

Panel de discusión: El futuro para la COVID-19 y las enfermedades respiratorias

Congreso Estudiantil de Medicina UNISON – 20 de octubre de 2022

Panelistas: *Dr. Pérez Fausto Miguel* (neumología), *Dr. Álvarez-Hernández Gerardo* (epidemiología), *Dr. Guerrero-Lozoya Rafael* (medicina interna/crítica)

Moderador: *Dr. Boroel Carlos* (infectología)

Redactó: *López-Zazueta Iris Anahí*

Introducción

El 20 de octubre de 2022, durante el decimoquinto Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora, se llevó a cabo el panel de discusión donde se habló sobre el futuro que se teoriza para la COVID-19 y las enfermedades respiratorias. En esta ocasión se contó con la participación de expertos en las áreas de infectología, epidemiología, neumología y medicina crítica, quienes discutieron el tema frente a los asistentes. El panel se dividió en tres bloques donde se abordaron temas críticos: la preparación ante una pandemia, el abordaje para los pacientes COVID en 2020 vs. 2022 y, finalmente, qué nos depara el futuro en cuanto a las enfermedades respiratorias.

Preparación ante una pandemia (bloque 1) y Abordaje de pacientes con COVID-19, 2022 vs. 2020 (bloque 2)

Dr. Boroel (moderador/infectología): ¿Cómo se intentó modificar o emular lo que estaban haciendo en China? ¿Tomamos medidas diferentes, éramos unilaterales en decisiones o nos basamos en estrategias internacionales?

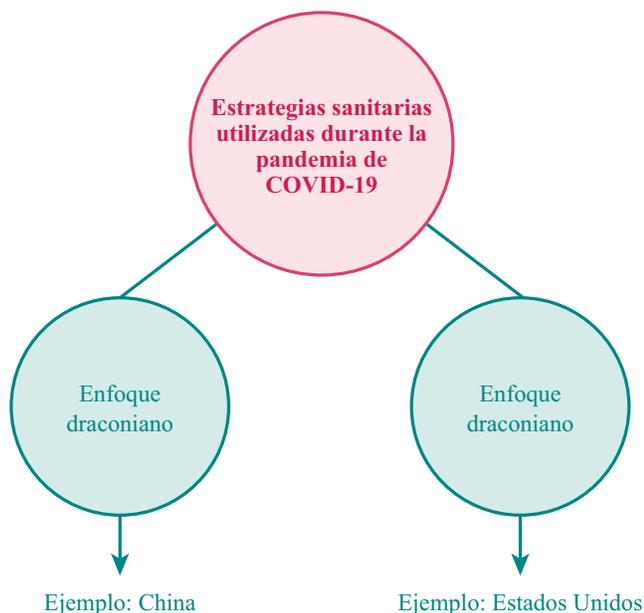
Dr. Álvarez (epidemiología): La pregunta es interesante y compleja de responder porque, en general, la humanidad ha vivido diferentes pandemias o eventos globales que alteran la normalidad. Las sociedades en general responden de acuerdo con diversos factores, por ejemplo, sus capacidades, el conocimiento global, los recursos materiales, tecnológicos, y financieros con que cuentan,

e incluso la ideología política subyacente a estas sociedades o regiones. Tuvimos y vamos a tener pandemias que nos dejan aprendizajes, pero la humanidad tiene una memoria muy corta, pienso que tal vez ya hubiera desaparecido porque no seguimos las reglas por voluntad propia, siempre hay alguien que las impone o las norma. Cuando se conocieron los primeros casos en Wuhan de esta nueva enfermedad respiratoria, evidentemente el mundo la subestimó, ya que en realidad China enfrentó el primer brote prácticamente solo, el mundo no se involucró en la atención y el control del problema. Como sucedió con SARS-COV, el primer betacoronavirus que nos generó problemas, pensamos que se iba a controlar rápidamente. Entonces, las sociedades tomaron diversas posturas; algunas más expectantes, otras más activas; otras más liberales, otras más draconianas, implicando en este último un término militar: vas a hacer la acción, no por tu voluntad, sino porque así lo pide el gobierno. La COVID-19 tiene este debate o percepción, que yo a ustedes como jóvenes les pongo en la mesa; y voy a comentar solamente un par de datos, ya que no existe una respuesta; sino varias. **El mundo ha pensado: ¿qué es mejor para contener una pandemia, un enfoque draconiano o uno liberal?**

