

30 años del primer CTI en Uruguay

Historia de una vanguardia

Además de contar con tecnología de punta y un equipo interdisciplinario de fuste, el CTI del Hospital de Clínicas se veía a sí mismo –cuando se fundó hace 30 años– como parte de un concepto clave, la atención progresiva.

POR SERGIO ISRAEL

Luego de efectuar concienzudos y febriles preparativos, el trabajo “en blanco” iba a quedar atrás y el CTI tendría al fin su primer paciente. En esos días de agosto de 1971 había gran expectativa en el colectivo que integraban ocho médicos, además de enfermeras universitarias y personal de servicio, porque se pondría en práctica parte de lo que el equipo había absorbido con avidez en intensas jornadas de trabajo.

Para no correr riesgos innecesarios, en una especie de ensayo general, se dispuso que el primer paciente de CTI fuera un caso que no ofreciera complicaciones y para ello se eligió una persona que ese día iba a ser operada de las vías biliares.

El caso sencillo nunca llegó. El cirujano que intervino olvidó el encargo y envió al enfermo a una sala común, de tal forma que los noveles intensivistas esperaron en balde largas horas para el debut.

Ajeno a lo que ocurría en el piso 14 del Hospital de Clínicas, donde estaba y aún está el CTI, el anestesista Homero Peri, que se disponía a intervenir en una operación en el Sanatorio 1 del CASMU, sufrió un infarto.

Llegó el llamado, y contrariando todo lo previsto, el Dr. Peri se convirtió en el primer paciente del Centro, para angustia de sus colegas, especialmente de Tabaré González, quien provenía de la misma especialidad que Peri.

Pero pese a los nervios, el estreno se produjo sin inconvenientes: el paciente se recuperó bien, sobrevivió muchos años al infarto y, además, dejó gratos recuerdos entre los colegas que lo atendieron.

Tabaré González rememoró aquel histórico primer caso: “Después que estaba todo el plantel seleccionado, los funcionarios de Enfermería, el personal de servicio, los limpiadores y cada uno hacía su rutina, un día decidimos hacer una prueba con paciente, para lo cual íbamos a traer un enfermo sin complicaciones para tener el personal desplega-



De izq. a der.: Dres. Norma Mazza, Mendel Wolyvovics, Rodolfo Panizza, Tabaré González Vázquez, Humberto Correa Rivero, Ricardo Caritat Theoduloz y Hernán Artucio Urioste

do, pero con un paciente que requiriera cuidados mínimos. Nos instalamos a esperar al paciente, pero iba pasando el tiempo y no llegaba, pese a ser una operación sencilla. Y no llegó nunca, porque el médico que lo operó se olvidó y lo mandó a sala común”.

Entrevistados por *Noticias*, González y el Dr. Rodolfo Panizza, otro de los pioneros (véase recuadro), coincidieron en la necesidad de no descontextualizar el nacimiento del primer CTI. Para estos fundadores, así como para el Dr. Hugo Villar (véase nota aparte) desde su gestación, en 1961, la medicina intensiva debía formar parte de un plan de atención progresiva, un concepto nacido en Estados Unidos a mediados de los años 50, y que no llegó a aplicarse cabalmente en Uruguay, entre otras cosas porque sobrevino la dictadura que intervino la Universidad y dejó trunca la experiencia.

“No se entiende el CTI fuera del contexto del plan, no es simplemente una concentración de pacientes graves en un lugar donde trabajan médicos que saben mucho y con mucha plata”, opina

Panizza, para quien la idea original fue cortada en la dictadura, como decía Onetti, por “gente torpe y prepotente que decretaba el exilio de gente que había cometido el delito de no pensar como ellos o simplemente de pensar”.

Las diferencias entre la concepción en medio de la cual nació el CTI y el desarrollo posterior de la medicina intensiva, colocada muchas veces como una *vedette* que sirviera de llamador meramente tecnológico, ya habían sido planteadas. El propio Dr. Villar, entonces director del Clínicas, en una entrevista con *Noticias* publicada en 1970, había alertado ante problemas que tres décadas después siguen estando sobre la mesa. “Creemos que este tipo de servicios, que por su costo no pueden ni deben multiplicarse en el país, deben financiarse a través de esfuerzos cooperativos de diversas instituciones”, sostuvo Villar en el número 77 de esta revista.

De hecho, el CTI del Clínicas, que como se verá funcionó con muy pocos recursos materiales, había sido financiado con aportes del



Altri tempi: entre otros, Dra. Milagros Burghi, Dr. Alberto Cid y Dr. Humberto Correa Rivero

CASMU, la Asociación de Empleados Civiles de la Nación y Sanidad Militar, una institución tempranamente interesada en la materia.

Pobres pero con la moral alta

Para rastrear los antecedentes de estas innovaciones que tenían lugar en la Facultad de Medicina es necesario remontarse al decanato de Mario Cassinoni, cuando el hospital se convirtió en universitario.

