



CARTA AL EDITOR

El intensivista debe dirigir la implementación de la inteligencia artificial en la UCI



Intensivist should lead artificial intelligence implementation in the ICU

Sr. Editor,

En respuesta a la carta de González-Castro¹, es verdad que la inteligencia artificial, en formas muy primitivas, ha estado presente en el ámbito de la UCI desde los años 70. Sin embargo, los resultados no han sido realmente disruptivos hasta recientemente². Cabe pensar, por tanto, que la transformación de la práctica clínica y de gestión va a experimentar unos cambios muy potentes y rápidos.

También estoy de acuerdo en que es muy conveniente y muy relevante que los profesionales de la salud, en este caso de intensivistas, lideren la incorporación de las nuevas herramientas de la inteligencia artificial a su práctica profesional, en colaboración con perfiles de ingeniería. Solo así serán ellos los que determinen cuáles deben ser las prioridades, como puede ser mantener o evolucionar la humanización del cuidado de pacientes.

Me gustaría añadir, finalmente, que la tecnología no aporta ni elimina la empatía del usuario. Dependerá del diseñador y del usuario el foco en su implementación. Y tristemente, los modelos de negocios que están haciendo posible las enormes inversiones necesarias para desarrollar la inteligencia artificial no tienen a los usuarios finales como prioridad. Sin embargo, y al mismo tiempo, nadie impide a esos mismos clínicos aprovecharse de todo ese desarrollo tecnológico para priorizar lo que para ellos es esencial, tanto en herramientas open source como en productos comerciales de bajo coste de uso. Así que yo veo 2 líneas distintas de desarrollo: las grandes empresas tecnológicas cuyo foco central suele estar en la explotación de datos personales para publicidad personalizada y gracias a los cuales disponemos

de unas herramientas poderosísimas, y las implementaciones locales que podrían estar lideradas por equipos híbridos (personal clínico más técnico de ingeniería) que diseñan la implementación de soluciones técnicas con el foco puesto en lo que ellos consideren prioritario. Al final, las herramientas no son buenas ni malas, humanas ni inhumanas. Todo depende de los objetivos del que los desarrolla y del que los aplica. De cualquier modo, considero que se abre una nueva era en la práctica clínica en cuidados intensivos³. Y que la formación de los intensivistas para poder liderar esos desarrollos y la creación de estructuras de apoyo técnico dentro de los sistemas sanitarios son necesidades urgentes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. González-Castro A. Artificial intelligence in intensive care medicine, the gradual revolution. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2025; <http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2025.502164>, 502164.
2. Beunza JJ, Lafuente JL, González S, Gómez-Tello V. Artificial intelligence and the Internet of Medical Things in the ICU: Time for implementation. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2024;48:56–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2023.10.012>.
3. Gordo Vidal F, Gordo Herrera N. Advanced data analysis and intensive care medicine. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2024;48:1–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2023.07.012>.

Juan-Jose Beunza^{a,b,c}

^a *Research and Doctorate School, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Madrid, España*

^b *Department of Medicine, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Madrid, España*

^c *Hospital La Paz Institute for Health Research (IdiPAZ), Universidad Europea de Madrid, Madrid, España*

Correo electrónico: juanjose.beunza@universidadeuropea.es