

# Inauguración del CTI

## ¿Inauguración? ¡Inauguración!

Treinta años después, evocaciones y recuerdos de uno de los integrantes del primer equipo médico del CTI del Hospital de Clínicas

POR EL DR. RAÚL MUCHADA

Agosto 9 de 1971. Inauguración del Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en Montevideo, Uruguay.

Ceremonia oficial con la cual culminaba un largo proceso (quizá denariado largo) de gestación, planificación y ejecución de un centro especializado para el tratamiento de pacientes portadores de una patología aguda, crítica y en principio reversible, comportando el fallo orgánico y/o funcional de uno o varios sectores vitales.

Participan del acto autoridades nacionales, universitarias, miembros de la Organización Panamericana de la Salud, docentes, paramédicos, estudiantes, la Dirección del Hospital y sus cuadros dirigentes, los representantes de la prensa, el cuerpo de Enfermería, los funcionarios administrativos y, por supuesto, el equipo médico del Centro.

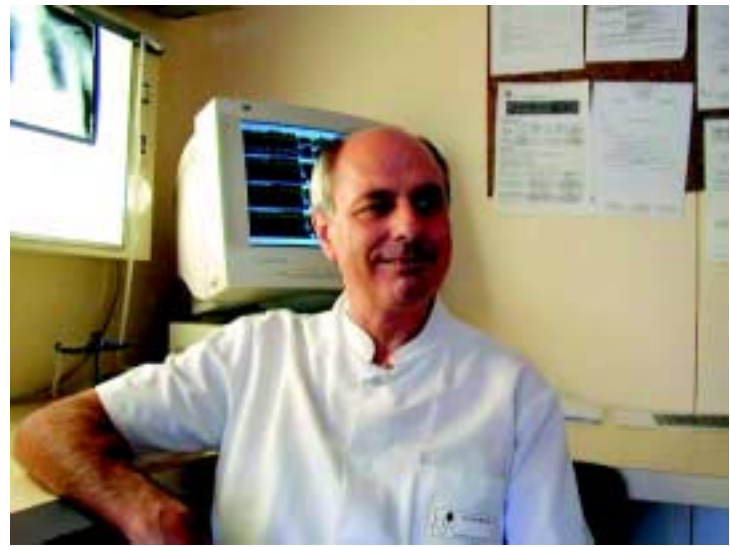
Se escucharon los discursos, se manifestaron propósitos, se efectuó una visita comentada, se estableció un diálogo, un intercambio, frente a rostros que aprobaban, que criticaban, que manifestaban una indiferencia fundamental.

Hubo actitudes positivas, otras despreciativas y aun más, probablemente un cierto "resentimiento".

Es claro que todo lo nuevo despierta en el ser humano las más diversas reacciones; sobre todo, el temor primario al cambio y a la innovación se manifiestan frecuentemente bajo la forma de una crítica negativa, que, en general, el tiempo, los hechos y el devenir histórico demuestran que no tenía razón de ser.

Inauguración: quedaron flotando en el hall central, en el largo corredor del ala este

El Dr. Raúl Muchada en una foto reciente en su gabinete de trabajo en Lyon, Francia.



del piso 14 y en el área de hospitalización aún vacía de pacientes, las palabras de augurios, de éxito, unidas a las del balance (positivo por cierto) por lo actuado y lo realizado, las felicitaciones a los "pioneros" integrados en la aventura, el reconocimiento a todos aquellos que colaboraron en la realización de la "obra", la proyección hacia el futuro motivada -entre otras cosas- por la expectativa profunda del desarrollo del plan de asistencia progresiva en el Hospital Universitario, por la ruta que se abría con esta nueva dimensión médica casi piloto, precedida solamente por dos ejemplos parciales en otros dos hospitales.

Mientras el eco del acontecimiento seguía resonando en las paredes del ala este del 14 y rebotando en mi interior, me pregunté: ¿Qué hubo antes de la inauguración oficial? ¿Qué inauguramos, nosotros, los miembros del primer cuerpo médico del CTI? ¿Qué habría después? ¿Qué inauguraríamos secundariamente?

Responder a la primera pregunta resultaba relativamente simple, porque era un

trozo de historia ya vivido.

Retrospectivamente se podía evocar el llamado de la Facultad de Medicina para ocupar cargos de médicos intensivistas, Grado 3, en condición de full time (hecho histórico).

Dejo de lado el análisis de la forma de la nominación.

Sólo señalo la prematura renuncia del Dr. Luis Campalans, luego de su nombramiento.

Señalo también un hecho que paradójicamente considerado como potencialmente negativo, se transformó en una piedra angular para el funcionamiento del Centro y la proyección secundaria en nuestro medio.

