

Sección de Cuidados Críticos. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR). Consideraciones generales para la reforma del sistema de formación de anestesiología y cuidados críticos en España. Rev Esp. Anestesiol. Reanim. 2001; 48: 69-70.

1. Antecedentes

La atención clínica de los cuidados críticos adquirió personalidad propia a partir de la década de los setenta ante la demanda médica y social de atender pacientes graves utilizando técnicas médicas sofisticadas. Este hecho requirió la creación de unidades específicas y aisladas del resto de áreas de hospitalización con el objetivo de tratar y mantener las funciones vitales de pacientes que presentaran procesos agudos que comprometieran su vida. De esta forma, se crearon unidades especializadas en las áreas de neonatología, cardiología, cirugía, neurocirugía y quemados, de las cuales eran responsables médicos que dedicaban la mayor parte de su actividad asistencial al cuidado de los pacientes críticos.

La aparición y evolución de esta especialidad médica difirió en España de la mayoría de la de los países europeos y de los EE.UU. Fuera de España, el cuidado de los pacientes críticos estuvo a cargo o se asignó a los servicios de anestesiología, basándose en los conocimientos y quehaceres de la especialidad, que incluye la experiencia y cuidados médicos del paciente en situaciones críticas: manejo de la vía aérea, ventilación mecánica, fluidoterapia, soporte hemodinámico, mantenimiento de la homeostasis ante la agresión, etc. Es por ello que, mayoritariamente, las unidades de cuidados críticos han estado en todo momento bajo la responsabilidad de los departamentos de anestesiología, incluyendo tanto el cuidado de los pacientes como la formación del personal médico especializado para ejercer dichos cuidados. La creación de unidades más especializadas incorporó al cuidado de estos pacientes a otros especialistas que procedían de las especialidades de medicina interna, cardiología o pediatría, entre otras. En España, las primeras unidades de cuidados críticos se crearon en los hospitales a comienzos de la década de los años setenta. Desde sus inicios, dichas unidades se desmarcaron en su mayor parte de los servicios de anestesiología siendo asignado su control y funcionamiento a otras especialidades, fundamentalmente medicina interna, cardiología y cirugía. Sin embargo, un cierto número de hospitales mantuvo estas unidades bajo la responsabilidad de los servicios de anestesiología hasta la actualidad, mientras que en otros se crearon unidades de reanimación (terminología francesa que hace referencia a las unidades de cuidados críticos), atendidas por anestesiólogos y preferentemente dedicadas a la atención de los pacientes posquirúrgicos. En estos casos se ha demostrado la eficacia en el tratamiento de los pacientes críticos y su eficiencia al ajustar los recursos al menor coste posible. Dependiendo de las áreas geográficas, los centros sanitarios y las especialidades que atienden a los pacientes críticos varía el nombre asignado a las unidades asistenciales (unidad de cuidados intensivos, reanimación, unidad coronaria, unidad de quemados, etc.) La demanda sanitaria generó un crecimiento rápido en el número de unidades de cuidados críticos y contribuyó a que, a través de la Ley de Especialidades (Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio), se creara una especialidad primaria en medicina intensiva. La duración de la formación en esta especialidad es en la actualidad en nuestro país de 5 años. Por otro lado, por resolución del Consejo Nacional de Especialidades Médicas se reconoce a los especialistas de anestesiología y reanimación su plena capacitación para la administración de terapia intensiva a pacientes tanto médicos como quirúrgicos, solapando los contenidos de la especialidad de anestesiología, en lo que concierne a los cuidados críticos, con los de la

medicina intensiva. La duración de la especialidad es actualmente de 4 años

2. Directrices dadas por la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) aprobadas por el Comité Multidisciplinario para la Formación en Medicina Intensiva (septiembre de 1999).

2.1. **Ámbito de la medicina intensiva** La medicina intensiva combina el manejo coordinado entre médicos y profesionales de enfermería de los pacientes con fracaso de órganos o funciones que amenazan su vida, incluyendo en ello la estabilización después de intervenciones quirúrgicas importantes. Esta atención debe ser continuada e incluye la monitorización, diagnóstico, soporte de las funciones vitales y el tratamiento de las enfermedades que desencadenan el cuadro crítico.

