

La medicina crítica como herramienta para otras disciplinas

J. EDUARDO SAN ROMÁN

Presidente de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

Jefe de Clínica de la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos Hospital Italiano de B. A.

Una visión histórica

La historia de la medicina estuvo signada por conductas repetidas durante milenios. Desde que surgieron las primeras civilizaciones un cronograma simplificado de los hechos hasta nuestros días podría ser:

- Milenios precristianos hasta el siglo XVII d.C el hacer estaba signado por: Sangría, Purgas, Ventosas, Asistencia espiritual –pasaron al menos cinco milenios–
- Aparece la primera Academia de Medicina “dei Linceri” o Padova (1603), y luego del Cimento en Roma (1666), contemporáneamente se desarrollan otras en Prusia, Londres, Francia. El primer congreso médico es en Roma en 1681. Se editan las primeras publicaciones científicas regulares: “Journal des Savants”, “Giornali dei Litterati”, “Philosophical transaction” de la Royal Society etc... Surgen nombres notables como Wirsung y el páncreas, Glisson y su cápsula, Chamberlain y el forceps, Descartes escribe su “Tratado de Fisiología”, Willis y el polígono, Malpighi y los tejidos. En otras palabras en esta “Edad de la Razón” surge la ciencia tal como la entendemos actualmente, se fue diluyendo la magia y el empirismo irracional.
- Mediados de 1800: La práctica médica incorpora lentamente Estándares de Educación Médica, Regulación de Licencias Profesionales y aparecen las primeras investigaciones razonablemente sistematizadas.
- Hacia principios del 1900 y hasta 1960 aproximadamente, se profundizan las conductas del siglo pasado y se observa una progresiva mejoría en la expectativa de vida, se estandarizan y mejoran los aspectos sanitarios, aparecen las vacunas y los antibióticos, la anestesia se perfecciona, *la medicina crítica da sus primeros pasos*.
- Luego de 1960 los sucesos son más veloces, los factores de riesgo son claramente establecidos para muchas enfermedades, existe una sensible caída en la mortalidad por enfermedad cardiovascular y cerebral (stroke), los avances en cirugía son notables, los programas de trasplantes se multipli-

can, incursiona con fuerza el conocimiento de la genética. La medicina crítica es considerada una especialidad.

- A partir de 1999 los avances farmacológicos-tecnológicos aportan más cambios, el desarrollo de nuevas moléculas y la nanotecnología proponen cambiar en un futuro próximo las bases fundamentales en el conocimiento de muchas enfermedades. Sin embargo, un hecho reciente revoluciona la práctica médica: se reconoce por “primera vez “que el daño provocado por la práctica médica es una situación a corregir con urgencia ya que el error médico y los efectos adversos son responsable de 44.000 a 98.000 muertes por año sólo en EEUU, y según el informe de IOM dependiente de la Academia de Ciencias de Norteamérica, supera a las muertes por SIDA y cáncer mamario juntas”.

Todo lo anterior es sólo un esquema y una porción de la realidad vinculada con la medicina, pero advierte, que inauguramos el siglo XXI frente a un nuevo desafío y este significa reconocer que no alcanza con saber, tampoco con investigar, sino que la práctica médica es un PROCESO y si el proceso adolece de fallas (Error en Medicina, Estándares de Calidad, etc.) la mortalidad y morbilidad no podrán ser mejoradas.

Los errores y efectos adversos en medicina se producen en tres áreas mayoritariamente: Cuidados Críticos, Cirugía, Pediatría.

Los artículos de la especialidad vinculados al tema “procesos en medicina asistencial” se refieren a que entre los pacientes y el mejor cuidado de la salud existe una grieta detectada recién a partir de 1999, la medicina del futuro inmediato implica entre otras cosas CRUZAR LA GRIETA esto es:

- Detectar la subutilización.
- Detectar la sobreutilización.
- Reconocer el uso inadecuado.
- Aprender costos en salud.
- Evaluar la accesibilidad.

Todo lo anterior significa que **se está rediseñando el sistema de salud** y esto, no es patrimonio del mercado sino que y sobre todo, es competen-

cia de aquellos países que desean continuar con el estado de bienestar haciendo posible la equidad.

En medicina crítica conocer las novedades acerca de la PVO₂, interacción glucosa-insulina, volúmenes y respiradores etc. no tiene valor si ese conocimiento es *subutilizado, sobreutilizado, o no es accesible*.

En esta nueva etapa y el nuevo modelo de entender la medicina asistencial, aquellos que nos dedicamos a la medicina crítica tenemos mucho con que contribuir.

Procesos en medicina

Se llama *proceso* a “los pasos interrelacionados para llegar a un resultado”. Para realizar una medicina en base a procesos debemos medir, medir incluye registrar. Del conocimiento de los datos se puede mejorar la práctica a través de conductas proactivas, debemos incorporar la palabra calidad: ***la casuística sin calidad es sólo contar muertos o errores***.

Ser profesional implica medir y aceptar ser medido.

