



Informaciones e Investigaciones

¿QUIÉN RECIBE EL ÚLTIMO RESPIRADOR AUTOMÁTICO?

Una conversación germano-francesa sobre la distribución de los recursos escasos en las unidades de cuidados intensivos en tiempos de la pandemia del COVID-19.

Entrevista con los profesores [Christian Jung](#) y [Bertrand Guidet](#).

Por Dra. Katja Gelinsky

A PRIMERA VISTA

Normalmente la medicina intensiva no es un asunto que genere gran atención pública. Sin embargo, lo anterior cambió con el brote de la pandemia del COVID-19. La propagación del coronavirus trajo consigo enormes exigencias para la asistencia sanitaria en general y, especialmente, para el tratamiento de pacientes que requieren cuidados intensivos. De este modo surgieron cuestiones existenciales para la superación de situaciones de decisión y de acción complejas: ¿cómo proceder cuando las camas de cuidados intensivos y respiradores automáticos ya no son suficientes debido al alto número de personas que se encuentran con riesgo vital producto de la infección del coronavirus? ¿De acuerdo a qué criterios debe decidirse quién recibe cuidados intensivos y quién no? ¿Qué orientación obtienen y necesitan los médicos y médicas, los pacientes y sus familiares?

Dos médicos intensivistas, el profesor alemán Christian Jung y el profesor francés Bertrand Guidet conversan sobre sus experiencias con la pandemia del coronavirus y sobre las enseñanzas que hasta ahora se han extraído para la medicina intensiva, y las que aún están por extraerse. De acuerdo con la evaluación provisional de ambos médicos intensivistas, los criterios de priorización de pacientes requieren de un amplio debate social y, en definitiva, de una legitimización democrática.

Asimismo, los médicos necesitan, como también los pacientes y sus familiares, seguridad jurídica cuando deban tomarse decisiones relativas a la vida y la muerte. De acuerdo con el planteamiento germano-francés es primordial iniciar lo antes posible un amplio debate público, en el que se aborden los derechos individuales de los pacientes, cuestiones relativas a la solidaridad y la justicia distributiva, como también la eficiencia del sistema de salud. A su vez, debe discutirse respecto de la tensión entre las perspectivas igualitaristas y utilitaristas en el ámbito de la medicina intensiva. “Los desafíos son demasiado complejos para dejarlos únicamente en manos de la profesión médica”.

Para ustedes, como médicos intensivistas, las situaciones de riesgo vital son cotidianas. ¿Cómo ha impactado hasta ahora la pandemia del COVID-19 en su trabajo?

Prof. Jung: Con el brote de la pandemia ha aumentado enormemente el interés público por los procesos de decisión en la medicina intensiva. Incluso para los medios fue repentinamente un gran tema. Junto con la inusual observación de los medios surgieron grandes desafíos organizativos para los hospitales. Para poder hacerse cargo de los pacientes con coronavirus, se efectuaron medidas como la paralización de las internaciones hospitalarias planificadas y los tratamientos hospitalarios, así como cambios en el personal.

Prof. Guidet: Por mi parte, tres observaciones o comentarios: En primer lugar, la mayoría de las personas, incluidos los periodistas, no saben en realidad qué es la medicina intensiva. Nosotros no tratamos solamente enfermedades graves en la unidad de cuidados intensivos, sino que también nos enfrentamos a cuestiones técnicas y éticas. No ha sido nada fácil transmitir estos diversos aspectos y su interacción a la opinión pública, en un contexto de tensión como el brote de la pandemia. Mi segundo punto se refiere a las decisiones de internación en caso de requerirse cuidados intensivos. Como médicos especialistas estamos, en realidad, acostumbrados a hablar sobre los criterios para dar inicio a un tratamiento de cuidados intensivos. Sin embargo, en este caso, estamos frente a la particularidad de que las decisiones se toman durante una pandemia. En algunas regiones de Francia, la demanda por tratamiento de cuidados intensivos superó las capacidades. Por tanto, tuvimos que tomar decisiones bajo un alto grado de presión sobre el tratamiento de muchos pacientes nuevos.

En tercer lugar, cabe agregar una observación en atención a qué significa la medicina intensiva para la vida y para la muerte. Se debe tomar conciencia de que el tratamiento de cuidados intensivos no constituye una garantía de que el o la paciente sobrevivirá. La no internación en la unidad de cuidados intensivos tampoco significa una condena automática de muerte. Debemos ser más enérgicos en dejar en claro que se trata más bien de probabilidades e incertidumbres. No sabemos exactamente si un determinado tratamiento de cuidados intensivos beneficiará a un paciente. Algunas veces, el médico que debe tomar la decisión de internación no cuenta con toda la información médica necesaria. En caso de existir pocas camas de cuidados intensivos disponibles, se genera una presión extrema para quienes deben decidir sobre la internación o no internación de un enfermo con riesgo vital. Las decisiones de priorización cobran especial urgencia si debemos hacer frente a una nueva ola de COVID-19.

