



medicina *intensiva*

<http://www.medintensiva.org/>



CARTA AL EDITOR

Medicina Intensiva: Liderazgo callado frente al protagonismo en tiempos de crisis por la pandemia causada por SARS-CoV-2



Intensive Care Medicine: Quiet leadership versus protagonist in times of SARS-CoV-2 pandemic crisis

Sr. Editor:

La pandemia por SARS-CoV-2 ha puesto en evidencia la fragilidad del ser humano ante la naturaleza. Se ha demostrado el derrumbe de la idea de solvencia de los sistemas sanitarios modernos del mundo occidental ha quedado demostrado.

Parecía poco imaginable que la escasez de recursos sanitarios remedara en la Europa actual lo vivido hace casi un siglo con la epidemia de polio de Copenhague¹. No solo han faltado recursos estructurales en los peores días, sino que se ha producido una carencia, o temor de que se produjera, de elementos esenciales de protección individual, fungibles, incluso fármacos que nos han obligado a racionarlos y reorganizarnos en situaciones de precariedad.

Es en las situaciones en las que la necesidad obliga, cuando emergen los profesionales en la máxima expresión de dicho término. El personal médico y de enfermería de las UCI se ha vaciado en los días más duros, trabajando hasta la extenuación, diluyéndose como un terrón de tierra entre los dedos de la mano hasta que no quede nada.

Hemos aprendido sobre la marcha de las experiencias inmediatamente anteriores vividas por nuestros colegas de otros países, e incluso de otras comunidades autónomas más afectadas en los primeros días, que combatían el «efecto bola de nieve» que estábamos presenciando, con un crecimiento exponencial del número de casos. La comunicación a través de las redes sociales ha sido clave en ese proceso de compartir información entre los profesionales. Este ha supuesto un hecho inédito en la forma de comunicarnos.

También hemos sido testigos dentro de la profesión de un fenómeno que, desde un punto de vista deontológico, parece reprobable: la búsqueda de protagonismos. Hemos presenciado, sobre todo en las redes sociales, e incluso en los medios de comunicación, entrevistas a sanitarios que en plena crisis buscaban su minuto de gloria, con un uso populista y poco profesional de la información ofrecida, que actuaban como druidas de función profética basados en la inspiración más que en la ciencia. Otro ejemplo de este

oportunismo se ha experimentado en las reivindicaciones en plena crisis de un sitio en los organigramas de actuación frente a la enfermedad, atribuyéndose capacidades que distan de las competencias adquiridas en determinadas especialidades. Una tregua en esa guerra de poderes clásica entre especialidades hubiera sido deseable, como un acto de elegancia, de respeto a las víctimas y a la profesión. Son los grandes momentos históricos, y este lo ha sido, los que arbitran y ponen en valor el papel de los profesionales.

La especialidad de Medicina Intensiva ha conducido la crisis con un liderazgo callado que ha sido ejercido a pie de cama y con la emisión de documentos de incalculable valor, no solo por el momento en que se publicaron^{2,3} sino también por la prudencia y el rigor de su contenido y por el trabajo en equipo de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva^{4,5}. Las apariciones públicas estuvieron a cargo, sobre todo, del presidente de la SEMICYUC y de los principales coordinadores del plan de contingencia nacional y de los grupos de trabajo. No era momento de protagonismos en busca de notoriedad pública, sino de alianzas con otras especialidades que, bajo la coordinación de los intensivistas, han desarrollado encomiables colaboraciones en la atención de los pacientes graves. Es destacable la capacidad organizativa en situación de crisis, la relación de amistad clínica en el trato compasivo con los pacientes y de compañerismo y gratitud a los colegas de otras especialidades, que adaptaron sus actividades para colaborar en los momentos más duros. La vocación de servicio y la capacidad demostrada nos hace ir ya preparándonos para la siguiente situación en la que nuestra asistencia vuelva a ser tan necesaria.

Financiación

Estudio no financiado.