El Dr. González, que fue forzado al exilio en 1975 al igual que cinco de los ocho médicos fundadores, recuerda el trabajo en el CTI como una experiencia irrepetible. *“Nunca más viví una etapa de estas características, la de tener la chance de aprender y enseñar a la vez a pares; se generó una experiencia en la cual no había residente, interno, nada... Éramos todos grado 3 y entonces hacíamos horarios de mañana, tarde y noche, de manera que siempre había dos o tres o uno de nosotros trabajando en atención directa al paciente y en un mano a mano con Enfermería. Así fueron los primeros cinco años. No teníamos cuarto de guardia, sino un sofá donde nos acostábamos a dormir, si el tiempo daba. Algunos teníamos en el locker los instrumentos para nuestra higiene personal y la ropa, salíamos del hospital y volvíamos. Cuando al año de empezar nos mandaron de Personal el control de relojes, vimos que algunos, de las 48 horas semanales asignadas, teníamos el doble, que por supuesto no cobrábamos. Realizábamos ateneos, reuniones científicas, administrativas e incluso de esparcimiento. Llegamos a armar un colectivo de 42 personas”.*

Para ilustrar el grado de compenetración que tenían los integrantes del equipo que no sólo abarcaba a los médicos, González recuerda la pobreza material en la cual trabajaban que iba a la par con la dedicación de todo el personal.

“Éramos muy pobres: lavábamos las sondas, esterilizábamos los catéteres, una tarea que practicaban los auxiliares de servicio supervisados por Enfermería. Había un gran espíritu de cuerpo y la moral era muy alta”, explicó.

Para Panizza, los años del CTI antes de la dictadura fueron los mejores de su vida y el comienzo de la intervención, el final de su vida universitaria.

“Fue una experiencia colectiva hermosa que abortó; fuimos víctimas, no sólo nosotros personalmente, sino el proyecto”, recordó.

Equipo versus médico omnipotente

En opinión del Dr. González algunas características abonaron la idea de que el CTI del Clínicas, tal como fue concebido en su fundación, se trató de algo inédito en el país y quizá no repetible.

Para el actual especialista en Administración Hospitalaria, la experiencia tuvo más valor porque se procesó una discusión de precisión operacional respecto a cómo debería ser este centro de tratamiento intensivo.

Lo primero fue *“determinar claramente qué se entendía por paciente crítico y por tanto cuáles eran los criterios de admisión y egreso de los pacientes”.*

González advirtió que *“no era sólo una discusión teórica, sino que en forma práctica, durante meses, Enfermería pasaba al equipo los pacientes que entendía como críticos y el grupo los veía uno por uno y discutía entre sí, e incluso con los médicos tratantes. Así se fue acuñando el criterio, cuyos conceptos perduran hasta el día de hoy”.*

Otra de las peculiaridades de la fundación del primer CTI fue cómo se realizó la formación de los primeros especialistas. Nadie viajó al exterior, aunque sí hubo apoyo de la Organización

Pioneros

Aunque llegó a formarse un equipo de 42 personas, ocho docentes grado 3 que coordinaban entre sí y con la Dirección y no tenían jefe, fueron los fundadores del primer CTI: Hernán Artucio, Ricardo Caritat, Rodolfo Panizza, Humberto Correa, Tabaré González, Norma Mazza, Raúl Muchada y Mendel Wolyovics. La jefa de enfermeras del Centro era Erika Fischer. Caritat, González y Panizza vivieron en el exilio en Cuba, Ecuador y México, respectivamente, luego de la intervención de la Universidad en 1974. Después de la dictadura regresaron al país, aunque no están actualmente en el Hospital. Wolyovics vive y trabaja en Israel y Muchada en Francia. Artucio y Correa fueron profesores grado 5 de la Cátedra de Medicina Intensiva de la Facultad de Medicina.

La iniciativa de crear un CTI como parte de un plan más amplio nació en 1961, cuando el Dr. Hugo Villar y la enfermera universitaria Dora Ibarburu presentaron un informe a la Comisión Directiva del Hospital, que presidía entonces el profesor Constancio Castells.

Panamericana de la Salud y de la Universidad de Michigan. *“Cada miembro del equipo –explicó González– fue responsable de un autcurso en el cual cada uno transmitía a los demás sus habilidades específicas: así el neurólogo desarrollaba todos los elementos de diagnóstico neurológico sustantivo, el manejo y la clasificación de los comas; el cardiólogo explicaba los problemas cardiológicos de ritmo e insuficiencias cardíaca, electrocardiograma, cateterismo; el anestésista, vías de aire, respiradores, estudios de gases en sangre, de manera que en seis meses, cada uno, sin dejar de tener habilidades específicas más desarrolladas, tenía nociones para manejar, de entrada, cualquier situación que se le presentara fuese del tipo que fuese”.*

El equipo encaró la definición de los métodos de trabajo médico y de enfermería, organizó el primer curso para enfermeras universitarias sobre cuidado intensivo y, a su vez, creó un modelo de organización de unidad de servicio con una característica muy particular debido a que –como se señaló antes– no tenía un director. Era un trabajo realmente colectivo, aunque había un grupo de coordinación que integraba uno de los médicos, la enfermera supervisora y el ecónomo, una figura que aparece entonces por primera vez y que era quien gestionaba los insumos y la administración del personal de servicio.

