



EDITORIAL

Trascendencia de las decisiones políticas en la seguridad del paciente crítico

Importance of political decisions in the safety of the critical patient

E. Fernández-Mondéjar^a, A. Esteban^b y A. Artigas^c

^a Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

^b Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Getafe. CIBER de Enfermedades Respiratorias

^c Centro de Críticos, Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell. CIBER de Enfermedades Respiratorias

Recibido el 3 de noviembre de 2010; aceptado el 29 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 7 de enero de 2011

La noticia

Recientemente se ha filtrado a la prensa un documento confidencial proveniente del *London Deanery* que alerta de la baja cualificación de médicos que atienden a pacientes críticos en algunos hospitales del Reino Unido¹. Como era de esperar, este informe ha tenido una repercusión importante ya que pone de manifiesto una grave carencia asistencial y la responsabilidad de la misma trasciende el ámbito clínico. Desde prestigiosos foros profesionales se solicita la creación de la especialidad de Medicina Intensiva y se esperan decisiones políticas que den respuesta a esta evidente falta de seguridad de los pacientes críticos².

Esta noticia no es una sorpresa para muchos intensivistas españoles que han visitado unidades de cuidados intensivos (UCI) en otros países y que han comprobado que, en particular a partir de las seis de la tarde y hasta la mañana siguiente, la atención al paciente crítico está muy por debajo de lo deseable. Por tanto, aunque proviene del Reino

Unido, podría igualmente surgir de muchos otros países de lo que conocemos como "mundo desarrollado".

Situación en España

La situación en España es muy diferente. La cobertura prácticamente universal por intensivistas en las UCI permite confiar en que noticias como la aparecida en *The Independent* sean muy improbables en nuestro país.

La decisión política adoptada en España en 1978 permitió la creación de la especialidad de Medicina Intensiva y ha contribuido, sin duda, al desarrollo científico y asistencial de esta disciplina de una forma ciertamente destacable. Desde el punto de vista asistencial, la existencia de UCI atendidas por intensivistas adecuadamente entrenados en prácticamente el 100% de los hospitales españoles es un hecho evidente y permite confiar en una asistencia de calidad. Aunque no hay estudios comparativos entre países desarrollados de coste-efectividad para la atención global del paciente crítico, las aproximaciones existentes en la literatura resultan muy favorables para nuestro país³.

El desarrollo científico de nuestra disciplina puede medirse de varias formas, una de las cuales es la cantidad

Correo electrónico: enrique.fernandez.mondejar.sspa@juntadeandalucia.es (E. Fernández-Mondéjar).

de publicaciones científicas. En este sentido, el número de publicaciones científicas españolas en el área de la Medicina Intensiva se encuentra en el quinto lugar en el *ranking* mundial⁴. Todas las demás especialidades están claramente por debajo y la media de España se encuentra en el octavo puesto. La decisión política de crear la especialidad de Medicina Intensiva fue, sin duda, acertada, pero a pesar de estos resultados, existe una fuerte presión por modificar nuestra especialidad para parecernos más a Europa. Es, por supuesto, lógico y legítimo que existan diferentes opiniones e incluso tensiones entre especialidades afines, y este tipo de confrontaciones generalmente tienen un efecto estimulante que puede revertir en una mejor asistencia de la que puede salir beneficiado el paciente. Sin embargo, cuando la presión se ejerce desde ámbitos políticos es más difícil de comprender y el efecto es francamente desmotivador, ya que se trasmite la idea de que la preparación y la excelencia no son los valores a alcanzar y lo que para unos requiere cinco años de preparación otros lo pueden conseguir con tres o seis meses.

La figura del intensivista es actualmente aceptada en todo el mundo y su actividad se considera vital en la asistencia y supervivencia del paciente crítico⁵.

La formación del intensivista es la que puede estar sometida a debate. Hasta hace cuatro o cinco años la situación en Europa podría calificarse de caótica a estos efectos. Esto es lo que sin duda propició la creación por parte de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) de un grupo de trabajo, formado por especialistas de diferentes países y disciplinas implicadas en el manejo del paciente crítico, que finalmente ha elaborado un documento de consenso (COBATRICE), que define las habilidades, competencias y plazos que debe alcanzar un médico intensivista para ser considerado como tal. Actualmente, en España, solo realizando la especialidad de Medicina Intensiva puede alcanzarse este grado de competencias⁶.

En espera de una decisión política

La solución prevista en el borrador de la ley de especialidades mediante la troncalidad y el posible intercambio entre especialidades afines con pasarelas bien definidas puede ser adecuada. No obstante, hace más de 20 años que se habla de esta solución que permitiría resolver múltiples conflictos pero estamos a la espera de una decisión política que, por ahora, parece lejana y, dadas las actuales circunstancias no sabemos si el proyecto verá la luz en fechas próximas.

Una decisión política que no se ha hecho esperar afecta al país más populoso del mundo. Recientemente el gobierno chino ha elaborado un decreto creando la especialidad de Medicina Intensiva en China⁷.

Esta decisión supone un duro revés a las directrices de la *Chinese Medical Association*, que en 1996 se opuso formalmente a la creación de una Sociedad China de Medicina Intensiva. Las especialidades tradicionales representadas por la Asociación eran reacias a la creación de

esta disciplina, asumiendo ellas mismas el liderazgo del manejo del paciente crítico. Pero tras más de una década y ante la comprobación manifiesta de la falta de eficacia de su propuesta, el gobierno chino ha tenido que actuar como garante de los intereses del paciente crítico⁷. Este es un claro ejemplo de la utopía que supone esperar que un organismo compuesto por especialistas donde no está representada la Medicina Intensiva vaya a propiciar la creación de una especialidad que potencialmente afecta a una parcela que hasta ahora les "pertenece". Un caso parecido puede darse en Europa con la Unión Europea de Especialidades Médicas (UEMS). En estas circunstancias, es necesaria una decisión política que, por encima de intereses particulares de una u otra especialidad, vele por el interés general del paciente (el paciente crítico en este caso), que al fin y a la postre es a lo que deben dirigirse los esfuerzos de todos los implicados en la Sanidad.

Conclusión

La atención de calidad al paciente crítico es una responsabilidad compartida por diferentes especialidades. Muchos especialistas tienen una actuación trascendental para la asistencia al paciente crítico, pero siempre esta es puntual. Sin embargo, el responsable del seguimiento continuo del paciente, las 24 horas del día, los siete días a la semana, y por tanto el responsable del cuidado integral del paciente en la UCI, es el Médico Intensivista con competencias certificadas. Las decisiones políticas, acertadas o equivocadas, pueden afectar significativamente a la seguridad del paciente crítico.

Bibliografía

1. Lakhani N. Patients "at grave risk" from poorly trained doctors. *The Independent* 2010, Sep 19. Disponible en: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/patients-at-grave-risk-from-poorly-trained-doctors-2083312.html>.
2. A critical look at critical care (Editorial). *Lancet*. 2010; 376:1273.
3. Wunsch H, Angus DC, Harrison DA, Collange O, Fowler R, Hoste EA, et al. Variation in critical care services across North America and Western Europe. *Crit Care Med*. 2008;36:2787–93.
4. Scimago Journal & Country Rank [Database on the Internet], [consultado el 2 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.scimagojr.com>.
5. Iapichino G, Corbella D, Minelli C, Mills GH, Artigas A, Edbooke DL, et al. Reasons for refusal of admission to intensive care and impact on mortality. *Intensive Care Med*. 2010;36:1772–9.
6. Roca J, Pérez JM, Colmenero M, Muñoz H, Alarcón L, Vázquez G. Competencias profesionales para la atención al paciente crítico. Más allá de las especialidades. *Med Intensiva*. 2007;31:473–84.
7. Du B, Xi X, Chen D, Peng J, China Critical Care Clinical Trial Group (CCCTG). Critical review: Critical care medicine in mainland China. *Crit Care*. 2010;14:206.