



## Cuidados intensivos en los pacientes respiratorios. ¿Especializados o generales?

A. Torres y R. Rodríguez-Roisin

UVIR. Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y en ocasiones previamente sanos pueden presentar episodios de insuficiencia respiratoria grave que motiven su ingreso en unidades de cuidados intensivos. Por otra parte, es un hecho muy frecuente que pacientes con patología no respiratoria, que requieran ingreso en una unidad de terapia intensiva, presenten como uno de sus principales problemas el tratamiento de la insuficiencia respiratoria grave y muy particularmente la necesidad de ventilación artificial. Con respecto a este tipo de terapéutica de la insuficiencia respiratoria, es bien conocido que las unidades de cuidados intensivos se consolidaron en la década de los años sesenta a través del perfeccionamiento de la ventilación artificial<sup>1</sup>. Está claro, pues, que el manejo de la insuficiencia respiratoria es el problema más frecuente y común en los pacientes críticamente enfermos. En un artículo reciente de Groeger et al<sup>2</sup>, en el que se analizaba el tipo de intervenciones más comunes y específicas realizadas en las unidades de cuidados intensivos, se comprobó que tanto la ventilación mecánica como la cateterización arterial para la monitorización de gases sanguíneos fueron las más frecuentes en un total de 24.927 enfermos procedentes de diversas unidades especializadas y no especializadas. Llegados a este punto en el que no existe controversia sobre la frecuencia de la insuficiencia respiratoria grave y la patología respiratoria en pacientes críticos, la pregunta que inmediatamente surge es la siguiente: ¿quién debe tratar a los pacientes con insuficiencia respiratoria grave? Mientras que este tema queda claro en países tecnológicamente avanzados como los EE.UU., como veremos más adelante, no lo está tanto en España, donde existe la especialidad de cuidados intensivos, y resulta heterogéneo en el resto de Europa, donde diversos especialistas se hacen cargo de los pacientes respiratorios críticamente enfermos.

Existen argumentaciones *asistenciales*, *docentes* y de *investigación*, por las que creemos que el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda grave en cualquier tipo de enfermo debe ser patrimonio de la neumología. Estos argumentos se detallarán a continuación.

Hay claros *argumentos asistenciales* que justifican la existencia de unidades de vigilancia intensiva respiratoria. Al igual que las insuficiencias cardíaca, renal y de

cualquier órgano se benefician del tratamiento por el especialista correspondiente, y así está aceptado por la comunidad médica, es lógico pensar que los pacientes con insuficiencia respiratoria grave también van a beneficiarse del tratamiento por parte del especialista; en este caso el neumólogo. En los EE.UU. este concepto está asumido, por lo que casi el 70% de los facultativos que trabajan en unidades de cuidados intensivos son especialistas en el aparato respiratorio<sup>3</sup>. En los EE.UU., así mismo, los neumólogos constituyen el colectivo médico más numeroso y con mayor interés en cuidados intensivos, según un artículo publicado en la revista *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup>. Así pues, el perfil típico del médico que trabaja en una unidad de cuidados intensivos de Norteamérica es el de un facultativo entre 41-50 años de edad, cuya especialidad primaria es la neumología, y que no tiene una dedicación exclusiva a la unidad de cuidados intensivos<sup>3</sup>, circunstancia por otra parte que redundaría en grandes ventajas cuando llegara el momento de que estos especialistas desearan tener menos dedicación al paciente crítico, lo que en la actualidad es absolutamente imposible en el sistema español de especialidad general de cuidados intensivos. En relación a este último punto, en un estudio reciente publicado en la revista *Chest*<sup>3</sup>, puede observarse que la especialidad "madre" de los intensivistas norteamericanos fue la neumología en el 68%, la cardiología en el 11%, la cirugía en el 10%, la medicina interna en el 8%, la anestesia en el 2% y la pediatría en el 1%.

Las características especializadas de una unidad de cuidados intensivos respiratorios hacen que la asistencia a los pacientes críticamente enfermos con insuficiencia respiratoria grave sea mucho más racionalizada y probablemente más efectiva. Sin embargo, se ha argumentado por parte de las administraciones hospitalarias que las unidades centralizadas resultan más baratas que las unidades especializadas. Sin embargo, cuando se analiza el coste anual por cama y medicamentos gastados en 1993 en nuestra unidad (UVIR, Hospital Clínic i Provincial [datos proporcionados por el Servicio de Farmacia]), éste resultó más barato (4,9 millones cama/año) comparativamente con otras unidades (5,2 y 6,8 millones cama/año). Estos resultados fueron similares en 1994 y 1995 (UVIR: 4,8 y 5,8; otras unidades: 6 y 7, y 10,8 y 9,6, respectivamente). Si se analizan además los gastos de personal médico, otra ventaja de coste importante en favor de los cuidados respiratorios especializados, y que es fácil que quede en el olvido para las administraciones, es en lo que respecta al personal de guardias. Mientras que en las unidades especializadas las guardias están a

Correspondencia: Dr. A. Torres.  
UVIR. Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial.  
Villarroel, 170. 08036 Barcelona.

Recibido: 13-2-96; aceptado para su publicación: 20-2-96.