El enfoque draconiano es el de China y es cuestionable porque, desde nuestra perspectiva, violenta los derechos humanos, al no permitir salir, donde a punta de armas las personas permanecen en su casa. Como medida sanitaria, cumple el aislamiento y la cuarentena, de tal manera que fue muy

rápido acortar el período de transmisión. Por otro lado, los países liberales, eligieron entre diversas opciones. Los Estados Unidos son el peor ejemplo que podemos tomar, debido al número de casos y episodios. En Sonora se consideraba seguir el ejemplo de Arizona, a lo que yo siempre respondí que no. Puedo hablar en primera persona, ya que fui el responsable técnico de dictar las medidas sanitarias con las cuales el estado de Sonora enfrentó a la enfermedad; Sonora fue el primer estado del país en cerrar los negocios y la movilidad poblacional, tomando esta decisión basada en el comportamiento que veíamos en el mundo. El dato que quiero recalcar es que los países y las regiones que escogieron el enfoque más draconiano tienen una menor letalidad que los países que escogieron un enfoque liberal, no quiero decir con esto que sea mejor el enfoque draconiano, pero insisto, probablemente cuando es por voluntad propia, necesitamos hacer esfuerzos adicionales para que una intervención de Salud Pública funcione. Cada sociedad elige y da respuesta de acuerdo con sus recursos, capacidades, ideología política y creencia particular.

Figura 1. Estrategias sanitarias utilizadas durante la pandemia de COVID-19 (autor: Michelle Coronado).



Dr. Boroel: Sí, desde luego, los médicos sabemos cómo se iba a comportar el virus, pero lo que no podemos predecir es lo heterogéneo que fue el comportamiento poblacional. Pasando a una perspectiva neumonológica, sobretudo la postura de la definición operacional, al tratarse de un contacto de riesgo, ¿cómo vio usted el proceso diagnóstico de nuestros pacientes? Los pacientes llegaban muy graves o como si no tuvieran nada y de repente se acababan, además los diagnósticos nosológicos tardaban, ¿cómo cambió esto?

Dr. Fausto Pérez (neumología): La evolución de nuestro conocimiento fue prácticamente exponencial. Ahora tenemos la fortuna de poder acceder a información válida a través de muchos recursos y aprender de una manera acelerada. Básicamente cada hospital se convirtió en un laboratorio y tuvimos la oportunidad de compartir nuestras experiencias con las de otros hospitales, no solo del país y la ciudad, sino internacionalmente. Yo creo que la comunidad médica se unió para transmitir el conocimiento, nuestras primeras acciones fueron bastante diversas; hubo muchas variables a tomar en cuenta: el miedo, cuestiones de normativa, entre otras. Todos fuimos aprendiendo con la práctica, y así como hay una virtud en una información rápida, también hay un defecto, ya que, al trabajar con el miedo de la información inmediata, con la interpretación de lo que se debía hacer y lo que no se debería de hacer, nos hizo tomar decisiones aceleradas en algunos casos. Afortunadamente el aprendizaje fue rápido.

Obviamente lo que hicimos al principio de la pandemia, en marzo-abril, no fue lo que hicimos en mayo a junio y así sucesivamente, porque nuestro conocimiento aumentó, nuestras herramientas mejoraron. Al principio de la pandemia yo podría decir que era tan vago el asunto, los primeros días los pacientes eran fáciles de identificar por el antecedente de si habían estado en China o en algún otro lugar con casos; pero conforme pasaron los meses la definición operacional de la enfermedad cambió, lo cual complicó el proceso de identifi-

cación de casos. Esto nos hacía ver COVID en donde no lo había, olvidando que hay otras patologías, y eso fue un problema; ¿cómo seguir siendo médico en época de COVID?, ¿cómo sigues siendo un hospital en una época de COVID para tratar pacientes que no tienen COVID, pero que tienen una necesidad de atención e intervenciones?

Hubo un momento, en donde el prisma de toda la salud, como opinión personal, pasaba a través del COVID y todos tenemos historias acerca de eso. Pensar que tenía COVID y en realidad era una arritmia o un infarto, entonces teníamos que pasar por un filtro de COVID basados en muchas cosas. Como el doctor lo mencionó, es difícil generar una estrategia general cuando son tantas variables que tenemos que tomar en cuenta. Nosotros opinamos sobre la cuestión médica, pero hay cuestiones sociales, familiares, económicas; y todo eso hace el problema más complejo. Nuestras directrices fueron cambiando conforme la información se fue generando y afortunadamente no hubo egoísmo en cuanto a la información, todos nos beneficiamos de la apertura que hubo de todos los médicos, entre pláticas con colegas hasta foros donde podías hablar con médicos de otros países. Nosotros tuvimos una ventaja: al ir entrando en la pandemia de manera asincrónica podíamos ya valer de la experiencia de otro lugar, saber cómo lo habían manejado y tratar de corregir para implementarlo.