Los informes de los medios, mostrando hospitales saturados con gran número de pacientes con coronavirus, sorprendieron a las ciudadanas y los ciudadanos. ¿Estos acontecimientos los sorprendieron también a ustedes?

Prof. Guidet: Al comienzo dependíamos de las noticias que llegaban desde China, aunque existía una duda justificada de cuán confiable eran las cifras informadas por aquel país. Luego conocimos lo que sucedió en el norte de Italia. Según supimos de los colegas italianos, el norte de ese país claramente se saturó con un gran número de pacientes con COVID-19. Así ya era claro a fines de febrero, comienzo de marzo de 2020, que la ola llegaría a nosotros. En el este de Francia teníamos un gran número de casos de coronavirus. Nuestros colegas en dicha zona informaban entonces que la situación era terrible. En la mayoría de los países, incluso en los de Europa occidental, los recursos básicos de cuidados intensivos son relativamente escasos. Así, por ejemplo, mientras Portugal cuenta con cuatro camas de cuidados intensivos y Francia con once por cada 100.000 habitantes; Alemania, por su parte, cuenta con 25. Al comienzo de la pandemia muchos hospitales no estaban preparados para un gran número de pacientes graves con COVID-19. Tampoco podemos olvidar que hay grandes diferencias regionales. Para los hospitales en la provincia francesa, por ejemplo, el punto de partida fue mucho más difícil que para los hospitales en París y sus alrededores. Desde el comienzo de la primavera no hemos aumentado la capacidad de las camas de cuidados intensivos. Una segunda ola de COVID-19 podría conducir a que nos enfrentemos a una desigualdad de oferta y demanda de recursos de cuidados intensivos.

Prof. Jung: En Alemania tuvimos suerte que la pandemia no nos afectara desde el principio. De este modo ganamos tiempo para adoptar los pasos necesarios destinados al fortalecimiento de las capacidades de las unidades de cuidados intensivos. Hace algunos meses me habría sorprendido que tuviéramos que vivir en Europa una pandemia como esta. Sin embargo, después de los sucesos en Italia fuimos advertidos y pudimos prepararnos. Por su parte, los hospitales alemanes están bastante bien equipados. Tenemos en Alemania, por lejos, el mayor número de camas de cuidados intensivos por habitante en Europa. A pesar de ello, nuestro sistema de salud no estaba suficientemente preparado para utilizar de manera eficiente los recursos médicos. Las medidas que habíamos tomado para poder tratar en cuidados intensivos a un potencial alto número de pacientes con COVID-19 dio lugar a que muchas camas de cuidados intensivos permanecieran vacías. En virtud de una ordenanza del Ministerio de Salud alemán, los pacientes que tenían cirugías programadas con antelación, como por ejemplo operaciones de cadera, ya no fueron internados en primavera.

Prof. Guidet: Una pequeña acotación. Cuando hablamos de medicina intensiva también debemos hacer referencia a las unidades de cuidado normal y de medicina paliativa. En el hospital donde trabajo no existía una unidad de medicina paliativa. Tras el brote de la pandemia, creamos una para asegurar que los pacientes en estado de riesgo vital, para quienes ya un tratamiento de cuidados intensivos estaba fuera de discusión –incluso bajo circunstancias ordinarias – no sufran, sino que sean tratados con la medicación correspondiente y con oxígeno, en caso de ser necesario. Además, se garantizó que los pacientes pudieran ver a sus familiares y contaran con apoyo psicológico de llegar a necesitarlo. Es importante saber, pues existieron críticas en Francia, que hubo pacientes que murieron en residencias, donde la calidad de los cuidados de medicina paliativa no fueron óptimos.

Alrededor de un tercio de los casos de fallecimiento por COVID-19 en Francia se produjeron en residencias. También se produjeron contiendas judiciales porque hubo personas que en la fase final de sus vidas no fueron internadas en hospitales, por lo que no obtuvieron la asistencia que hubieran requerido. Necesitamos tener un enfoque más integral de los pacientes en estado de riesgo vital y no focalizarnos simplemente en la medicina intensiva.

“

Necesitamos tener un enfoque más integral de los pacientes en estado de riesgo vital y no focalizarnos simplemente en la medicina intensiva.