Después de largos preparativos, con todo el equipo humano en forma, sólo quedaba termi-

nar de acondicionar la planta física ubicada en el lado Este del piso 14 y comenzar a recibir pacientes.

Los pioneros concebían la medicina intensiva como una labor que estaba *“al servicio del médico y del paciente, tratando de aplicar técnicas muy especiales de fisiología aplicada para dar soporte y facilitar la recuperación, en contacto continuo con el médico tratante”*.

Tenían como criterio que el CTI no era una isla sino un área abierta en la cual los médicos tratantes eran convocados a continuar la asistencia de sus pacientes y encontraban un equipo médico y de enfermería que apoyaba 24 horas los 365 días del año el curso de su paciente de forma tal que cuando éste era transferido a otro nivel menos complejo era seguido por el mismo médico. De esa forma no perdía continuidad asistencial y el proceso se iba desarrollando naturalmente.

El CTI del Clínicas, como parte del plan de atención progresiva, introdujo un concepto de organización de atención hospitalaria nuevo, en donde el trabajo en equipo adquirió una dimensión tal que sustituyó la clásica imagen del médico omnipotente y omnipresente por un equipo humano en consonancia con los tiempos que se estaban viviendo en función de la revolución científico-tecnológica.

El Centro estaba llamado a propiciar la elevación de los otros niveles de atención de todo el Hospital, no se trataba de crear un satélite despegado del contexto general sino que estaba destinado a generar condiciones para que el conjunto elevara su nivel.

Entonces se seguía el criterio de los maestros de la medicina intensiva de Estados Unidos que planteaban que los CTI tendrían cada vez menos camas hasta quedarse con la ultraesencia del paciente grave. Ello sería posible porque el conjunto iba a tener un nivel de capacitación y

equipamiento como para evitar que el paciente llegara al Centro o, por lo menos, acortar su estadía.

A 40 años de la iniciativa y a 30 de su primera expresión, junto al jubileo, es pertinente preguntarse si el desarrollo del intensivismo ha contribuido junto a las otras ramas del proceso de atención a hacer realidad el concepto original del cuidado progresivo del paciente. 📍

Testimonio de la Dra. Norma Mazza

La Dra. Norma Mazza, profesora agregada de Medicina Intensiva y directora del Departamento de Medicina Intensiva del CASMU, era la única mujer entre ocho pioneros. Mazza respondió al requerimiento de Noticias y buceó entre sus recuerdos.

Apostando a un planteo más intimista, en la seguridad de que los aspectos medulares del quehacer médico del grupo han sido abordados, fluyen recuerdos de situaciones cotidianas, que al igual que algunas de la infancia, marcan nostálgicamente nuestras vidas.

Es así que pasan, como imágenes en sepia, nuestros primeros enfermos graves con toda la carga de inseguridad y temor que conlleva el desarrollo de toda experiencia nueva, maximizada por la circunstancia de estar actuando en el límite entre la vida y la muerte.

La reunión clínica diaria, donde con el aporte de cada uno se establecía un plan terapéutico.

Los grupos de trabajo en las distintas áreas que nos enseñaron aspectos invaluable de la gestión de un servicio.

El café de la medianoche, compartido con enfermería, la mayoría de las veces luego de batallas arduas y agotadoras.

El timbre de alarma de paro cardíaco, que nos sacudía en la madrugada, como un pájaro de mal agüero que debíamos ahuyentar prontamente.

La llegada del compañero que nos relevaba en la mañana, con la mente clara y descansada y la ayuda presta.

La publicación de los primeros trabajos científicos, con una catarata de autores exagerada en nuestros días, pero que reflejaba fielmente el espíritu de cuerpo y el trabajo del grupo.

Más adelante, la dura realidad de aquellos años de malos presagios nos condenó a la pérdida voluntaria u obligada de varios compañeros, pero redobló en los que permanecimos el firme y obstinado propósito de mantener vivo el espíritu colectivo fundacional.

Recuerdo con alivio la apertura al primer grupo de internos – hoy destacados intensivistas de vasta experiencia – que nos aportaron aire fresco en la oscuridad de la época.

Más tarde, los primeros alumnos de posgrado de la especialidad contribuyeron a expandir en todo el país, junto con los conocimientos adquiridos, la peculiar interrelación de grupo que primó en el equipo inicial y que perdura como insignia en todas las unidades.

