

La génesis del Servicio

POR EL DR. HUGO VILLAR

El Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clínicas fue inaugurado el 9 de agosto de 1971. Fue el primer servicio de ese tipo instalado en el país.

La historia del Centro se inicia en 1961, cuando poco después de ser designado en abril de ese año como director del Hospital, planteo a la Comisión Directiva la idea de aplicar en el Hospital de Clínicas el concepto de Atención Progresiva, dentro del cual uno de los aspectos son los cuidados intensivos de los enfermos hospitalizados.

La Atención Progresiva es una forma de organizar la atención a las personas enfermas 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 determinado 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, así como 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.

Creo pertinente aclarar, porque a veces se confunde, que mayor complejidad no significa mayor calidad. La calidad puede ser buena o mala en cada uno de los niveles. 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.

El concepto de Atención Progresiva significaba un cambio importante en la tradicional clasificación de los hospitalizados, que se realizaba sobre la base de las especialidades médicas, en servicios de medicina, cirugía, ginecología, pediatría, y las diferentes especialidades desarrolladas a través del tiempo.

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.

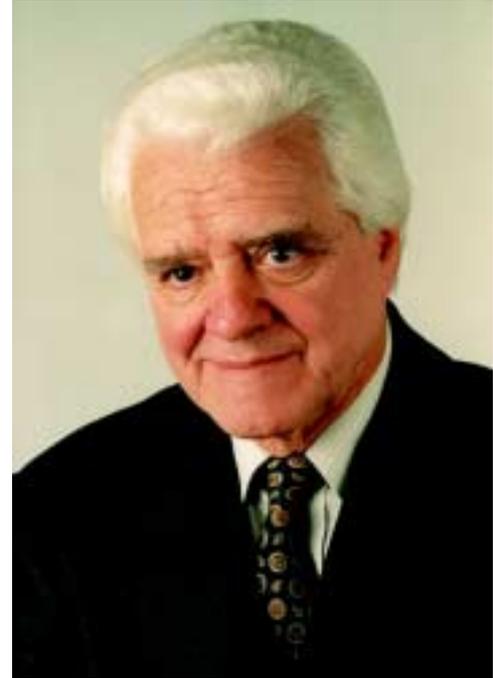
Inicialmente algunos autores la definieron como “la confección a medida de los servicios hospitalarios para satisfacer las necesidades del enfermo”, y también como “el enfermo preciso, en la cama precisa, con los servicios precisos, en el momento preciso”.

Sobre la base de esa experiencia internacional que recién comenzaba a aplicarse en el mundo, en agosto de 1961 concretamos nuestra propuesta elaborando 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 de Enfermería, Dora Ibarburu, y la instructora de esa Escuela, Lila Porta. La elección de esas prestigiosas enfermeras profesionales expresaba, desde el inicio, nuestro convencimiento de que en la aplicación del concepto, los dos pilares fundamentales, en los diferentes niveles de complejidad, son los médicos y las enfermeras profesionales.

En el proyecto inicial, refiriéndonos a enfermos atendidos en el Hospital de Clínicas, 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 enriquecía y complementaba. Expresába-



Dr. Hugo Villar, ex director del Hospital Universitario

mos en la página 7 de ese proyecto: “Es decir, que los Servicios Clínicos actuales del Hospital y los futuros que se puedan ir incorporando, no sufrirían modificaciones en su estructura y funcionamiento actuales. Simplemente estarían en mejores condiciones para poder complementar su asistencia, en algunos aspectos que en este momento no pueden desarrollarse; para el caso de pacientes que necesiten cuidados intensivos, en un Centro de Tratamiento Intensivo. De la misma manera, los pacientes de larga estadía, que trastornan algo el funcionamiento de los servicios clínicos, podrían recibir una atención más adecuada a sus necesidades en Unidades de Autocuidado o de Cuidados Prolongados. Los Servicios se verían facilitados en su funcionamiento y mejorarían sus posibilidades asistenciales en volumen y en calidad, si algunos pacientes complementaran su asistencia en su propio domicilio, siempre que las condiciones del hogar permitieran satisfacer adecuadamente las necesidades asistenciales”.

Es decir que 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, a lo que agregamos el concepto de hospital de día u hospital de noche, y programas de atención domiciliaria.

