.
- Intervenciones innecesarias (traslados, tratamientos agresivos, fármacos de dudosa eficacia)

Justicia. Dar a cada quien lo que corresponde. Este principio se presenta como central en la crisis actual, una asignación justa de recursos, maximizar los beneficios, tratar por igual, dar prioridad a los mas desfavorecidos, son algunos de ellos ejemplos de este principio. Es el dilema para distribuir recursos.

Otro aspecto importante es la confidencialidad (nuevas tecnologías).

En un esfuerzo multicéntrico Ezekiel E y col publican un artículo en NEJM titulado asignación de recursos médicos escasos en la época del COVID-19 y recopilan, tomado en cuenta aspectos éticos unas recomendaciones que según los autores deben usarse para desarrollar pautas que se puedan aplicar de manera justa y consistentes en la mayoría de los casos que involucran dilemas éticos, así los médicos no tendrían la tarea de decidir sin ayuda cuáles pacientes reciben atención vital y cuáles pacientes no. Estas pautas deben proporcionarse a un nivel superior de autoridad para aliviar la carga del médico y para garantizar un trato igualitario. Los valores éticos de maximizar los recursos, tratar con igualdad, promover y recompensar el valor instrumental y dar prioridad a los mas desfavorecidos producen recomendaciones específicas para la asignación de recursos médicos en la pandemia COVID-19.¹⁷

- En el contexto de una pandemia, el valor de maximizar los beneficios es lo mas importante. Esto refleja la administración responsable de los recursos dirigidos a salvar mas vidas y más años de vida. En general se traduce en derivar recursos de acuerdo a la edad, gravedad y comorbilidades. El mayor ejemplo de esto en la pandemia está en el uso de los ventiladores y tendrían prioridad aquellos pacientes con mejor expectativa de vida, incluso el plan-

teamiento de omitir la ventilación mecánica en un paciente para ofrecerlo a otro. Esto puede ser extremadamente traumático para un médico, por lo que el establecimiento de pautas de asignación inicial del recurso sería lo más adecuado.

- Las intervenciones críticas de COVID-19 deben dirigirse primero a los trabajadores de atención médica de primera línea y a otras personas que atienden enfermos y que mantiene en funcionamiento la infraestructura crítica, en particular a los que enfrentan un alto riesgo de infección y cuya formación dificulta su sustitución, esto por su valor instrumental.
- Para los pacientes con pronósticos similares, se debe invocar la igualdad a través de una asignación aleatoria.
- Dar prioridad, en materia de prevención (vacunas) a aquellos grupos de mas alto riesgo (pacientes mayores y con comorbilidades) y solo priorizar a los mas jóvenes si el modelo epidemiológico muestra que sería la mejor manera de reducir la propagación viral y el riesgo para otros.
- Establecimiento de prioridades en pacientes con patologías agudas no COVID y necesidad de intervenciones especiales.

Estos lineamientos pudieran evitar improvisar decisiones sobre a quien tratar o tomar decisiones en forma aislada. Colocar estas decisiones sobre médicos individuales puede tener un costo emocional agudo y de por vida. Sin embargo aún las pautas bien diseñadas pueden presentar problemas desafiantes en la toma de decisiones y en la implementación en tiempo real. Para ayudar a esto, las instituciones deben emplear oficiales de triaje, médicos en función ajena a la atención directa de pacientes y comités médicos y especialistas en ética con experiencia.

Estructura de Sistemas de Salud

Las pandemias virales emergentes pueden imponer demandas extraordinarias y sostenidas a la salud pública, a los sistemas de salud y a los proveedores de servicios comunitarios esenciales. Para el año 2019, según el Global Health Index los

sistemas sanitarios más seguros y robustos del mundo estaban en países como Estados Unidos, Tailandia, Holanda y Canadá, sin embargo no parece que el tipo de sistema ni el gasto sanitario sean lo decisivo en esta pandemia; la estrategia con éxito parece estar apoyada en la planificación y preparación con primera línea de defensa centrada en la planificación y epidemiología. Rápidamente sistemas de salud robustos se vieron en alerta: escasez de equipos de protección, de camas de hospitalización, de cuidados intensivos, ventiladores.

