



DEL SAN JUAN DE DIOS AL PABLO ARTURO SUÁREZ

HISTORIA, EVOLUCIÓN Y UNA ASIGNATURA PENDIENTE
LA CREACIÓN DE LA TERAPIA INTENSIVA



www.cidepro.org

Jorge Luis Vélez Páez
Mario Patricio Montalvo Villagómez
Fernando Esteban Jara González
Santiago Xavier Aguayo Moscoso
Wendy Milagros Tercero Martínez
Lenin Stalin Saltos Íñiguez

Jorge Luis Vélez Páez
Mario Patricio Montalvo Villagómez
Fernando Esteban Jara González
Santiago Xavier Aguayo Moscoso
Wendy Milagros Tercero Martínez
Lenin Stalin Saltos Íñiguez

DEL SAN JUAN DE DIOS AL PABLO ARTURO SUÁREZ
HISTORIA, EVOLUCIÓN
Y UNA ASIGNATURA PENDIENTE
LA CREACIÓN DE LA TERAPIA INTENSIVA

FROM SAN JUAN DE DIOS TO PABLO ARTURO SUÁREZ
HISTORY, EVOLUTION
AND A PENDING SUBJECT
THE CREATION OF INTENSIVE THERAPY

Jorge Luis Vélez Páez
Mario Patricio Montalvo Villagómez
Fernando Esteban Jara González
Santiago Xavier Aguayo Moscoso
Wendy Milagros Tercero Martínez
Lenin Stalin Saltos Íñiguez

Del San Juan de Dios al Pablo Arturo Suárez
Historia, evolución
y una asignatura pendiente
La creación de la terapia intensiva

From San Juan de Dios to Pablo Arturo Suárez
History, evolution
and a pending subject
the creation of intensive therapy



Autores:

Jorge Luis Vélez Páez
Universidad Central del Ecuador
Instituto Superior de Posgrado

Hospital Pablo Arturo Suárez
Unidad de Cuidados Intensivos
 <https://orcid.org/0000-0002-6956-4475>

Fernando Esteban Jara González
Hospital Pablo Arturo Suárez
Unidad de Cuidados Intensivos
 <https://orcid.org/0000-0003-2132-7187>

Wendy Milagros Tercero Martínez
Hospital Pablo Arturo Suárez
Unidad de Cuidados Intensivos
 <https://orcid.org/0000-0002-5207-7611>

Mario Patricio Montalvo Villagómez
Universidad Central del Ecuador
Instituto Superior de Posgrado

Hospital Pablo Arturo Suárez
Unidad de Cuidados Intensivos
 <https://orcid.org/0000-0003-2987-7095>

Santiago Xavier Aguayo Moscoso
Hospital Pablo Arturo Suárez
Unidad de Cuidados Intensivos
 <https://orcid.org/0000-0003-4919-5497>

Lenin Stalin Saltos Íñiguez
Universidad Central del Ecuador
Instituto Superior de Posgrado
Hospital Pablo Arturo Suárez
Unidad de Cuidados Intensivos

Advertencia: Está prohibido, bajo las sanciones penales vigentes que ninguna parte de este libro puede ser reproducida, grabada en sistemas de almacenamiento o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro sin autorización previa y por escrito del Centro Integral de Preparación para el Parto Mi Bebé.



Primera Edición, noviembre 2019

*Del San Juan de Dios al Pablo Arturo Suárez
Historia, evolución y una asignatura pendiente
La creación de la terapia intensiva*

ISBN: 978-9942-823-13-7 (eBook)

ISSN: 2600-5719 (electronic)

<https://doi.org/10.29018/978-9942-823-13-7>

Editado por:

Centro de Investigación y Desarrollo Profesional

© **CIDEPRO Editorial 2019**

Babahoyo, Ecuador

Móvil - (WhatsApp): (+593) 9 8 52-92-824

www.cidepro.org

E-mail: editorial@cidepro.org

Este texto ha sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos con base en la normativa editorial de CIDEPRO.

Diseño y diagramación:

CIDEPRO Editorial

Diseño, montaje y producción editorial:

CIDEPRO Editorial

Hecho en Ecuador

Made in Ecuador

ÍNDICE

PREFACIO	X
----------------	---

CAPÍTULO 1

VIDA Y LEGADO DEL DR. PABLO ARTURO SUÁREZ

A LA MEDICINA ECUATORIANA.....	14
Resumen.....	14
Introducción	14
Sobre la vida y estudios de Pablo Arturo Suárez	15
La docencia universitaria y producción científica	18
Cargos ocupados y funciones distinguidas	22
El nacimiento del Colegio Médico	24
La ideología indigenista de Pablo Arturo Suárez.....	24
El Centenario de su nacimiento	27
La escuela que lleva su nombre	28
Sus últimos días	29
Conclusión	30
Referencias Bibliográficas	32

CAPÍTULO 2

DEL SAN JUAN DE DIOS AL PABLO ARTURO SUÁREZ...	35
Resumen.....	35
Introducción	36
Hospital San Juan de Dios	37
Agradecimientos	69
Referencias Bibliográficas	69

CAPÍTULO 3

DE CRIMEA A ECUADOR. CRONOLOGÍA DE UN HITO, EL NACIMIENTO DE LA TERAPIA INTENSIVA Y EL ARRIBO A NUESTRA TIERRA.....	74
Resumen.....	74
Nacimiento, hitos y evolución de la terapia intensiva en el mundo.....	74
La terapia intensiva en Ecuador.....	80
Referencias Bibliográficas	89

CAPÍTULO 4

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ.....	92
Resumen.....	92
La Terapia Intensiva HPAS.....	92
Referencias Bibliográficas	100

CAPÍTULO 5

REFLEXIÓN HISTÓRICA Y BIOÉTICA SOBRE INVESTIGACIÓN EN PACIENTES.....	101
CRÍTICAMENTE ENFERMOS.....	101
Introducción	103
Desarrollo.....	104
Conclusiones.....	111

Referencias Bibliográficas	112
ACERCA DE LOS AUTORES	113

PREFACIO

Como médico y como ex funcionario del Hospital Pablo Arturo Suárez, con profunda satisfacción, he leído las páginas del libro conmemorativo del décimo aniversario de creación de la Unidad de Cuidados Intensivos del querido y recordado hospital.

La historia institucional se la fragua en el diario vivir, mediante la lucha permanente en la búsqueda de los objetivos planteados, con la mística con la que se cumple el compromiso adquirido, permitiendo, de esta manera, que las instituciones y la actividad de quienes la conforman sea beneficiosa para la sociedad.