El proyecto fue rápidamente aprobado en una Comisión Directiva integrada por personas de un enorme prestigio profesional y gremial: Constancio Castells como presidente; Frank A. 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 que participaron, además, el director asistente Aron Nowinski y la enfermera Rodríguez de Merli. 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. Más adelante se definía la dependencia del Centro, las interrelaciones con los demás Servicios del Hospital, los recursos materiales (planta física, instalaciones, equipos, abastecimientos), 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 luego un capítulo sobre doctrina de financiación, presupuesto y fuentes de recursos; un capítulo de normas de funcionamiento: criterios clínicos de admisión y transferencia de pacientes e interconsultas, control de ropas y valores, comunicaciones, régimen de 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.

Un tema muy importante al que se prestó especial atención fue definir qué tipo de servicio de cuidados intensivos se iba a crear. La escasa experiencia internacional recogida hasta entonces, mostraba que había dos tipos de experiencias: la creación de unidades



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

de tipo integral o polivalentes o las unidades de cuidados intensivos por especialidad. Así funcionaban en diferentes hospitales del mundo, unidades para enfermos coronarios, para enfermos con insuficiencia respiratoria, para pacientes neurológicos, para politraumatizados, unidades para diálisis renal, para trastornos metabólicos, para grandes quemados, etcétera.

Nosotros, luego de un cuidadoso análisis, optamos por organizar un Servicio para adultos, de tipo integral, es decir, para adultos con patologías de cualquier sistema orgánico, en etapa aguda y en período crítico, y con razonables posibilidades de recuperación.

Esa decisión estuvo basada en dos grupos de razones: en primer lugar, para asegurar un mejor nivel de calidad de la atención, y, en segundo lugar, por razones de tipo económico.

Los enfermos que necesitan cuidados intensivos, si están correctamente seleccionados, en general tienen afectados varios sistemas orgánicos; tienen problemas cardíacos, respiratorios, renales, neurológicos, de variada intensidad. Esa es precisamente una de las características que sirven para definir un período crítico durante un episodio agudo de una enfermedad o un traumatismo. El estudio diagnóstico y el tratamiento deben ser realizados con una visión integral para asegurar una mayor calidad de atención.

La única excepción para un servicio de tipo integral son los grandes quemados,

porque requieren ambiente y equipamiento diferenciados. Esa es la razón por la cual desde esa época trabajamos conjuntamente con el director asistente Aron Nowinski, para instalar en el Hospital de Clínicas un Centro de Quemados, idea originalmente planteada por el profesor Héctor Ardao, que había adquirido una gran experiencia en la materia, durante, y que comenzó a concretarse recién a fines de los años 80.

El segundo grupo de razones es de tipo económico. Si resulta muy costoso instalar y mantener en funcionamiento una Unidad, mucho más costoso resulta instalar una Unidad para cada especialidad; aun si se dispone de los recursos necesarios, resulta altamente dispendioso.

Al decidimos por una Unidad Centralizada, adoptamos entonces el nombre de Centro de Tratamiento Intensivo, CTI, denominación que ahora se aplica en el país a servicios diversos de cuidados intensivos.

También se brindan cuidados intensivos en el Centro de Recuperación Posanestésica y en el Departamento de Emergencia.

Naturalmente, nos estamos refiriendo a enfermos adultos. Los recién nacidos, lactantes y niños mayores requieren sus propias unidades de cuidados intensivos.

El sistema de financiación

Teniendo en cuenta el alto costo de este tipo de servicios y el bajo porcentaje de enfermos que necesita este nivel de atención, la idea nuestra era que el proceso de creación de

nuevas Unidades de ese tipo en el país no se hiciera en forma empírica, mediante decisiones aisladas, sino en forma programada, mediante acuerdos de las Instituciones de Asistencia Médica y con el control del Ministerio de Salud Pública como organismo rector, 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.