El modelar la pandemia de la COVID-19 ha sido todo un desafío, el uso del número reproductivo (R) del SARS-CoV-2 demostraba que al comienzo de la epidemia cada persona propagaba el virus a 2 o 3 personas en promedio, a partir de aquí se generaban estimaciones conservadoras de que hasta el 5% de la población podía infectarse en tres meses, un 80% de estos serían asintomáticos o sintomáticos leves, alrededor del 10 al 15% tendrían una enfermedad grave y el 5% una enfermedad crítica, con una mortalidad general que oscila entre el 0,25 y el 3%. Siendo las tasas de letalidad mucho más altas en población vulnerable. Algunos de estos números han tenido cambios sustanciales con el surgimiento de nuevas variantes con mayor índice de infectividad y las estimaciones de la enfermedad y la demanda de infraestructura se ha incrementado, puede evidenciarse otro cambio en los números con la vacunación masiva. Uno de los sistemas de salud más robustos, el de Estados Unidos, fue sobrepasado en camas de hospitalización, ventiladores, personal de salud, incluyendo médicos, terapeutas respiratorios y enfermería.

Impacto de la pandemia en el bienestar psicológico del médico y personal de salud en general y principales preocupaciones

Para responder esta interrogante es necesaria la realización de estudios a gran escala para describir mejor cómo la pandemia está afectando el bienestar personal y laboral de los trabajadores de salud, tasas de infección y otros aspectos. En Abril del 2020 se inició el programa (HERO) de respuesta y resultados de exposición de trabajadores de la salud con un registro inicial para la fecha de publi-

cación de este manuscrito de 14.600 trabajadores. En cuanto a estos resultados preliminares (Abril - Julio 2020), el 41% de los trabajadores de la salud respondió estar experimentando agotamiento laboral, siendo mayor en mujeres; el 53% de los participantes informó sentirse cansados la mayor parte del día; 51% stress, 41% problemas para dormir, 38% preocupación, 21% tristeza. 19% dolor físico y 15% enojo.¹⁸

Antes del COVID-19, el agotamiento de los médicos alcanzaba tasas alarmantes y más del 50% de los médicos experimentaban algún nivel de agotamiento. El agotamiento se caracteriza por una exposición prolongada al estrés y se manifiesta por un alto agotamiento emocional, una alta despersonalización y una baja sensación de realización personal en el trabajo.

En 2019, la Academia Nacional de Medicina creó un grupo de trabajo dirigido a una agenda basada en la evidencia para combatir el agotamiento con recomendaciones para iniciativas de mitigación del estrés. Los estudios que examinan el impacto del entorno clínico en los niveles de estrés de los médicos durante la pandemia de COVID-19 recién están surgiendo. En un estudio publicado recientemente de Alison Norful y cols. se analizaron tres áreas principales como son miedo a la incertidumbre, manifestaciones físicas y psicológicas del stress y desarrollo de resiliencia. La información cambiante, la falta de EPP y el miedo a infectar a otros fueron las principales fuentes de preocupación entre quienes trabajaban con pacientes infectados por COVID-19.¹⁹

En un estudio realizado en el Hospital Universitario de Caracas titulado impacto de la pandemia COVID-19 en estudiantes de medicina de pre y postgrado, nuestra mayor fuerza de trabajo durante la pandemia, obtuvimos una muestra de 412 encuestados (a nivel nacional) donde el 47% de la muestra estaba en total desacuerdo con las cifras oficiales de casos, el 54% refirió no haber recibido entrenamiento en las fases iniciales para el uso de las medidas de protección, se reportaron niveles de ansiedad hasta en el 79% de los residentes de posgrado y el 95% estuvo de acuerdo en la

PONENCIA CENTRAL: LA MEDICINA Y SUS DESAFIOS. (PARTE II). LA ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA.

necesidad de implantación de programas de control de ansiedad. Los mayores estresantes identificados fueron la salud y el bienestar de la familia, el impacto sobre el aprendizaje, la salud pública, la situación financiera y salud y bienestar personal.

La telemedicina es, definida por la Organización Mundial de la Salud, “la prestación de servicios de salud por parte de profesionales sanitarios mediante el uso de tecnologías de información de comunicación (TICs) para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación y para la formación continuada de profesionales sanitarios, todo ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y de las comunidades”, la telemedicina es hoy en día una realidad y una opción muy interesante gracias a los avances tecnológicos. En suma, la telemedicina es la prestación de servicios médicos a distancia a través de distintas herramientas y su crecimiento ha sido exponencial desde el inicio de la pandemia.