La pandemia no sucedió con la misma intensidad en todos los lugares y creo que todos lo podrán recordar. La manera en la que nosotros diagnosticamos y tratamos fue evolucionando con el tiempo hasta lograr una madurez que tenemos ahora, en donde podemos tener no solo el conocimiento, sino también las herramientas para implementarlas; creo que nuestro sistema de salud tanto público como privado tuvo que madurar muy rápido. Nuestras tasas de mortalidad disminuyeron conforme la pandemia fue avanzando y creo que esa es una razón por la cual, como comunidad médica,

deberíamos sentirnos orgullosos. Todos sufrimos esta pandemia, pero al mismo tiempo tuvimos la oportunidad de tener un crecimiento acelerado sobre algo que no conocíamos anteriormente.

Dr. Boroel: Comparto su opinión, doctor, respecto a los algoritmos de COVID, buscando en las guías podemos ver que estos fueron cambiando mensualmente, ya que la información era abrumadora tanto local como mundialmente. Pasando al bloque más desafortunado, que son los cuadros clínicos, al Dr. Guerrero le tocó vivir un antes y un después de cuidados intensivos, aquí vimos un fenómeno en el cual los pacientes eran demasiados. En la atención pre-cuidados intensivos que habitualmente solemos ver en los hospitales, el paciente se pone inestable, pero frecuentemente hay que estabilizarlos con medidas generales, sin embargo, con estos pacientes era distinto, porque los sistemas de respiración mecánica artificial eran diferentes, o los requerimientos de los pacientes incluso eran más intensos, ¿cómo se vivió y cómo logramos actualmente estandarizar el tratamiento de los pacientes críticos?

Dr. Guerrero (medicina crítica): Si tuviera que decirlo con una palabra, sería “terror”, estamos hablando del COVID, el doctor aquí nos pregunta: ¿cuál es la propuesta que se puede hacer para estar mejor educados y tratar a los pacientes que lo necesitan? Por ejemplo, me da la duda antes de entrar a terapia intensiva, y antes de contestar esto yo les diría que todos nosotros, aún en nuestra área de especialidad, teníamos miedo, y el miedo era porque, a pesar de que el desarrollo sí fue rápido y tuvimos esa gran ventaja de aproximadamente 40 días de aprender de experiencias de otros países, yo no sé qué hubiera pasado si hubiera empezado de cero en México.

Si tuviera que contestar, qué es lo que se tiene que hacer para mejorar los niveles de atención pre-UCI o pre-gravedad, sería recargar el modelo de educación. Nosotros en los hospitales, aunque dejado ya las aulas, seguimos en un proceso de educación y de aprendizaje, y lo que pasó en el

COVID, lo que hizo que las personas desarrollaran esa capacidad de deducir cómo manejar a los pacientes antes de que llegara a terapia intensiva, era sentándonos todos los días, hablando sobre qué podíamos hacer.

Por un lado, está alguien que tiene información que puede distribuirla con ustedes y presentarla de forma resumida, pero por otro lado están todos ustedes, todas esas personas que tienen una buena disposición para aprender algo. Si yo tuviera que decir cuál es la mejor forma para prepararnos en el futuro es, por un lado, que estén las personas con los ojos abiertos, epidemiólogos y los especialistas para poder organizar la información en un momento rápido; pero del otro lado las personas, donde a veces yo también estoy, estén dispuestos a aprender.

¿Qué pasó? Lo único que hicimos fue que tomamos las experiencias de las epidemias respiratorias previas, algunas de ellas pandemias, la más próxima siendo la influenza, toda esa información fue útil, y aunque había diferencias en la manifestación clínica, en los marcadores biológicos, severidad, métodos diagnósticos y serológicos, de biología molecular, clínicos o de imagen, todos se resumen en lo mismo: que teníamos que formar un equipo. Esto era de todos los días: método de sentarse a hablar sobre qué vamos a hacer hoy y qué hay nuevo. Un ejemplo de esto es que las radiografías dejaron de ser útiles, en Estados Unidos se optó por el ultrasonido.