2.2. **Adquisición de competencia en medicina intensiva.**

2.2.1. La competencia en medicina intensiva debe ser adquirida a partir de una acreditación en especialidades primarias como anestesiología, medicina interna, pediatría, neumología, cirugía y otras.

2.2.2. Se sugiere un período de formación en medicina intensiva de 2 años para adquirir los conocimientos y habilidades que serían necesarios para completar la formación en la especialidad primaria.

2.2.3. Las especialidades primarias deben ofrecer un conocimiento básico y una actitud hacia la medicina intensiva dentro de su propia formación.

2.2.4. La formación en cuidados críticos recibida dentro de la especialidad primaria (6 a 12 meses) pueda ser aceptada como parte de la especialización en medicina intensiva.

2.2.5. Debe establecerse un catálogo de conocimientos y habilidades que definan el contenido de la especialidad de medicina intensiva. Así mismo, deben definirse los criterios de acreditación de los centros de formación en medicina intensiva y los programas de formación continuada. Estos criterios deben estar conformes a los estándares nacionales e internacionales, incluyendo las recomendaciones de la UEMS y las guías de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM).

3. **Consideraciones específicas en el marco actual español respecto a la formación en medicina intensiva.**

3.1. Las directrices establecidas por la UEMS tienen trascendencia en tres aspectos básicos:

3.1.1. Aspecto científico: viene dado por la naturaleza multidisciplinaria del cuidado de los pacientes críticos (medicina intensiva) que puede ser abordado desde diferentes especialidades.

3.1.2. Aspecto social: implica adecuar los recursos tanto de formación como asistenciales al más bajo coste económico.

3.1.3. Aspecto político: pretende aportar un modelo único que sea intercambiable dentro de Europa.

3.2. Ante estas directrices es indispensable que, con la mayor brevedad posible, el Gobierno Español establezca las medidas legislativas y organizativas necesarias con el fin de adecuar el actual sistema de responsabilidades y formación en medicina intensiva a las propuestas por la Unión Europea.

3.3. Es preciso, por tanto, elaborar un proyecto que establezca las bases del cambio de responsabilidades y la configuración de todos los aspectos que deben modificarse en el período de transición, con el fin de evitar que los pacientes críticos de nuestro país se vean afectados negativamente durante el proceso. Así mismo, deberían considerarse y respetarse las situaciones concretas de personas y organizaciones, en virtud de la actividad desempeñada hasta la actualidad, para preservar los derechos de equiparación profesional y laboral.

3.4. Es indispensable que en el proceso participen como partes directamente implicadas, la Administración (Ministerio de Sanidad y Consumo, Educación, Administraciones Territoriales, etc.) y las Comisiones Nacionales y Sociedades científicas pertinentes. Estas últimas deberán garantizar que el contenido asistencial y formativo se desarrolle y potencie sobre la base de los recursos y conocimientos que aporta cada una de las especialidades, con el fin de mejorar la atención sanitaria del país a los pacientes críticos.

3.5. En la realidad española actual, la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR) es consciente del problema que representa el cuidado de los pacientes críticos. Por ello, la SEDAR asume la responsabilidad de contribuir generosamente a la resolución de este cambio fundamental para el futuro de la sanidad española y propone liderar este proceso conjuntamente con la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), dado el contenido de sus respectivas especialidades y el potencial de recursos humanos y materiales que poseen. Todo ello sin menoscabo de otras especialidades que pudieran adherirse siguiendo las directrices dadas por la UEMS.

3.6. La SEDAR se adhiere totalmente a las directrices dadas por la UEMS. En esta línea, urge la equiparación del período de formación de la especialidad de anestesiología y reanimación (en la actualidad de 4 años) a 5 años, como está establecido en otros países de la Comunidad Europea.

3.7. La SEDAR quiere resaltar la importancia que tiene este proceso para la especialidad de anestesiología y reanimación, que afectará a la formación y actividad asistencial en cuidados críticos en España. El contenido de la especialidad de anestesiología y reanimación conlleva los conocimientos y habilidades necesarios para afrontar asistencialmente cualquier situación crítica hospitalaria y extrahospitalaria tanto en las áreas quirúrgicas como médicas. Por otra parte, los servicios de anestesiología y reanimación aportan en la actualidad a la sanidad española unos recursos humanos, científicos y organizativos de gran magnitud que garantizan una calidad asistencial al coste más bajo en el ámbito de la atención al paciente crítico.