A 30 años de aquella primera experiencia, en lo personal creo haberla practicado y transmitido en sus aspectos medulares en los servicios en los que me ha tocado actuar, el Centro Nacional de Quemados y el Departamento de Medicina Intensiva del CASMU, donde, sin pretender reeditar un pasado que ya fue, se mantiene intacto el espíritu crítico solidario y fraterno que animó a los primeros médicos intensivistas de nuestro país, de cuyo grupo he sido parte. 📍

Recuerdos desde Israel

Por el Dr. Mendel Wolyovics

Una preparación superintensiva previa recibimos del director Dr. Hugo Villar, brillante ejemplo de dedicación a un tema que lo apasionaba, clarísimo expositor de la administración hospitalaria y la implementación de una unidad de cuidados intensivos. Nosotros seis (N. de R. los doctores Correa y Maza se integraron luego porque estaban en el exterior), Erica Fischer, estupenda enfermera, designada jefa de Enfermeras de la unidad futura y otras ocho enfermeras seleccionadas del Hospital, constituyó el grupo humano que le daría manija



Algunos de los participantes en la cena de despedida del Dr. Mendel Wolyovics y señora, del equipo del CTI, antes de radicarse definitivamente en Israel. Entre otros se puede apreciar a los Dres. Ricardo Caritat y Rodolfo Panizza

al proyecto. Haciendo guardias en el piso 17, controlando posoperatorios de cirugía cardíaca, el equipo uniformó criterios de actuación. De esta manera, la Facultad de Medicina de Montevideo inventó un homo sapiens medicus autodidacticus. No existía la Residencia y el sistema seguía los pasos de la medicina francesa. De ahí que mezclando un leucocito, un practicante interno, un jefe de Clínica, un asistente, un consultante, un señor docente y un diplomático en relaciones públicas (en lo interno y con proyecciones a otros centros asistenciales) se lograron confeccionar seis ejemplares. Y como bicho de otro pozo realmente se nos miraba al principio, pero con mezcla de simpatía, recelo, lástima, pero con sumo respeto frente a problemas médicos. El ventarrón provocado por el cambio en las pautas de tratamiento, hizo cimbrar pedestales añejos. No sin cierto sonrojo, eminentes profesionales esbozaban preguntas. Del otro lado "los del CTI" (los médicos) sentíamos un orgullo responsable al ser consultados. Creamos una biblioteca de cuidado intensivo, donde aprendíamos una medicina inexistente (en cuanto a organización en equipo y pautas de tratamiento) en nuestro país. Al comienzo, las guardias (de 16 a 8) las hacíamos entre dos. Y como decía Rodolfo (Panizza) "yendo de la manito los dos, tenemos menos miedo de ver al enfermo y preguntarle cómo se siente". Las primeras noches en un Hospital tan grande, el silencio aturde. No dormíamos tal vez por miedo a que "pase algo". Y mejor que todo anduviera al pelo. La Facultad nos miraba. Otros nos miraban de reojo. Teníamos que ganarnos la confianza del medio y desarrollar la idea.

El mundo y la tapera

En diciembre de 1971 la Facultad nos envió a mí y a Erica, becados, a un seminario sobre cuidado intensivo y viajamos a Venezuela y Brasil. En Maracaibo, un hospital universitario nuevo tenía una linda unidad. Nos alojábamos en él. Las noches eran tan calurosas que, para dormir un poco, nos levantábamos cada dos o tres horas cubiertos con la sábana y abríamos la ducha. Así, mojados con la sábana empapada nos acostábamos. Cuatro noches estupendas. Conocimos allí y en Caracas lo que era la Medicina con Residentes. Vimos las ventajas de separar la unidad coronaria, conceptualmente no aceptada en nuestro medio. Tenían más personal médico que nosotros, así como más medios económicos. Otro mundo.

En Río de Janeiro vi el trabajo sin descanso. Ocho cateterismos cardíacos en el día y sólo unos 20 minutos para un sándwich y una bebida a la hora 14. Y empezando por el jefe.

En San Pablo, fuimos al hospital universitario. Conocí la unidad de shock. Una sola cama,

por lo menos tres médicos y otras tantas enfermeras. Cuánta monitorización y equipos de laboratorio. La cama balanza. Creo que de cada paciente se podía escribir un libro.

Tuve un encuentro emocionado con Luisito Filgueiras, que estaba formándose como cardiocirujano junto a eminencias como Zerbini y Jatene. Era un precioso domingo. A las tres de la tarde Luisito estaba estudiando en su cuarto. Le faltaba casi un año para regresar. Juntos vimos posoperatorios de cirugía cardíaca, en algunos él había intervenido. Había unos 15 residentes de Latinoamérica. Me impresionó la seriedad en todo y la seguridad en el manejo de las complicaciones. Y como el gaucho vuelve a su tapera así volvimos a nuestro querido CTI. Deslumbrados, en parte, con los "humos" un poco más bajos y con la determinación de seguir empujando. Teníamos que sobrepasar la velocidad de la carreta de Belloni que estaba tan solo a 400 metros de nuestra Unidad.

El maniático del Engstrom

Al incorporarse Humberto Correa y luego Norma Maza el equipo cobró más fuerza. Ya teníamos una médica. Y algunas palabras se esfumaron del lenguaje en el descanso.