Los hechos contemporáneos deben ser escritos por quienes las ejecutan, su impronta debe quedar impresa para que las generaciones venideras juzguen sus bondades sin pasión alguna, con frialdad, con imparcialidad y con la lucidez que da el paso de la historia. Por ello, considero un acierto de quienes formaron y forman parte de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pablo Arturo Suárez haber decidido publicar un libro histórico que narre el cuándo, el cómo y el porqué de la creación de la terapia intensiva del hospital.

En sus páginas, con floridas y efusivas palabras, sus autores relatan el pasado institucional que se remonta a las primeras décadas de la colonia cuando nace como Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, que siglos después se lo conocerá como Hospital San Juan de Dios. En 1958 se crea un Sanatorio en el norte de la ciudad con

la finalidad de brindar un tratamiento integral al paciente tuberculoso, dicho establecimiento de salud llevó el nombre de Pablo Arturo Suárez en homenaje a tan emérito médico ambateño, propulsor en el país, junto a Alfredo Valenzuela en Guayaquil, de la lucha anti tuberculosa.

A través de sus páginas, gracias a una sucinta pero rica información, descubrimos la vida ejemplar y el legado histórico para la salud y la educación médica ecuatoriana dejados por el Dr. Pablo Arturo Suárez Varela, así como su inmortal labor plasmada hasta lograr la creación de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA), cuyo Sanatorio junto al Hospital San Juan de Dios fueron los antecesores inmediatos del que a partir de diciembre de 1974 constituyó el Hospital General Provincial Pablo Arturo Suárez.

Es llena de encomio la reflexión sobre los principios bioéticos del médico frente al paciente crítico, su aplicación en la rigurosa investigación científica y la importancia del Comité de Bioética en el accionar diario de las instituciones de salud.

Los autores hacen un recuento muy interesante del desarrollo de la terapia intensiva en Europa, en América, en el Ecuador y más específicamente en Quito y en el Hospital Pablo Arturo Suárez. Relatan sus ilusiones, congojas y dificultades, la lucha que nunca desmayó hasta conseguir su objetivo y hacer de su Unidad de Cuidados Intensivos un modelo de Terapia Intensiva que, además, ostenta todo el valor académico e intelectual, integridad moral y ética para perdurar en el tiempo.

El testimonio de los médicos que, en diferentes circunstancias, laboraron en esta Unidad de Terapia Intensiva, hablan por sí solos del nivel científico, formativo y, ante todo, humanístico con el que se ejerce la medicina en este Servicio Médico, que les permitió gravar en su recuerdo una estela, imperecedera, facilitando y permitiéndoles ejercer con éxito la profesión médica en importantes países a lo largo y ancho del mundo, dejando, así, muy en alto el nombre de la medicina ecuatoriana.

El trabajo presentado por los autores se encuentra enriquecido con importante material gráfico respaldado en documentos históricos, fotos y retratos de archivos institucionales y familiares.

Como producto intangible y material de su vivencia médica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pablo Arturo Suárez, se publican cuatro libros entre los años 2017 y 2019.

Expreso, una vez más, mis felicitaciones por la brillante labor médica desplegada por todos ustedes en beneficio del doliente que, ansioso de salud, acude en busca de vuestra ayuda en el Hospital General Pablo Arturo Suárez y aspiro, muy seguro de ello, que la estela victoriosa que acompañe vuestro vivir y labor médica nunca tenga ocaso.

Dr. Hernán Ramírez Molina

*Vida y legado
del Dr. Pablo Arturo Suárez
a la Medicina Ecuatoriana*

Capítulo 1

VIDA Y LEGADO DEL DR. PABLO ARTURO SUÁREZ A LA MEDICINA ECUATORIANA

Dr. Jorge Luis Vélez

Resumen

El Dr. Pablo Arturo Suárez Varela (1888–1945), fue un distinguido médico ecuatoriano. Se graduó en la Universidad Central en 1913 y vivió varios años en Europa, donde concentró sus estudios en los campos de radiología, higiene, fisioterapia y fisiología. En 1919 fue el primer médico que ofreció los servicios de rayos X y fisioterapia en la ciudad de Quito. Se destacó en la docencia universitaria y como pionero en la investigación y publicación científica, en diversos campos de la salud pública. Contribuyó para la fundación de la “Liga Antituberculosa Ecuatoriana” y el Centro de Estudios de la Tuberculosis, favoreciendo la preparación de las primeras vacunas de B.C.G. en el país. Representó al país a nivel internacional, ocupó varios cargos públicos y fue decano de la Facultad de Medicina. Además, fue un pionero en la medicina social y precursor del pensamiento gremial médico.

Introducción

En la ciudad de Quito, ubicado en la avenida Machala y Ángel Ludeña, se encuentra el Hospital Provincial General “Pablo Arturo Suárez”, perteneciente al sistema de salud pública. Este centro sanitario lleva el nombre de un distinguido y excelso ecuatoriano, que se destacó

profesionalmente como médico y catedrático, siendo responsable de valiosas contribuciones en el campo de la salud pública y en el desarrollo de actividades gremiales médicas; además, fue un defensor de las necesidades indígenas e incursionó en la política como diputado provincial.

A pesar de todas sus cualidades personales y aportes a la medicina ecuatoriana, muchas generaciones de médicos desconocen sobre las mismas. Este manuscrito tiene como finalidad exponer los principales aspectos sobre la vida y legado del Dr. Pablo Arturo Suárez Varela, como un justo homenaje a su persona.

Sobre la vida y estudios de Pablo Arturo Suárez



Dr. Pablo Arturo Suárez Varela (1888-1945)

Retrato ubicado en el auditorio del Hospital Provincial General “Pablo Arturo Suárez”

Pablo Arturo Suárez Varela nació el 31 de enero de 1888, en la hacienda San Vicente situada a la salida de la ciudad de Baños (provincia de Tungurahua). Sus padres fueron don Pablo Arturo Suárez Salvador y doña Mercedes Varela Borja, naturales de las ciudades de Ambato y Patate, respectivamente. Fue hijo único y quedó prematuramente huérfano de padre. Su madre, con la finalidad de formar su carácter y disciplinarlo, determinó que a la edad de cinco años ingresara a estudiar interno en la escuela de Pelileo. Esto era algo raro en la época, ya que en ese entonces había que transitar a pie o a caballo por senderos escabrosos, precipicios y despeñaderos; y, al llegar a Pelileo, los caminos se trocaban polvorientos por la ruta de lo que sería el ferrocarril al Curaray.