”

Además, debemos ocuparnos con mayor énfasis de la distribución de las camas de cuidados intensivos entre los distintos grupos de pacientes. En el punto álgido de la primera ola de COVID-19 en la región de París se incrementó de 1.100 a 2.700 el número de camas de cuidados intensivos. Sin embargo, solo 250 de esas camas estaban a disposición de los pacientes que no se encontraban enfermos por COVID-19. Algunos hospitales dejaron de ingresar a otros pacientes de cuidados intensivos. Eso fue horrible, pues hubo pacientes graves que sin duda requerían de un tratamiento de cuidados intensivos. La crisis del coronavirus plantea, por ende, cuestiones éticas complejas sobre la justicia distributiva en la salud pública.

Prof. Jung: También lo veo así. La dinámica de la pandemia nos hace pensar que nosotros mismos en Alemania, con nuestra gran capacidad, podemos llegar a un punto en el que las camas en las unidades de cuidados intensivos no alcancen a cubrir a todos los pacientes con COVID-19, ni a las personas con otros diagnósticos.

Es especialmente delicado determinar bajo qué criterios debe realizarse una priorización de los pacientes intensivos, cuando la capacidad de cuidados intensivos se encuentra colapsada. Profesor Guidet, usted fue parte de la elaboración de las directrices sobre el triaje. ¿Cómo se desarrolló ese proceso?

Prof. Guidet: Teníamos definidos principios rectores, en realidad recomendaciones, tanto a nivel regional, en concreto para París y sus alrededores, como también a nivel nacional, para dar apoyo a las médicas y médicos en cuanto a las decisiones sobre la internación de pacientes en unidades de cuidados intensivos. Los autores fueron un grupo de médicos intensivistas, anestesistas y médicos de emergencias. Hicimos lo mejor que pudimos. No obstante, un gran punto débil de las recomendaciones es que son muy medicamente orientadas y no socialmente orientadas. En su formulación no tuvieron participación el personal de la salud ni los representantes de los pacientes, como tampoco representantes del Gobierno. Tampoco hubo ninguna prueba formal o registro documental y transparente de la toma de decisiones. Lo que necesitamos es un documento en conjunto con recomendaciones sobre el triaje, en cuya elaboración tengan participación personas fuera del área médica, tanto de las distintas disciplinas, como de diversos sectores de la sociedad.

Prof. Jung: También en Alemania fue la comunidad médica la que jugó un rol trascendental en la elaboración de las directrices sobre el triaje. Varias agrupaciones de especialidades médicas publicaron recomendaciones en conjunto. A su vez, el Colegio Federal de Médicos publicó una guía de ayuda. Sin embargo, el Consejo Alemán de Ética manifiesta en su recomendación ad hoc "Solidaridad y Responsabilidad en la Crisis del Coronavirus" una posición distinta de cómo debe procederse en las situaciones de triaje. Lo anterior se torna aún más complejo frente a las incertidumbres jurídicas. El principal problema consiste, en mi opinión, en que las directrices disponibles sobre el triaje no están legitimadas de manera suficientemente democrática. Esa sería una tarea urgente.

“

Las directrices disponibles sobre el triaje no están legitimadas de manera suficientemente democrática.

”

¿Cuáles son los factores más relevantes en el proceso de decisión sobre el inicio de un tratamiento de cuidados intensivos?

Prof. Guidet: Existen tres líneas de información que deben ser determinantes para la decisión. En primer lugar se encuentra la voluntad del paciente. El punto de partida debería ser siempre la autonomía del paciente. ¿Existen documentos en los cuales se encuentra registrada la voluntad del paciente? En segundo término necesitamos contar con la información sobre el estado del enfermo, incluyendo su edad, comorbilidades, esto es, enfermedades adicionales, y sobre todo la existencia de algún cáncer. A su vez, debe considerarse lo que comúnmente denominamos fragilidad, es decir, el grado de disminución de las reservas corporales y vulnerabilidad frente a factores de estrés. Tales factores nos ayudan a determinar un pronóstico, incluso en tiempos sin pandemia, de si el o la paciente tiene una oportunidad real de sobrevivir a un tratamiento de cuidados intensivos. Sin embargo, en una pandemia los recursos de cuidados intensivos son escasos, por lo que debemos adaptar y complementar los criterios de ingreso a una unidad de cuidados intensivos. Quisiera en este punto hacer hincapié en que en nuestras recomendaciones sobre el triaje no existen límites fijados numéricamente, que excluyan de antemano el tratamiento de cuidados intensivos a determinados grupos de pacientes. No existe, por ejemplo, ninguna recomendación que considere alguna determinada edad para un tratamiento de cuidado intensivo, como 75 u 85 años.

Para decidir el ingreso a la unidad de cuidados intensivos se debe tener en consideración, en tercer lugar, la gravedad de la enfermedad, en otras palabras, el riesgo de muerte. Recomendamos, además, que las decisiones sobre la distribución de los recursos escasos de cuidados intensivos sean tomadas conjuntamente por los menos por dos médicos, y si es posible, la participación de un tercer médico que no forme parte directamente del tratamiento del paciente. Adicionalmente, aconsejamos llevar a cabo el proceso de decisión de manera transparente y registrarlo en la documentación médica.

Profesor Jung, ¿siguen los médicos intensivistas en Alemania un concepto similar?

Prof. Jung: Sí, procedemos de manera semejante. Obviamente depende del conocimiento del estado de salud del paciente, del respeto de su voluntad y la apreciación correcta de la gravedad de la enfermedad. También queremos, de todos modos, asegurar que la decisión o no de ingreso al tratamiento de cuidados intensivos no sea tomada solamente por un médico. Recomendamos incluir representantes del sector del cuidado médico y, cuando sea posible, a otros actores tales como miembros de gremios éticos. Además, debería destacarse que nosotros en Alemania tampoco usamos criterios para excluir de antemano a pacientes del proceso de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, como lo serían, por ejemplo, límites máximos de edad. Lo anterior no sería ni ética ni jurídicamente razonable.

“ **Tampoco usamos criterios para excluir de antemano a pacientes del proceso de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, como lo serían, por ejemplo, límites máximos de edad. Lo anterior no sería ni ética ni jurídicamente razonable.** ”

Prof. Guidet: Quisiera complementar que, frente a un caso de insuficiencia de recursos de cuidados intensivos, debemos examinar individualmente a cada paciente. Se debe evitar necesariamente todo procedimiento de evaluación basado en límites y criterios de exclusión fijos. Las decisiones sobre la internación a un tratamiento de cuidados intensivos no se comparan con exámenes de colegio, en los cuales se asigna un puntaje. Ello sería una mala praxis médica, según nuestra opinión. Es necesario un análisis integral. Debe tomarse una decisión conjunta tomando en cuenta todos los criterios sobre la internación o no a un tratamiento de cuidados intensivos. Aunque se mantengan ciertas imprevisibilidades.

Ustedes han señalado la edad como un criterio para tomar la decisión de internación a una unidad de cuidados intensivos. ¿Qué significado cobra la edad de los pacientes con COVID-19 cuando se trata de la adopción de medidas de cuidados intensivos?

Prof. Guidet: La mortalidad de pacientes de 80 años, o mayores a esa edad, es generalmente más alta que, por ejemplo, la de aquellos enfermos que aún no alcanzan los 50 años. También sabemos que pacientes de edad avanzada deben permanecer significativamente más tiempo en la unidad de cuidados intensivos en comparación con los más jóvenes. Las informaciones sobre el número de años preservados son éticamente muy sensibles, pero no pueden ser ignoradas. Si solamente está disponible una cama de cuidados intensivos, y se debe tomar la decisión entre un paciente de 40 años y uno de 50, con seguridad será elegido el más joven. Reconozco que se trata de una acción utilitarista que para algunos resulta inaceptable. Sin embargo, nos encontramos frente a un dilema: El fundamento normativo de la medicina intensiva es un ethos igualitario. ¿Qué haría usted si los hospitales en tiempos de crisis se encuentran saturados debido al alto número de pacientes? En una situación de excepción como la descrita también se trata de justicia distributiva. Queremos salvar a tantas personas como sea posible.

“

El fundamento normativo de la medicina intensiva es un ethos igualitario. Sin embargo, queremos salvar a tantas personas como sea posible.

”

Prof. Jung: Sin duda la edad tiene gran relevancia en la prognosis médica. La internación en una unidad de cuidados intensivos de un paciente está relacionada con la gravedad corporal y el impacto mental. Uno se lo puede imaginar como una maratón. Para una corredora de 32 años, una maratón constituye un desafío distinto al de un participante de 82 años. También debemos tener en consideración que las personas no envejecen a la misma velocidad. La así llamada edad cronológica es fácilmente determinable pues corresponde a los años de vida. En cambio, la llamada edad biológica depende de una combinación de factores variables e invariables, tales como la disposición genética, los hábitos alimenticios y el estilo personal de vida en su conjunto. Por ende, es importante observar a cada paciente de manera individual al momento de decidir sobre la distribución de los recursos médicos. Sin embargo, puede también suceder que no existan suficientes respiradores automáticos o camas de cuidados intensivos para todos quienes lo necesiten y se deba decidir quién será tratado con cuidados intensivos y quién no.

Prof. Guidet: Establecer prioridades en una terrible situación tal no debería ser una decisión médica. La responsabilidad por las valoraciones normativas, que llevan aparejada una priorización de los pacientes, debe ser compartida por las autoridades políticas y por la sociedad.

Prof. Jung: También creo eso. Obviamente los médicos queremos salvar tantas vidas como sea posible. Sin embargo, no queremos vulnerar los derechos fundamentales de los pacientes a quienes se les ha prescrito de forma clara un tratamiento de cuidados intensivos. Cuando un médico o médica deba tomar una decisión en una situación así de conflictiva, dicha decisión debe ser suficientemente garantizada desde una óptica democrática. No me parece que en Alemania sea así.