Sin embargo, la telemedicina no incluye únicamente diagnóstico y tratamiento a pacientes, sino también servicios de educación médica e incluso de discusión de casos clínicos entre colegas. En todo caso, es un recurso que optimiza los servicios de salud, economizando en factores como tiempo, dinero y, además, facilita el alcance y el acceso de la medicina hacia otras zonas y otras personas.

En la actualidad, Europa, Oceanía y Norteamérica son las principales regiones del mundo que utilizan la telemedicina. Se estima que solo en Estados Unidos se realizan alrededor de 5 millones de consultas a distancia. Sin embargo, en América Latina aún significa una práctica cuesta arriba, dadas las condiciones de internet y de salud en la región, aunque ha habido avances significativos en algunos países de la región, tales como Colombia y Chile.

Los beneficios de la telemedicina son:

- En salud. -La telemedicina fomenta el apoyo inmediato a la población, brindando mejor calidad en la atención. -Mejora la distribu-

ción geográfica de los recursos humanos en salud. -Disminuye el aislamiento en la práctica de salud rural.

- En desarrollo. -La telemedicina es un detonador de desarrollo social de la comunidad. - Facilita el acceso a servicios y soporte técnico para poblaciones y comunidades rurales. - Reducen la brecha existente, dependiendo de la zona geográfica.
- En acceso. -Ayuda a eliminar barreras de acceso y ofrece calidad en el servicio e información. -Disminuye la necesidad de traslados, así como los costes de transporte y los tiempos de espera.- Disminución de costos
- En la educación. -La telemedicina está a la vanguardia en tutoría y educación a distancia. - Ofrece nuevas maneras de apoyar y enseñar conocimientos especializados a hogares, escuelas, centros comunitarios, municipios, etc. -Mejora la relación práctica con los médicos.

Los obstáculos en la implantación de la telemedicina:

- Algunos pacientes y trabajadores de la salud se resisten a adoptar modelos de servicio diferentes de los enfoques tradicionales.
- Conocimientos en TICs para utilizar eficazmente los enfoques de telemedicina, a lo que hay que sumar diferencias lingüísticas y culturales entre pacientes y proveedores de servicios.
- Consideraciones legales, como la falta de políticas que rijan la privacidad de los pacientes y la confidencialidad respecto a la transferencia, almacenamiento e intercambio de datos entre profesionales de la salud, la autenticación de profesionales de la salud y el riesgo de responsabilidad médica.
- La propia tecnología, ya que se trata de sistemas complejos que, en caso de mal funcionamiento, podría provocar un fallo de software o hardware y en consecuencia aumentar la morbilidad o mortalidad de los pacientes y la responsabilidad de los proveedores de salud.

- Algoritmos subóptimos para la selección de pacientes.

Existen múltiples estudios en la literatura que exponen y evalúan el uso de telemedicina en diferentes especialidades tanto prepandemia como en pandemia y postpandemia ya que se considera que ha marcado un cambio importante en la prestación de servicios médicos y que se seguirá fortaleciendo en la época postpandemia. A continuación hacemos mención al estudio de Siraj Aisha realizado mediante una encuesta a trabajadores de salud de varias especialidades y en varios centros en EUA (200 encuestados). Como se muestra en la imagen la mayoría utilizó doximity an epic videos, seguidas de videos zoom, encuentros telefónicos, facetime, google duo. El 42% de los encuestados enfatizó la necesidad del examen físico en su evaluación. El 96% pensaba que la telemedicina fue una buena manera de encuentro con el paciente y consideraron (90%) que debía formar parte del entrenamiento en el currículo.²⁰

Conclusiones:

- En época de pandemia por COVID-19, las enfermedades cardiovasculares, neoplásicas y otras enfermedades infecciosas sigue siendo las principales causas de muerte.
- Hemos visto el colapso de sistemas de salud robustos. Nuestro país se encontraba en la posición 147 de 195 países en los cuales las condiciones del sistema de salud eran las mas desfavorables prepandemia, mas aún en el contexto de una crisis humanitaria compleja declarada en el año 2017.
- La atención médica en pandemia ha generado cuestionamientos éticos en los principios fundamentales de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.
- La telemedicina se ha fortalecido en pandemia, considerándose un recurso muy útil, sin embargo, debe estructurarse y enmarcarse legalmente.
- La telemedicina nunca sustituirá el encuentro presencial, esencial en la relación médico paciente.

