



EDITORIAL

Medicina Intensiva en Europa. Una necesidad

Intensive medicine in Europe: A need

P. Navarrete Navarro^{a,*}, C. León Gil^b y G. González Díaz^c

^a Representante por España en el Council de la ESICM

^b Presidente de SEMICYUC

^c Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Intensiva

Recibido el 9 de diciembre de 2010; aceptado el 11 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 5 de febrero de 2011

Introducción

En Europa actualmente no existen dudas sobre la profesionalización de la atención al paciente crítico, y que su calidad asistencial y la garantía de los cuidados al ciudadano se han de basar en una actividad especializada con competencias profesionales médicas específicas, denominése medicina intensiva, crítica¹. Todo ello se justifica asistencialmente en un cuerpo doctrinal para atender una necesidad epidemiológica real y concreta bien definida, por tasas de incidencia y prevalencia para su población de referencia, que incluye las recientes «crisis sanitarias», por ejemplo, gripe A, y su reciente impacto en China², aunque la disponibilidad de recursos para hacerlo sea muy diferente a lo largo de toda la CEE. En la actualidad, el mensaje y el discurso son cómo homogeneizar y acreditar la formación en medicina intensiva y/o crítica, y en ello se está trabajando desde hace ya tiempo³. No cabe duda de que toda esta iniciativa supranacional intenta manejar y gestionar muchas de las estructuras político-sanitarias, docentes y profesionales, así como las circunstancias, recursos y rigideces nacionales anteriores a la integración de los países en la CEE.

En este sentido, es oportuno reflexionar y hacer una serie de consideraciones, algunas históricas, sobre la especialización en medicina intensiva y/o crítica dentro del concepto de Europa, de nuestra especialidad y la realidad europea pasada y futura.

La formación en Europa y su referente norteamericano

Cuando nos asomamos a Europa/CEE, no podemos olvidar que es una entidad relativamente reciente, es poco homogénea y engloba niveles educativos, económicos y sociosanitarios muy distintos, dentro de ella, nos movemos en una sociedad occidental en la cual se intenta una normativa política progresiva. Esta característica, a la que no es ajena la normalización de las profesiones en general y su estrategia formativa, léase Plan Bolonia, incide también en nuestro entorno de la especialización médica. En este sentido, si comparamos a Europa con nuestro referente natural y «lógico», en aspectos social, económico y sanitario, del primer mundo, Estados Unidos, cometeremos un error estratégico; las «especialidades médicas» se han desarrollado desde hace muchos años de forma mucho más homogénea, y además estructurada, en parte por la consabida concepción práctica norteamericana. En Estados Unidos, hay que recordar que Peter Safar fundó la primera UCI en 1962 en Baltimore, a principios de los años setenta los avances tecnológicos y fisiopatológicos en el paciente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pnavarro@ugr.es (P. Navarrete Navarro).

crítico, junto con la necesidad asistencial en este campo, propiciaron la «especialización», que en ese momento se produjo a partir de especialidades primarias, y mediante el conocido sistema de *fellowships*, con un abordaje multidisciplinario y flexible, con «pasarelas» de ida y vuelta en la vida laboral y adaptable a la necesidad asistencial y a la oferta laboral en cada momento; así se estructuró la Critical Care Medicine (CCM)⁴, a partir de pediatría, cirugía, anestesia, medicina interna y neumología, constituyéndose en una supraespecialidad multidisciplinaria y con una certificación oficial como *Board* in CCM mediante pruebas de evaluación, que valida como *Fellow* del American College of Critical Care Medicine (ACCM). La solidez de esta disciplina no ofrece ninguna duda, sólo tenemos que ver una sociedad científica muy potente que monopoliza con publicaciones, normativas, protocolos y recomendaciones científicas de enorme prestigio que sirven de referencia asistencial. En Europa, este mismo escenario se organizó con estructuras, recursos y modelos docentes asistenciales y sociosanitarios que simplemente estaban vigentes en cada país; así se estructuraron entonces la formación y entrenamiento en cuidados intensivos/medicina intensiva. Esto no debe confundirse con que no existe como especialidad médica o que tal o cual especialidad primaria monopoliza los cuidados intensivos en Europa⁵. Actualmente en Europa coexisten varios modelos para conseguir la especialización en medicina intensiva o crítica (datos de reciente encuesta del Council/ESICM): a) la subespecialización de 2 años, tras cursar los 5 años de formación en anestesiología, con un total de 7 años, modelo que predomina en Escandinavia y Alemania, y b) la supraespecialización multidisciplinaria, a partir de 3 a 4 años de formación en anestesia, medicina interna, cirugía, pediatría o alguna de sus especialidades, modelo que curiosamente ha integrado la mayoría de los países del este que se han incorporado a la CEE u otros como Francia, Países Bajos, Bélgica, Grecia o Suiza. De los grandes países europeos sólo Reino Unido queda actualmente por definir oficialmente su modelo, no porque no existan los cuidados intensivos (CI), que existen, y además profesionales de gran prestigio, ni los modelos hospitalarios individualizados, sino por que se quiere estructurar de forma homogénea y global, y con garantías de seguridad y calidad asistencial que hacen que se apueste no sólo por la especialidad, sino también por un *College* de ICM⁶.

La formación en España

En España, a finales de los años setenta se actualizó una ley de especialidades médicas mediante disposiciones varias, optando por el modelo de especialidad primaria para todas ellas, estructurado a través del sistema MIR. Y así fue para la medicina intensiva, creada en 1978, y también para las demás especialidades, como oncología médica, cirugía torácica, neurología o medicina interna. Centrándonos en el campo de medicina intensiva, después de más de 30 años de desarrollo en nuestro país, el resultado de esta implementación, soportado en una estructura hospitalaria estatal pública de alto nivel, y sin la cual difícilmente se podría haber conseguido, el sistema MIR de formación en medicina intensiva (MI), con periodo formativo de 5 años, basado en un programa de la especialidad, se ha mostrado eficaz, de

calidad, homogéneo para las diferentes comunidades y niveles hospitalarios y de gran prestigio, de forma que nuestro sistema sanitario puede disponer de excelentes especialistas distribuidos a lo largo de sus centros, a la vez que ha exportado especialistas prestigiosos a otros países europeos y americanos. El modelo español aporta características propias que lo hacen muy atractivo y de referencia para Europa, el cuidado del enfermo coronario y cardiológico grave, y la implicación en el modelo español de donación y trasplantes y sus resultados, a través de una red de coordinadores, en su mayoría especialistas en medicina intensiva⁷.

¿Qué está ocurriendo en el resto del mundo?

La solución en China es un ejemplo superponible, casi 40 años después, a la norteamericana, evidentemente, teniendo en cuentas las características propias chinas, la magnitud epidemiológica de la atención sanitaria al paciente crítico, agravada por las crisis sanitarias recientes en dicho país (epidemias de síndrome respiratorio agudo grave en 2003, de *Streptococcus suis* en 2005, la gripe aviaria y el terremoto de Wenchuan en 2008), y ha determinado que la estructura política uniforme, que gobierna a cerca de 1.500 millones de ciudadanos de una sociedad en rápido crecimiento socioeconómico, evidencie la necesidad oficial de disponer de médicos especialistas con una formación específica y uniforme para atender a los pacientes críticos, que en definitiva reconozca la necesidad de la especialidad de medicina intensiva en 2009⁸. La solución del proceso formativo ha sido el más adecuado para los tiempos actuales, el acceso puede ser mixto, bien como especialidad primaria en medicina intensiva o bien como una supraespecialidad multidisciplinaria a partir de finalizar la formación en anestesiología, cirugía general o medicina de urgencias; actualmente el reto es la calidad de la formación y de su acreditación. Australia y Nueva Zelanda, a finales de los setenta y principios de los ochenta inicialmente adoptaron el modelo británico por razones obvias de referencia entonces muy ligada a anestesiología; sin embargo, el desarrollo de la especialización en *intensive care medicine* ha virado en los últimos 15 años hacia el práctico sistema norteamericano, en definitiva, sistema multidisciplinario de *fellowships*, que a través de organizaciones y sociedades científicas asistenciales (ANZICS) han desarrollado especialidades médicas fuertes⁹.

¿Hacia dónde nos encaminamos en Europa y cómo hacerlo?

Una vez reconocida la necesidad, y además objetivada con las competencias necesarias, los pasos a dar deben encaminarse a:

- Homogeneizar la formación en todos los países de la CEE, mediante un sistema compatible y objetivo, que permita una libre circulación de profesionales.
- La estrategia formativa en Europa camina hoy en día, sin duda, hacia la troncalidad; este sistema bien estructurado y controlado puede concretar y organizar la atención

a los pacientes críticos en el ámbito europeo, con los grados de seguridad y calidad asistenciales necesarios respetando las características sociales y de recursos en cada país¹⁰.

- Las futuras estrategias europeas de formación deben atender los sistemas con tradición que funcionan con calidad desde años, ya sean multidisciplinarios o de especialidad primaria, y en este sentido el ejemplo español, suizo, australiano y últimamente chino, puede y debe ser una opción a tener en cuenta.

Bibliografía

1. Moreno RP, Rhodes A. Intensive care medicine: a specialty coming to LIFE. *Lancet*. 2010;376:1275–6.
2. Gomersall CD. Critical care in the developing World, a challenge for us all. *Crit Care*. 2010;14:131.
3. CoBaTrICE_Collaboration. The educational environment for training in intensive care medicine: structures, processes, outcomes and challenges in the European region. *Intensive Care Med*. 2009;35:1575–83.
4. Disponible en: www.sccm.org/Membership/ACCM.Fellowship/Pages/Fellows.aspx.
5. Barrett H, Bion JF. An international survey of training in adult intensive care medicine. *Intensive Care Med*. 2005;31:553–61.
6. Adhikari NK, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet*. 2010;376:1339–46.
7. 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.
8. Du B, Xi X, Chen D, Peng J. Clinical review: critical care medicine in mainland China. *Crit Care*. 2010;14:206–9.
9. Judson JA, Fisher MM. Critical Care in Australia and New Zealand. *Crit Care Clin*. 2006;33:407–23.
10. Bion JF, Barrett H. Development of core competencies for an international training programme in intensive care medicine. *Intensive Care Med*. 2006;32:1371–83.