Sería una tarea sin fin, si describiese uno por uno a los personajes, tal como los viví. Pero permítasenos decir algo de estos queridos amigos de faena. Hernán (Artucio), el mayor, era un fenómeno. Tenía un sentido clínico y un aval científico poco común en nuestro medio. Lo respetábamos mucho. Amigo sincero. Gran propulsor de la docencia, la documentación y la investigación clínica. Ricardo (Caritat), genial y genioso. Un erudito en reposición hidroelectrolítica. Su duelo personal era con el sueco Engstrom (el respirador artificial). Tal es así que lo llamábamos cariñosamente "el maniático del Engstrom". En aquellos tiempos los servicios de equipos prácticamente estaban en pañales. También formaba parte del concepto de homo sapiens medicus. Arreglarse como se pueda. Mejores amigos que un alambre, un destornillador, tira emplástica y un piolín de hilo sisal, no podíamos concebir en muchas oportunidades. Tabaré (González), sencillamente divino. Otro hermano. Nos enseñó a intubar la tráquea por la boca y también por la nariz. Quiero recordar que todos nosotros, como internos de guardia, hacíamos traqueotomía con todas las de la ley. No sabíamos usar el tubo Portex y tampoco el de goma colorada (Rush). Era un mago en encontrar venas. Gran sentido de trabajo en equipo. Conocía el paño, pero lo que lo definía era una actitud que nunca vi más: el dormir parado. Cansado de sueño, se aguantaba hasta las 4 del día siguiente a la guardia para pasar visita clínica. Apoyaba el abdomen en la parte frontal de la cama y cerraba

los ojos; sólo nosotros sabíamos que no estaba en un pensamiento profundo.

Raúl (Muchada) siempre con sus jeroglíficos de la coagulación, la calciheparina y las plaquetas que se consumían o que no se consumían. Era devoto del nomograma de Sigaard-Andersen y no quería relaciones con el de Astrup. Los gases en sangre eran uno de los recursos del CTI que el Hospital disponía las 24 horas del día. Con Humberto, con el cual recorrimos varios hospitales como compañeros de guardia, tuvimos la dicha de reencontrarnos y cinchar juntos otra vez. Era un exquisito de la historia clínica. Dedicaba un tiempo infinito en lograr el máximo. Enorme cultor de la expresión en gráficas, de enorme sentido didáctico. Nos lamentábamos que el mate con bizcochitos que amenizaban nuestras guardias del Pedro Visca no era viable en el CTI. Su predilección por el tema sepsis era muy fuerte. Norma (Mazza), la dama entre los señoritos, se convirtió en parte indispensable del grupo. Sabía muy bien neumología y adquirió rápidamente el "CTIsmo". Me enseñó mucho sobre respiradores artificiales. Procurábamos que el día que Norma estuviera de guardia, la pieza estuviera correcta.

Un chocolatín en la boca

A Rodolfo lo he dejado para el final, porque de él tengo tantos pero tantos relatos que es de no terminar. Al comienzo hicimos guardias juntos. Cuando se nos acabó el miedo y nos sentimos fuertes frente a la vieja de la guadaña, hicimos guardias solos. Interminable dialogador, discutiador con base, conocedor de todo lo que se movía y de lo que estaba quieto. Los sabrosos chismes de la Facultad y del Hospital, que a todos nos encantaba escuchar, los tenía él. Muy buen neurólogo, admirador de Delia Bottinelli, como todos nosotros, la hacía venir al CTI para disfrutar de su sabiduría.

En medio de un paro y ya fundido del masaje cardíaco externo y defibrilaciones, yo sudaba como un condenado y todo el personal estaba cansado. En eso aparece Rodolfo y me dice: "Mendel abrí la boca". Lo miro. "Es para que aguantes otro poco", y me pone un chocolatín en la boca. Ese era Rodolfo. El paciente se salvó al final y se fue de alta.

Qué puedo decir de mí. Yo era ayudante de fisiopatología. El profesor Caldeyro-Barcia nos enseñó a trabajar con exactitud y a corroborar mil veces una medición antes de decir que es correcta. Los metros y metros de gráficas de siete canales que mirábamos nos vacunaron al respecto. Y con Duomarco, trabajamos mucho en corazón pulmón de Starling. De ahí que siendo interno del profesor Purriel, ya tenía la cardiología en mente y trabajando con el profesor Folle en farmacología, logré una buena base.

Siendo jefe interino de Clínica en Cardiología, mi querido jefe Jorge Dighiero, un día me cita a su escritorio—en el cual trabajamos mucho juntos— y me dice: “Mendel, no entraste de titular en el concurso. Ese concurso no era para vos. Pero tenemos un proyecto de cuidado intensivo a salir, si la Universidad se decide. Ahí ponemos todos el hombro. Vos sos un tipo que servirías, presentate. Yo creo que tenés mucha chance”.

No contesté. Tenía mucho miedo de embarcarme nuevamente en cosas “que no eran para mí”. Aprendimos en la vida que cuando se desafia al establishment, “calavera no chillar”.

