

Réplica

Sr. Director:

En respuesta a la carta remitida a Vd. por la Comisión permanente de la Sección de Cuidados Críticos de la SEDAR, bajo el título "Formación en Medicina de Cuidados Intensivos"¹, queremos comunicarle lo siguiente:

Es indudable que esta carta pretende difundir entre los intensivistas su opinión sobre la especialidad de Medicina Intensiva. Por un momento, y al escribirla en una revista que no les es propia, el tono parecía distinto del que nos tienen acostumbrados; pero deja de ser conciliador en los primeros párrafos.

Cuando decimos "su opinión", es premeditado, porque fuera de la de los firmantes, hemos leído muy pocos comentarios respecto a la supraespecialización para la atención de los enfermos críticos. ¿No es ésta, entonces, la opinión mayoritaria de los anestesiólogos? Habrá oportunidad de analizarlo.

Es cierto que los anestesistas desempeñaron un papel en los comienzos del tratamiento de los enfermos críticos; pero de forma irregular. En Europa fue preferente; en EE.UU. la Anestesiología ha tenido y tiene mucha menor relación con la Medicina Crítica que otras especialidades. Y en España, el desarrollo fue efectivamente liderado por especialistas en Medicina Interna.

La Anestesiología a principios de los años setenta se desarrolló con mucha más rapidez que otras especialidades y ocurrió en paralelo al desarrollo quirúrgico. Anestesiología nunca ha sido una especialidad deprimida, y no puede aceptarse que por falta de recursos humanos y materiales se relegara a los anestesiólogos a los quirófanos. Entonces, como ahora, son mayoría en las plantillas de los hospitales.

Se ajusta más a la realidad, que la falta de interés en los enfermos con elevado riesgo de muerte y necesidad de tratamiento activo de UCI, dejó un espacio asistencial que fue ocupado por internistas y algunos anestesistas. Éstos podrían haber sido mayoría. Las puertas de las UCI nunca estuvieron cerradas a quienes quisieran trabajar de forma exclusiva en ellas.

Remontarse a la ley de Especialidades de 1978 para esgrimir la influencia política en la creación de la especialidad de Medicina Intensiva resulta desleal. Todos los médicos de entonces procuraron convertir su particular disciplina en especialidad; y además, todas como especialidades primarias. Nadie quiso que la suya fuera secundaria o supraespecialidad. Y esto fue así por intereses de la totalidad de los especialistas, sin excepción. ¿Es que puede defenderse la Hidrología, o la Electrofisiología Clínica, como especialidades primarias, por ejemplo? Y 26 años después, muy poco antes de la aprobación de la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), especialidades todavía no reconocidas han pretendido ser legalizadas como primarias, para estar mejor situadas ante los cambios que esta ley establece.

Mucha más influencia política debió ser necesaria en 1984 para que se reconociera a Anestesiología la plena capacitación para administrar terapia intensiva a pacientes médicos y quirúrgicos. La capacitación se adquiere y se demuestra, no se concede. Y no hay nada que objetar al hecho de que anestelistas con dedicación a la Medicina Intensiva acaben alcanzando los conocimientos necesarios para demostrar su capacitación. Pero no hay duda, ni por parte de los anestelistas, ni de los intensivistas, que al final de la residencia de ambas especialidades sólo una está cualificada para tratar enfermos críticos en todas sus vertientes.

Los especialistas en Anestesiología y su Sociedad Científica han dado muestras de una actitud expansionista abrumadora. El concepto de Medicina Perioperatoria parece no tener límites, cuando no sólo alcanza al paciente quirúrgico, sino también al médico. Esto nos recuerda el propósito, frustrado por otras especialidades, de incluir las Unidades del Dolor en la especialidad de Anestesiología y Reanimación. El dolor, un síntoma común a cualquier especialidad; y ¡tres especialidades en una! Excesivo.

La LOPS, la ESICM (por medio de CoBaTriCE) y la UEMS convergen en sustentar las especialidades a través de las competencias. Esto permitirá la permeabilidad y el acceso a terrenos limítrofes de cada especialidad, protegidos hoy celosamente. Así se podría reducir la necesidad de “crear” un desmesurado número de anestelistas para cubrir todos los puestos que consideran propios.

La ESICM no reconoce dos programas en España. La Sociedad Europea es una entidad privada y no pública, que definirá las competencias necesarias para ejercer la Medicina Intensiva. Y sólo las recomendará. Las competencias deberán ser las mismas, aunque el acceso tenga distintas procedencias.

Efectivamente, en 2001 se celebraron dos reuniones entre representaciones de la SEDAR y la SEMICYUC (nunca las Juntas Directivas de ambas). La segunda, con el propósito larvado de la fusión por parte del Ministerio de Sanidad; idea inconcebible cuando en Europa se considera indispensable la creación de la especialidad de Medicina Intensiva, venga de donde venga el médico interesado.