Para la implementación del proyecto, la limitación era de carácter económico y financiero. No era posible financiar el proyecto con el menguado presupuesto del Hospital. Resultaba necesario buscar recursos extrapresupuestales. Se buscaron diferentes formas de obtener los recursos financieros necesarios. Hasta que finalmente y, entre otras posibilidades, planteamos la de crear un fondo común con el aporte de otras instituciones de asistencia médica. El Hospital de Clínicas, como administrador del Centro, aseguraría la prestación de cuidados intensivos a sus afiliados. Durante varios meses, con el profesor Jorge Dighiero, que se transformó en un entusiasta propulsor de la idea, visitamos a dirigentes del MSP y de todas las mutualistas de Montevideo. La propuesta era que cada una aportara un peso por afiliado para formar ese fondo común. Esta idea fue recogida años después para crear el Fondo Nacional de Recursos. Decíamos en un reportaje publicado en *Noticias* en mayo de 1970: *“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”... “Creemos que esto tiene un gran valor educativo para el país, porque este es el camino que se va a ir necesariamente imponiendo en la medida en que se vayan desarrollando servicios muy costosos que requieren recursos muy especializados”.*

Finalmente se logró el aporte de tres instituciones: CASMU, Asociación de Empleados Civiles y el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Con el fondo creado se realizaron los trabajos de remodelamiento de la planta física en el piso 14 del Hospital, se financiaron las instalaciones especiales y se compró el equipamiento.

En marzo de 1970, el director del Hospital, Dr. Hugo Villar, forma un grupo de trabajo con las enfermeras Dora Ibarburu, Erica Fischer y Altamira Rodríguez, a fin de promover todo lo concerniente a la instalación del Centro. En acuerdo con ese grupo de trabajo se determinaron en detalle las necesidades en materia de planta física, instalaciones, enfermeras y auxiliares, personal administrativo y de servicio. Se elaboraron normas generales de funcionamiento y se definieron los procedimientos o técnicas de enfermería.

Un tema fundamental era la forma de selección y la orientación y adiestramiento a realizar con el personal del Centro, teniendo en cuenta que no había, en el país, profesionales médicos ni de enfermería capacitados para esa tarea. En primer lugar preparamos las descripciones para cada tipo de cargo, que servirían en primer lugar para la selección del personal y para su orientación y adiestramiento.

Enfermería constituyó un comité de trabajo integrado por la directora del Departamento, Dora Ibarburu, las supervisoras Mirta Mut y Altamira Rodríguez, la Jefe de sector y futura Jefe del CTI, Erica Fischer, como enfermera docente de la Escuela Universitaria de Enfermería, María Parentini, la enfermera capacitada en cardiología, Mabel Astoviza, la enfermera coordinadora del Centro de Recuperación PostAnestésica, Nélide Larrea, Mirta Delfino como delegada de las enfermeras jefes de sector, y María Recarte. Ese comité planifica un Curso de

Orientación y Adiestramiento de dos meses de duración, que se inicia en julio de 1971. Y luego un segundo curso que comenzó el 31 de agosto, dirigido a enfermeras y auxiliares. Se elaboraron materiales informativos y didácticos, así como descripciones de los nuevos equipos a utilizar.

En la descripción de los cargos de médicos, al no existir especialistas en la materia, propusimos una forma novedosa, en un capítulo final sobre “Criterio general de selección”, se establecía: *“Al realizar la selección, se contemplará la necesidad de que el equipo de médicos del CTI cubra, en lo posible, las distintas especialidades requeridas, de acuerdo a lo que se establece en los capítulos de calificaciones y funciones del cargo. De modo que se tratará de elegir médicos especializados en cada una de las disciplinas mencionadas”.* La descripción definía en detalle el tipo de experiencia a tomar en cuenta en cardiología, respiratorio, diálisis, neurología y cirugía. Esto facilitó la labor de selección del Consejo de la Facultad, y se logró a través de ese mecanismo la selección de un grupo excepcional de médicos que se transformaron en pioneros altamente calificados de la medicina intensiva en nuestro país y algunos de ellos, luego, en otros países, como Cuba, Francia e Israel. Ese equipo estuvo integrado por Hernán Artucio, Ricardo Caritat, Tabaré González, Raúl Muchada y Mendel Wolyvovics, a los que se agregaría, poco después, Humberto Correa.

Las enfermeras, profesionales y auxiliares, también de excepcional calidad, fueron seleccionadas por el Hospital, también sobre la base de una descripción del cargo, lo mismo que nutricionistas, asistente social y ayudantes de servicios generales. Se creó por primera vez en el país un cargo de ecónomo de Unidad, y un cargo de técnico en electrónica para colaborar en el mantenimiento de los equipos, seleccionados ambos previa descripción de los cargos.

Con todos y cada uno de los cargos se realizaron programas de orientación y adiestramiento al Servicio. Asignamos a esta tarea una importancia fundamental. Siempre pensamos que el personal es el recurso más importante de los centros asistenciales, y que de él depende la calidad de la atención.

Para disponer del tiempo necesario solicitamos al Consejo de la Facultad que los médicos fueran designados dos meses antes de la fecha de inauguración prevista. Durante ese período, trabajando sin el Centro habilitado, coordinamos personalmente esa capacitación, que incluyó el adiestramiento a cargo de especialistas de las disciplinas médicas relacionadas, pero además una orientación al Hospital y al CTI que realiza-



Algunos de los participantes en la cena de despedida del Dr. Mendel Wolyvovics y señora, del equipo del CTI, antes de radicarse definitivamente en Israel. Entre otros: Dres. Ramón Rostóm, Raúl Lombardi Escayola, Humberto Correa, Hernán Artucio, Ricardo Caritat, Rodolfo Panizza, E.U. Marta Römmer, Alma Ifrán

mos 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 48 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 servicio especialmente adiestrado.

Durante la Dictadura se interrumpió el desarrollo del Programa de Atención Progresiva. 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.

Corresponde señalar que 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 15% y 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 califica-

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En la década de los años 70, la Organización Panamericana aprobó un denominado Proyecto AMOR-4816 para la instalación de Unidades de Cuidados Intensivos.

Se seleccionaron para su desarrollo seis hospitales universitarios de América Latina.

- Brasil: Hospital Das Clínicas. Belo Horizonte. Minas Gerais.
- Colombia: Hospital San Juan de Dios. Bogotá.
- Chile: Hospital José J. Aguirre. Santiago.
- Perú: Hospital de El Callao. Lima.
- Uruguay: Hospital de Clínicas. Montevideo.
- Venezuela: Hospital Universitario. Zulia. Maracaibo.

La primera reunión, organizada por la Organización Panamericana de la Salud, se realizó en Bogotá, Colombia, en el año 1970.

En esa reunión, los asesores norteamericanos que participaron como representantes de la OPS, defendieron la tesis de que los médicos que atendieran las Unidades de Cuidado Intensivo fueran los médicos residentes del hospital, es decir, que no fueran médicos propios de esas Unidades.

El doctor Villar fue el único participante que no aceptó ese criterio, y defendió la tesis de que debían ser médicos propios de la Unidad, que permanecieran en ella las 24 horas del día, y que estuvieran formados específicamente para ese trabajo. El fundamento para defender ese criterio fue que ese aspecto de organización resultaba de importancia fundamental ya que era la única forma de resolver adecuadamente problemas de emergencia, es decir problemas que requieren atención inmediata, sin demoras de ningún tipo, en situaciones vitales donde los minutos son un factor decisivo.

De la misma forma, el Dr. Villar defendió el criterio de que las enfermeras profesionales deberían desempeñar en esas Unidades un nuevo papel, diferente al tradicional y que en consecuencia deberían ser formadas a través de cursos de instrucción permanente diseñados con ese propósito. Ambos criterios fueron los que se aplicaron en el Hospital de Clínicas.

Los demás participantes latinoamericanos aceptaron la tesis norteamericana, que tuvo que ser revisada y modificada años después.

Al término de la reunión se designó relator general de la misma al director del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, Dr. Hugo Villar.

La participación de nuestro ingeniero asesor Santiago Horjales, se instaló hacia 1990, 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 nuestro 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.

Durante estos 30 años, el Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clí-

nicas ha sido punto de referencia y de formación para todos los especialistas en la materia.

Queda por completar el Programa de Atención Progresiva, con lo que sin duda mejoraría la calidad de la atención y la formación de recursos humanos.

Los trabajadores profesionales, técnicos, auxiliares y de servicio, que a través de estos 30 años han integrado el CTI, han jerarquizado el Servicio y cumplido a cabalidad los objetivos planteados desde el comienzo. Merecen el reconocimiento de la Universidad de la República y especialmente de toda la población de nuestro país, que lo sustenta y a cuyo servicio el Centro funciona. ♦