Pero, la única vía que me permitía avanzar era el concurso. Y había dos pequeños en casa para alimentar. Entré en el concurso de méritos para el CTI, lo que me obligó a renunciar a Cardiología y a ser cardiólogo del MSP, cargo también ganado por concurso.

Sin duda los años 1971-1975 fueron de los más felices como médico. Pero no solo dulzura había en el camino. Logramos con Folle, dilecto maestro y amigo, introducir en el país el tratamiento médico del feocromocitoma. Dibenzilina y propranolol en los albores del año 70. Con el CTI se afianzó la experiencia y los resultados operatorios fueron excelentes. Todo lindo, hasta que Urología organizó un ateneo en el Hospital. Yo hablé de tratamiento pre y posoperatorio, luego de que el profesor de Endocrinología disertó.

Algunos días después me llaman de la Dirección: “Hay una carta en términos muy graves hacia usted. Léala y si tiene que contestar hágalo, porque hay que enviarla al Decanato”, me dicen.

Se me acusaba de acaparar los pacientes de feocromocitoma, tratarlos en un Hospital donde hay una Cátedra de Endocrinología, y sin darles cuenta. Yo, sólo yo, responsable. Y aparte, sobre el ateneo, crítica sobre lo erróneo de los conceptos por mí emitidos. Corrí los años de la intervención. Contesté una extensa carta. Historié todo lo habido hasta entonces. Un trabajo clínico sobre el tema no existía por parte de quien me acusaba, profesor titular de la Cátedra. Una tarde me llega una citación del decano interventor, Prof. Gonzalo Fernández. Qué miedo, ahora me echan de la Facultad pensé. Con los tiempos que corren ¿qué pasará? En la sala de espera del decanato, me comí un plantón. Estaba muy preocupado. Había fotos de viejos decanos. Qué ocurrencia con los nombres. Había un Dr. Pugnolini, que por supuesto era cirujano. Se abrió la puerta. El decano me dice: “Pase Wolyvovics, lo estoy esperando”. Me siento junto a él, me tocó el hombro y me dijo: “Vaya tranquilo de vuelta al CTI. Su carpeta no la va a ensuciar nadie”. Nací de nuevo.

El perdón lo obtuve. En esa inmensa y querida Facultad, me sentí más solo que un perro. Durante años no comenté estos hechos.

Para finalizar, dos trágicas historias clínicas del CTI.

Una tarde recibimos una chica de unos 18 años en gravísimo estado. Shock pulmonar, edema, coagulación intravascular compatible con una intoxicación por organofosforados. A la noche, estando de guardia, llamé al padre para informarle de la gravedad del caso y nuestra sospecha de intoxicación. Esta chica, me dijo el padre, quedó muy mal después de la muerte de la madre. Cambió mucho desde entonces y de repente todo se juntó. ¿De qué murió su esposa, o sea la mamá de la chica?, pregunté.

Bueno, resulta que tenía una enfermedad al corazón y se fatigaba mucho. Y el especialista, que venía al Hospital de Mercedes, dijo que había que operarla. La trajimos a este Hospital y se murió en la operación. La madre tenía una estrechez mitral severa y falleció en el posoperatorio inmediato de un tromboembolismo masivo. El especialista que indicó la operación... fui yo.

Por el año 1967, en Mercedes, vi una pequeña de apenas 3 años y diagnosticué una comunicación interventricular con importante shunt. Otros cuatro hermanitos y carencias económicas impedían que la madre dejara limpiezas domiciliarias y lavado de ropa. A la madre le habíamos dicho que solo la cirugía podría curar a su niña. Se vino a operar. Recuerdo que me abrazó pues nos conocíamos bastante. Tenía 9 años. Al llegar al CTI luego de la cirugía en que se corrigió la CIV, la cosa no me gustó. Síndrome de gasto cardíaco bajo, hipoxemia. Será todo agudo y luego pasará. En todo el día nos fue muy difícil compensarla. No estaba bien. En la descripción operatoria, y hablando con el cardiocirujano, no había elementos para alarmarnos. Hay algo que no entendemos le dije a la mañana siguiente a uno de los cirujanos, que siempre que operaba se quedaba horas junto a su enfermo. Había confianza:

“Mirá, Mendel, el defibrilador se trancó en el momento del choque que recibió cuando terminó la operación y siguió dando corriente. Todo el corazón posterior es una escara necrótica”. Volví hacia la niña. Le acaricié la frente. Ese día no tuve fuerzas para seguir trabajando. Falleció en la noche.

Comprendí lo difícil de hacer medicina intensiva si se es al mismo tiempo médico tratante. El residente tiene la ventaja de no conocerlo y por lo menos la parte emotiva no lo golpea y lo culpa en las horas de sueño.