En 1900 ingresó al Seminario Menor de Quito, pero como no tenía ninguna vocación religiosa, luego de un año fue cambiado al Colegio San Gabriel, aquí fue testigo del “Milagro de la Dolorosa” cuando ésta lloró ante los alumnos; se graduó de bachiller en el año 1906, luego de rendir pruebas orales magníficas. Entonces ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad Central, donde se distinguió por sus dotes de observación científica y su consagración al trabajo. En 1913 recibió su título de médico y viajó a Francia, gracias a los ahorros de su madre.

Residió en París y también en Lyon. Durante 1914 trabajó en un sanatorio de Lausana en Suiza, desenvolviéndose con facilidad,

ya que hablaba inglés y francés. En 1915 residió en Barcelona y luego, en los años 1916 y 1917 vivió en Berlín, especializándose en electrocardiología, higiene, fisioterapia y fisiología, asignaturas que para la época se consideraban totalmente novedosas en Ecuador. En uno de los institutos de Fisioterapia obtuvo diplomas especiales, que acreditaron en el doctor Suárez, su decidida consagración a la ciencia. En Suiza, en pleno fragor de la primera guerra mundial, fue nombrado médico de la población rural de Grandson, donde permaneció varios meses.

A finales de 1917 regresó a la ciudad de Quito, trayendo consigo una buena parte de un equipo de rayos X. En febrero de 1918 contrajo matrimonio con Agripina Chacón Quirola, originaria de Ambato, con quien tendría un matrimonio feliz y con numerosos hijos. Con ella viajó nuevamente a Europa, donde profundizó sus estudios anteriores y en Berlín hizo construir en la célebre compañía “Siemens”, su propio equipo radiológico. Luego de eso volvió al Ecuador y en 1919, en una casa diagonal al Convento del Carmen Bajo, la cual había adquirido utilizando el dinero de una herencia, instaló su consulta privada, dotada de un gabinete de rayos X para radiografías y de fisioterapia para la rehabilitación de fracturas, hemiplejías y parálisis, llegando a ser el primer médico que ofreció esta clase de servicios en la capital del país.



Fotografía del viaje de Pablo Arturo Suárez a Argentina en 1939

Aparecen de izquierda a derecha: Juan Suárez (hijo), Carlos Morales (diplomático ecuatoriano que recibió a la familia en Buenos Aires), Agripina Chacón de Suárez (esposa) y Manón Suárez (hija).

Fuente: Blog personal de Mario Vásconez (2013), nieto de Pablo Arturo Suárez V.

La docencia universitaria y producción científica

En 1919, la Facultad de Medicina entregó al Dr. Pablo Arturo Suárez, las cátedras de Higiene, Histología y Electroradiología. Dictaba sus clases por las mañanas, luego atendía a su clientela y por las tardes asistía al Hospital Eugenio Espejo. La cátedra de Higiene y Tisiología fue mantenida por el Dr. Suárez hasta 1943, tiempo durante el cual se realizaron investigaciones en Medicina Social, Nutrición, Tuberculosis y diversos problemas de la Salud Pública. En años posteriores, estas cátedras fueron pasadas a quienes fueron sus ayudantes: Dr. Manuel Villacís y Dr. Jaime Ricaurte Enríquez.

En 1920 salió su artículo “La higiene en nuestras escuelas”, en la Revista

del Centro de Estudiantes; y, a partir de entonces, durante los siguientes años se dedicó a publicar de forma regular, obras científicas de distinta extensión, entre las cuales se puede mencionar: “Investigaciones histológicas. La UTA en el Ecuador” (1923); “El alcoholismo y sus complicaciones” (1923); Informe a la Facultad de Medicina sobre “un caso de Meningitis cerebro espinal” (1924), observado por primera vez en Quito; “Histología patológica en disenterías crónicas” (1925); “La enfermedad azul. Contribución a su estudio” (1926), documento basado en sus trabajos sobre el tema en los habitantes indígenas del valle de Los Chillos.

Su publicación “Memorias de Viaje” (1926), fue producto derivado de su viaje a Washington por motivo de la I Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad Pública, a la cual fue invitado. Luego comunicó su informe sobre “Bubónica o Peste Negra y su transmisor la pulga Cheopis” (1926), en los Anales de la Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas, junto a otro informe sobre su participación en la reunión de Washington.

A las anteriores, les siguieron “Un caso de neuritis del trigémino y motor ocular externo” (1927); “Contribución a la práctica del control electrocardiológico” (1931); y, “Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas del Ecuador” (1934), un interesante trabajo en la línea de la medicina social en nuestro país.

En 1935 se destaca su publicación “Contribución al estudio del problema, la tuberculosis en el Ecuador”, texto hecho en la imprenta de la Universidad Central del Ecuador y donde Suárez se resalta como salubrista interesado en combatir a la llamada peste blanca. Desde entonces comenzó a cartearse con el Dr. Alfredo Valenzuela Valverde de Guayaquil y juntos emprendieron una campaña nacional para recaudar fondos en el Congreso y fundar la “Liga Antituberculosa Ecuatoriana” (LEA).

Su profundo interés en la radiología lo llevó a editar durante 1936 los “Archivos de Electroradiología” en la Facultad de Medicina; y, en 1938 publicó su obra “Contribución a la práctica del control electroradiológico de las enfermedades medulares y encefálicas”. En esa misma época creó el Centro de Estudios de la Tuberculosis y el primer Dispensario que tuvo Quito para los enfermos que deambulaban con grave peligro para el resto de la población. En dicho centro se prepararon las primeras emulsiones de la vacuna B.C.G. y se realizaron las primeras vacunaciones que registró el país, aunque las técnicas empleadas en la preparación de la vacuna eran ya obsoletas en otras partes del mundo.

En 1939 viajó acompañado por su familia, a la “Tercera Conferencia Internacional de la alimentación en Buenos Aires”, donde participó como delegado del Ecuador. Fruto de esta travesía por el sur del continente, fue su libro titulado “A través de Argentina y Chile – Breves

Notas y Comentarios”, publicado en 1940 por el Comité Intelectual Ecuatoriano-Argentino en la imprenta de la Universidad Central del Ecuador.



**Portada del libro “A través de Argentina y Chile-
Breves Notas y Comentarios”.**

Obra del Dr. Pablo Arturo Suárez, publicada en 1940.

Fuente: Blog personal de Mario Vásconez (2013), nieto de Pablo Arturo Suárez V.

A partir de entonces, el Dr. Suárez se motivó hacia los nuevos problemas médicos que estaban relacionados con los alimentos y sus consecuencias. Entre 1941 y 1943 trabajó en la “Nutrición de los indios de Otavalo”. En 1942 salieron sus “Lecciones de higiene, El ambiente físico individual”, en los anales de la Universidad Central, obra que dedicó a sus alumnos y que pensó completar con una segunda parte, sin lograr hacerlo debido a que sufrió una hemorragia cerebral que le dejó hemipléjico y le dificultó desde entonces el habla.

A más de publicar obras científicas, Pablo Arturo Suárez tuvo un importante papel en la crítica al periodismo de la época, particularmente con escritos en la columna del diario El Comercio, una actividad editorialista cuyo legado fue heredado por otros médicos de renombre en el país, tales como los doctores Plutarco Naranjo y Rodrigo Fierro Benítez.

Cargos ocupados y funciones distinguidas

A lo largo de su vida Pablo Arturo Suárez cumplió varios cargos. Así, en 1926 su amigo y colega, el Dr. Isidro Ayora, estando en el poder del Estado, le designó Director General de Sanidad. En 1928 fue miembro de la Junta de Asistencia Pública de Quito y miembro activo de la Cruz Roja de Quito, tiempo durante el cual adquirió con la ayuda del Gobierno un inmueble para que sirva de sede de dicha entidad, lo cual le significó posteriormente recibir la “Medalla al Mérito Institucional”.

En 1929 fue electo diputado por Tungurahua y concurrió a la Asamblea

Nacional Constituyente donde formó parte del elemento liberal-socialista, siendo también miembro del Consejo de Estado por algunos meses. En 1931 fue designado Decano de la Facultad de Medicina y en 1932 fue elevado al Rectorado de la Universidad Central. En 1935 fue llamado a ocupar una vocalía en la Junta de Asistencia Pública. A fin de obtener recursos creó el Laboratorio ICAP para producir medicamentos y realizar análisis en el Hospital Espejo.

Tiempo después, los médicos italianos Ottolengui, Di Capua, Mungia, venidos al país por temor a una persecución antisemita de Mussolini, compraron dicho laboratorio con la expresa condición de que la asistencia pública siguiera con algunas acciones y así fue como surgió la empresa farmacéutica “LIFE”, con el ideal de producir medicinas de consumo popular y bajo costo.

En 1937, durante la dictadura del Ing. Federico Páez, fue nombrado para organizar el nuevo Instituto Nacional de Previsión Social, la Caja del Seguro y sus Servicios Médicos, siendo el primer director de su Departamento Médico. En 1938 fundó el Centro de Estudios sobre Tuberculosis, dirigiéndolo hasta 1944.

Fue delegado del país para la Tercera Conferencia de Alimentación realizada en Buenos Aires en 1939 y la Conferencia de la UNRRA llevada a cabo en Atlantic City en 1943. Además, fue miembro de la Sociedad Radiológica de Chicago, la Sociedad de Radiología

de la Habana, colaborador epidemiológico de la Oficina Sanitaria Panamericana, miembro de la Asociación Médica de Buenos Aires, miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires; y, miembro del Instituto Indigenista de México.

El nacimiento del Colegio Médico

Pablo Arturo Suárez realizó una reunión en su domicilio con jóvenes médicos capitalinos en 1921, con la finalidad de que se activen en el campo gremial, para enfrentar los problemas médico sociales y encontrar una solución a los mismos.

Posteriormente, en 1928 y 1933, se formaría el Sindicato Médico de Quito y la Asociación Médica de Quito, respectivamente. Finalmente, el 25 de mayo de 1965, se fundó el Colegio Médico de Pichincha, siendo su primer presidente el Dr. Pablo Dávalos Dillon. Es por estos antecedentes, que el Dr. Pablo Arturo Suárez puede considerarse como el mentor gremial de la medicina ecuatoriana.

La ideología indigenista de Pablo Arturo Suárez

Luego de sus años de formación en Europa, y con los conocimientos adquiridos en la especialización de Higiene, el Dr. Suárez escribió dos ensayos sobre la situación de los indígenas en el país. En el primero, titulado “Contribución al estudio de la alimentación y nutrición del indio de Otavalo”, se hace un enfoque epidemiológico sobre los determinantes que condicionan enfermedades en esta zona, identificando causas nutricionales (desnutrición), socio-económicas

(pobreza), ambientales (casas de mala calidad que no aíslan del frío, humedad, ausencia de salubridad) y culturales. En este manuscrito, Suárez escribió sobre los indígenas: “No logran superarse en términos económicos, porque son ociosos”; fundamentando su punto de vista en que los indígenas solamente trabajaban de tres a cinco horas al día, y que el resto del tiempo preferían pasar acostados, descansando o embriagándose. En sus conclusiones, propuso proyectos a la municipalidad sobre mejoras nutricionales, habitabilidad y de sanidad adecuadas, así como de acción comunitaria para promover mejoras económicas; es decir, hizo énfasis en la importancia de mejorar el nivel de vida del indígena.

En su otro ensayo, “Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas del Ecuador”, Suárez clasificó al indígena en tres estratos: A) El indígena jornalero, que vive en campos comunes y haciendas; en este estrato fue puntual en hablar sobre lo precario de sus viviendas y prácticas higiénicas, indicando que convivían con animales, especialmente cobayos (cuyes). Enfatizó que en una campaña en contra de la peste negra, hizo construir viviendas para animales fuera de las casas humanas, sin embargo al finalizar la campaña, se enteró que los animales fueron nuevamente llevados a la convivencia humana, llegando a decir: “El campesino está fuertemente ligado a las tradiciones; es el enemigo de toda reforma que le haga cambiar de costumbres”. Habló también del tipo de vestimenta,

alimentación, cultura y temperamento del indígena. En estos aspectos Suárez encontró notables deficiencias: la ropa no era la suficiente para abrigar, el alimento era escaso, en la cultura habló de un indígena con inferioridad espiritual, e incluso dijo que no conocían el placer. B) El indígena agricultor libre de terratenientes, para el cual indicó que ese estrato tenía una vida algo mejor que las otras clases. Sin embargo, no estaba exento de enfermedades, malformaciones congénitas y condiciones sanitarias inadecuadas. C) Clase manufacturera, la cual describió como la más precaria y desatendida.

