

A través del tiempo

Madrid Jorreto, F.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Ntra. Sra. de Alarcos.

El médico suizo Paracelso, nacido en noviembre de 3 d.C. cerca de Zurich, decía: "El grado supremo de la Medicina es el Amor, que es lo que guía el Arte. Fuera de él, nadie puede ser llamado Médico".

La "Teoría de la Relatividad General" nos confirma que "Tiempo y Espacio" son elementos iguales. Tal vez por ello, la Medicina religioso-mitológica de Egipto, con Imhotep a la cabeza (2700 a.C.), comienza con lo que hoy podríamos llamar "Medicina Científica". Apoyado en el Dios Sanador "Thot", inicia el estudio y desarrollo de la anatomía y fisiología corporales. Une el Alma e inmortalidad con el cuerpo total de la persona. Por ello, se inicia el embalsamamiento, que permite la integridad "trascendental" del individuo. Milenios después, el filósofo Baruch Espinoza, portugués, nacido en noviembre de 1677, con su "Monismo", mantiene y defiende esa indivisibilidad alma-cuerpo, al igual que Imhotep.

Imhotep fue tres veces grande. Primero, como arquitecto, construyendo para el faraón Sotther la Mastaba Escalonada de Saqqara, segundo, como médico, cultivando la medicina cardiocentrista (Papiro de Smith, 1550 a.C.), que regía toda la medicina interna de la época y tercero, como astrónomo, ordenando los cinco planetas visibles: Saturno, Júpiter, Venus, Marte y Mercurio, así como la Tierra y el Sol.

Su herencia pasó a Grecia con Empédocles de Agrigento, del siglo V a.C., quien además de filósofo, definió los cuatro elementos que constituían la materia: Aire, Tierra, Agua y Fuego. Empédocles también fue médico e insistió en el uso de los cinco sentidos, incluida la lengua, para explorar y obtener los datos que nos permiten diagnosticar enfermedades. En la actualidad, este enfoque sería considerado una invasión de la intimidad personal. Sin embargo, deberíamos considerar otros dos sentidos: la Intercepción y la Propiocepción, la primera nos informa conscientemente del estado de nuestro cuerpo, facilitando nuestra felicidad, pesadumbre

o malestar, es un preámbulo del fin del "cerebrocentrismo" que evidencia cuánto debe el cerebro a la información ascendente enviada desde todas las partes del cuerpo. La medicina oriental, de forma empírica, nos adelantó al constatar que el cuerpo y el cerebro son una unidad indivisible. En la actualidad, la Neuropsicología cognitiva asume y defiende esta idea.

Hipócrates de Cos, nacido en el 490 a.C., recoge el consejo de Empédocles y amplía la exploración, centrándose principalmente en la observación del rostro y sus gestos. ¡Cuántos datos se pierden detrás de la pantalla del ordenador!

Fue el primero en descifrar los mensajes que se ocultan en la expresión facial, conocida como "facies hipocrática". Galeno de Pérgamo, nacido en el 129 d.C., continúa el legado de su cultura nativa, pero introduce una serie de conceptos filosóficos y anatómicos siguiendo a Platón, esto le permite anticiparse a William Harvey, nacido en 1578, en cuanto a por qué la sangre venosa es más oscura que la arterial, sin embargo, estaba equivocado al atribuirlo al contenido de la segunda digestión en el hígado, relacionado con el alma concupiscible, así como con el alma irascible (corazón) y el alma racional (cerebro).

Al final de la Edad Media, en la cultura islámica, figuras como Avicena y Averroes contribuyeron al reconocimiento del individuo, lo cual fue ampliamente promovido y proyectado durante el Renacimiento. En ese momento, comienza tímidamente la Medicina Experimental, y la persona, el antropocentrismo se convierte en el objetivo casi exclusivo del interés científico.

Descartes afirmaba que cuando el cerebro no está activo, se detiene y no consume energía. Sin embargo, desconocía que solo el 20% de su consumo se destina a esa función, el 80% restante se emplea en su funcionamiento inconsciente, la "energía oscura" del cerebro: la propiocepción. La propiocepción

constituye el séptimo sentido, cuya función, de manera inconsciente, es proporcionar información sobre la homeostasis corporal, regulada principalmente por el hipotálamo, así como sobre la postura de cada parte del cuerpo. La propiocepción mantiene el equilibrio y planifica los movimientos.

Creo firmemente que el desarrollo de la Medicina se debe al impulso de personas inquietas e insatisfechas con sus conocimientos. Estas personas buscaron desentrañar la ciencia que se ocultaba tras la fantasía, el miedo y los mitos. Fue una tarea ardua que tuvo que enfrentarse a innumerables tabúes, hábitos arraigados y creencias religiosas. Fue más que una simple adquisición de conocimiento. Siempre cito al Arzobispo de Milán, Carlo M. Martini, y su reflexión: "La Iglesia Católica, y en general los poderes establecidos, cuando se descubre algo nuevo y no lo comprenden completamente, emiten juicios de valor que crean problemas importantes de los que luego no saben cómo salir".

La Medicina Moderna y sus desarrollos son, sin duda, conocimientos que están presentes en la mente de cualquier persona medianamente culta. Por lo tanto, omitiré la breve introducción histórica y me adentraré en el núcleo de la reflexión.

La Residencia Nuestra Señora de Alarcos, conocida coloquialmente como Co-Residencia, fue un hospital provincial hasta 1974. No pretendo menospreciar la profesionalidad de su personal sanitario ni desvalorizar su fecha de fundación el 6 de junio de 1966.

La creación de la Seguridad Social fue un hito espléndido y, apelando a la Teoría de la Relatividad General, fue una celebración renacentista de la sanidad española, algo impensable, que catapultó a la Medicina Española a límites y metas sin precedentes. Se podría preguntar al Dr. Obregón, médico asistencial de la Maternidad Provincial de Madrid, Santa Cristina, quien elaboró un Estudio Prospectivo, con los datos de los últimos 50 años, proyectando el crecimiento y las necesidades. El análisis matemático fue impecable, al igual que sus conclusiones sin embargo, surge inesperadamente esta variable que desbarata todo el magnífico esfuerzo de sus previsiones, puesto que en la práctica y gestión médica, hay que contar con sorpresas imponderables que arruinan el trabajo de manera insidiosa e imprevisible.

¿Qué factores condicionaron positivamente el desarrollo de la Residencia Nuestra Señora de Alarcos? principalmente dos: la celebración de concursos-oposición para numerosas plazas asistenciales y la Transición Política, sin embargo, en honor a la verdad, su acreditación ya estaba lograda gracias al trabajo titánico y excelente del patólogo Dr. Gustavo Pérez Espejo, quien asumió el cargo de Jefe de Servicio años atrás. Investigando en los quirófanos y explorando los "cubos de desechos", elevó la calidad de la labor asistencial a niveles óptimos. No fue un titán, pero llevó sobre sus hombros todo el peso de la acreditación para un hospital moderno, fue un logro considerable, pero no suficiente. La tradición, la costumbre y la rutina envolvían su práctica diaria como un velo invisible, no existía una idea de gestión, ni estructuras adecuadas o eran precarias, no había guardias presenciales en ninguna especialidad, eran los médicos recién graduados, conocidos como "médicos de Guardia de Puerta", quienes recibían, clasificaban y atendían a los pacientes que acudían. Si tenían dudas o desconocían algo, tenían una lista de médicos del staff a quienes recurrir para obtener apoyo. Esto no era algo insignificante, ya que dependían mucho de la amabilidad y compromiso personal de estos médicos, a menudo, recibían reprimendas duras. Solo una especialidad tenía su propia atención de urgencias: Tocoginecología, sus médicos no contaban con el respaldo mencionado anteriormente. Casi todas las mujeres con aumento abdominal debido al embarazo eran dirigidas a este servicio, donde se las clasificaba y hospitalizaba o se las enviaba a las "Guardias de Puerta". También es cierto que las plantillas eran escasas, a veces ridículas y siempre insuficientes.

El Concurso-Oposición contribuyó tanto en número como en calidad de las personas que protagonizaron la transición de este hospital. Hubo numerosas jefaturas ocupadas por médicos con experiencia y calidad, tantas que sería preferible no destacar ninguna en particular para no dejar a nadie fuera involuntariamente, sin embargo, nuevamente nos encontrábamos sin un Servicio de Anatomía Patológica, el Dr. Pérez Espejo había obtenido la plaza de Jefe de Servicio en el Hospital 12 de Octubre a través de una oposición. Nos sentíamos desamparados y solos, sin embargo, la sonrisa y la tranquilidad nos fueron devueltas por

el Dr. Manuel Carbajo, quien, con los recursos del anterior servicio, estableció un servicio amplio, competente y eficiente.

Merece la pena resaltar las nuevas contribuciones en los Servicios Generales, como los laboratorios, que permitían solicitar análisis por unidades de diagnóstico y con isótopos radiactivo y también se mejoró el diagnóstico por imágenes con mayor agilidad en tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y ecografías, así como la facilitación de interconsultas entre especialidades. En Anestesiología, se incorporaron numerosos médicos, ya que anteriormente convivían con la enfermería y los anestesiólogos, si bien su profesionalidad era buena, su formación no era tan completa, aunque en la práctica eran suficientes. El Servicio de Quirófanos mejoró con estas incorporaciones, pero aún el personal complementario (enfermería y auxiliares) era escaso. En la mayoría de los casos, las intervenciones urgentes las realizaba el cirujano correspondiente, ayudado por una auxiliar de quirófano, la enfermería se encargaba de las tareas de instrumentista.

Paso a paso y día a día, se fue mejorando la gestión, las plantillas, las especialidades y los Servicios Generales. Y cómo no, un grupo de "iluminados" acordó voluntariamente realizar "Guardias de Presencia Física" en el Servicio de Tocoginecología. No nos llamaron precisamente "iluminados", después de un año de trabajo gratuito, se nos reconoció una recompensa económica. Esto no fue por casualidad, sino después de presentar un estudio analítico-estadístico que evidenciaba la mejora en la mortalidad y morbilidad perinatales. además, fue necesario ejercer cierta presión. A partir de ese momento, los servicios se fueron sumando a las "Guardias de Presencia Física" gradualmente. También se mejoró la estructura del Servicio de Urgencias. Estábamos casi siendo un hospital moderno, sin embargo, el paso definitivo llegó más tarde, hacia 1983, cuando se incorporó un Director Gerente, quien, por cierto, era abogado, y luego se encargó de planificar y organizar los Servicios Médicos en los Juegos Olímpicos de Barcelona en 1992.

La reestructuración y mejoramiento del hospital implicaron una planificación, documentación y evaluación de cada uno de los servicios médicos,

administrativos y servicios generales. Se realizaron estudios de cargas de trabajo por servicio y por persona, ocupación de quirófano, estancias hospitalarias y reorganización de consultas externas, así como sus estructuras de apoyo. Todo esto se hizo con el objetivo de humanizar y optimizar el trabajo diario, centrándose en el bienestar del paciente. Se implementaron listas de espera, citaciones telefónicas, archivos de historias clínicas y gestión, todas ellas consensuadas. No fue una tarea fácil, pero tampoco imposible. La gran mayoría de las personas aportaron disciplina, trabajo y compromiso, sin los cuales habría sido irrealizable, fue necesario dialogar, convencer, armonizar y pedir un mínimo de paciencia para que se pudieran ver los resultados.

Tres ejes principales fueron los pilares fundamentales del proyecto de reforma: el reordenamiento del Servicio de Historia Clínica, la reestructuración de las listas de consultas externas y quirúrgicas, y la optimización de los quirófanos. La reforma integral de un hospital no se limita a hacer cambios aquí y allá, sino a armonizar las estructuras de gestión en los pilares básicos. Se tomaron las cargas de trabajo por persona y día como unidad de medida cuantificadora. No se trató de imponer órdenes desde arriba, sino de consensuar qué se podía hacer en cada puesto de trabajo diario. Puede parecer algo fácil y lógico ahora, pero en ese momento representó un cambio significativo. La práctica médica era intocable, se consideraba casi sagrada, y la administración, aunque liderada por médicos, no tenía la capacidad ni la autoridad para cambiarla. Pocos comprendieron que se estaba creando un sistema de control que beneficiaba principalmente a los propios médicos. Antes, la cuantificación del rendimiento del trabajo era subjetiva, ahora se establecieron parámetros de cuantificación exactos y objetivos. ¿Qué más se podía pedir? La respuesta es nada más.

