



La terapia intensiva moderna: del heroísmo individual a la seguridad basada en sistemas

Modern intensive care: from individual heroism to system-based safety

Carlos Mauricio González Ponce*

La medicina crítica nació, en buena medida, de la necesidad. De la necesidad de sostener la vida cuando todos los demás márgenes terapéuticos parecían agotarse. En sus orígenes, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) fue concebida como el espacio donde el conocimiento, la vigilancia estrecha y la intervención oportuna podían modificar el destino de los pacientes más graves. Bajo esa lógica, el intensivista adquirió una figura casi heroica: el médico capaz de tomar decisiones bajo presión, interpretar variables complejas en tiempo real, intubar, canalizar, reanimar, titular vasopresores, ajustar ventiladores, contener el caos y asumir la responsabilidad final de la vida o la muerte.

Esa imagen, aunque comprensible, también puede ser peligrosa.

Durante años hemos formado especialistas altamente competentes, con entrenamiento en fisiología avanzada, ventilación mecánica, choque, neurocrítico, sepsis, nutrición, ultrasonido, terapia de reemplazo renal, ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea), investigación clínica y liderazgo hospitalario. Hemos enviado médicos a congresos, cursos, rotaciones nacionales e internacionales, diplomados y subespecialidades. Hemos construido currículos cada vez más robustos. Sin embargo, existe una pregunta incómoda que pocas veces formulamos con suficiente honestidad: ¿de qué sirve formar intensivistas cada vez más preparados si los hacemos regresar a unidades que funcionan con procesos frágiles, variabilidad asistencial, ausencia de estándares y dependencia excesiva del criterio individual?

La terapia intensiva moderna exige abandonar una premisa seductora pero insuficiente: que la calidad de una UCI depende principalmente del talento del intensivista. El talento importa, desde luego. La formación importa. La experiencia importa. Pero ninguna de ellas sustituye a un sistema seguro. Una unidad crítica no debe funcionar bien únicamente cuando está presente «el médico bueno», «el médico fuerte» o «el médico

que sí sabe». Una unidad crítica verdaderamente madura debe estar diseñada para que el paciente salga adelante incluso a pesar del intensivista.

Esta frase puede incomodar, pero debería convertirse en un principio rector de nuestra práctica: el paciente debe salir adelante a pesar del intensivista.

DEL PROTAGONISMO CLÍNICO A LA MADUREZ DEL SISTEMA

No significa disminuir el valor del especialista ni negar la responsabilidad médica. Significa reconocer que ningún individuo, por brillante que sea, puede compensar indefinidamente las fallas de un sistema mal diseñado. Significa aceptar que la seguridad del paciente no puede descansar en la memoria, el carácter, la intuición o la buena voluntad de una sola persona. Significa comprender que la excelencia en cuidados intensivos no se demuestra cuando un médico resuelve heroicamente lo que nadie más pudo prever, sino cuando la unidad entera está estructurada para anticipar, prevenir, detectar y corregir los errores antes de que dañen al paciente.

Uno de los grandes retos de la nueva generación es transitar de la soledad del intensivista que se cree bueno hacia la construcción de unidades donde cada eslabón sea parte real del desenlace del paciente. Esta transición no es sencilla. Implica ceder protagonismo, distribuir responsabilidad, estandarizar decisiones, medir resultados y aceptar auditoría. Implica pasar de una medicina centrada en «mi forma de manejar» a una medicina basada en protocolos, *bundles*, indicadores, sesiones multidisciplinarias, cultura de seguridad y mejora continua.

En muchas unidades, todavía se confunde liderazgo con control absoluto. Se piensa que liderar es decidir todo, corregir todo, centralizar todo y ser indispensable. Pero una UCI de alta complejidad no necesita líderes indispensables; necesita líderes capaces de construir sistemas confiables. El verdadero liderazgo en terapia intensiva no consiste en ser el centro operativo de la unidad, sino en formar equipos que funcionen con seguridad incluso cuando uno no está presente.

El intensivista moderno debe ser clínico, sí, pero también arquitecto de procesos. Debe dominar la fisiología, pero también la gestión del riesgo. Debe saber titular noradrenalina, pero también interpretar tasas de

* Christus Muguerza Hospital del Parque. Chihuahua, México.

neumonía asociada con ventilador, bacteriemia asociada a catéter, días ventilador, mortalidad ajustada, reingresos, estancia prolongada, delirium, movilización temprana, adecuación nutricional y cumplimiento de *bundles*. Debe poder discutir un caso complejo al pie de cama, pero también sentarse con enfermería, rehabilitación, nutrición, inhaloterapia, infectología, farmacia, calidad, enseñanza y dirección hospitalaria para rediseñar la forma en que se cuida a los pacientes.

La terapia intensiva ya no puede permitirse funcionar como una suma de esfuerzos aislados. Debe funcionar como un organismo clínico integrado.

LA UCI COMO EL LUGAR MÁS SEGURO DEL HOSPITAL

Paradójicamente, el área donde se concentran los pacientes más vulnerables no siempre es el área con los procesos más sólidos. La UCI debería ser el espacio más seguro del hospital: el lugar con el personal más capacitado, la vigilancia más estrecha, la tecnología más pertinente, los protocolos más claros, los indicadores más auditados y la respuesta más rápida ante la desviación clínica. No basta con tener monitores modernos, ventiladores avanzados o médicos con múltiples certificaciones. La tecnología sin procesos se vuelve ornamento. La capacitación sin estructura se diluye. El conocimiento sin indicadores se vuelve opinión.

Una UCI segura requiere estándares explícitos. Requiere paquetes de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud. Requiere listas de verificación para dispositivos invasivos. Requiere protocolos de sedación, analgesia, delirium, movilización temprana y retiro oportuno de ventilación mecánica. Requiere rondas multidisciplinarias reales, no ceremoniales. Requiere nutrición clínica integrada desde las primeras horas. Requiere rehabilitación temprana como parte del tratamiento, no como una intervención tardía cuando el paciente ya sobrevivió a costa de fragilidad. Requiere enseñanza estructurada para personal en formación. Requiere investigación clínica que transforme preguntas cotidianas en conocimiento local. Requiere indicadores que se midan, se entiendan, se discutan y se utilicen para corregir.

La seguridad no es un documento. Es una conducta colectiva repetida todos los días.

EL CÍRCULO VIRTUOSO DE LA ALTA COMPLEJIDAD

Una unidad crítica sólida no se construye únicamente comprando equipo ni contratando especialistas. Se construye cuando cada componente se articula en un círculo virtuoso: personal capacitado, procesos estandarizados, medición objetiva, discusión interdisciplina-

ria, mejora continua, educación, investigación y liderazgo clínico. Cada eslabón fortalece al siguiente.

Cuando enfermería conoce y aplica *bundles*, disminuyen complicaciones. Cuando inhaloterapia participa activamente en estrategias ventilatorias, se reducen eventos asociados al ventilador. Cuando nutrición clínica interviene temprano, se combate la deuda proteico-calórica y la pérdida muscular. Cuando rehabilitación entra a la UCI y no espera al egreso, se modifica el pronóstico funcional. Cuando farmacia clínica participa, se reducen interacciones, errores de dosificación y toxicidad. Cuando infectología y calidad trabajan con datos locales, se ajustan mejor las políticas antimicrobianas y las estrategias de prevención. Cuando los residentes aprenden dentro de un sistema ordenado, reproducen cultura de seguridad y no solo imitan estilos individuales. Cuando la dirección hospitalaria entiende que la UCI no es solo un centro de costo, sino un núcleo estratégico de calidad, prestigio, complejidad y confianza institucional, la inversión deja de ser gasto y se convierte en visión.

La alta complejidad no se decreta. Se construye. Y se construye con disciplina institucional.

LA INCOMODIDAD NECESARIA: MEDIR LO QUE HACEMOS

Un obstáculo frecuente para evolucionar hacia unidades más seguras es la resistencia a ser medidos. Muchos clínicos aceptamos la evaluación cuando confirma nuestra percepción de excelencia, pero la rechazamos cuando expone áreas de oportunidad. Sin embargo, una UCI que no mide sus resultados está condenada a vivir de impresiones. Y las impresiones, en medicina crítica, pueden ser profundamente engañosas.

