

EL DIFÍCIL CAMINO DE LA ANESTESIOLOGÍA

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 2, 1998/ 63-67

*Dr. Carlos Reyes O.**

SUMMARY

In less than fifty years Chilean anaesthesiology has made vertiginous progress. From the noble anesthetic assistant in the 40's, to the present day medical expert with a wide range of tasks and skills, able to assess the perioperative surgical risks, as well as to attend a postoperative multi-systemic failure (shock). This great leap has been made possible by the effort of anaesthetic doctors and health authorities which have understood the great importance of this speciality, not only for surgical purposes, but also to decrease the rate of surgical morbi-mortality. Yet, almost at the dawn of a new century, the labour opportunities for these specialists has been suddenly halted by law that limit the hiring of new medical staff. Eventhough most hospital directors recognize the need to have more anaesthetic specialist, this will not happen without an adequate understanding of the key issues by the National Congress, which is the ultimate site for policy making and national budget approval.

RESUMEN

En menos de 50 años, la especialidad de Anestesiología en Chile ha logrado un vertiginoso desarrollo, pasando de la noble auxiliar de anestesia en los años 40, a un médico experto en una variada gama de tareas perioperatorias, desde la evaluación de riesgo quirúrgico hasta el manejo de la falla multisistémica postoperatoria. Este desarrollo ha sido posible gracias al esfuerzo de anestesiólogos y autoridades de salud, que han comprendido la importancia de esta especialidad, no sólo para la realización de la cirugía, sino también, para la disminución de la morbimortalidad quirúrgica. Sin embargo, a las puertas del año 2000 el campo laboral de estos especialistas ha quedado bruscamente limitado por leyes que impiden aumentar las plazas médicas. Por lo tanto, a pesar del reconocimiento unánime de directores de hospitales de la necesidad de un mayor número de estos especialistas, este problema no será resuelto sin la comprensión de los miembros del Congreso Nacional, que en última instancia definen el número de cargos para el futuro.

La anestesiología, aunque ya ha completado más de ciento cincuenta años desde su presentación como técnica científica en el Mass General Hospital de Massachusetts en Boston, EE.UU. (1846), es una especialidad joven, joven frente a

la cirugía con varios siglos de desarrollo, más joven aún frente a la medicina con más de un milenio de evolución.

En Chile, la creación de la Sociedad de Anestesiología data del año 1946, resultado del

* Anestesiólogo.

esfuerzo de un grupo de anesthesiólogos (Mario Folch, Mario Torres, Arturo Opazo, Marcos Kleiman, Raúl Castro, Alfredo Escala, entre otros) dirigidos por Ernesto Frías. La mayor parte de ellos tuvieron formación en el extranjero. La revista de anestesiología empieza a editarse en 1956, diez años más tarde. En uno de sus primeros números (4), Jaime García Huidobro resalta en la editorial la urgente necesidad de crear una cátedra de anestesiología en la universidad, para formar los especialistas que el país requiere. Esta ambición debería esperar aún varios años para que se convirtiera en una realidad, ya que la primera cátedra de anestesiología en la Universidad de Chile se inicia recién en la década de los sesenta.

Hasta la década de los ochenta, no era infrecuente que fuera el propio obstetra quien instalara la peridural o la raquídea, o bien la matrona o auxiliar quien suministrara un pentotal. Hecho que hoy día no ocurre, sino en pequeños hospitales muy alejados, sin especialistas y sólo en situaciones de emergencias.

Los traumatólogos no fueron menos activos y muchos de ellos manejaron las técnicas regionales con gran habilidad, gracias a lo cual pudieron resolver un importante número de casos clínicos. Situación similar ocurría con otros especialistas como los oftalmólogos, otorrinos, ginecólogos, etc. Así, las especialidades quirúrgicas resolvían sus necesidades en la mejor forma que les era posible.

Ya en aquella época se inicia la discusión de si se debía formar más especialistas o si, por el contrario, se debía preparar técnicos paramédicos para resolver las necesidades del país. La postura de los anesthesiólogos en el marco teórico fue clara, "la anestesia es una especialidad médica compleja y de alto riesgo y debe ser realizada por médicos especialistas". Sin embargo, en la práctica muchos anesthesiólogos formaron auxiliares, pues la realidad y la urgencia de los pacientes no les permitía seguir esperando.

Durante la década de los sesenta la urgente necesidad de especialistas no fue reconocida por la mayoría de los cirujanos, ni por las autoridades de salud, las que no presentaron proyectos para desarrollar la especialidad a las universidades o a la Sociedad de Anestesiología, ni implementaron planes en este sentido. Los primeros, porque no se percataron del tremendo impacto que la presencia del anesthesiólogo podía tener sobre la mortalidad y la morbilidad perioperatoria. Se estima que el riesgo de mortalidad anestésica, por la ausencia de anesthesiólogos, se incrementaba en aquella época en más de cien veces, en relación a la mortali-

dad existente en los países con especialistas en anestesia como Suecia, Inglaterra y otros.

Las autoridades de salud de aquel entonces, preocupadas por múltiples problemas de salud pública considerados prioritarios, tampoco se percataron del riesgo anestesiológico como problema de salud pública. Es necesario resaltar que estudios realizados en EE.UU. pocos años previos demostraban que la mortalidad anestésica era tan alta que llegaba a índices más críticos que la debida a la epidemia de poliomielitis que azotaba a ese país por esos años y a la cual las autoridades sanitarias norteamericanas destinaron grandes esfuerzos y recursos para su control. Tampoco se previó la gran expansión que tendría la cirugía y el rápido cambio de exigencias de seguridad por parte del público.

Sin embargo, es justo reconocer que un grupo de destacados cirujanos no sólo captaron precozmente la importancia de contar con especialistas en anestesia, sino que además los cobijaron en sus congresos durante los primeros eventos anestesiológicos. Es así como la Sociedad de Anestesia, reconociendo este importante apoyo recibido, nombra miembros honorarios a los profesores de cirugía Dr. Italo Alesandrini, Armando Alonso Vial, Juan Allamand, Arnulfo Johow, Manuel Martínez, Rafael Urzúa y Alfredo Velasco.

Los pocos especialistas en anestesiología se reservaron entonces para los casos más complejos y para que supervigilaran al personal auxiliar que suministraba anestesia.

Lenta y progresivamente se crearon las cátedras de anestesiología, primero en la Universidad de Chile, y sólo a comienzos de la década de los 70 en la Universidad Católica y otras sedes universitarias.

En la década de los ochenta, las comunicaciones nos trajeron no sólo un intercambio científico, sino un gran impulso a la incorporación de nuevas tecnologías anestésicas, más seguras y eficientes, pero de mayor costo y un manejo más complejo. Por lo tanto, de la simple mascarilla se pasaba a la intubación endotraqueal, al uso del respirador y una serie de otros monitores. También los estándares de resultados cambiaron rápidamente, es decir, los índices de morbimortalidad por tipo de cirugía de diferentes países fueron conocidos y comparados, y ciertas cifras de mortalidad consideradas inaceptables en la cirugía. A nivel público las expectativas de sobrevida cambiaron y una muerte anestésica comenzó a no ser aceptada como parte de un riesgo esperado.

Las décadas de los setenta y ochenta son las épocas de mayor riesgo para el especialista de EE.UU. al incorporar el monitor cardíaco. El anestesista descubre los problemas antes de la muerte definitiva, rescatando a muchos pacientes del paro cardiorrespiratorio, pero no lo oportunamente como para prevenir el daño hipóxico del cerebro; estos casos provocaron muchas demandas judiciales en ese país. Con el perfeccionamiento de las máquinas de anestesia, la aparición del oxímetro de pulso y el capnógrafo y la comprensión científica de las causas más frecuentes de errores anestésicos, esta situación se pudo revertir y las muertes y daños evitables, a mediados del 80, disminuyeron ostensiblemente en aquel país.

En este mismo período (1970-1980) los hospitales chilenos sufrieron un serio estancamiento tecnológico y una restricción marcada de los recursos económicos y humanos, y las inversiones en máquinas de anestesia y monitores fueron casi cero. Las cátedras de la Universidad de Chile sufrieron severos recortes de su presupuestq y algunas de ellas se desmantelaron completamente. El exilio de especialistas por razones políticas o el auto-exilio en busca de mejores horizontes restaron a la especialidad a otros tantos médicos. Paralelo a esto, el sistema de medicina privada se desarrollaba con nuevos equipos y tecnologías, ofreciendo a los especialistas no sólo mejores y más seguras condiciones de trabajo, sino también un salario superior, para una carga de trabajo bastante inferior, provocando una migración de los escasos especialistas de los hospitales al sector privado.

Por esta y otras razones, los hospitales fueron blanco fácil de los juicios de "Mal Practice". La explicación, "que el paciente no resistió la anestesia", ya no era aceptada resignadamente por la familia. La anestesiología, al igual que la norteamericana, comenzó a convertirse en una especialidad de alto riesgo, a decir verdad, siempre lo fue, pero ahora el alto riesgo lo tenían el anestesiólogo y el hospital de ser enjuiciados frente a un resultado no esperado. Los hospitales fueron demandados por delegar una función médica en personal paramédico y por no disponer de la tecnología mínima para realizar el acto anestésico. En el caso de los anesthesiólogos, por cualquier muerte ocurrida durante el acto anestésico que no fuera esperada por la gravedad del caso.

Nuevamente frente a esta crisis en los hospitales estatales, se planteó la disyuntiva de si formar auxiliares y enfermeras o aumentar el número de especialistas médicos en formación. Las autorida-

des de salud de aquella época, si bien estuvieron inicialmente de acuerdo con la primera opción, no presentaron planes concretos para enfrentar esta crisis y dejaron la problemática en manos de los directores de los hospitales, los que poco o nada podían hacer, salvo exigir a los anesthesiólogos suministrar dos o tres anestésicos simultáneamente, ayudados por auxiliares paramédicos.

La interrupción de las funciones gremiales de las sociedades médicas en este período conspiró contra la participación de los anesthesiólogos en la búsqueda de soluciones a los problemas anestesiológicos nacionales.

Las universidades continuaron la formación de especialistas, pero a un ritmo que no se compade-cía con las necesidades de los hospitales; mientras la cirugía tuvo avances enormes en la variedad de procedimientos terapéuticos y en el número de pacientes tratados, la producción de especialistas en anestesia se mantuvo idéntica en la década de los ochenta.

En medio de este panorama, hubo pioneros que no se conformaron con la situación y que buscaron vías de solución. Entre ellos destacó un joven líder de la anestesiología, el Dr. Max Arriagada L., quien junto al Dr. Jaime Rianco habían organizado la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital J.J. Aguirre, la primera en Latinoamérica. Junto a otros docentes de la Universidad de Chile, como el Dr. Mario Folch, realizaron una gran labor docente, no sólo preparando a los especialistas en anestesia, sino preparando en las nociones básicas a muchísimos internos de medicina, que posteriormente fueron contratados por los hospitales en turnos como auxiliares técnicos y que progresivamente fueron desplazando a los antiguos auxiliares de anestesia. Autoexiliado por un breve período en Hamburgo, Alemania, vuelve a retomar su rol de anesthesiólogo como jefe del servicio de anestesia de la Asistencia Pública "Dr. Alejandro del Río", donde la carga asistencial había aumentado marcadamente.

Aun cuando se encontraba fuera de la Universidad, pero frente a los urgentes requerimientos de especialistas, el Dr. Arriagada aceptó capacitar a médicos que manifestaron su inclinación por la especialidad y que se comprometieron a trabajar en los hospitales públicos. Así se verá al Dr. Arriagada rodeado de sus alumnos, los llamados cariñosamente "los Enanos de Max".

En 1981 fallece súbitamente el Dr. Arriagada a los 48 años de edad, dejando inconclusos la mayor parte de sus proyectos, pero habiendo logrado el más importante: "sembrar el interés en la

anestesiología entre muchos jóvenes médicos". La nueva generación de ex alumnos y colegas de Max debimos afrontar la responsabilidad de continuar su labor.

A partir del año 1983, un grupo de especialistas establecimos un programa de formación de becados con sede en la Asistencia Pública; éstos realizan estadías formativas en los diferentes hospitales del SNSS, Clínicas Privadas (Hospital del Trabajador y Clínica Las Condes) y en algunos casos en hospitales argentinos por escasez de cupos en nuestro país. Serias críticas se le efectuaron a este programa, por no ser universitario y por dudarse de la calidad académica de él.

En búsqueda de mejorar el nivel de la anestesiología y de la formación, un grupo de anesthesiólogos establecimos contactos con el profesor Pierre Viars, Jefe de Anestesia y Reanimación del Hospital Pitié Sâlpêtrière de París, lo que concluyó con el establecimiento de un convenio de becas de un año para jóvenes anesthesiólogos chilenos. Así nació, en 1987, la Corporación de Estudios Profesionales Pedagógicos Anesthesiológicos (CEPPA), organismo que encausaría el intercambio con Francia, vigente hasta hoy día. Estas becas en Francia vendrán a reforzar la formación de estos especialistas y de muchos otros y disminuirá las críticas sobre la calidad académica de estos especialistas formados fuera de la universidad.

En 1990 se unen los jefes de anestesia de los hospitales San Juan de Dios, Salvador, San Borja Arriarán, Asistencia Pública y Sótero del Río, para ofrecer un programa único de formación anesthesiológica, patrocinado por el Ministerio de Salud. Esta iniciativa fue respaldada y encauzada por el Jefe de recursos humanos del Ministerio de Salud, Dr. Alfredo Jadresic, quien aceptó el compromiso de buscar soluciones, no sólo al problema de recursos humanos, sino a las urgentes necesidades de recursos tecnológicos.

Este mismo grupo, en 1991, presentó al Ministerio de Salud las necesidades de equipamientos más urgentes para la anestesiología, basado en un completo estudio, que demostraba que prácticamente todo el parque de máquinas de anestesia del país estaba absolutamente obsoleto y que la disponibilidad de monitores era mínima, por no mencionar las salas de recuperación, las que no disponían de otra cosa que aparatos de presión en la mayoría de los hospitales.

Así logramos, esos años, no sólo establecer un programa de formación de anesthesiólogos más coherente y sólido en lo académico, sino la renova-

ción de casi el 50% de las máquinas de anestesia. Cientos de monitores de ECG, oxímetros de pulso, aparatos de presión no invasivos y capnógrafos fueron adquiridos por el Ministerio de Salud para su distribución por todo el país. Este ha sido el esfuerzo más grande realizado en la historia de la anestesiología chilena.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud dispuso, con el objeto de asegurar el retorno de los especialistas a los lugares de destinación y evitar la concentración de ellos en Santiago, dar becas a las regiones, las cuales elegirían y enviarían a los médicos con un puesto de planta del hospital y la firma del compromiso de retorno a la región que los becó.

Después de la renuncia del Dr. Jadresic, la coordinación de este programa fue realizada por el Dr. Miguel Gasic, quien junto a nosotros presentó un completo plan que preveía la formación por diez años y que iría supliendo rápidamente las necesidades del país. La coordinación técnica del programa ministerial quedó centrada en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública "Dr. Alejandro del Río", con la participación activa de los Hospitales Salvador, Neurocirugía, Hospital del Tórax, Calvo Mackenna, San Juan de Dios y San Borja Arriarán.

Posteriormente, este programa fue reconocido oficialmente por la Sociedad de Anestesia, la que solicitó expresamente al Ministerio de Salud que detuviera la capacitación de médicos en otros hospitales que no estuvieran en este programa.

Muchos de estos becados realizaron estadías en Francia, efectuaron sus trabajos de ingreso a la Sociedad de Anestesia y rindieron su examen de CONACEM, cumpliendo así todos los requisitos legales y académicos exigidos a un especialista.

La anestesiología es hoy una especialidad médica, que ha elevado su nivel sustancialmente en los últimos 15 años y que permite a la cirugía realizar procedimientos, que sin la presencia de un especialista no podrían soñarse dada la alta complejidad del manejo de los pacientes. El anestesista efectúa hoy un complejo manejo de pacientes cardiopatas de alto riesgo, que hace algunos años estaban fuera del alcance quirúrgico, o que al ser intervenidos presentaban alta mortalidad. Situación similar ocurre con los pacientes portadores de insuficiencia respiratoria, renal, hepática, por mencionar algunos de los factores de riesgo. Para mantener baja la mortalidad, el anesthesiólogo sólo ha debido comprender la fisiología y la fisiopatología de estas enfermedades y manejar la amplia gama de terapéuticas disponibles.

A comienzos de los noventa, las Universidades de Chile y Católica también elevaron significativamente el número de becados anuales en formación, con lo cual la brecha se ha ido acortando rápidamente.

En la actualidad más de 70 becados de anestesia están en formación en todo Chile. El Ministerio de Salud dispone actualmente de más de 720.000 horas anuales anestesiológicas, distribuidas a lo largo de todo el país, las que les permiten efectuar cerca de un millón de intervenciones al año. Si bien es cierto que aún son necesarios más anestesiólogos, en especial en los servicios de urgencia, ya no se puede considerar esta especialidad en falencia, pues el contrato de más especialistas está limitado actualmente por la planta esquemática de los hospitales, fijada por ley de la República en el Senado y no por la formación de ellos.

Esta experiencia en las últimas tres décadas de la anestesiología deja algunas enseñanzas dignas de analizar:

Un importante problema con repercusiones en la salud pública, la falencia crítica de anestesiólogos, ha sido casi totalmente superado al complementar el trabajo de las universidades, con proyectos de los propios especialistas, los que en forma creativa han logrado suplir la urgente necesidad de anestesiólogos, demostrando la gran po-

tencialidad del recurso humano de los hospitales públicos.

Por un camino diferente al tradicional y no por ello menos respetable científicamente, se ha dotado a los hospitales de Chile de anestesiólogos, lo que permite actualmente a casi un millón de chilenos por año beneficiarse de las técnicas quirúrgicas.

La presencia del anestesiólogo ha abierto la oportunidad para que el Ministerio haya realizado las inversiones que llevan a una renovación tecnológica, la cual ha hecho a la técnica más eficiente y mucho más segura.

Se ha creado una puerta de intercambio científico internacional, que nos muestra cómo esta herramienta puede ayudar a resolver problemas sensibles de nuestra sociedad. Este intercambio no sólo ha beneficiado a la especialidad, sino que ha sentado las bases científicas para el desarrollo de proyectos como el SAMU, que hoy son una realidad en varias ciudades de Chile y que tienen y tendrán un fuerte impacto en la apreciación pública de la calidad de atención brindada por el Estado.

Se ha creado un proyecto, que ya no depende del quehacer de los pioneros, sino que se ha institucionalizado como un quehacer relevante del sector salud, a cuyos hospitales ha retornado la docencia y la academia.