Tenemos que mantener una comunicación con todas las áreas de pre-terapia intensiva, en ocasiones el problema más grave que teníamos era el tiempo. Diciendo todo en una forma práctica y resumida, no hay una forma en la que podamos estar preparados, al final de cuentas la forma más simple de enfrentar este tipo de situaciones en el futuro será siguiendo las directrices, las recomendaciones que se están llevando, es una mezcla de conocimiento, sólido y teórico, pero también de corazonadas, de decir tengo que hacer las cosas como normalmente se hacen y funcionan: la medicina aguda es así.

Bloque 3: Qué nos depara el futuro: hacer predicciones, lo más difícil y comprometido.

Dr. Boroel: Totalmente de acuerdo, en las noticias solíamos ver a expertos nacionales e internacionales decir que en todos lados faltan muchas camas de cuidados intensivos y sin duda los hospitales se transformaron en grandes unidades de cuidados intensivos, pues era el tipo de paciente que se solía ver. Hacer predicciones es bastante difícil, como comentaba el doctor Álvarez, no sabemos cómo va a reaccionar la gente. ¿Qué nos depara el futuro? Empezando con el Dr. Fausto, ya se mencionó lo acelerado que fue el requerimiento de la información, de los algoritmos diagnósticos y de tratamiento. Tomando en cuenta que la pandemia puede suceder otra vez, **las mismas herramientas diagnósticas que utilizamos de antaño, como los cultivos de expectoración, las radiografías de tórax convencionales, los pulsioxímetros, ¿usted cree que esto actualmente todavía funcione o piensa que mejor lo relegamos a años previos y debemos de modificar, con los ultrasonidos, con las tomografías o con tecnologías nuevas que ahora sí nos den la certeza diagnóstica más precisa y un actuar más oportuno?**

Dr. Fausto Pérez: A mí me parece que aprovechar los avances tecnológicos es una obligación, creo que todos nosotros tenemos que educarnos en las tecnologías nuevas porque nos ofrecen una ventaja increíble, y dejar en su lugar a cada una de las estrategias diagnósticas. Es decir, si bien hay estrategias que pudieran ser más sensibles, tal vez en cierta situación sea más adecuada alguna otra, no hay que desecharlas completamente. Para decir que la radiografía se reemplazará por una tomografía, habría que ver el contexto, la accesibilidad, la interpretación; entonces yo creo que no es el momento de decir “esto está en desuso”, porque todavía podemos encontrar esa herramienta útil en otras circunstancias. Tal vez lo ideal sería decir haremos tal cosa, pero no lo tenemos disponible,

entonces tendríamos que ver qué podemos hacer en este paciente, qué es más rápido, qué es menos costoso, menos iatrógeno, si bien hay oportunidad de aprender y no deberíamos de resistirnos a eso, tampoco deberíamos desechar completamente lo que tenemos previamente porque es enseñanza.

Hay que hablar de adecuación, aprender a usar las herramientas y una vez que aprendamos esto, saber en qué contexto podría ser más adecuado y conveniente usar una u otra cosa. No deberíamos de pasar a los pacientes por toda la gran complejidad tecnológica si mi duda no amerita tal respuesta, tal vez se responda con un estetoscopio, con una radiografía. No es conocimiento que nos estorbe.

En el contexto de la pandemia, es como lo comentan los doctores: ver qué tecnología teníamos antes, cómo lo manejábamos, y cómo aprovechar la tecnología nueva. Debemos tomar en cuenta el punto medio.

Dr. Boroel: Doctor Guerrero, la dinámica habitual de cuidado de un paciente ha sido relativamente homogénea, y gracias a las pandemias que hemos tenido previamente se han tomado ciertas medidas para manejar a los pacientes que están intubados. Se utilizan ciertos parámetros más que otros, por ejemplo, pronar al paciente, fármacos antiinflamatorios a ciertas dosis... ¿Usted cree que es necesario volver a retomar lo que ya se había desechado anteriormente con este virus y con este nuevo tipo de neumonía, o en su defecto es borrón y cuenta nueva y vamos a experimentar nuevas cosas? Por ejemplo, el trasplante pulmonar temprano, o ciertas terapias con otros gases fuera del oxígeno para ayudar a que el pulmón se extienda mejor, o simplemente, ¿también aprendimos que si lo hacemos muy bien como se hacía normalmente no hay un cambio en la tendencia en la mortalidad?