Conflicto de intereses

No conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lassen HC. A preliminary report on the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency. *Lancet*. 1953;261:37–41.
2. Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega A, Catalán Gon-

- zález M, et al. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva*. 2020;S0210–5691:30095–104, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.03.006>.
3. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martín MC, Zapata L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva*. 2020;S0210–5691:30110–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>.
4. Ballesteros Sanz MÁ, Hernández-Tejedor A, Estella Á, Jiménez Rivera JJ, González de Molina Ortiz FJ, Sandiumenge Camps A, et al. Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2020;S0210–5691, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.001>, 30098-X.
5. Cinesi Gómez C, Peñuelas Rodríguez Ó, Luján Torné ML, Egea Santaolalla C, Masa Jiménez JF, García Fernández J, et al.

Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2020;67:261–70, <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2020.03.006>.

Á. Estella^{a,b}

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Jerez, Cádiz, España

^b Departamento de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

Correo electrónico: litoestella@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.08.001>
0210-5691/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Consenso SEDAR-SEMICYUC sobre el manejo de las alteraciones de la hemostasia en los pacientes COVID-19 graves



SEDAR-SEMICYUC consensus on the management of haemostasis disorders in severe COVID-19 patients

Sr. Editor:

La infección por el coronavirus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, suele predisponer a los pacientes a un estado de hipercoagulabilidad, con tendencia al incremento de enfermedad trombótica, de etiología multifactorial. Ante la necesidad de establecer unas recomendaciones de manejo en las alteraciones de la coagulación que se observan en los pacientes con COVID-19 graves, los grupos de trabajo de las sociedades científicas de Anestesiología-Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) y de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias (SEMICYUC), decidimos unir nuestros esfuerzos y conocimientos en un documento de consenso con el objetivo de proponer unas pautas de actuación en estos pacientes. Fruto de un intenso trabajo, con participación posterior de comités de lectura de ambas sociedades, se desarrolló un manuscrito que acaba de ser publicado en la *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (REDAR)*¹. Por diversas razones ajenas a los autores no se ha podido publicar de forma conjunta y simultánea en la revista de su digna dirección, *MEDICINA INTENSIVA*. Entendemos que lo más importante de cualquier artículo, y más de un documento de consenso, es su difusión para el conocimiento y posterior aplicación clínica en los casos en los que esté indicado. Por ello, nos gustaría resaltar algunos aspectos esenciales del mismo (fig. 1), remitiendo al lector interesado al original completo, de libre acceso en la página web de la REDAR.

Riesgo trombótico de pacientes con COVID-19:

- Se recomienda valorar el riesgo trombótico y hemorrágico en todos los pacientes con COVID-19, cuya gravedad implique el ingreso hospitalario.
- Se recomienda administrar trombotrombolisis farmacológica a todos los pacientes ingresados, siendo el fármaco preferente de uso la heparina de bajo peso molecular (HBPM).
- En aquellos pacientes en los que se confirme un perfil procoagulante se sugiere valorar el incremento de dosis de HBPM desde dosis profilácticas (40-60 mg sc/24 h) a dosis intermedias (100 UI/kg/24 h), sobre todo en los pacientes ingresados en una UCI y sometidos a ventilación mecánica.
- Se sugiere incrementar las dosis de HBPM desde dosis intermedias a dosis terapéuticas (150 UI/kg/24 h o 100 UI/kg/12 h) en los casos en los que se sospeche un tromboembolismo pulmonar (por ejemplo, por deterioro súbito de la oxigenación o caída brusca de la presión arterial sin causa aparente), si no es posible realizar un diagnóstico de certeza.
- Se recomienda la realización de una prueba de confirmación de tromboembolismo pulmonar en los casos de sospecha por progresión de los parámetros de hemostasia (fundamentalmente el dímero-D) o por la evolución clínica, siempre que sea posible. En caso de confirmación se recomienda como tratamiento estándar la anticoagulación con HBPM.

Ajuste de medicación anticoagulante y antiagregante:

- Se recomienda mantener la anticoagulación en los pacientes que la precisen, preferentemente con HBPM a dosis terapéuticas.
- Se recomienda mantener la antiagregación con ácido acetilsalicílico en los pacientes que la precisen, recomendándose la sustitución del clopidogrel por el prasugrel en los pacientes que precisen terapia dual.

Interpretación de los test de hemostasia: