

# Resumen de la exposición sobre la medicina crítica en Venezuela

Dr. José España Pino

Hospital Universitario de Caracas

## 1. Historia

Se considera como pionero de la medicina crítica en Venezuela al Dr. Roberto Lucca, quien en la década de los años 50, inició el tratamiento de los pacientes críticamente enfermos en áreas especiales (Sala de Recuperación en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas), posteriormente en los años 60, el Dr. Guerra en el Hospital "JM de los Ríos", el Dr. Arreaza en el Hospital "El Algodonal", el Dr. Soto Sánchez en la Maternidad "Concepción Palacios" y el Dr. Trujillo en el Hospital Universitario de Caracas, dan los primeros pasos en la creación de ambientes especiales para el tratamiento de los pacientes críticos en los hospitales públicos.

En 1980, la Universidad del Zulia inicia el primer curso de posgrado en medicina crítica a nivel universitario, en 1981 la asamblea de la Federación Médica Venezolana (FMV) realizada en Maracaibo aprueba la medicina crítica como una especialidad, en 1983 empiezan los posgrados universitarios avalados por la Universidad Central de Venezuela (UCV) y ese mismo año en la Gaceta Oficial se incorpora un quinto departamento a los hospitales tipo IV, denominado Departamento de Emergencia y Medicina Crítica. A finales de los años 80 se empieza a nivel privado (Centro Médico de Caracas) una residencia de medicina crítica aprobada por el Colegio de Médicos del Distrito Federal (DF). En la Gaceta Oficial del 21-05-93 aparece publicado el reglamento de este departamento.

## 2. Estado actual de la medicina crítica en Venezuela

Para 1998, existen en Venezuela Unidades de Cuidados Intensivos tanto en el sector público como en el privado en casi todos los Estados del país. A nivel de formación de recursos humanos existen residencias universitarias en los Edos. Zulia, Mérida y el Distrito Federal. En muchos de los Estados existen residencias programadas de la especialidad que son reconocidas por los Colegios de Médicos de la región. En Caracas y el Estado Miranda existen estas residencias también a nivel de clínicas privadas (Centro Médico de Caracas, Hospital de Clínicas Caracas y la Policlínica Metropolitana). A nivel de infraestructura hay que separar el sector público del sector privado:

1. En el sector privado: se cuenta prácticamente con los recursos necesarios para la atención del paciente crítico, con la salvedad de que debido al alto costo de ellos la población que tiene acceso a estos está muy restringida, ya que solamente los grupos sociales con altos ingresos económicos o aquellos que gozan de pólizas de seguro con altas coberturas pueden ingresar.
2. En el sector público: debido a los altos costos generados por los pacientes hospitalizados en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y debido a la crisis económica que vive el país, los recursos con que cuentan estos servicios son cada día más escasos, lo que ha llevado a que en la actualidad la atención del sector público esté en precarias condiciones (se han cerrado camas en la mayoría de las UTI). En algunos centros públicos se ha tratado de compensar esta situación a través de la creación de Fundaciones o el pedido del material necesario para la atención del paciente a los

familiares de los mismos; en la mayoría de los casos esto no ha logrado solventar el problema ya que la situación económica de la población que acude a estos centros es también precaria.

### 3. Futuro de la medicina crítica en Venezuela.

Pensamos que la situación de la medicina crítica en Venezuela va a depender de la recuperación económica que tenga el país, el Estado no puede desentenderse de la atención médica a nivel del sector público sobre todo en áreas en la cual los altos costos no pueden ser asumidos por la gran

mayoría de la población. Las tres grandes causas de muertes en el país, como son las enfermedades cardiovasculares, los accidentes de tránsito y el cáncer, muchas veces requieren de las UTI para su total recuperación. A nivel de formación del médico en medicina crítica, la duración del posgrado debe ir a 3 años y hacerlo con médicos que tengan una especialidad previa preferiblemente medicina interna. Desconocemos los alcances de las nuevas leyes de seguridad social en relación a las áreas críticas de los hospitales públicos. La gran mayoría de la población no tiene los recursos necesarios para ser atendidos en los centros privados.

## “Expertos debaten las drogas para mujeres sanas con riesgo de cáncer de mama”

“Durante algún tiempo, la ansiedad y la “vigilancia expectante” fue la prescripción usual para mujeres con un elevado riesgo de desarrollar cáncer de mama. Sin embargo, ahora, un grupo de trabajo convocados por un grupo de los más numerosos especialistas en cáncer de la nación, cautelosamente sugiere que los médicos consideren ofrecer una medida de reducción de riesgo —la droga tamoxifen— a mujeres sanas de 35 o más años que tienen un aumentado riesgo de desarrollar la enfermedad.

Pero este consejo, presentado en un nuevo reporte revelado en la reunión anual de la Sociedad Americana de Oncología Clínica, no llegó a ser un sonoro endorso a la prescripción de tamoxifen para mujeres sanas. “No estamos recomendando que las mujeres tomen tamoxifen”, dijo Rowan T. Chlebowski, de la Escuela de Medicina de la Universidad de California y del Centro Médico Harbor de la misma Universidad, quien codirigió el equipo de trabajo que desarrolló el reporte. “Nosotros estamos recomendando que se les ofrezca ello en la forma de consentimiento informado”.

El proceso de consentimiento informado debe implicar evaluar y discutir los factores de riesgo para que una mujer desarrolle un cáncer de mama y

balancear ese riesgo contra los potenciales efectos adversos del tamoxifen, que incluyen un elevado riesgo de cáncer uterino, coágulos sanguíneos potencialmente fatales y síntomas menopáusicos tales como calorones. La decisión para usar la droga debe depender “del riesgo actual de la mujer y la importancia de ese riesgo para ella”, dice Chlebowski.

El reporte, titulado “Evaluación tecnológica de la Sociedad Americana de Oncología Clínica de las estrategias para la reducción del cáncer del seno: tamoxifen y raloxifeno”, se basó en el examen de toda la literatura relevante publicada desde 1990. Las dos drogas, moduladoras selectivas de los receptores estrogénicos, tienen actividad contra los tumores del seno estrógeno-positivos, pero no contra los estrógeno-negativos.

De acuerdo con el reporte, el tamoxifen “puede ser ofrecido” a mujeres de 35 o más años con un riesgo proyectado de por lo menos 1,7% de desarrollar cáncer del seno durante los próximos 5 años - casi el doble del riesgo promedio. Alrededor de 29 millones de mujeres en Estados Unidos, están en ese 1,7% relativo de riesgo, incluidas todas las mujeres por encima de 60 años” (Stephenson J. JAMA 1999;282:117-118).