Dr. Guerrero: Puede ser que la raíz del problema de la pregunta es ¿qué aprendimos en el manejo de insuficiencia respiratoria en COVID? Si volteamos hacia atrás, no hace mucho, la medicina crítica contemporánea, y estoy hablando de los últimos 20 años, desde que existen los ventiladores, si se ha refinado, sobre todo por el uso de nuevas tecnologías y formas de monitoreo, pero si volteamos a ver a los pacientes con enfermedad respiratoria aguda, la enfermedad del oriente medio, la influenza y ahora el COVID, y todos los que transcurrieron simultáneo a todo esto, como pacientes con insuficiencia respiratoria por neumonía común típica adquirida en la comunidad, etc.; no ha cambiado, se ha refinado. No se ha modificado el esquema de arquitectura general de cómo se maneja al paciente con insuficiencia respiratoria; si lo tengo que decir con pocas palabras, serían “dar soporte”.

Lo importante de dar un soporte básico es que este sea lo más cercano a la fisiología normal del paciente, en este caso el enfermo, pero no necesariamente igual. En el caso de la insuficiencia respiratoria, si es cierto que aprendimos algo nuevo en COVID, y eso es que existe un fenotipo extraño y no conocido para nosotros de pacientes con insuficiencia respiratoria, que pueden vivir días con niveles graves de oxígeno en sangre y no necesariamente significa que van a morir. Pero en el manejo de la insuficiencia respiratoria, quisimos “inventar” nuevas ruedas, una rueda que no fuera redonda, que fuera de 12 lados, de 18, de 24, hasta que regresamos a una redonda, porque nos dimos cuenta de que no podíamos inventar una nueva rueda. El manejo de insuficiencia respiratoria hipoxémica grave en COVID era actuar lo más temprano posible cuando se contaba con los recursos, lo cual fue un detalle que se tocó, pero poder conectar a un enfermo a una máquina de soporte respiratorio era el soporte básico que nosotros ya conocemos.

Específicamente, en el tema de voltear a los pacientes, puedo confirmar que si aprendimos algo que habíamos desaprendido; los intensivistas tenemos 20 años, o poco más, sabiendo que voltear a los pacientes boca abajo cuando tienen insuficiencia respiratoria severa les es de ayuda, y si los ponemos en comparación hay menos mortalidad; 20 % de los que pronan frente 40 % de los que no pronan. En 2018 hubo un estudio donde se preguntó a todos los intensivistas del mundo cuántos pronaban: solo poco más del 30 % lo hacían. Estoy hablando de enfermedades respiratorias graves que existen desde que tenemos uso de nuestro conocimiento en la medicina respiratoria aguda, quiere decir que solo a 3 de cada 10 pacientes con insuficiencia respiratoria los pronamos. Esto no significa que a todos los pacientes hay que colocarlos en esta posición, pero basado en este estudio les preguntaron a los intensivistas cuáles eran las razones por las que no aplicaban esta práctica; una de ellas era porque el paciente no estaba tan grave y por lo tanto no era necesario y la otra razón era que el paciente estaba demasiado grave como para hacerlo. Lo que pudimos rescatar es que tenemos que aplicar lo que ya sabemos, una medicina respiratoria y de soporte respiratorio con la mayor protección posible y, siendo más específico, pronar a todos los pacientes que puedas. Si aprendimos algo, fue la misma medicina que ya conocíamos, pero que seguramente se irá refinando en el futuro, porque ahora mismo funciona.

Dr. Boroel: Perfecto. Sí, en los pasillos de hospitales, podíamos ver pacientes incluso no intubados pero boca abajo, notamos que les ayudaba bastante y sobre todo en el confort porque llegaban muy disneicos y vimos cómo mejoran rápidamente al momento de cambiar la posición. Por último, doctor Álvarez, una cuestión muy importante, que mis maestros repetían era que un buen médico diagnostica y trata una enfermedad, pero que un excelente médico la previene. Conforme se fue desarrollando la pandemia, de una forma muy acelerada y nunca vista en la historia de la medicina, llegaron las vacunas. Lo cual fue una cuestión

también de una heterogeneidad geopolítica muy marcada. Actualmente contamos con los países y sus diferentes plataformas de vacunas disponibles; aquí ¿cómo se decidió la vacunación?, ¿cómo se decidió quiénes primero y quiénes después? y, en un futuro, ¿se tiene contemplado cambiar esto? Analizando lo que se hizo bien y lo que se hizo mal, sobre todo para prevenir futuros desastres comunitarios como el que vivimos.