La mortalidad aislada no basta. La estancia promedio no basta. El número de ingresos no basta. Debemos analizar gravedad, complejidad, días-paciente, días ventilador, infecciones asociadas, reintubaciones, eventos adversos, adecuación de antibióticos, tiempos de respuesta, cumplimiento de protocolos, egresos funcionales, reingresos y desenlaces centrados en el paciente. Debemos preguntarnos no solo si el paciente sobrevivió, sino en qué condiciones sobrevivió, con qué costo biológico, funcional, emocional y económico.

Medir no debe entenderse como persecución. Medir es una forma de respeto. Respeto al paciente, a la familia, al equipo y a la institución. La medición rigurosa permite abandonar la narrativa del «a mí me va bien» y sustituirla por una discusión adulta basada en datos. Permite identificar variabilidad injustificada, reconocer buenas prácticas, corregir procesos y construir aprendizaje colectivo.

La UCI que mide se vuelve humilde. Y una unidad humilde puede mejorar.

HACIA UNA NUEVA ÉTICA DEL INTENSIVISTA

La ética del intensivista no se limita a decidir cuándo intubar, cuándo adecuar el esfuerzo terapéutico o cómo comunicar un pronóstico sombrío. También existe una ética de la organización. Una ética de la estandarización. Una ética de no tolerar procesos inseguros porque «así se ha trabajado siempre». Una ética de dejar de romantizar el cansancio, la improvisación y el heroísmo.

Durante mucho tiempo hemos celebrado al médico que resuelve de madrugada, al que llega a salvar el caso, al que «saca adelante» al paciente contra todo pronóstico. Debemos seguir reconociendo la entrega, pero no podemos permitir que esa narrativa oculte fallas estructurales. Cuando un desenlace depende de que una persona excepcional esté presente en el momento exacto, no estamos ante un sistema de alta confiabilidad; estamos ante una vulnerabilidad afortunadamente compensada.

El intensivista del futuro no será el que más protagonismo acumule, sino el que más seguridad deje instalada. El que forme equipos. El que protocolice sin deshumanizar. El que mida sin castigar. El que enseñe sin humillar. El que invierta su autoridad no en imponer su estilo, sino en construir una cultura donde el paciente sea protegido por todos.

La pregunta central no debería ser: «¿qué tan bueno soy como intensivista?». La pregunta debería ser: «¿qué tan segura es la unidad cuando yo no estoy?».

CONCLUSIÓN: MENOS HEROÍSMO, MÁS SISTEMA

La terapia intensiva moderna necesita especialistas brillantes, pero necesita aún más sistemas confiables.

Necesita líderes clínicos, pero no caudillos. Necesita tecnología, pero subordinada a procesos. Necesita formación avanzada, pero traducida en cultura institucional. Necesita investigación, educación, rehabilitación, nutrición, enfermería especializada, protocolos, indicadores y trabajo multidisciplinario. Necesita abandonar la idea de que la excelencia depende del individuo extraordinario y abrazar la convicción de que la verdadera calidad se expresa cuando el sistema protege al paciente de la variabilidad humana.

El desafío es profundo porque toca el ego profesional. Nos obliga a dejar de pensar que somos el último muro entre la vida y la muerte, para aceptar que somos apenas una parte –importante, pero no suficiente– de una red mucho más grande. Y tal vez ahí radique la madurez más alta del intensivista: entender que su mayor legado no es ser indispensable, sino construir una unidad donde el paciente tenga más probabilidades de sobrevivir, recuperarse y volver a su vida, independientemente de quién esté de guardia.

Que el paciente salga adelante a pesar del intensivista no es una renuncia al liderazgo médico. Es la forma más elevada de ejercerlo.

Porque cuando una UCI funciona por sistema, el heroísmo deja de ser necesario. Y cuando el heroísmo deja de ser necesario, la seguridad del paciente finalmente empieza a ocupar el lugar que siempre debió tener: el centro de nuestra práctica.

Correspondencia:

Dr. Carlos Mauricio González Ponce

E-mail: carlosmauriciogonzalez@msn.com