Con lo escrito vemos que el Dr. Pablo Arturo Suárez, fue un indigenista que intentó mejorar las condiciones de vida de la clase indígena. Sin embargo, para muchos utilizó términos despectivos en cuanto a su forma de vida, cosmovisión y cultura, lo cual reforzaría el racismo histórico hacia esa población. No menos polémico fue la publicación que hizo de fotografías de indígenas adultos y niños, sin aparente protección de identidad, con el fin de documentar gráficamente uno de los males prevalentes en ese tiempo: el bocio; indicando que era una patología hereditaria, determinando la tasa de mortalidad de ésta entidad nosológica en niños indígenas y no indígenas, comparando la mortalidad local con sus pares regionales (Brasil y Argentina) y con países europeos, concluyendo que nuestro país sufría una de las mortalidades más elevadas por causa de esta patología.

En cuanto a la natalidad y maternidad en el pueblo indígena,

identificó dos problemas fundamentales: 1) Abortos involuntarios alarmantemente altos, con aparente apatía e incluso tranquilidad por los mismos en las mujeres que los padecían. 2) Vejez femenina prematura, a decir de Suárez inducida por la multiparidad, aunque sin tener en cuenta otros factores causales más probables como exposición al sol sin protección, vida y alimentación precaria, etc.

Finalmente, propuso una serie de proyectos como la creación del comedor comunitario, indicando que debía tener normas de sanidad; la ley de salario mínimo, que regularía el salario del campesino permitiéndole tener una mejor calidad de vida; el de la educación, en el que propuso el cambio en el sistema de enseñanza al indígena; y, se tiene la visión drástica, dijo que sólo se podría “salvar” de la ignorancia y malas costumbres a las nuevas generaciones, pues era imposible tratar de cambiar las costumbres en los indígenas adultos.

El Centenario de su nacimiento

Los Correos del Ecuador emitieron un sello postal conmemorativo por el centenario del nacimiento de Pablo Arturo Suárez (1890-1990), el cual fue impreso por el Instituto Geográfico Militar desde 1991 a 1996, con un costo de 70 sucres. Ejemplares de esta pieza filatélica, actualmente se encuentran de venta en línea, a un costo de 15 dólares americanos cada ejemplar.



**Timbre postal conmemorativo por el centenario
del Dr. Pablo Arturo Suárez**

Fuente: Correos del Ecuador

La escuela que lleva su nombre

En septiembre de 1945, siendo Enrique Fierro el Director Provincial de Tungurahua, se decretó la creación de una escuela de niñas en Baños, realizándose una consulta popular para definir el nombre que esta tendría. Los viejos moradores acordaron que se la denominara “Pablo Arturo Suárez”, en honor al científico e eminente educador. Esta escuela fue inaugurada en diciembre del mismo año, con 15 alumnas, en presencia del Director de Educación Carlos González (sobrino nieto de Juan Montalvo).

En enero de 1989, con motivo del centenario del nacimiento del patrono de la escuela, se realizó una semana de festejos educacionales,

presidiendo el acto el Ing. Juan Suárez Chacón, hijo del Dr. Pablo Arturo Suárez, quien relató anécdotas de su padre, narrando el gran cariño que tuvo a su tierra natal y al Santuario; además, ese día se hizo la entrega de una fotografía y se cantó por primera vez el himno de la institución. Esta Escuela de Educación Básica, es actualmente una de las más importantes en la ciudad de Baños.



**Escudo de la Escuela de Educación Básica Pablo Arturo Suárez,
en la ciudad de Baños de Agua Santa (Tungurahua)**

Fuente: <http://pabloarturosuarez.blogspot.com/>

Sus últimos días

Luego de sufrir la hemorragia cerebral, se retiró a vivir junto a su esposa en la finca “El Retiro”, que tenían en el sector de Miraflores, cerca de la ciudad de Ambato. Fueron pocos meses los que el Dr. Suárez estuvo bajo el cuidado de su familia, ya que el 11 de noviembre de 1945, falleció a los 57 años de edad. Fue enterrado en la sección de Hombres Ilustres del cementerio de Ambato.

Conclusión

El legado de Pablo Arturo Suárez puede resumirse en algunos aspectos relevantes: 1) Fue un pionero y futurista, que aplicó su formación en Europa para mejorar la calidad médica de nuestro país, y marcó el camino a seguir en algunos tópicos como la vacunación, la investigación, la nutrición, la radiología, entre otras. 2) Sin dudarlo, fue un pionero en la medicina social y seguramente, sin conocerlo, un iniciador de la Etnobiología en el país. 3) Fue un precursor de la defensa y de los estudios para mejorar las condiciones nutricionales y vitales de poblaciones vulnerables como los indígenas. 4) Dejó herencia en el pensamiento gremial y social, al aportar con la formación de los Colegios Médicos y la Seguridad Social respectivamente. 5) Desde su condición de investigador, publicó obras relevantes, en un tiempo en que aquello no era una conducta universal, es decir, fue pionero de la investigación y publicación científica del país.

Este manuscrito seguramente resulta insuficiente para resaltar de forma total la vida y obra del Dr. Pablo Arturo Suárez, un ecuatoriano de alta valía, al cual le debemos mucho en múltiples áreas de la salud en el país y que su nombre, con merecida justicia, se encuentra perennizado, en uno de los principales hospitales de la ciudad de Quito.

Comentarios sobre el Dr. Pablo Arturo Suárez, emitidos por destacados médicos ecuatorianos

Plutarco Naranjo – El doctor, catedrático, escritor y político, expresó: “En la medicina moderna, en la vida del país, quizá, muy pocos hombres han alcanzado los relieves cimeros de Pablo Arturo Suárez”. En sus letras hizo énfasis en el cambio necesario que requería la Facultad de Medicina de la postguerra (Primera Guerra Mundial) y elogió el rol de Pablo Arturo Suárez para encontrar el camino necesario, creando nuevas cátedras como las de radiología y fisioterapia, entre otras, un logro generado posterior a su formación en el viejo mundo. Igual valía le merecía el rol preponderante que tuvo como investigador y rector de la universidad.

Rodrigo Fierro Benítez – El médico, investigador y editorialista del diario El Comercio, expresó sobre Suárez: “Un adelantado de la medicina social”, e incluso lo nombra como el “sucesor de Eugenio Espejo” del presente siglo. No dejó de enfatizar su gran nivel científico, citándolo como un ilustre biopatólogo. Además, ponderó su magnífica representación de nuestro país en la Conferencia Internacional de Alimentación de Buenos Aires en 1939.

Jaime Breilh – El médico, investigador y ex rector de la Universidad Andina Simón Bolívar, dijo: “La obra de Pablo Arturo Suárez, en medio de la cadena de contradicciones que han sucedido en las distintas épocas del desarrollo de nuestra medicina, es un polo importante del pensamiento médico de postura nacional, de base científica y ligado a la necesidad de las mayorías populares; lo que se opone, implícitamente, a la línea del quehacer médico, supeditada y dependiente respecto a los designios foráneos y a los intereses de las élites”. Enfatizó que la obra de Suárez dio empuje a la construcción democrática, haciendo énfasis en la influencia de la revolución liberal (años 30) para la construcción de su pensamiento. Breilh no deja de renombrar la preponderancia de su pensamiento en búsqueda de una identidad propia para la medicina ecuatoriana y siempre tomando partido por lo social.

Referencias Bibliográficas

- Alvarado-Dávila M. Dr. Pablo Arturo Suárez. En: Geneanet. Disponible en: <https://gw.geneanet.org/ecuadorgen?lang=es&n=suarez&oc=0&p=pablo+arturo>
- García B, Carvajal F. Paradojas presentadas en los estudios de los indigenistas científicos Antonio Santiana y Pablo Arturo Suárez. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 27 de Diciembre de 2011. Disponible en: <https://belenska.wordpress.com/2011/12/27/paradojas-presentadas-en-los-estudios-de-los-indigenistas-cientificos-antonio-santiana-y-pablo-arturo-suarez/>
- Noticias Tungurahua. Pablo Arturo Suárez Varela. Diario La Hora, 10 de Junio de 2008. Disponible en: <https://lahora.com.ec/noticia/732074/pablo-arturo-surez-varela>
- Orellana Salvador D, Ochoa Ávila G. La Salud de la Seguridad Social en la Historia del Ecuador. Quito: Editorial Gráficas Tauro, 2015: 20 – 54.
- Páez A. Pablo Arturo Suárez: La Época y El Pensamiento. Revista Ecuatoriana de Medicina 1989; XXV (2): 107 – 111.
- Pérez Pimentel R. Pablo Arturo Suárez Varela. En: Diccionario Biográfico del Ecuatoriano. Disponible en: <http://www.diccionariobiograficoecuador.com/tomos/tomo17/s5.htm>
- Vásconez M. Estados Unidos 2: De pistas perdidas y re-encuentros. Una historia que no es de fantasmas pero podría

serlo. [4 de Julio de 2013]. En: Mario Vásconez [Blog personal]..
Disponible en: <http://mariovasconez.blogspot.com/2013/07/estados-unidos-2-de-pistas-perdidas-y.html>

- Vieira L. Pablo Arturo Suárez: Científico. Guayaquil: Editorial Pedagógica Freire, 1989.

*Del San Juan de Dios al
Pablo Arturo Suárez*

Capítulo 2

DEL SAN JUAN DE DIOS AL PABLO ARTURO SUÁREZ

Dr. Santiago Aguayo Moscoso

Resumen

Para entender el contexto del Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS), hay que remitirnos a su historia. Y esta historia se remonta al siglo XVI. En ese tiempo, para mejorar la atención al público, se fundó el *Hospital Real de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo* (Hospital San Juan de Dios). Durante cuatrocientos años, vivió una serie de circunstancias que repercutieron en su funcionamiento: epidémicas, políticas, sociales y económicas.

Varias administraciones formaron parte del hospital. A inicios del siglo XVIII fue gestionado por los religiosos betlemitas, durante más de un siglo.

Pasó desde la Época Colonial a la Época Republicana, en donde varios presidentes ayudaron para su desarrollo, de acuerdo al contexto histórico que vivía el país.

Para mediados del siglo XX se inició la cooperación del hospital con la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) para asistencia y hospitalización.

Sin embargo, con el transcurso de los años, la vejez de la infraestructura afectó al funcionamiento de la institución, y es por ello que el hospital

fue declarado en emergencia en 1973, por lo que debía ser traslado a otro lugar.

El hospital de LEA, ubicado al norte de la ciudad, tenía una construcción muy nueva y fue el lugar elegido. El nuevo hospital (HPAS) había comenzado a atender al público de bajos recursos económicos y bajo un esquema asistencial y humanitario, como lo hiciera el antiguo Hospital San Juan de Dios.

Introducción

En la antigüedad se atendía a los enfermos en los templos dedicados a los dioses curativos. Los egipcios tenían a Imhotep quien era su dios sanador, mientras que Asclepio era venerado en la civilización griega. Las oraciones, los sacrificios y las interpretaciones de los sueños desempeñaron un papel en sus procesos de curación, pero los médicos antiguos también trataron heridas, huesos rotos y usaron opio para el dolor.

Los primeros hospitales de los que se tiene referencia se ubicaron en Mesopotamia, mientras que otros investigadores creen que se encontraban en monasterios budistas en India y Sri Lanka en el siglo IV a. C.

Si bien los griegos fueron reconocidos como los primeros en aplicar la medicina “racional” sin embargo no disponían de hospitales. Los médicos trataron a los pacientes en sus hogares, una práctica que

continuó durante cientos de años.

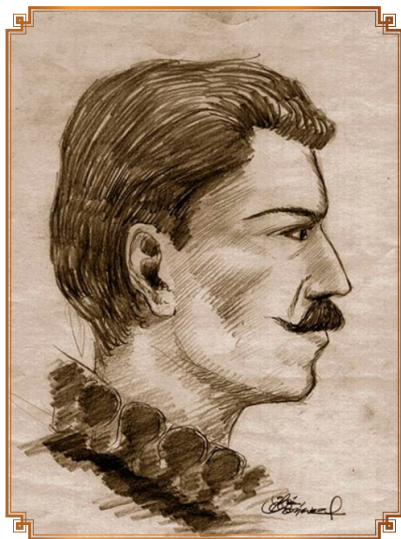
Los romanos nos proporcionaron la raíz de la palabra hospital del latín “*hospes*” que significa anfitrión u “*hospitium*” cuya denominación hace referencia a hospitalidad.

Realizaremos un viaje a través de cómo se llegó a constituir, lo que actualmente es el Hospital “Pablo Arturo Suárez”.

Hospital San Juan de Dios

Para las personas del siglo XVI, la enfermedad era una prueba divina y la oportunidad para ayudar a los enfermos atendiendo su cuerpo y su alma. Dios era el verdadero médico y actuaba a través de los santos, por medio de las oraciones y reliquias que tenían efectos terapéuticos. Para complementar la curación utilizaban hierbas, infusiones y partes de animales como medicamentos naturales.

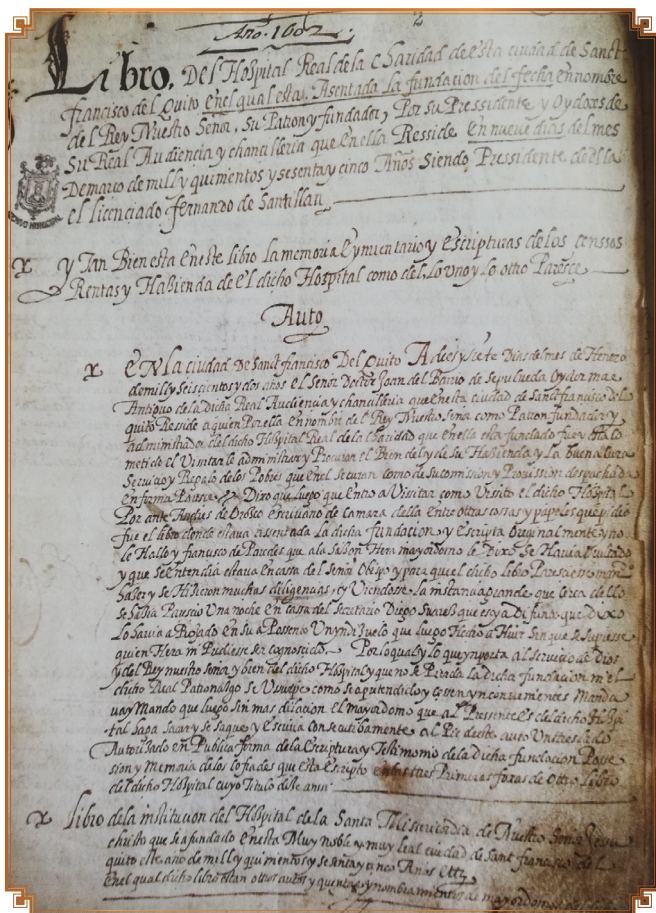
Inicialmente se atendía a los viajeros que llegaban enfermos, heridos de guerra, a los expedicionarios y a los nativos, si se puede decir de manera informal, lo que llamó la atención de Don Hernando de Santillán, primer presidente de la Real Audiencia de Quito. Por lo que en su idea de mejorar esa atención propone fundar un hospital bajo el patrocinio real, siguiendo los lineamientos trazados por la Corona, para las colonias del Nuevo Mundo. Entonces pidió al rey Felipe II el apoyo para esta obra.



Lcdo. Hernando de Santillán.

(Tomado de Avilés Efrén)

El 9 de marzo de 1565, la Audiencia de Quito, considerando que no había ningún hospital para atender a españoles e indígenas, el presidente compró a nombre del rey, las casas de Pedro de Ruane donde se acordó fundar un hospital bajo el nombre de *Hospital Real de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo* (Hospital San Juan de Dios). El monarca se comprometía a la protección y amparo para su funcionamiento. Fue fundado con carácter laico y no religioso y estaba sujeto a la intervención del rey. El hospital se creó con la finalidad de cumplir la caridad, ejercer la misericordia y prestar atención al público en general sin ninguna restricción.



Acta de fundación del Hospital de la Santa Misericordia del 9 de marzo de 1565

Tomado del libro del Hospital Real de la Santa Misericordia,
 Archivo Municipal de Historia. Foto: Jorge Vinueza.

Se determinó que la atención debía ser diferenciada tanto para españoles como para los indígenas. De esta manera, se creaba un

espacio estratificado, propio del tiempo colonial. Los ingresos que recibía el hospital, era a través de rentas y haciendas, estos ingresos eran destinados a la atención de los enfermos, y del dinero que sobraba para obras de caridad. El presidente se preocupó de proporcionar insumos de diversa índole.

Don Hernando de Santillán, debía nombrar a un administrador, el mismo que debía ser un clérigo. En esta etapa el presbítero Juan Sánchez Miño, cumplía las siguientes funciones: fue su primer administrador, mayordomo de la Cofradía y Capellán del Hospital, en los años siguientes estas funciones fueron separadas.

El hospital recibía ayuda de varios sectores. El Cabildo Civil (ente rector), estaba obligado a garantizar y vigilar que se brinden buenos servicios y que la sociedad contara con un médico y un barbero. El Cabildo validaba a los profesionales y autorizaba que pudieran trabajar, así como también otorgaba licencia para la práctica de los boticarios y el establecimiento de boticas, además vigilaba que la ciudad disponga de medicamentos en caso de epidemia.

El Cabildo Eclesiástico hacía sus donaciones a través de la entrega de los Novenos Reales y de las limosnas voluntarias.

El sector civil por su parte, ayudaba por medio de la caridad y se comprometía a través de sus albañiles, carpinteros, canteros, herreros, pintores entre otros, a colaborar con el hospital.

Para la administración y servicio de los enfermos del hospital, en el Acta de Fundación, se determinó la creación de la Cofradía Hermandad de la Caridad y Misericordia. Era una organización no excluyente. Los cófrades estaban condicionados a dar alguna limosna para los pobres del hospital.

El tiempo y permanencia de los enfermos dentro del hospital dependía de la recuperación de sus dolencias que podían ser incluso de varios meses. El promedio de pacientes hospitalizados en el año 1700 era de 58 personas.

Las enfermedades más frecuentes de la época eran: viruela, sarampión, gripe, catarro, dolores de costado, disentería amebiana, problemas urinarios, tifus exantemático, fiebres palúdicas, artritis, sarna, bubas y sífilis.

Hay que considerar que en ese periodo los indígenas no utilizaban los medicamentos traídos por los españoles (píldoras, cocimientos, infusiones, trociscos, jarabes, colirios, emplastos, ceratos y electuarios) para curar sus enfermedades, por su lado preferían sus propios tratamientos por medio de: ayahuasca (narcótico), guanto (narcótico), palo de guayacán (purificador de sangre, antitérmico, antisifilítico, antirreumático), palo santo (sudorífico, para purgas y sarnas), entre otros.