Ustedes han hecho hincapié en la importancia de la comunicación y la transparencia en las situaciones de triaje. ¿Qué significa ello en concreto en relación con los pacientes y sus familiares? ¿Qué debiese ser comunicado si los recursos médicos no alcanzan para todas las necesidades de tratamiento, como cuando alguien joven y alguien mayor compiten por un respirador automático?

Prof. Jung: En una situación así nunca se debería informar a un paciente mayor, o a sus familiares, que posiblemente exista un paciente más joven que requiera de una cama de cuidados intensivos. Eso estaría totalmente fuera de discusión, pues implicaría poner indebidamente bajo presión al paciente mayor y a su familia. Sin embargo, la pandemia podría dar ocasión para recordar una vez más que resulta aconsejable enfrentarse a las siguientes preguntas: ¿Qué debe hacerse médicamente cuando no estamos en capacidad de decidir? ¿Qué tratamiento deseáramos en caso de una enfermedad grave? ¿Con qué medios quisiéramos ser mantenidos con vida? Debería fomentarse que las ciudadanas y los ciudadanos consideren la elaboración de un documento de voluntad anticipada. Para todos los interesados puede ser sumamente útil conocer la voluntad del paciente antes de tomar la decisión de someterlo a medidas de cuidados intensivos.

Prof. Guidet: Estoy completamente de acuerdo con que la escasez de recursos de cuidados intensivos no debe ser tema de discusión con los pacientes o sus familiares. Asimismo, sería partidario de que se informe a la opinión pública sobre los riesgos de una capacidad insuficiente en las estaciones de cuidados intensivos y que se aproveche la ocasión para considerar en el ámbito privado los propios deseos de tratamiento para el caso de enfermedades o heridas de riesgo vital. Sin embargo, sería inapropiado plantear tales asuntos existenciales en una situación de gravedad extrema.

En relación con la pandemia del COVID-19 se discute si debería interrumpirse un tratamiento de cuidados intensivos ya iniciado para salvar a otro paciente cuyo diagnóstico clínico sea mejor. ¿Cuál es su postura?

Prof. Guidet: Durante nuestro trabajo en las recomendaciones sobre el triaje también discutimos sobre la interrupción del tratamiento. Sin embargo, no publicamos el documento que habíamos preparado para ello, pues recibimos advertencias sobre la mala recepción que podría tener. Este asunto es demasiado complejo. Tampoco le hemos quitado a nadie un respirador automático cuando el número de pacientes con COVID-19 se incrementó drásticamente. No hacemos algo así.

Prof. Jung: Las directrices comunes de las organizaciones de ciencias médicas en Alemania disponen que los pacientes que actualmente estén siendo tratados con cuidados intensivos puedan ser incluidos en las decisiones de triaje sobre la distribución de los respiradores automáticos y las camas de cuidados intensivos, cuyo tratamiento pueda repercutir eventualmente en beneficio de nuevos pacientes con grandes posibilidades clínicas de éxito. Tal acción podría, sin embargo, entrar en contradicción con el derecho alemán vigente; además de que no se condice con las recomendaciones del Consejo Alemán de Ética. Sobre este punto aún no hay solución. La incertidumbre asociada a ello resulta gravosa para quienes se encuentran comprendidos en las situaciones de triaje, cuya posición de por sí ya es extremadamente tensa. Por ende, es importante que nosotros decidamos ya mismo, en un proceso multidisciplinario legitimado democráticamente, la cuestión controvertida de la interrupción del tratamiento en favor de pacientes con mejor pronóstico. Finalmente, el legislador debería intervenir, pues no resulta aceptable que los médicos tengan que tomar decisiones relativas a la vida y la muerte que podrían no ajustarse al derecho vigente.

“ Finalmente, el legislador debería intervenir, pues no resulta aceptable que los médicos tengan que tomar decisiones relativas a la vida y la muerte que podrían no ajustarse al derecho vigente ”

Prof. Guidet: Yo haría un paralelo con el proceso de donación de órganos de pacientes con muerte cerebral. Al respecto, en Francia existe un equipo médico encargado del donante de órganos y uno del potencial receptor. De la misma manera, quizá podría consultarse en las situaciones de triaje, en las cuales se plantea la cuestión de la interrupción del tratamiento, a un segundo equipo médico que contribuya a decidir si un tratamiento de cuidados intensivos ya iniciado pudiera ser detenido. Pero repito: la interrupción de medidas que conservan la vida suscita cuestiones complejas que no pueden ser respondidas solo por médicos, pues abordan aspectos éticos y jurídicos.