Y la primera reunión se celebró inmediatamente después de la difusión de la consigna de no enviar los enfermos graves a Medicina Intensiva, y mantenerlos en las Reanimaciones. Precisamente en esta reunión solicitamos la condición previa de “no agresión”. Nada más lejos de la realidad. Desde entonces, se ha permitido que enfermos de Cuidados Intensivos pasen a depender de Anestesiología, sin tan siquiera considerar su perjuicio. Y de nuevo, esto es política de bajo nivel. Que los anestelistas puedan voluntariamente disminuir el rendimiento del quirófano, y presionar a los gerentes, no significa que tengan razón.

Con el proyecto de la LOPS en 2002 creímos innecesario continuar desarrollando con nuevas reuniones lo que la ley ya determinaba. Tuvimos que soportar cartas y comentarios sobre nuestra promesa incumplida. Podemos asegurar que, en las ocasiones en que los presidentes de ambas Sociedades coincidieron, nunca el máximo representante de Anestesiología manifestó interés por reanudar conversaciones. Y el Ministerio no volvió a convocarnos.

Los apartados “Antecedentes” y “Situación actual” se han repetido demasiado. Tal vez la carta debiera haber comenzado por el “Futuro”. Y aquí las reglas generales están también claras.

1) Las especialidades en general, serán ramas de unos pocos troncos. Y desde una especialidad se podrá realizar otra u otras. Así, desde Medicina Intensiva se podrá llegar a Anestesia y al revés. Solamente será preciso adquirir las competencias precisas y optar por una de las dos especialidades. La recertificación obligará a ello.

2) Los representantes de Medicina Intensiva firmaron un acuerdo en la segunda reunión mencionada, aceptando el concepto de supraespecialidad, pero manteniendo el mismo cuerpo doctrinal, las competencias necesarias, y la Comisión Nacional de la especialidad. SEMICYUC hoy lo mantiene. Pero también lo firmaron los representantes de la Sección de Cuidados Críticos y el Presidente de la SEDAR. Y deberán mantenerlo.

¿Qué problemas quedan por resolver?

1) Por una parte, que la Medicina Intensiva obtiene resultados óptimos con las unidades “cerradas” y la dedicación exclusiva. Algo tan obvio y conocido en este país, hoy se reconoce en otros muchos. Y habrá que aceptarlo.

2) Y por otra, que será necesario delimitar la función de las Reanimaciones. Después de la cirugía, parece lógico continuar el perioperatorio por unas horas. Si no hay estabilización, el enfermo debe pasar a Medicina Intensiva. Las Reanimaciones no son Unidades de Cuidados Intensivos quirúrgicos.

En relación con lo anterior, y con la opinión mayoritaria de los anestesiólogos, nos parece crucial lo siguiente:

Desconocemos el significado, la independencia, y el peso de la Sección de Críticos de la SEDAR. En la SEMICYUC no existe esta nomenclatura, y el tér-

mino que podría ser más parecido sería “Grupo de Trabajo”. Los grupos de trabajo no tienen independencia ni personalidad jurídica, y dependen de la Asamblea General de nuestra Organización. Si esto ocurre en la SEDAR, aparece el más que razonable temor de que la opinión de los autores de la carta no esté sustentada por la mayoría.

Este temor también procede de otros indicadores, tal vez falsos por indirectos o superficiales. Pero creemos en la existencia de una corriente, numerosa, que pretende mantener la especialidad de Anestesiología y Reanimación, según el espíritu de la ley de 1984. Es decir, no pretenden en absoluto la especialidad de Medicina Intensiva, sino que la desechan; porque se consideran capaces de anestesiar el impresionante espectro de diferentes tipos de pacientes e intervenciones, con una también numerosa serie de técnicas, y además atender a los pacientes que precisen tratamiento intensivo, en todos sus aspectos, ya sean quirúrgicos o médicos.

Como ya se ha mencionado, hoy una especialidad no puede ser tan extensa. Es necesaria la supraespe-

cialización, corriente que parecen defender los representantes de la Sección de Críticos. No debe quedarles la más mínima duda que de ser así, estaremos a su lado, a pesar de que las opiniones de algunos representantes de esta Sección, vertidas en las reuniones y cartas, no nos parezcan oportunas ni sinceras.

Y el conjunto de los anestesiólogos, incluidos en hospitales actuales, que sólo pretendan ejercer una profesión abarcable, tienen sin duda nuestra colaboración para acordar lo que resulte mejor para el paciente que necesite tratamiento médico de cuidados intensivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peyró R, Aguilera L, Barturen F, Canet J, Ginesta V, Monejero P, Navia J, Sánchez C. Formación en Medicina de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2005;29(4):244-5.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEMICYUC