

Editorial

EN los últimos años se han creado en los hospitales modernos u hospitales actualizados, es decir, hospitales que procuran utilizar todos los medios, métodos y recursos a su alcance, que la ciencia médica cada día con más profusión va poniendo en práctica para el mejor cuidado y tratamiento del paciente, las Unidades de Terapia Intensiva.

Su creación se ha derivado de el empeño y tenaz esfuerzo de diversos pioneros para mejorar la terapéutica en múltiples campos especializados de la medicina, como la poliomielitis bulbar, el envenenamiento por barbitúricos, el estado de choque, etc., así como de la comprobación de los mejores resultados que se han obtenido en los hospitales con la creación de los servicios de Recuperación Post-anestésica.

La recuperación postanestésica con las técnicas anestésicas modernas en más del 90% de los casos no representa mayor problema y generalmente no excede de las 2 horas en el peor de los casos cuando la depresión del paciente no grave se deba al mismo acto anestésico. Pero hay pacientes, como es bien sabido, para los que no bastan los cuidados intensivos del personal de enfermería de esas salas de recuperación ni la participación del anesthesiólogo para mejorar esos pacientes que se hayan en estado crítico, sino que es necesaria, además de la intervención del cirujano, la del internista, del cardiólogo, del neumólogo, del endocrinólogo, etc. De aquí pues la necesidad de que estos pacientes sean atendidos en un servicio especializado y bien organizado, en donde se cuente con personal especialmente entrenado y con equipo también especializado.

Los diferentes aspectos de las unidades de terapia intensiva ya han sido ampliamente tratados y existen doctos trabajos publicados en la literatura mundial. Cabe mencionar en nuestro medio la publicación de las ponencias de Flores Izquierdo, Solís y Hültz, en uno de los últimos congresos de la Academia Nacional de Medicina. El tema es tan importante, que mereció en el IV Congreso Mundial de Anestesiología celebrado en Londres el año pasado, la dedicación de todo un simposium al mismo. En él se trataron diferentes aspectos como son: propósitos, objetivos, organización, planeamiento, construcción, reglamentación, uso de equipo, etc., y fueron exponentes destacadas autoridades en la materia, de diferentes paí-

ses como Dinamarca, Estados Unidos, Suiza, Inglaterra, Austria, Italia y Canadá. Se resumió la experiencia de cada uno y se hicieron recomendaciones para la instalación de las unidades de terapia intensiva.

Son tributarios de estos servicios, pacientes con diversos padecimientos, como traumatismos severos, traumatismos craneoencefálicos, tétanos, comas hepático, renal y diabético, infarto del miocardio, postoperatorios prolongados y complicados, insuficiencia respiratoria de duración inusitada, paro cardíaco, estados de choque, insuficiencia cardíaca difícilmente controlable, edema o embolia pulmonar, desequilibrios hidroelectrolíticos complejos, eclampsia, etc.

La familiaridad con el manejo de problemas como los desequilibrios hidroelectrolíticos y ácido-básicos, la ventilación pulmonar del paciente en estado crítico, que no es tan simple como pudiera parecer al anestesiólogo novel que piensa o sobrestima su capacidad porque da magníficas anestias, el esmerado cuidado que hay que tener, como en todos los casos, en el tratamiento del estado de choque, en especial el choque séptico, cuántas veces desilucionante por sus tristes desenlaces, o los brillantes resultados de una terapéutica científicamente razonada y acertada, hacen que el anestesiólogo sienta cierta satisfacción cuando su colaboración en estos servicios ha contribuido a la satisfactoria recuperación del paciente.

Entre las innumerables ventajas que se han señalado de la instalación de las unidades de terapia intensiva, además de, como es obvio, la mejor atención del paciente, cabe mencionar el mejor aprovechamiento del equipo especializado y el evitar su duplicación. Es importante señalar la inconveniencia de la dispersión de pacientes graves en los diferentes servicios del hospital ya que ésto puede ocasionar problemas psicológicos o experiencias desagradables a los pacientes menos graves y el descuido en la atención de éstos por la imperiosa necesidad de atender a los más graves. Hay que referir asimismo los aspectos de aislamiento, como en los traqueotomizados, para evitar infección, o de los infectados, para propagarla. No serían tributarios de la sala de terapia intensiva los pacientes no recuperables, como algunos casos oncológicos.

Mas, un aspecto que es de suma importancia es el de la enseñanza. Esta enseñanza es muy fructífera para todo el personal, y en especial para el personal médico.

Es nuestra opinión que el anestesiólogo también debe ser buen anestesista. Cuántos hemos sabido de brillantes y doctos anestesiólogos cuya actuación como anestesistas no corresponde a su gran capacidad intelectual. En el quirófano, es muy importante que el anestesiólogo también sea buen anestesista, pero en la Unidad de Terapia Intensiva, es más importante que el anestesiólogo se "forme" como un buen anestesiólogo y la oportunidad se presenta debido al imperativo de la actualización constante en el manejo de tantos y tan variados problemas.