Referencias

1. Horton Ricard. Offline: COVID19 is not a pandemic. The lancet 2020;33 (10255):874
2. Las 10 principales causas de muerte. OMS 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
3. Williams R, Jenkins DA, Ashcroft DM, Brown B, Campbell S, Carr MJ, et al. Diagnosis of physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: a retrospective cohort study. Lancet Public Health. 2020 ;5(10):e543-e550. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30201-2
4. Hauguel-Moreau M, Pillière R, Prati G, Beaune S, Loeb T, Lannou S, et al. Impact of Coronavirus Disease 2019 outbreak on acute coronary syndrome admissions: four weeks to reverse the trend. J Thromb Thrombolysis. 2020;1-2. doi: 10.1007/s11239-020-02201-9.
5. Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermosilla E, Fàbregas M, et al. Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. BMC Fam Pract. [Internet.]2020;21:208. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01278-8>
6. Gálvez M, Rueda Y, Gomariz V. Estudio del impacto de COVID-19 en las personas con enfermedad crónica: Informe de resultados. Madrid: Plataforma de Organizaciones de Pacientes; 2020.
7. García S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C, Garberich R, Jaffer FA, Dixon S, Rade JJ, Tannenbaum M, Chambers J, Huang PP, Henry TD. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States During COVID-19 Pandemic. J Am Coll Cardiol. 2020 Jun 9;75(22):2871-2872.
8. O. Rodríguez-Leor , B. Cid-Álvarez , S. Ojeda , et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. REC Interv Cardiol. 2020;2:82-89
9. Espen Saxhaug Kristoffersen, Silje Holt Jahr, Kashif Waqar Faiz, Bente Thommessen, Ole Morten Rønning. Stroke admission rates before, during and after the first phase of the COVID-19 pandemic. Neurological Sciences (2021) 42:791–798
10. Coma E, Guiriguet C, Mora N, Marzo-Castillejo M, Benítez M, Méndez-Boo L, et al. The impact of the COVID-19 pandemic and related control measures on cancer diagnosis in Catalonia: a time-series analysis of primary care electronic health records covering about 5 million people. medRxiv 2020.11.26.20239202 <https://doi.org/10.1101/2020.11.26.20239202>
11. Sud A, Torr B, Jones ME, Broggio J, Scott S, Loveday Ch, et al. Effect of delays in the 2-week-wait cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic on cancer survival in the UK: a modelling study. The Lancet Oncol. 2020;21(8):1035-44.
12. Johnson BA, Waddimba AC, Ogola GO, Fleshman JW Jr, Preskitt JT. A systematic review and meta-analysis of surgery delays and survival in breast, lung and colon cancers: Implication for surgical triage during the COVID-19 pandemic. Am J Surg. 2021 Aug;222(2):311-318.
13. The collapse of the Venezuelan health system. Vol. 391, Lancet (London, England). England: The Lancet; 2018. p. 1331
14. Lohman D. Venezuela's Health Care Crisis | Human Rights Watch [Internet]. Human Rights Watch. 2015 [citado 10 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2015/04/29/venezuelas-health-care-crisis>
15. 2019 Global Health Security Index. 2019 oct.
16. Statement on Covid-19: Ethical considerations from a global perspective. Statement of the UNESCO International Bioethics Committee (IBC) and the UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). SHS/IBC-COMEST/ COVID-19 Rev. 6 de abril de 2020: 1-4.

**PONENCIA CENTRAL: LA MEDICINA Y SUS DESAFIOS. (PARTE II).
LA ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA.**

17. Ezekiel J. Emanuel, Govind Persad, Ross Upshur, Thome, Beatriz, Parker, Michael, Glickman Aaron, Cathy Zhang, Connor Boyle, Maxwell Smith, James P. Phillips. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *Engl J Med* 2020; 382: 2049-2055.
18. Forrest, C.B., Xu, H., Thomas, L.E. et al. Impact of the Early Phase of the COVID-19 Pandemic on US Healthcare Workers: Results from the HERO Registry. *J Gen Intern Med* 36, 1319–1326 (2021).
19. Norful AA, Rosenfeld A, Schroeder K, Travers JL, Aliyu S. Primary drivers and psychological manifestations of stress in front-line healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;69:20-26
20. Siraj A, Salehi N, Karim S. Refining Telemedicine: A Plea From Healthcare Workers During a Pandemic. *Cureus*. 2021;13(4):e14664.