Un rasgo común de todos los integrantes del equipo médico era el de TENER MUY POCO O NINGUNA EXPERIENCIA EN INTENSIVISMO. Ninguno de nosotros había recibido una formación específica sobre Medicina Intensiva Polivalente.

Cada uno de nosotros tenía una cierta especificidad orientada hacia la cardiología

(Hernán y Mendel), la cirugía (Ricardo), la anestesiología (Tabaré), la neurología (Rodolfo) y yo, personalmente con apenas dos años de recibido, sin etiqueta específica, con formación en biología médica, con experiencia práctica en el manejo de la descompensación respiratoria aguda y con el antecedente de haber colaborado con el Prof. Alfredo U. Ramón Guerra como médico asistente del Ministerio de Salud Pública en el Centro de Tratamiento Intensivo Pediátrico del Hospital Pereira Rossell.

Esta confluencia de especialidades, no amalgamadas en una experiencia propia de intensivista fue, al inicio de la actividad, dentro del respeto mutuo, un factor de uniformización del equipo.

El nombramiento fue efectuado por el Consejo de la Facultad. Un día "desembarcamos" en el Clínicas para comenzar nuestra actividad.

El primer contacto fue con la Dirección (doctores Villar, Ripa, Nowinski). Se había preparado un programa de actividad previa a la inauguración. Comenzamos por la visita de los locales del CIT en el 14 (más bien los locales del futuro CIT). En el ala este los cascotes se amontonaban en el suelo. Profundas sangrías abiertas en las paredes y los techos esperaban ansiosamente la instalación de las canalizaciones. Las puertas no estaban, los espacios abiertos (demasiado abiertos), nos interrogaban sobre cuál sería la realidad concreta del CIT.

A la espera de la progresión de los trabajos, inauguramos una etapa de integración en y al Hospital.

Descubrimos detalles históricos sobre la localización, la construcción, las entrañas y los rincones de esta obra monumental. Escuchamos hablar del campo Chivero, del arroyo de la Buena Moza, cuyas aguas aún servían para la alimentación de zonas no descontaminadas del sistema higiénico del Hospital.

Nos interesamos por la concepción del arquitecto Surraco y el trabajo de su calculista, quien sólo comía lechuga durante los largos períodos insumidos por los cálculos matemáticos manuales sobre la resistencia necesaria de los materiales empleados.

Nos informamos de las dificultades funcionales en la instalación de cañerías, soportando las fuertes presiones de bombeo. Pudimos ver la aspiración espontáneamente forzada existente en las bocas de aireación, la cual, en un descuido experimental, años ha, se llevó el sombrero de Surraco.

Conocimos el organigrama, la distribución de responsabilidades, las líneas de planificación, de ejecución, la financiación, la



distribución presupuestal, la integración asistencial, la coordinación médico-administrativa, técnica, docente, laboral, gremial...

Contactamos y dialogamos con los responsables de cada sector, desde el subsuelo de mantenimiento y la sala de máquinas, donde las viejas calderas penaban por suministrar la presión necesaria para hacer subir el vapor hasta los autoclaves del piso 17 y para mantener la calefacción del edificio, hasta la Farmacia Central. Visita esta última marcada por una ceremonia casi inolvidable durante la cual todos nos inclinamos sobre un corte transversal, de aproximadamente 18 centímetros de diámetro, de una rana de cedro del Líbano. El farmacéutico jefe (Q.F. don Otto González Correa), la había recuperado durante uno de sus viajes a ese país, varios años antes. Insistió para que olfateáramos profundamente el trozo de madera. El aroma que de él emanaba debía impregnar nuestras narinas estimulando los odorivectores correspondientes. Sin embargo, aun los sensibles y desarrollados corpúsculos olfatorios de Mendel, unido al diplomático esfuerzo para complacer a nuestro anfitrión, no fueron suficientes para detectar el perfume prometido.

En esta etapa de inauguración iniciática, antes de la oficial, establecimos la integración de nuestro equipo médico por medio del diálogo interno para encontrar y elaborar un esquema organizativo. Estaba todo por hacer. Desde los horarios hasta las planillas de vigilancia evolutiva y de medicación. Desde la articulación médico asistencial-administrativa-docente, hasta la adaptación funcional médico-paramédico de

El Dr. Ricardo Caritat (a la izquierda en la foto) recibiendo una distinción en el VII Congreso Uruguayo de Medicina Intensiva (octubre de 1999). Entrega el Dr. Juan Carlos Hiriart

todo el personal del Centro. Desde decidir la localización de las unidades funcionales hasta encontrar materiales para hacer avanzar las obras, ejecutadas por convenio por el Ministerio de Obras Públicas. Entre otras cosas, el cableado de los monitores exigía un aislamiento de tipo coaxial. Imposible obtenerlo por la vía de los suministros normales. Los trabajos estaban detenidos. El tiempo pasaba inútilmente. Hernán salió a la búsqueda del ansiado material. Estuvo recorriendo (mejor dicho revolviendo) varios depósitos de metales y apareció con unos 10 metros de cable de tierra de batería. Gracias al ingenio de los obreros presentes, se hicieron las adaptaciones necesarias y la construcción avanzó.