Dr. Álvarez: Yo quisiera hacer una reflexión acerca de la vacuna; y voy a tratar de vincularlo con las cuestiones que se han estado platicando. Probablemente la COVID es la primera enfermedad de una nueva civilización, y esto implica que debemos reconstruirnos. Esto no significa que debemos empezar de cero. He escuchado, refiriéndome a los últimos 3 años, que hemos sufrido más en la medicina porque hemos desechado cosas que ya sabíamos; instrumentos, herramientas que ya estaban ahí y que pensamos, probablemente por la urgencia de aislar, que ya no funcionaban. Hemos desaprendido lo aprendido. Entonces las pandemias futuras no pueden comenzar bajo esas mismas circunstancias, por lo cual es responsabilidad de nosotros, sí, pero también de todos los jóvenes médicos que nos están escuchando el día de hoy; de considerar que no se construyen las grandes catedrales ni los grandes castillos en una sola generación, hay que comenzar donde el arquitecto murió.

Por lo tanto, la mejor prevención no comienza con la vacuna, sino con la educación. Si hay algo crucial, para atender las pandemias que están por venir, es que nos eduquemos. Y otra cosa que como médicos siempre argumentamos, que nuestro ejercicio está basado en la mejor evidencia disponible, pero resulta que eso no es así, porque la mejor evidencia disponible es relegada con las nuevas tecnologías incluso sin probar. Eso nos pasó, la urgencia por solucionar los cuadros clínicos nos hizo probar medicamentos que no tenían nada que ver; sin evidencia alguna. Y después se argumentó que bajo esquemas humanitarios había

que probar algo y darlo; entonces se hizo una serie de cosas entendiendo que se tenía el ánimo de ayudar. Por lo cual insisto en que en ese ánimo de ayudar se nos han ido personas que no debían haberse ido; el exceso de muertes que ha ocasionado el COVID-19, el cual ni siquiera ahora tenemos el conocimiento preciso de cuántas han sido.

Me preguntas, Carlos, cómo se decide la vacunación; yo preferiría decir cómo se decide la educación en los médicos, como primera estrategia para enfrentar las próximas pandemias; porque la vacuna es un recurso tecnológico que depende de capacidades económicas de los gobiernos, por ejemplo, los grandes laboratorios que evidentemente desarrollan tecnología a partir de intereses también económicos no le iban a vender a los países de África primero; le vendieron a las sociedades más poderosas económicamente. Y luego, dentro de los países que no tenían recursos, no siempre se atendió a las poblaciones más vulnerables, sino a las que políticamente sobresalen. Y eso, insisto, es una consecuencia de que no tomamos en cuenta lo que previamente habíamos hecho; por ejemplo, con la influenza sabíamos que el cubrebocas funcionaba, llega la COVID y entonces decimos “no, no funciona”, entonces aquello en lo que podríamos haber avanzado lo perdimos. Existen muchas buenas plataformas de vacunación, pero yo diría que la mejor vacuna es que los jóvenes se eduquen; que se entienda la importancia de no desaprender lo aprendido; hemos escuchado lo que los médicos clínicos sufrieron atendiendo pacientes y, al final, reaccionan y dicen “hay cosas que realmente sirven: auscultación, radiografías, pronar a los pacientes”; todo esto es invaluable. Antes de pensar en vacunas y sus plataformas, pensemos en cómo nos educamos. Los médicos tenemos dos responsabilidades fundamentales: una es curar al paciente y la otra es educarlo. Antes de educar al paciente, tenemos que educarnos nosotros.

Dr. Boroel: Agradeciendo a los panelistas su tiempo y su experiencia, damos por concluido el panel de discusión.

Conclusión

Después de escuchar y reflexionar acerca de las experiencias que nos brindaron los profesionales invitados, se nota la falta de preparación que tenemos para afrontar una pandemia de tal magnitud como la de COVID-19. Sin embargo, esta nos dejó muchos aprendizajes, considerando como los más importantes el no desaprender lo que previamente hemos aprendido. Vendrán nuevas tecnologías y prácticas para atender diferentes cuadros clínicos, pero es de fundamental importancia educarnos desde una temprana formación médica sobre las herramientas y/o instrumentos que utilizamos actualmente, pues son de mucha utilidad para las enfermedades que tenemos que enfrentar y con las cuales en algún futuro continuaremos trabajando. Agradecemos enormemente la participación de los expertos en nuestro decimoquinto Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora.