

# El recurso de oro de la Unidad de Cuidados Intensivos a 70 años de la especialidad

## *The golden resource of the Intensive Care Unit, 70 years after the beginning of the specialty*

Lissa Samudio<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Departamento de Cardiología Pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos. San Lorenzo, Paraguay.

*“Es que se parten el pecho. O sea, que no nos conocen de nada. Es gente que de verdad te quiere salvar la vida”.* Palabras con las que Antonio Resines, actor español, ganador de Premios Goya, define el trabajo de los profesionales de la salud que trabajan en la Terapia Intensiva.

La Terapia Intensiva como especialidad cumple 70 años. Este aniversario debe incluir celebración y recuerdos, pero también incertidumbre por el futuro. La especialidad de Cuidados Intensivos comenzó a mediados del siglo XX, cuando una niña danesa de 12 años, llamada Viví Ebert, sobrevivió a la insuficiencia respiratoria producida por la polio, gracias al anestesiólogo Björn Ibsen, quien la mantuvo viva con una máquina y técnicas nuevas: el PULMÓN DE ACERO. En nuestro país, la especialidad como tal, nace del trabajo de grandes maestros y pioneros, tanto en el área de adultos, como en la de los niños y los recién nacidos. Grandes intensivistas como Carlos Meilicke, Carlos Ortiz, Julio Apodaca, Jose Fusillo, Jorge Yubero, Jorge Querey (en el área de adultos) y Oscar Doldan, Hassel Jimmy Jiménez, Ida Esquivel, Aida Galeano, Oscar Franco, Pio Alfieri, Oscar Merlo (en el área de niños y recién nacidos), dieron este impulso inicial que no se detuvo hasta la actualidad.

Dentro del concepto del aumento de la expectativa de vida humana promedio, la medicina de cuidados intensivos se ha convertido en un nexo para la

atención de alta complejidad, y algo de lo que ya hoy, la sociedad no puede prescindir. Tenemos aún un largo camino por recorrer, pero los miles de logros obtenidos en estos años se traducen en una mayor sobrevida de pacientes, con eventos que, en el pasado, eran mortales. Estos avances comenzaron con el abordaje de la atención en la unidad de cuidados intensivos (UCI), luego se prolongaron a los cuidados y el rescate de pacientes fuera de la UCI, y ya hoy miramos al presente y futuro, generando estrategias para recuperación posterior a la UCI. Además, gracias al COVID, la medicina de cuidados intensivos ahora tiene una especie de perfil público, abriendo a la comunidad en general este mundo oculto tras monitores y respiradores<sup>(1)</sup>.


El problema que desnudo la Pandemia de COVID es la presencia de otra pandemia. Y no me refiero a un germen emergente (o reemergente), sino a un contagio emocional que resulta en niveles récord de huelgas y desencanto del personal que trabaja en la UCI. La RESIGNACIÓN es una realidad en todo el sentido de la palabra, así como lo es el concepto de RENUNCIAR. Siempre existió la rotación de personal, agotamiento y descontento en el cuidado de la salud de pacientes críticos, pero nunca hasta este punto<sup>(2)</sup>.

Aunque el conocimiento y los avances hoy más que nunca, nos lleva a tratar cada vez mejor las enfermedades críticas, cada vez tenemos menos

**Correspondencia:** Lissa Samudio **Correo:** lissasamudio@gmail.com

**Recibido:** 12/07/2023 **Aceptado:** 28/07/2023

<https://doi.org/10.31698/ped.50022023001>

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

personas para aplicar estos conocimientos. Muchos somos testigos de un éxodo de nuestras filas, hacia especialidades menos intensas. Muchos trabajadores de la salud del área de Cuidados Intensivos se están jubilando, solicitan su traslado o simplemente renuncian a grupos de trabajo ya reducidos muchas veces. ¿Y quién puede culparlos? Pocos ya hoy aplican a una Bolsa de trabajo que incluye como oferta: "Guardias Diurnas o Nocturnas, de lunes a viernes y/o fines de semana, quejas por falta de insumos o medicamentos o equipos o estudios complementarios, burocracia extrema para lograr cualquiera de las anteriores, disputas por mejoras salariales y llamadas telefónicas de súplica, de parte de los jefes, para hacer coberturas durante su tiempo libre con promesas de compensaciones"<sup>(3)</sup>.

Mientras luchamos por dotar de personal a las camas habilitadas, algunos gobiernos exigen una expansión sin tener en cuenta el nodo principal: EL RECURSO HUMANO. Normalmente estaríamos contentos de aumentar el número de camas. Más que cualquiera, los intensivistas sabemos que existe la necesidad, queremos adelantarnos a la próxima catástrofe, y queremos ayudar a tantos como sea posible. Pero ¿dónde está el RECURSO HUMANO? Dicho de otra forma, LAS CAMAS DE TERAPIA NO TRATAN A LOS PACIENTES: LAS PERSONAS SON LAS QUE TRATAN A LOS PACIENTES<sup>(4)</sup>.

Las máquinas y los recursos son impresionantes en cuanto a los avances, pero la herramienta más poderosa de la UCI es, y probablemente siempre lo será, el PERSONAL CAPACITADO, que trabaja en equipos con experiencia en las diferentes patologías, con personas que enseñan y transmiten el arte y el conocimiento de la atención de pacientes críticos. En otras palabras, la formación de equipos de trabajo de alta eficiencia y eficacia toma tiempo y necesitan ser nutridos en todo sentido. Atraer, pero especialmente retener, a los trabajadores de la salud capacitados en medicina crítica, es mucho más difícil que aumentar el número de camas, comprar más equipos o más insumos o más medicamentos<sup>(5)</sup>.

Debemos eliminar ese concepto erróneo de que puede entrar a trabajar cualquier enfermera (o médico) a la UCI. Es un área altamente especializada y requiere una formación profunda, una larga experiencia y sobre todo y quizá lo más esencial: una personalidad adecuada. Se requieren años para crear equipos, pero solo días o semanas de maltrato para perderlos. Al igual que una pandemia que nos afectó, esta crisis de RECURSOS HUMANOS en UCI necesita una amplia cooperación de todos los sectores y un pensamiento amplio al buscar las soluciones. No podemos simplemente contratar a trabajadores temporales, o seguir exprimiendo más a los pocos que quedan. A medida que la atención médica se vuelve más especializada, también se vuelve imprescindible que las habilidades y las competencias del personal que trabaja en las UCI se oriente en ese mismo sentido.

Ya a esta altura del siglo, una pandemia de COVID después, y cursando una de las peores epidemias de ARBOVIROSIS que conoció el país, los nervios y la paciencia de muchos están desgastados. Por lo tanto, comencemos a mirar holísticamente las soluciones: involucremos a todos los profesionales especialistas, que trabajan en la UCI; tengamos un diálogo a nivel nacional y no solo esfuerzos parciales y segmentados<sup>(6)</sup>. Hasta ahora, pareciera que el único plan se centra en cazar trabajadores de la salud sin mucha carga laboral, de otras áreas, solo para llenar las plazas y no con la visión real del desarrollo de la especialidad. Esto no ayuda a resolver el problema de fondo y lo único que genera es resentimiento, en aquellos lugares que quedaron con menos dotación de personal, y resentimiento en el personal de la casa, si se atrae nuevo personal con beneficios más altos que los que se quedaron. Es hora de una discusión más profunda sobre cómo se nutre, se crea, se mantiene, y se remunera al personal de Cuidados Intensivos, y sobre todo, cómo se los valora.

---

## REFERENCIAS

1. Johnson Np, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "spanish" influenza pandemic. *Bull Hist Med.* 2002;76:105-115.
2. Schoch-Spana M. "hospital's full-up": the 1918 influenza pandemic. *Public Health Rep.* 2001;116 Suppl 2:32-33.
3. Xie J, Tong Z, Guan X, Du B, Qiu H, Slutsky As. Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. *Intensive Care Med.* 2020. doi: 10.1007/S00134-020-05979-7.
4. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in lombardy, italy: early experience and forecast during an emergency response. *JAMA.* 2020. doi: 10.1001/JAMA.2020.4031. [epub ahead of print]
5. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *LANCET.* 2020. PII: S0140-6736(20)30627-9. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30627-9.
6. Jiang S, Shi Z, Shu Y, Song J, Gao GF, Tan W, Guo D. A distinct name is needed for the new coronavirus. *Lancet.* 2020;395(10228):949. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30419-0.