Evoco las reuniones alrededor de la mesa de madera oval, que, según se nos informó, sirvió de centro de reunión a las primeras autoridades del Hospital, creo que al inicio de los 50. Logramos descasotar una habitación del ala asistencial, porque el ala docente era intransitable. Recuerdo a Tabaré, sin computadora, a lápiz y planilla, esquetizando horarios, simulando turnos, viendo posibilidades. Evoco la puesta en común de nuestras magras experiencias para crear conductas, protocolos, procedimientos, que luego el tiempo, la práctica y la experiencia fueron modificando y perfeccionando.

Como dije anteriormente, la carencia de formación específica en intensivismo, fue uno de los elementos clave para respetar la

individualidad de cada uno de nosotros. Teníamos necesidad de poner en común nuestros conocimientos, compartir nuestra experiencia, aportar nuestras ideas. Esta puesta en común se hizo insensiblemente, sin fricciones, sin personalismos forzados, se hizo naturalmente.

De esta forma inauguramos un modo de funcionamiento poco ortodoxo, caracterizado por una ausencia de jerarquía estructurada.

El sistema mostró inmediatamente su eficacia. Estaba basado en la motivación profunda de cada uno de los actores en el compromiso personal y colectivo, desde el punto de vista profesional, universitario, docente y humano. Estaba fundamentado también en la real aplicación del concepto de médicos full time. En fin, conceptualmente, la noción de respeto de la identidad personal y profesional de cada médico estaba implícitamente integrada en la estructura. Momentáneamente no hubo luchas por el poder, la influencia o el progreso.

El esquema organizativo funcionó, se mantuvo y se proyectó, mientras se respetaron las condiciones de su aplicación.

Más tarde, los acontecimientos sociopolíticos del momento (lo veremos luego) nos obligaron a imaginar y concebir adaptaciones sucesivas para una realidad cambiante.

Y así llegamos al 9 de agosto de 1971: inauguración oficial del CII.

Éramos conscientes de la complejidad que implicaría la puesta en práctica de las acciones planificadas. Éramos aún inconscientes de la dimensión que la proyección de esta acción iba a alcanzar.

Con la inauguración oficial comenzaba una experiencia práctica de confluencia entre la evaluación clínica y la vigilancia instrumental de algunas funciones vitales. Entramos en contacto con un mundo apenas conocido, integrado por monitores, trazados, captadores, electrodos, respiradores, mandos, funciones... Pero no teníamos aparato de presión. Yo llevé mi viejo ERKA a columna de mercurio, el cual brindó leales servicios durante tres meses. Aún lo conservo en casa y lo uso... esporádicamente.

Llegó el primer paciente (Honero Peri). De noche estábamos de guardia con Rodolfo. Sonó una alarma. "¿Y ahora qué?", dijo Rodolfo. "Vamos a ver al paciente", contesté. Fuimos. Una sonora evaluación nos hizo pensar que todo era normal. "Esperemos", nos dijimos.

Frente a la todavía desconocida dimensión del monitoreo continuo, aprendimos la primera lección sobre la necesidad imperiosa de integrar la vigilancia electrónica en

el contexto clínico del paciente. Solamente actuando así podríamos aprovechar todas las ventajas del intensivismo.

Treinta años después esta sigue siendo una consigna faro en el devenir cotidiano de mi Servicio de Cuidados Intensivos.

De la confluencia equilibrada entre el arte clínico (subjetivo, imaginativo, creativo e individual) y la acción científica (objetiva, numérica, precisa y colectiva) surge la llamada profesión médica. Si el equilibrio se rompe la profesión arriesga la pérdida de una doble dimensión universal, humanística y científica.

Aunque esta proposición siempre sorprende a las sucesivas generaciones de residentes que cada seis meses pasan por mi Servicio es, finalmente, siempre aceptada e integrada en la acción.

Poco a poco fuimos inaugurando una "rutina" innovadora de acción y de trabajo, enfrentando las dificultades, sorteando los obstáculos con imaginación, voluntad, trabajo, diálogo, reflexión, lectura y experiencia progresivamente acumulada.

Festejamos el primer aniversario de la inauguración oficial con un acto conmemorativo en el anfiteatro del 14. Me designaron para hablar en nombre del grupo médico del Centro. Del texto leído, que nadie intentó dictar o retocar, se me dijo que "inauguraba" una nueva perspectiva de la visión universitaria en el momento crítico que vivía el país.

Tres ejes fundamentales orientaban la línea discursiva: la dimensión humana de la acción médica, la función social del Hospital y la misión educativa de la Universidad, individual y colectiva, puesta al servicio de la cultura general y de la promoción de la comunidad nacional, por encima de connotaciones políticas o divisas partidarias. El entonces secretario de Prensa de la Dirección del Hospital (Sr. Guillermo Acuña Papa) se encargó de dar una difusión importante a los propósitos expuestos.

Habermé expresado así en los preámbulos de los duros acontecimientos que marcaron la vida social y política del Uruguay me condujo a una situación que... Pero esa es otra historia que no se integra en la inauguración.

Otras inauguraciones se sucedieron. Inauguración de las relaciones internacionales con un evento científico en nuestro Centro, promocionado por la OPS, y con la participación de otros colegas provenientes de países donde se aplicaba el Plan de Asistencia Progresiva.

El viaje de Mendel a Venezuela. Un desplazamiento personal a Santiago de Chile, al

Hospital "José J. Aguirre", con el apoyo administrativo de la OPS.

Primer becario (paraguayo) en Cuidado Intensivo.

Primeras presentaciones internacionales sobre nuestra experiencia debutante en el Congreso de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva en Córdoba.

Los contactos con el Prof. Roncoroni y sus colaboradores del Centro "María Ferrer" de Buenos Aires nos permitieron progresar y consolidar nuestros conocimientos sobre ventilación mecánica. A la vez nos aportaron una explicación clara para la utilización de un ciclado respiratorio 1/1 en el Engström 150 que intuitivamente habíamos introducido con Ricardo, observando una cierta mejoría de los pacientes hipóxicos.

La visita de una delegación francesa (Prof. J. Motin y Dr. J. Latarjet) de Lyon, nos aportó conocimientos en la terapéutica con oxígeno hiperbárico sobre el diagnóstico (medida de gasto cardíaco) y tratamiento del shock séptico. Este contacto cambiaría, secundariamente, el rumbo de mi actividad profesional.

Primeras publicaciones nacionales en las páginas de El Tórax, puestas a nuestra disposición por el Prof. Pablo Purriel.

Sobre la marcha y con los resultados obtenidos, la experiencia del CII universitario despertó curiosidad en el medio médico.

Un día nos encontrábamos con Norma (en aquel momento reemplazaba a Humberto, becado en Francia; Norma sería integrada definitivamente algunos meses más tarde con la creación de un nuevo cargo) evaluando un paciente con un shock séptico, bajo ventilación mecánica. El Prof. Carlos A. Gómez Haedo, presente en aquel momento, deseoso de colmar, al menos en parte su curiosidad, seguía nuestro diálogo atentamente. Sus ojos se entrecerraban detrás de los gruesos cristales de los anteojos, en un esfuerzo de concentración. Al cabo de un momento, con esa humilde sencillez que siempre lo caracterizó, dijo: "No entiendo lo que dicen".

Entonces me di cuenta de que insensiblemente habíamos inaugurado un léxico propio de la Medicina Intensiva, con palabras traducidas, con creaciones intuitivas, con incorporación de conceptos propios y foráneos escuchados o leídos.

Dentro de la comunicación, inauguramos también un lenguaje de diálogo con el personal paramédico, fundamentalmente con las enfermeras, quienes estando en primera línea de contacto con el paciente nos aportaban, con sus comentarios e impresiones, una información fundamental para el

seguimiento evolutivo de los enfermos.

Establecimos un sistema de información cotidiano con cada una de las familias de los pacientes hospitalizados en el Centro. Iniciado como una experiencia, este acto se transformó casi en un rito cotidiano, para el cual tuvimos también que adaptar el lenguaje, explicar pacientemente, escuchar, asumir y compartir penas y alegrías.

La comunicación se amplió con un lenguaje técnico que utilizamos en el estrecho contacto que establecimos con el Servicio de Mantenimiento del Hospital y de las firmas comerciales responsables de módulos y aparatos.

Abrimos un diálogo "informático" con el responsable de la IBM 380 (ingeniero Couture) en la Facultad de Ingeniería. Creamos planes de archivo e información con el equipo a cargo de la Olivetti FDP 12 en la Facultad de Medicina.

Contactamos e interesamos a profesionales de la Facultad de Ingeniería para el desarrollo de material o de ideas innovadoras aplicables a la vigilancia de los pacientes críticos.

La historia siguió su curso. Rápidamente se hicieron sentir los efectos de un cambio político del cual conocimos y conocemos los resultados.

El primer golpe rudo que sufrimos y que resintió la estructura fue la pérdida del poder adquisitivo por la congelación de salarios. Esto atentó directamente contra la concepción teórica y práctica de la actividad full time.

La disociación entre ingreso y costo de vida nos obligó a buscar otras fuentes de trabajo, carcomiendo progresivamente nuestra disponibilidad, nuestras fuerzas y nuestra voluntad. El mecanismo se resintió. Los primeros síntomas de la necesidad de una nueva organización aparecieron.

En medio de esta situación, estuve ausente durante un año. Desde junio del 74 hasta julio del 75 usufructué de una beca propuesta por el Prof. J. Motin para trabajar como asistente extranjero en su Servicio de Reanimación (CTI) en el Hospital "Eduard Herriot" en Lyon.

El contexto técnico era diferente.

El contexto clínico casi idéntico, quizá menos agudo, ahogado por la tecnología. El contexto laboral era el de un sistema full time. Los médicos del Servicio tenían tiempo suficiente para la asistencia, la docencia, la investigación, la formación continua y la vida privada.

La organización jerárquica era completamente diferente: personal, rígida, vertical, piramidal.



Durante la celebración del 30 aniversario del CTI, entre otros pioneros, los Dres. Hernán Artucio, Rodolfo Panizza, Tabaré González, Ricardo Caritat, Aron Nowinski, Humberto Correa Rivero, Ramón Rostóm Buidid. También la Sra. Alma Ifrán

Para adaptarme a los tres primeros contextos, no tuve dificultades. Integrarme en el esquema organizativo, no fue fácil. Pero en resumidas cuentas la experiencia fue positiva. Me abrió todo un panorama, creó amistades, compromisos y perspectivas.

Cuando volví en el 75 las cosas habían cambiado, mucho, demasiado. Estábamos ya en medio del llamado "Proceso".

Inauguramos entonces algo nuevo: el período de la DIÁSPORA.

Tabaré, Ricardo, Rodolfo, Mendel se fueron.

Se integraron los internos, los residentes. Los "viejos" no hacíamos más guardias nocturnas, sólo de retén.

Se necesitaba un Jefe, Hernán asumió el cargo.

La organización se verticalizó. Pero a diferencia del esquema francés, donde la disponibilidad de recursos era abundante, aquí eran siempre escasos y muchas veces inexistentes, creando tensiones y transfiriendo críticas desde la base hacia la cúspide. Desdichadamente no había soluciones.

Era difícil actuar, era riesgoso expresarse, era imposible rebelarse.

Hasta fue necesario guardar un silencio cómplice, cuando una noche, estando yo de retén, Guido Torres me llamó para informarme que las Fuerzas Armadas habían copado el Centro y se habían llevado detenido a uno de los internos, sin la más mínima consideración por la función que estaba cumpliendo. Traté de hablar, me tuve que callar.

Una semana después, en una entrevista personal con el entonces decano interventor de la Facultad de Medicina, el Prof. Gonzalo Fernández, que por esa época me tuteaba, me dijo: "Mira Raúl, es mejor que te vayas a tomar aire afuera, al menos por un tiempo".

Yo también integré la diáspora. Hace 25 años que estoy tomando aire en Lyon.

Volví al "Eduard Herriot", a la Reanimación del Prof. Motin. Con o sin dificultad tuve que aceptar el esquema de funcionamiento. Dejé de inaugurar cosas porque otras preocupaciones me lo impidieron.

Mi título no valía; obtuve la equivalencia de diploma sobre la base de exámenes y concurso.

No tenía especialidad.

Me gradué al cabo de tres años en la especialidad de anestesiología y reanimación (intensivismo). Me especialicé también en medicina hiperbárica y en medicina aeronáutica.

Quise hacer investigación en el campo de la ventilación artificial, sobre todo en ventilación con pulmones separados. Se me dijo que debía dedicarme a los estudios hemodinámicos con métodos no invasivos. Cuando dije que de eso yo no sabía nada, el "Patrón" me contestó que ése era mi problema. Creo que después de 25 años algo he progresado en el tema.

Cuando llegué al límite de la progresión administrativa, corté los lazos con el Departamento de Anestesiología y Reanimación del Prof. Motin (no sin haber tenido ciertas dificultades y fricciones), en 1981.