¿Entonces qué debe hacerse para encontrar respuestas a las múltiples preguntas complejas relativas a las situaciones de triaje?

Prof. Guidet: Yo creo que siempre debemos tener conciencia de que al decidir sobre la distribución de recursos escasos de cuidados intensivos nos enfrentamos a un tema complejo de carácter multidimensional y multidisciplinario, que debe analizarse desde distintas perspectivas. Podría pensarse en la elaboración de un documento marco que describa los fundamentos de los distintos aspectos del triaje. Quizás considerar algo así también a nivel europeo. Sin embargo, debería dejarse en claro que las decisiones concretas sobre la implementación de las recomendaciones generales sobre el triaje deben tomarse caso a caso. Con certeza, tampoco sería fácil ponerse de acuerdo en quién debería participar en una comisión de triaje. Según mis experiencias con las críticas a nuestras recomendaciones francesas, por cuanto en ellas solamente habían participado médicos, recomendaría un enfoque lo más amplio posible.

Prof. Jung: Aun cuando ello fuera sin duda muy ambicioso, desearía también un consenso europeo sobre el marco del triaje, en el cual se resuman los principios éticos y jurídicos, y los criterios para la elección de los pacientes en caso de escasez de recursos de cuidados intensivos. La responsabilidad por la internación o por la negación de un tratamiento de cuidados intensivos, en una situación concreta, podrá efectuarse solamente caso a caso.

“

Sería deseable un consenso europeo sobre el marco del triaje, en el cual se resuman los principios éticos y jurídicos, y los criterios para la elección de los pacientes. La responsabilidad o por la negación de un tratamiento de cuidados intensivos, en una situación concreta, podrá efectuarse solamente caso a caso.

”

Puesto que ya estamos hablando de tareas futuras: ¿Qué debería hacerse para impedir que suceda nuevamente, como en primavera, que a causa de la creciente cifra de infecciones, el número de pacientes que necesiten un tratamiento de cuidados intensivos supere las capacidades de los hospitales?

Prof. Jung: Antes de abordar otras tareas, es importante tener en cuenta lo que ya se ha hecho. En la lucha contra la pandemia del COVID-19 se han conseguido grandes recursos financieros, personales y científicos. Sin embargo, muchos problemas aún no han sido resueltos. Hay múltiples controversias en torno a cómo superar las dificultades, que en cierta medida han sido incluso negadas o generan resistencia. Además, nos afecta la difusión de informaciones falsas sobre la pandemia. Como consecuencia de ello, se menoscaba la confianza que recae en los portadores de las decisiones en cuanto hacen lo mejor posible para superar la crisis. Si bien estamos en un proceso de aprendizaje, tal vez debemos comunicar mejor y dar mayor transparencia a situaciones conflictivas, tales como el angustiante tema del triaje.

Prof. Guidet: Una de las lecciones que hemos aprendido de nuestras experiencias con la pandemia hasta ahora es que necesitamos modelos de pronósticos y procesos de planificación más confiables cuando se trata de la capacidad de camas de cuidados intensivos. Como ya se señaló al comienzo, su número en Europa es muy variado. En Alemania hay seis veces más camas de cuidados intensivos que en Portugal. Sin embargo, algunas de esas camas, como las que no cuentan con respiradores automáticos, en otros países no se considerarían como camas de cuidados intensivos sino como estaciones de cuidado intermedio (Intermediate Care), que son las que se encuentran en un nivel entre las unidades de cuidados intensivos y las de cuidado normal. Tales estaciones de cuidados intermedios deberían fortalecerse. Un sistema de fases como el mencionado es una condición importante para poder reaccionar de mejor forma frente al aumento del número de pacientes y, de ese modo, estar mejor preparados para la próxima crisis.

Cuando la pandemia nos alcanzó en primavera, tuvimos que constatar que una importante cantidad de pacientes con COVID-19 necesitaban un tratamiento que difícilmente podía llevarse a cabo en estaciones de cuidados normales, como una terapia de oxígeno de alto flujo con ayuda de una cánula nasal especial. Sin embargo, no todos estos pacientes necesitaban este tratamiento costoso y automatizado, ni observación en la unidad de cuidados intensivos o ventilación mecánica. La creación y el desarrollo de estaciones de cuidados intermedios nos permitiría tratar a un gran número de pacientes graves hospitalizados. Pienso sobre todo en pacientes en edad avanzada, que quizá no deseen un tratamiento de cuidados intensivos, sino apostar por la recuperación a través de medidas menos invasivas.