Una de las deficiencias más grandes de nuestro sistema de salud es la ausencia casi por completo del registro de patologías y de los resultados al tratar diferentes patologías. La ausencia de datos nos coloca en un modelo de ignorancia, y la idea que tenemos de las cosas usualmente no coincide con la realidad cuando la medimos. Por otra parte la ausencia de datos genera prejuicios y alimenta ideas fijas del pasado o quizás de la última estadística desactualizada del tema.

Si cambiamos la práctica hacia una medicina basada en procesos, la medición de los eventos es imprescindible y descubriremos que de nada sirve tener un angiograma de última generación si el tiempo “arribo-infusión del fibrinolítico” es no sólo inadecuado, sino antiterapéutico. Ejemplos como estos abundan en tiempos de cirugía, mediciones de presiones, revisión de conductas. Pero no todo proceso invoca el tiempo ya que esa es sólo una variable, todo proceso en el fondo invoca a utilizar correctamente las herramientas y conocimientos de la especialidad. Todo proceso incluye la capacitación del recurso humano.

Medicina y Sociedad

Es visible el malestar creciente tanto en los que se desempeñan profesionalmente en la salud como en los pacientes. Unos vislumbran una práctica médica cada vez más materialista y de producción, los otros, sienten desconfianza por el sistema de salud y sus actores. Ambos coinciden en que la práctica médica se está “deshumanizando”. Este problema es mundial.

Sin embargo, las *Sociedades Científicas* no pueden estar ajenas a estos planteos y la no incorporación de temas vinculados a la práctica médica en nuestras agendas diarias puede llevarnos a un aislamiento donde solo vemos la “ciencia”. Quizás, haber creído por décadas, que las sociedades científicas solo debían velar por mantener la competencia intelectual entre sus miembros llevó a un progresivo aislamiento de las mismas y a que se tomaran decisiones a nivel Estado sin siquiera tenerlas en cuenta. Para quien quiera ampliar estos conceptos, simplemente, debe remitirse a *Jordan Cohen* quien fuera presidente ejecutivo de AAMC (Association of American Medical Colleges*) en el período 1994-2006. Basta recordar de sus editoriales mensuales frases como esta: “we have a little hope of delivering the same number idealistic, properly motivated doctors to society unless we can close the gap between rhetoric and reality”, “nosotros tenemos poca expectativa en producir médicos con ideales y motivados, al menos que estrechemos la brecha existente entre retórica y realidad “. Se refiere a la dificultad existente entre la teoría y la práctica médica y siente por momentos que la práctica médica deja de ser una profesión para convertirse en una “*ocupación sitiada*” (beleaguered occupation). Reconoce que la profesión médica está siendo fuertemente criticada por la pérdida de sus valores esenciales en sus practicantes tales como altruismo, justicia social, espíritu de sacrificio, o la disminución del sufrimiento ajeno. Asegura que el modelo médico, creado en las últimas décadas, tuvo errores importantes creando un sujeto cerca del cientificismo e individualista y lejos de la práctica donde abundan los problemas vinculados a la atención y organización de la práctica.

Una mirada local

Nuestro país tiene características propias del subdesarrollo en términos de ausencia de proyectos sanitarios de largo alcance, que sean independientes de los cambios del color político. Sirva como ejemplo la ausencia casi por completo de directores de hospitales surgidos por concurso en casi todo el ámbito de la República o la ausencia de programas coordinados entre los actores estatales y privados en el marco de la salud. El presupuesto destinado a salud medido como porcentaje del PBI es alto para la región (8.1 %).

La Argentina carece de calidad institucional en varios niveles.

*La Asociación data de 1876 actualmente participan en sus proyectos 125 escuelas de medicina, 400 hospitales escuela, 96 sociedades científicas, 67000 estudiantes y 104000 residentes.

Una recorrida por las diversas regiones revela realidades y urgencias muy diferentes. Mientras que en algunas, no todas, grandes ciudades la medicina crítica es desarrollada por especialistas, en la mayor parte del país, el paciente crítico es manejado por diferentes actores muchos de ellos sin la capacitación ni herramientas imprescindibles. Debemos reconocer que el "paciente crítico" comienza en el prehospitalario o en la Unidad de Emergencias, y que si no hay una coherencia en el tratamiento entre estas tres escalas: lugar de la escena, Unidad de Emergencias, y Terapia Intensiva, el resultado será malo.

Debido a esto es que la medicina crítica tiene muchas *herramientas que necesitan otras especialidades*, debemos ser capaces de difundirlas con generosidad pero también con protagonismo.