*Arch Bronconeumol* 1996; 32: 263-264.



cargo del propio personal del servicio, es decir, plantilla y residentes (en nuestro caso, neumología), en las unidades generales deben, indefectiblemente, contratar personal adicional (que no es de plantilla fija en el servicio) o bien aumentar desproporcionalmente las plantillas para mantener un servicio de guardias adecuado. Además, el personal de las unidades de cuidados intensivos respiratorios puede, según su especialidad, realizar otras actividades rentables para el hospital fuera de la unidad de cuidados intensivos, lo que es imposible en las unidades de tipo general sin especialistas. En nuestro caso, por ejemplo (UVIR), además de la dedicación propia a la unidad de cuidados intensivos respiratorios efectuamos regularmente consulta externa y broncoscopias (éstas en la propia unidad). Esta última consideración creemos que es muy importante y es una realidad en los EE.UU., donde alrededor del 50% de neumólogos de unidades respiratorias dedican el 50% de su actividad fuera de la unidad de cuidados intensivos y, concretamente, a otras tareas relacionadas con su especialidad<sup>3</sup>. Estas reflexiones deberían ser seriamente tenidas en cuenta por las administraciones hospitalarias según las indudables ventajas que comportan. En el Hospital Clínic i Provincial, por ejemplo, la política de unidades de cuidados intensivos especializadas está plenamente asumida y potenciada con vistas al futuro en el que se contempla este hospital como un hospital de *clusters* (proyecto-Prisma).

Finalmente, existen 2 tipos de terapéutica, que se han incrementado de forma importante, como son la ventilación no invasiva y el trasplante pulmonar, en los que el neumólogo está absolutamente implicado y que refuerzan aún más la necesidad asistencial de unidades de cuidados intensivos respiratorios.

Existen consideraciones de tipo *docente* que hacen necesarias las unidades respiratorias de cuidados intensivos: *a)* el aprendizaje de la fisiopatología y manejo de la insuficiencia respiratoria grave sólo puede hacerse desde el marco del paciente crítico y ello es fundamental para la formación global y racionalizada de nuestros residentes; *b)* en general, y en nuestro país, el neumólogo en formación tiene poco acceso al enfermo con insuficiencia respiratoria grave y ello representa un déficit importante en su formación, y *c)* el incluir en la formación del neumólogo la insuficiencia respiratoria grave y el manejo de pacientes respiratorios críticamente enfermos debería ser obligado desde el marco de la comisión de la especialidad, y ello lógicamente debería llevarse a cabo en unidades de cuidados intensivos respiratorios y no ser un patrimonio exclusivo de las unidades de cuidados intensivos generales. Un ejemplo de estas necesidades no resueltas se encuentra en la formación que nuestra unidad debe efectuar y ofrece, de hecho, a neumólogos de otros hospitales que no encuentran estas facilidades en su hospital por carecer de unidades especializadas.

Finalmente, existen claros argumentos relacionados con la *investigación* que también refuerzan la necesidad de los cuidados intensivos respiratorios: *a)* las unidades de cuidados intensivos respiratorios pueden efectuar un tipo de investigación altamente cualificado desde el punto de vista científico; *b)* ello es debido en parte a que cuentan fácilmente con una infraestructura que no

tienen las unidades generales: laboratorio de pruebas funcionales respiratorias y gabinete de endoscopia respiratoria; *c)* la productividad científica de las unidades especializadas está completamente demostrada, y *d)* finalmente en el año 1994 la revista más cualificada de la neumología (*American Review of Respiratory Diseases*) ha pasado a denominarse *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. Esto ha sido motivado por la demanda social de gran parte de los miembros de la American Thoracic Society, muchos de ellos muy relacionados con la neumología crítica. La política editorial de la revista ha ampliado el consejo editorial en relación a la neumología crítica, ha incrementado el número de revisiones y editoriales dedicados a temas de cuidados intensivos y ha estimulado la publicación de trabajos originales que tratan aspectos clínicos de la medicina crítica. Este cambio de política editorial fue justificado por el Dr. Robert Klocke<sup>4</sup>, por entonces editor jefe de la revista, dado que la mayoría de miembros de esta sociedad médica americana tenían interés común por la neumología y por el paciente crítico.

Por todos los argumentos mencionados anteriormente, creemos que las unidades de cuidados intensivos respiratorios deberían ser una realidad para la especialidad de aparato respiratorio y una reivindicación para el presente, entendiéndose muy bien que no serán una sobrecarga económica para el hospital y aportarán en cambio mejoras desde el punto de vista asistencial, docente y de investigación, según los argumentos que se han mencionado con anterioridad. El perfil ideal de estas unidades debería ser el siguiente: 8 camas en el marco de un hospital de tercer nivel con 2-4 camas de cuidados semi-intensivos; dirección por un neumólogo con experiencia en cuidados intensivos y con dependencia administrativa del servicio de neumología; actividad de guardias asumidas por el personal médico del servicio de neumología; capacidad de tratar cualquier tipo de insuficiencia respiratoria y todas sus complicaciones asociadas, y, finalmente, estar preparada, si procede en el hospital, para poder tratar a los pacientes postoperados de un problema tan específicamente respiratorio como es el trasplante pulmonar. Estas características se ajustarían perfectamente a las normativas de utilización de las unidades de cuidados intensivos publicadas recientemente<sup>5,6</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Kelley MA. Critical care medicine. A new speciality? *N Engl J Med* 1987; 318: 1.613-1.617.
2. Groeger JS, Guntupalli KK, Strosberg M, Halpern N, Raphaelly RC, Cerra F et al. Descriptive analysis of critical care units in the United States: patient characteristics and intensive care unit utilization. *Crit Care Med* 1993; 21: 279-291.
3. Gay PC, Dellinger RP, Shelhamer JH, Offord K, and the ACCP Council on Critical Care. The practice of Critical Care Medicine. *Chest* 1993; 104: 271-278.
4. Klocke RA, Sylvester JT. The American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine [editorial]. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 2.
5. Wedel S, Warren J, Harvey M, Hichtens Biel M, Demmis R. Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit design 1995; 23: 582-588.
6. Vincent JL, Artigas A, Bihari D, Carrington Da Costa RB, Edwards D, Ferdinande P et al. Guidelines for the utilization of intensive care units. *Intensive Care Med* 1994; 20: 163-164.