Con todo, el número de camas de unidades intensivas en numerosos países de Europa debería aumentarse. Probablemente debemos prepararnos para crear nuevas unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, el problema principal consiste en encontrar suficiente personal calificado. Confío en que seremos capaces de contar en el futuro con suficientes respiradores automáticos y medicamentos para pacientes en riesgo vital. Los obstáculos los veo en contar con el personal suficientemente calificado para ser empleado en una unidad de cuidados intensivos

“

La creación de estaciones de cuidados intermedios nos permitiría tratar a un gran número de pacientes graves hospitalizados.

”

Prof. Jung: La falta de personal en el área de la salud, y especialmente en las estaciones de cuidados intensivos, es también un problema común en Alemania. Entrar en detalles excedería el marco de esta entrevista. Sin embargo, la remuneración, las condiciones de trabajo y el entorno laboral, como también la ética profesional, la autoestima y la apreciación del personal de salud, especialmente en las unidades de cuidados intensivos, deberían ser abordados con mayor énfasis para estar mejor preparados frente al creciente número de pacientes con COVID-19. Otra lección que podemos extraer de la pandemia del coronavirus tiene que ver con el abastecimiento de insumos médicos. Tampoco podemos tratar este tema exhaustivamente en este momento. Sin embargo, en el futuro Europa debería ser menos dependiente de la importación de medicamentos y de insumos médicos desde otros países.

¿Cómo evalúan ustedes la cooperación europea en la superación de la escasez de recursos médicos durante la pandemia?

Prof. Guidet: Cuando el número de pacientes con COVID-19 se incrementó dramáticamente en primavera, la cooperación europea respecto del tratamiento de personas con riesgo vital era bastante pobre, a pesar de que algunos pacientes fueron trasladados a hospitales de Luxemburgo, Alemania y Suiza desde regiones del este de Francia. Además, experimentamos una especie de reflejo nacional en la distribución de medicamentos e insumos médicos, tales como máscaras de protección para el personal de salud. También debería desarrollarse sustancialmente la cooperación europea de científicos en la investigación del COVID-19, con la finalidad de utilizar en forma más eficiente los recursos científicos disponibles; aunar conocimientos técnicos y obtener rápidamente nuevo conocimiento en la lucha contra el virus.

Prof. Jung: Coincido en que existe mucho espacio para mejorar en el tema de la cooperación europea en la lucha contra el coronavirus. Sin embargo, no debe olvidarse que los sistemas de salud de muchos países europeos, entre ellos el alemán, se encuentran organizados de manera descentralizada. Por tal motivo, ya es sorprendente que hospitales entre los cuales no existía anteriormente ningún tipo de cooperación hayan cooperado a nivel regional, por ejemplo, en la creación de una red para el uso conjunto de los recursos médicos escasos destinados al tratamiento de los pacientes con COVID-19. A nivel transnacional se generaron casos aislados de cooperación. Así, Alemania no solo recibió pacientes desde Francia, sino también desde Italia y los Países Bajos.

En resumen, cuál es su mensaje más importante para afrontar los desafíos de la medicina intensiva en la lucha contra la pandemia del COVID-19?

Prof. Guidet: Quisiera nuevamente poner énfasis en la importancia de conducir un amplio debate interdisciplinario en torno a cómo hacer frente a las situaciones de crisis, en las que el número de pacientes que requiere un tratamiento de cuidados intensivos supere las capacidades ya existentes. Nosotros, los médicos intensivistas, debemos aclarar mejor a la población ante qué dificultades nos encontramos. No estamos acostumbrados a ello. Hacemos lo mejor posible al tratar a los pacientes en estado de riesgo vital, pero nunca nos habíamos enfrentado a una crisis como la pandemia del COVID-19. Para encontrar vías de solución convincentes debemos integrar a actores de todos los ámbitos de la vida.

Prof. Jung: Además de lo que ha señalado Bertrand Guidet, quisiera enfatizar que es fundamental abordar con mayor fuerza las incertidumbres jurídicas y riesgos de responsabilidad en relación con las decisiones en el triaje. Necesitamos criterios para la priorización de pacientes en tiempos de escasez de recursos médicos. Además, necesitamos seguridad jurídica ante una situación extremadamente estresante y exigente, tanto para los especialistas, como también para los pacientes y sus familiares. Estos criterios deberían ser el resultado consensuado de un proceso democrático. No se puede esperar, honestamente, de las médicas y los médicos que tomen decisiones sobre la vida y muerte, en las que exista el riesgo de una actuación ilícita. Un debate social y político sobre estas cuestiones fundamentales debió haber sido planteado hace tiempo.

“

Un debate social y político sobre estas cuestiones fundamentales debió haber sido planteado hace tiempo.