Creo haber cumplido con lo pedido por tu parte. A años de vivido todo esto lo recuerdo como si hubiera sido ayer. El impulso que el entonces CASMU le dio al proyecto fue crucial. A la larga, centros hijos fueron naciendo. En el Italiano, en la Española, con (Alberto) Cid y Rodrigo que fueron parte de nuestro equipo, en el Sanatorio 4 (donde con Humberto Correa

ayudamos a seleccionar la monitorización). En el Hospital Militar, donde el Dr. Terra logró hacerlo funcionar. Hace dos años estuvimos en Uruguay invitados al congreso de Terapia Intensiva en la Intendencia. Se nos homenajeó en un emocionante acto. Pero quisiera decirte que el verdadero homenaje lo vivo al recorrer algunos CTI y ver el impacto que la medicina intensiva ha tenido en Uruguay. Las angustias que pasamos en el año 71 valieron la pena mil veces. 📍

Ex director del Clínicas Dr. Hugo Villar

La atención progresiva fue definida como la ubicación del enfermo preciso, en la cama precisa, con los servicios precisos, en el momento preciso. En entrevista con *Noticias*, el ex director del Hospital de Clínicas, Dr. Hugo Villar, explica cómo nació el concepto en Uruguay y su relación con el CTI.

Es una historia que se inicia en 1961, cuando planteamos la idea de aplicar en el Hospital de Clínicas el concepto de atención progresiva dentro del cual uno de los aspectos eran los cuidados intensivos de los hospitalizados.

La atención progresiva es una forma de organizar la atención de acuerdo a sus necesidades. En forma restringida se aplica a los hospitalizados; pero en su concepción más amplia abarca la atención a la salud de un grupo de población en el cual hay sanos y enfermos, y se utiliza para definir tres o cuatro niveles de complejidad. Cuando se analizan las necesidades de las personas que integran el grupo, se observa que esas necesidades requieren niveles de atención muy variados; en los sanos, actividades de promoción y de protección a su salud, y, entre los que enferman, podemos identificar un espectro muy amplio, que va desde quienes solamente necesitan un autocuidado o un cuidado familiar ante enfermedades leves, hasta un grupo de enfermos que requieren una atención de tipo intensivo, a cargo de personal especialmente capacitado y equipos y procedimientos complejos y, por lo tanto, muy costosos. Si ese espectro de necesidades se representa cuantitativamente se constituye una especie de progresión aritmética y de ahí el nombre.

Es pertinente aclarar, porque a veces se confunde, que mayor complejidad no significa mayor calidad. La calidad puede ser buena o mala en cada nivel. Puede ser de excelente calidad en el primer nivel y de mala calidad en

el nivel de mayor complejidad. Son atributos independientes, condicionados fundamentalmente por la calidad del personal.

¿Cuándo se desarrolló ese concepto de organización de la atención?

La fecha en que surgió en su concepción actual es difícil de precisar. Se acepta que la idea comenzó a configurarse en varios hospitales de Estados Unidos, durante la década de 1950. Se le dio el nombre de atención progresiva en 1956.

Sobre la base de esa experiencia internacional en sus inicios, en agosto de 1961 concretamos nuestras ideas en un proyecto sobre un Programa de Asistencia Progresiva para ser aplicado en el Hospital de Clínicas. Ese proyecto lo elaboramos en colaboración con la entonces directora de la Escuela Universitaria, Dora Ibarburu, y la instructora de esa escuela, Lila Porta. Ese mismo hecho expresaba, desde el inicio, nuestro convencimiento de que en la aplicación del concepto los dos pilares fundamentales, en los diferentes niveles, son los médicos y las enfermeras profesionales. En el proyecto inicial, refiriéndonos a enfermos atendidos en el Hospital, desarrollamos cinco categorías por niveles de cuidado o atención: 1. Cuidados intensivos; 2. Cuidados intermedios; 3. Autocuidado; 4. Cuidados prolongados; 5. Cuidados en el hogar. Esa concepción no se oponía al concepto tradicional de organizar la atención en servicios clínicos por especialidad, sino que la enriquecíamos y complementábamos.

Hace 40 años elaboramos un proyecto concreto, sobre una nueva forma de organizar la atención en un hospital, que abarcaba desde tratamientos intensivos hasta la atención domiciliaria. A través de los años cambiamos algo la nomenclatura y actualmente hablamos de cuidados básicos, moderados, intermedios e intensivos, para identificar los diferentes niveles de atención.

El proyecto fue rápidamente aprobado, en una Comisión Directiva integrada por personas de un enorme prestigio profesional y gremial: Constancio Castells como presidente; Frank Hughes y Jorge Dighiero por los docentes; Francisco De Castellet por los egresados; Antonio Buti por los estudiantes, y Aurelio Beauxis por los funcionarios no docentes. Se aprobó también la propuesta de que la primera etapa sería la instalación de un Centro de Tratamiento Intensivo para resolver una necesidad no satisfecha en ninguna parte del país.