Algunas de las herramientas más importantes que puede aportar la especialidad son:

1. Gestión: la medicina crítica consume muchos recursos, los programas de gestión de la especialidad han dado herramientas para evaluar costos y beneficios.
2. Calidad y mejora continua: como fue expresado anteriormente la práctica médica es un proceso, la medicina crítica es un paradigma de medicina basada en procesos. Los procesos bien conducidos disminuyen los errores.
3. Manejo de situaciones agudas comunes a otras áreas tales como: shock, vía aérea, terapia antibiótica empírica inicial en agudo, transporte de pacientes, eventos agudos neurológicos etc.
4. Interpretación de nuevas tecnologías: cada vez se tiende a invadir menos al paciente en un intento de evitar complicaciones. La medicina crítica aporta un gran laboratorio para su desarrollo.
5. Desarrollo de nuevos fármacos y moléculas: la medicina crítica aporta conocimientos acerca de nuevos productos para ser evaluada su utilidad fuera del ámbito de la medicina crítica.
6. Bioética: los principios del cuidado de pacientes han cambiado radicalmente con los conceptos de autonomía; el final de la vida no es una decisión médica como en el pasado, sino que, es el producto de la interacción del equipo de salud con la familia y allegados al paciente.
7. Fronteras en la investigación: la evolución de los pacientes críticos depende de múltiples causas; el investigador clínico en medicina crítica, ha desarrollado importantes líneas que pueden ser transportadas a otras áreas de la investigación.
8. Rehabilitación: las habilidades adquiridas en el desarrollo de la especialidad han permitido a muchos intensivistas incurrir en el área de centros de rehabilitación, en especial en lo referente a cuidados respiratorios.

De esta manera las fronteras de la especialidad salen por fuera de la Unidad y ofrecen una importante contribución al resto de las especialidades. Este es el verdadero potencial de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva: hacia adentro aumentar y profundizar los nuevos conocimientos, hacia afuera ofrecer herramientas para la práctica médica general, la emergencia y la organización de instituciones.

Antes de finalizar es importante hacer mención a dos pilares fundamentales de todo acto médico en medicina crítica; me refiero a los kinesiólogos y enfermeros. No existe posibilidad alguna de mejorar los resultados asistenciales sin el desarrollo de ambas disciplinas. La kinesiólogía en el marco de la SATI ha desarrollado importantes avances en el conocimiento y difusión del mismo, basta recordar la reciente celebración de los primeros 10 años del capítulo con un encuentro de figuras internacionales en el marco de la Academia Nacional de Medicina y el cada vez más concurrido Curso de Especialista dictado por el mismo Capítulo, quedando un largo camino por recorrer en la expansión de la disciplina por vastas áreas del país.

La enfermería tiene una importante responsabilidad en un correcto proceso asistencial, nuestro país tiene una larga cultura –errónea– de haber medicalizado autoritariamente el cuidado del paciente apartando al enfermero en la toma de decisiones y convirtiéndolo en un sujeto pasivo. Sin embargo es importante advertir que a pesar de muchos acercamientos al Capítulo, pocos enfermeros persisten en el desarrollo de programas; esto está directamente vinculado a que a pesar de ser una disciplina imprescindible, su estándar de remuneración está muy por debajo de la expectativa. El programa de educación de Enfermería en Cuidos Críticos (ECC) es un importante avance en la currícula de todo enfermero vinculado con la especialidad y su desarrollo nos está permitiendo grandes avances en la difusión del conocimiento. Aún así, existe una deuda pendiente con la enfermería ya que las proyecciones en cuanto la cantidad del recurso humano son negativas en el futuro.

Mirando hacia el futuro

No caben dudas que el siglo XXI propone desafíos inmediatos, el tiempo corre tan deprisa que la ausencia de innovaciones abre brechas difíciles de cerrar. Varias son las áreas donde debemos trabajar y muchos los paradigmas a cambiar. Debemos educar mejor y en nuestro medio eso implica acercar el conocimiento allí donde es necesario, allí donde se cuidan

pacientes críticos, no importa el sector o área hospitalaria a la que pertenezca. Debemos reconocer que antes de que el O₂ llegue a los tejidos debe entrar primero por la tráquea; haciendo un acto de profundo sinceramiento pregunto: ¿cuántas son las Unidades de Cuidados Críticos que tienen protocolos y herramientas frente a una vía aérea difícil –broncoscopio incluido las 24 hs–? Cuántos pacientes en coma llegan a nuestras Unidades sin haber sido intubados? Manejamos la sedación con bases racionales o damos los sedantes que “la farmacia” nos provee?

Estas y tantas otras preguntas con respuestas vergonzosas, son patrimonio de muchas Instituciones que incluye también a los clasificados como Hospitales Universitarios.

Sólo reconociendo nuestra realidad podremos cambiar paradigmas y culturas que no conducen a un buen cuidado de nuestros pacientes. Así como debemos darle la mejor de las bienvenidas a la campaña de “Surviving Sepsis” debemos generar otras campañas que hagan más fácil y efectiva el desarrollo de la especialidad.

El siglo XX fue despidiéndose con la consolidación de la Medicina Basada en la Evidencia que tuvo su origen filosófico de atender al paciente según el mejor conocimiento disponible en el siglo XIX en París. Cien años para desarrollar una idea y consolidarla; así funciona la ciencia.

El siglo XXI encuentra errores fatales en la práctica y define la Medicina Basada en Procesos, ojalá, que tardemos menos de cien años en consolidarla, de nosotros depende.