”

REFERENCIAS

- 1. The Variability of Critical Care Beds Numbers in Europe. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Metnitz PG, Moreno RP. *Intensive Care Med* 2012, 38: 1647-53.
- 2. Admission Decisions to Intensive Care Units in the Context of the Major Covid-19 Outbreak: local guidance from the COVID-19 Paris-Region Area. Azoulay E, Beloucif S, Guidet B, Pateron D; Vivien B, Le Dorze M. *Crit Care* 2020, Jun 5;24(1): 293.
- 3. The good, the bad and the ugly: pandemic priority decisions and triage. Flaatten H, Beil M, Guidet B; Jung C. *J Med Ethics*. 2020 Jun 10: medethics-2020-106489. doi: 10.1136/medethics-2020-106489. Online ahead of print.
- 4. Prognostication in the elderly ICU patients: “mission impossible?”. Flaatten H, Beil M, Guidet B. *Editorial Br J Anaesth* 2020 <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.08.005>.

ENTREVISTADOS



Profesor Bertrand Guidet es director del Departamento de Medicina Intensiva Interna y director médico de la Clínica Universitaria Saint Antoine de Paris. Después de haberse doctorado en 1985, realizó los exámenes de especialidades médicas en cardiología (1986) y medicina intensiva (1987). Luego de otra especialización académica en fisiología renal y patofisiología, obtuvo en 1993 su habilitación. En el año 1997, fue nombrado Profesor en la Sorbonne. Profesor Guidet es también miembro del claustro de investigación U1136 del Instituto Nacional para la Salud e Investigación en Medicina (INSERM) en Francia. El profesor Guidet fue presidente de la Sociedad Francesa de Medicina Intensiva (SRLF) de 2008 a 2010. Actualmente es miembro de la Sección de Investigación de Tratamiento de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) y uno de los precursores del grupo de estudios VIP internacional (Very Old Intensive Care patients). El listado de publicaciones del profesor Guidet comprende más de 300 artículos y contribuciones en libros, su mayoría relacionados a la medicina intensiva. Su especial interés considera la medicina intensiva para pacientes de edad avanzada.

https://www.researchgate.net/profile/Bertrand_Guidet



Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Christian Jung es director de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica de Cardiología, Neumología y Angiología de la Facultad de Medicina de la Clínica Universitaria de Düsseldorf. Desde 1998 a 2005 estudió medicina en las Universidades de Rostock, Friburgo, Zúrich y St. Petersburg (Florida, EEUU). Fue médico asistente en la Clínica de Cardiología, Angiología, Neumología y Medicina Intensiva en la Clínica Universitaria de Jena. De 2007 a 2009 fue investigador visitante en la Clínica de Cardiología en el Hospital Universitario Karolinska y en el Centro de Medicina Molecular, en Estocolmo, Suecia. En 2013 se desempeñó como médico especialista y médico jefe de medicina y cardiología. En el mismo año obtuvo su habilitación y la cátedra de Medicina Intensiva. El año 2015 realizó el doctorado (PhD) en el Instituto Karolinska de Estocolmo, Suecia. En el mismo año fue médico jefe y profesor W2 de cardiología intervencional y medicina intensiva cardiovascular en la Universidad Heinrich-Heine de Düsseldorf. Desde 2016, el profesor Jung es director de estudios y coordinador nacional de estudios VIP (Very Old Intensive Care patients) y médico de estudios principales del estudio COVIP internacional, el cual investiga las particularidades de los pacientes mayores con enfermedad crítica COVID-19. Él es, entre otros, miembro de la Sociedad Alemana de Medicina Intensiva Interna como también de la Sociedad Alemana de Cardiología y portavoz del grupo de trabajo de medicina intensiva de la Sociedad Alemana de Cardiología. Además, es miembro de la Sociedad Europea de Cardiología y de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva. Sus publicaciones comprenden más de 300 artículos y contribuciones en libros. Los puntos centrales de su investigación clínica se sitúan entre la cardiología intervencional, el tratamiento de las enfermedades a las válvulas cardíacas y la medicina intensiva internista.

<https://orcid.org/0000-0001-8325-250X>

Traducción del alemán realizada por: Rodrigo Andrés González-Fuente Rubilar, Magíster en Derecho (LL.M.) y Doctor en Derecho (Dr. Jur.) de la Georg-August-Universität Göttingen, Alemania.

Pie de Imprenta

Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

Dr. Katja Gelinsky

Referentin für Recht und Politik
Hauptabteilung Analyse und Beratung
Abteilung Demokratie, Recht und Parteien
T +49 30 / 26 996-3760
Katja.Gelinsky@kas.de

Dirección: Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin

Editora: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. 2020, Sankt Augustin/Berlin
Diseño & Tipografía: yellow too Pasiek Horntrich GbR



El texto de este trabajo cuenta con licencia bajo las condiciones de “Creative Commons Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 international”, CC BY-SA 4.0
(Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>)

Foto: Konrad-Adenauer-Stiftung



KONRAD
ADENAUER
STIFTUNG

Programa Estado de Derecho para Latinoamérica