Hoy en día, concebir un hospital sin historias clínicas sería considerado como algo fuera de lo común. A cada paciente que ingresaba al Servicio de Urgencias se le abría una historia clínica, si no la tenía previamente. Esta historia clínica debía ser archivada en su lugar correspondiente en menos de 24-36 horas, en un listado numérico general y cronológico. Cuando se extraía la historia clínica por cualquier motivo, quedaba un registro

que indicaba la fecha y el servicio que lo había solicitado. Se reconoció la obligatoriedad imprescindible de tener la historia clínica presente en cada acto médico. El movimiento de historias clínicas era muy importante, no solo por las que se solicitaban para urgencias, hospitalización y consultas externas, sino también por el número similar de altas y devoluciones de las facilitadas para consultas del día anterior. No se contaba con personal específico para esto, por lo que fue necesario contratar personal temporalmente.

Entre los diferentes trabajadores del hospital, había personas de todas las clases: excelentes, comprometidos y también vividores. Estos "vividores" eran aquellos que archivaban las historias clínicas de acuerdo a su propia conveniencia, sin seguir ninguna correlación o criterio numérico. Se necesitó confianza y paciencia para ver los resultados de las medidas implementadas, pero la autoridad se ganaba con dichos resultados. Fue difícil predecir cómo reaccionarían los "vividores", pero se descubrieron con relativa facilidad, para ello se llevó a cabo un control riguroso y meticuloso.

Aquí surge una incongruencia: según los listados de los sindicatos, no se podía despedir ni contratar a nadie que no estuviera en su orden numérico correspondiente. Incluso a los comprometidos y excelentes les resultaba difícil extenderles el contrato. Este aspecto era débil, arriesgado y dudoso, pero indispensable. Se necesitaba engrasar la máquina con esfuerzo y urgencia, ¡y se logró! Una medida destacada y bastante llamativa era que toda historia clínica que volvía al archivo debía llevar un informe mecanografiado de su alta. El original se entregaba al paciente y la copia se quedaba en la historia clínica. Ninguna historia que no cumpliera con este requisito era archivada. Aunque no era fácil, tampoco era imposible. Hoy en día esto es habitual y lógico, pero en aquel entonces era una tarea ardua y estresante.

Otro desafío era la terminología especializada. Las secretarías debían transcribir los informes de alta. Había bajas por enfermedad o desequilibrio en el número de historias por especialidad. Por lo tanto, era imprescindible contar con un grupo de secretarías que dominaran varias áreas. No fue fácil pero alcanzable. El tiempo, la voluntad y

el compromiso permitieron conseguir las metas y hacer realidad los logros.

Se realizó un trabajo ingente en las citaciones de consultas externas. Antes, se realizaban de forma presencial, exclusivamente en una ventanilla, sin aceptar llamadas telefónicas. Se implementó lo contrario: casi todo se realizaba a través del teléfono. Fue necesario contar con varias líneas telefónicas dedicadas. Además, era imprescindible tener agendas de trabajo abiertas para cada servicio y sus subespecialidades, con un colchón de 4 a 6 meses. Se debían tener en cuenta los días festivos, las vacaciones, la asistencia a congresos y los imprevistos constantes que amenazaban con interrumpir el funcionamiento (la "Ley de Murphy").

Por supuesto, se permitía cancelar una consulta con una justificación válida, siempre y cuando se avisara al Servicio de Consultas con 3 días de anticipación. Las agendas de trabajo en consultas externas se consensuaron con un número acordado de primeras consultas y consultas sucesivas. Los tiempos variaban entre ambas, así como según la especialidad. A menudo, se producían roces, pero su solución pasaba por el diálogo, el respeto y la responsabilidad.

Los resultados terminaron agradando a todos; mientras tanto...lo habitual y previsible: "voces críticas y menos críticas" seguían su curso. A veces se podía circular con tranquilidad, pero otras veces surgían obstáculos. Era necesario levantarse y seguir adelante, aunque fuera difícil.

Lo mencionado anteriormente era un proceso largo, detallado y constante en términos numéricos. Otro aspecto en el que se requería versatilidad y rapidez eran las llamadas para las intervenciones quirúrgicas. En ese momento ya estábamos en la era de los teléfonos móviles, aunque al principio no todos contaban con este medio de comunicación. Se recurrió a la colaboración de la Guardia Urbana y la Guardia Civil. Ambas brindaron una notable ayuda, pero la colaboración de la segunda fue especialmente destacada. En general, las citaciones se gestionaban con tiempo y disciplina, pero la Ley de Murphy siempre estaba presente y hacía de las suyas. No había un solo día en el que no surgiera algún imprevisto. Por eso, como mencionaré más adelante, la optimización de los quirófanos era fundamental para no perder ni una oportunidad de

intervención. Aquí es donde la rapidez y la versatilidad entraban en juego. Era esencial contar con un suplente previamente avisado y con teléfono disponible. En cuestión de horas, este suplente debía estar disponible para ingresar, en caso de que fallara, se ofrecía la oportunidad a otros profesionales similares, y esto daba resultado, aunque nunca al 100%.

El control de estas listas quirúrgicas correspondía, como era lógico, a los jefes de servicio, bajo la supervisión del Servicio de Coordinación. Las esperas se redujeron, se volvieron ágiles y, sobre todo, eficientes. Algunas listas muy largas se redujeron en 2-3 semanas gracias a la imaginación y la homogeneidad. No fue una solución para todos, pero sí se logró cierta uniformidad con sus particularidades.

El camino no fue fácil ni triunfante, pero sí eficaz y constructivo. Al principio, pocos creían en ello, pero luego fueron muchos los que se sumaron. Al final, se alcanzó un nivel de aceptabilidad y reconocimiento cercano al 90%. Las enzimas que permitieron el metabolismo de este proceso fueron simples y claras: compromiso, respeto a lo pactado y mucho diálogo.

Para finalizar, y sin aburrir, abordemos la "Optimización de Quirófanos". Quizás no sea necesario describir desde dónde partíamos. Lo importante es mejorar y no quedarse estancados en costumbres o tradiciones. Se estableció un horario de inicio y finalización, este último sujeto a lo razonable y con la aprobación de Murphy. Aunque no siempre se lograba, estadísticamente fue aceptable. Se distinguieron claramente las intervenciones urgentes de las programadas. Se contaba con dos quirófanos independientes para emergencias generales y obstétricas, cada uno con su respectivo equipo: un anestesista asistido por personal de enfermería y, en algunas ocasiones, personal auxiliar.

Sin lugar a dudas, el personal de enfermería encargado de ser instrumentistas en los quirófanos estaba específicamente capacitado y, en la medida de lo posible, especializado en esa área. También

se contaba con personal auxiliar de enfermería para atender a dos quirófanos y proporcionar los medios e instrumentos necesarios.

Este mismo modelo se repetía en las intervenciones programadas, con la prioridad de contar con personal de enfermería que asistiera al anestesista. Si bien no era perfecto, se aproximaba a lo deseado.

Uno de los desafíos fue la valoración del tiempo necesario para cada tipo de intervención. En la mayoría de los casos, esta información era proporcionada por cada servicio. En aquellos casos en los que no se disponía de esa información, se realizó un análisis estadístico y analítico de los registros de quirófano que existían desde la apertura del hospital. En general, se logró una programación quirúrgica eficiente y precisa para cada especialidad. El esfuerzo realizado para garantizar el personal necesario en los quirófanos fue considerable. Las listas de espera quirúrgicas no debían aumentar, lo cual exigía un funcionamiento y programación quirúrgica muy meticulosa y contrastada.

No fue un camino fácil ni un paseo de rosas, todos tuvieron que trabajar arduamente y contribuir en gran medida. Puede sonar como una fábula o una noticia falsa, pero la realidad es que fue exactamente eso: una REALIDAD.

Al terminar de leer esta exposición-reflexión, puedes elegir entre dos enfoques. El primero es leerlo de manera puramente emocional e inconsciente, dejando que tu subcorteza se involucre, el segundo enfoque es permitir que tu lóbulo frontal participe, teniendo una lectura emocional pero más racional, la elección es tuya, ¡por supuesto!

Con el paso del tiempo y el espacio, nos adentramos en la medicina moderna. Con determinación, compromiso y sin magia, surge el Hospital Provincial Universitario de Ciudad Real. Es un nuevo y espléndido ciclo donde se conjuran todas las hadas para brindar alegría y esperanza a cualquier profesional sanitario. La historia seguirá su curso inevitable, y depende de nosotros qué metas alcanzaremos. ¡Atrévete a pensar, sapere aude!