Elaboramos entonces un proyecto complementario sobre la organización de un Centro de Tratamiento Intensivo. En el proyecto, partiendo del concepto de asistencia progresiva, exponíamos qué se entendía por atención intensiva y luego planteábamos la finalidad del CTI, sus

funciones, tipos de pacientes a asistir, analizábamos la atención médica, de enfermería, de dietética y luego los controles a utilizar mediante bioanálisis y bioelectrónica. Luego se definía la dependencia del Centro, las interrelaciones con los demás servicios del Hospital, los recursos materiales, los recursos humanos necesarios en cantidad y calidad, la descripción de los cargos, las formas de selección, los programas de orientación y adiestramiento, el régimen de trabajo y los sistemas de evaluación. Incluíamos después un capítulo sobre doctrina de financiación, presupuesto y fuentes de recursos. Luego, un capítulo de normas de funcionamiento: criterios clínicos de admisión y transferencia de pacientes e interconsultas, control de ropas y valores, comunicaciones, visitas a los pacientes, y relaciones con otros servicios.

Se planteaban finalmente las ventajas de este Centro, su misión dentro de la organización sanitaria nacional, relaciones con otras unidades de cuidado intensivo que se fueran creando y el futuro de estas unidades. La idea era que el proceso de formación de nuevas unidades de ese tipo en el país, no se hiciera en forma empírica, mediante decisiones aisladas, sino en forma programada, para establecer, de acuerdo a las necesidades de la población, cuántas, dónde, de qué tipo, con qué dotación de camas y qué tipo de interrelaciones deberían establecerse entre ellas. Con todos y cada uno de los cargos se realizaron programas de orientación y adiestramiento al servicio. Solicitamos al Consejo que los médicos fueran designados dos meses antes de la inauguración prevista. Durante ese período coordinamos personalmente esa capacitación, que incluyó el adiestramiento por especialistas de las disciplinas médicas, pero además una orientación al Hospital que realizamos personalmente y que incluyó estadia en todos los servicios no solamente asistenciales sino también de apoyo, como mantenimiento, lavandería y servicios administrativos.

De la misma manera, se desarrolló un curso de orientación para enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería, de dos meses de duración, que se ha venido repitiendo anualmente hasta ahora.

Este proceso de capacitación facilitó un elevado grado de motivación y de compromiso con el servicio y con el Hospital, un alto grado de integración de todo el personal, y todo eso se constituyó en las bases para desarrollar un trabajo de equipo que fue verdaderamente ejemplar.

Los médicos organizaron un régimen de trabajo de una alta dedicación (el horario establecido era de 44 horas semanales), que, además del trabajo asistencial y con los familiares, incluía un régimen de reuniones diarias del equipo médico y de enfermería, incluyendo las nutricionistas, la ecónoma y el personal de ser-

vicio especialmente adiestrado.

¿Qué pasó con el resto del Programa de Asistencia Progresiva?

Durante la dictadura se interrumpió el desarrollo del programa. En 1985, una vez reintegrados al cargo, lo reanudamos comenzando la segunda fase que incluía la instalación, en cada piso del Hospital, de una Unidad de Cuidados Intermedios. Contamos para ello con la entusiasta colaboración de los profesores Jorge Torres en la Unidad de Medicina y de Luis Praderi para la Unidad de Cirugía. Con sus colaboradores inmediatos y enfermeras profesionales, se elaboró el proyecto y se instalaron las dos primeras unidades en el piso 8 y en el piso 7.

Para determinar el número de camas necesario para cada nivel de atención, con especialistas de diversas disciplinas, establecimos los parámetros que definen cada nivel y realizamos muestreos de todos los hospitalizados, con parejas de médicos y licenciadas en enfermería. Se determinaron así porcentajes para cada nivel. Para cuidados intermedios, las muestras indicaban entre un 15% y un 18% para el caso del Hospital de Clínicas.

Por esa razón adoptamos el criterio de habilitar una unidad de 14 camas en cada piso previsto para 100 hospitalizados, tomando en cuenta características arquitectónicas que determinaron ese número casi coincidente con las necesidades.

Luego de esa etapa, con la participación del personal del propio CTI, sobre la base de una experiencia de 15 años y con la calificada participación del arquitecto asesor Santiago Horjales, se instaló en el extremo Este del piso 14 una nueva Unidad del Centro de Tratamiento Intensivo, con un módulo de cinco camas.

Otros aspectos que incluía el Programa de Atención Progresiva, como el Programa de Atención Domiciliaria, están incorporados desde entonces al Proyecto de Presupuesto del Hospital, pero no se han podido aplicar por la conocida restricción de los recursos financieros asignados al Hospital.

Estoy convencido de que las funciones de atención a la salud, de enseñanza y de investigación que desempeña el Hospital de Clínicas continuarían mejorando en calidad si se aplicara el concepto en forma integral, tal como está proyectado, y además como parte de un verdadero sistema de salud a nivel nacional, que resulta imperioso organizar en nuestro país.

En este sistema el Hospital Universitario debe desempeñar –como hasta ahora– un papel esencial como centro formador de recursos humanos y centro pionero en la organización de la atención a la salud de la población y en la administración de servicios de salud. 📍