Con respecto a los médicos de la ciudad, casi todos se formaban sin

estudios de anatomía. Los conocimientos se adquirirían en base a la experiencia y práctica de cada uno. Se manejaba una medicina empírica. Ser cirujano era considerado menos que ser barbero y su función se limitaba a la prescripción de dietas, purgas, sangrías, infusiones, etc.

Hasta finales del siglo XVII e inicios del XVIII los médicos que atendieron a las necesidades de salud de la capital fueron personas formadas en universidades de otras ciudades.

Los médicos ya debían ser titulados y presentar certificados de aptitud y de ejercicio profesional, de lo contrario eran multados, encarcelados o incluso desterrados.

Para la atención directa de los enfermos en el hospital, se contaba con: un médico, enfermeros, barberos y los sirvientes. Los barberos eran quienes se encargaban de la práctica de las sangrías, así como de la extracción de piezas dentales.

Además, el hospital contaba con el personal de enfermería. El enfermero mayor era el encargado del cuidado permanente de los enfermos, vigilaba el aseo de las camas, acompañaba al médico y al cirujano en las visitas, anotaba en un libro las instrucciones sobre medicamentos y dietas, e informaba al médico sobre la evolución de los enfermos. Para 1678, la institución contaba con 8 enfermeros para todas las salas.

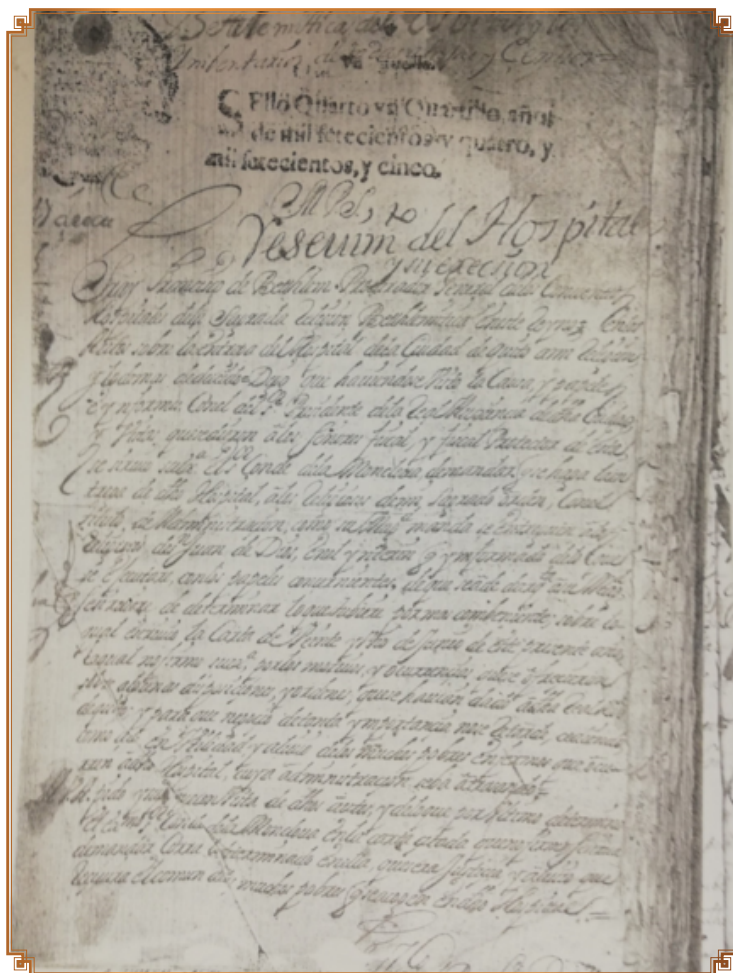
A lo largo del periodo de 1565–1706, se dio un crecimiento físico de

la institución, debido al aumento demográfico. En estos casi dos siglos obviamente hubo problemas administrativos, y esto se incrementó a partir de la última década del siglo XVII, donde existieron quejas y mala atención de los pacientes.

Debido a estas circunstancias de malestar de la comunidad el hospital pasó su administración a los *religiosos betlemitas* (1706-1830). La situación era caótica debido a la deficiente atención a los enfermos, las rentas no abastecían a cubrir toda la demanda y obligaciones, la higiene era precaria, no había disciplina y había escasez de alimentos.

Para 1702 llegaron desde Lima a Quito, los betlemitas Fray Miguel de la Concepción y Fray Alonso de la Encarnación para posteriormente administrar el hospital. Los trámites correspondientes se gestionaron entre el virrey de Perú y el presidente de la Audiencia para que los frailes se hagan cargo y mejoren la situación crítica en la que se hallaban en ese momento.

En junio de 1705, el virrey conde de la Moncloan, dispuso que se entregara el Hospital Real de la Misericordia de Quito a los betlemitas. Esta entrega tuvo lugar el 5 de enero de 1706, manteniendo los principios de ejercer la aplicación de la caridad, amparo y curación de los indígenas.



Mención a los Betlemitas y al Conde de la Moncloan

Archivo del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”

El concepto de caridad continuó en la administración betlemita, cuya preocupación era atender a los pobres que recibió el apoyo de la Corona, los cabildos y la sociedad en general.

La población fue la mayor favorecida de la institución. A fines del siglo XVIII la milicia local se organizó para ser atendidos como grupo emergente y logró privilegios en el hospital. Por disposición de la monarquía española se determinó que las instituciones hospitalarias estarían a cargo de los ayuntamientos. Los frailes continuaron atendiendo a los enfermos en un área determinada, mientras las demás dependencias del edificio fueron ocupadas por militares.

En el hospital trabajaron profesionales como Luis Espejo, padre de Eugenio Espejo. En 1762 fue administrador de la enfermería de mujeres. Esto permitió a Eugenio observar los problemas de salud para luego involucrarse como profesional en el hospital desde 1767 hasta su desvinculación con los frailes. Según sus biógrafos, Eugenio Espejo fue médico de planta por poco tiempo, debido a la crítica que hizo sobre la mala administración del hospital.

Las enfermedades prevalentes fueron la viruela, peste, fiebre catarral, sarampión y escorbuto durante este período. La viruela provocó mayores estragos. Espejo consideraba que esta enfermedad vino de España propagada por los galeones. Propuso la creación de un área de aislamiento que debía estar ventilada y apartada de la comunidad. Sin embargo, esto se oponía a la creencia local de que las murallas podían detener las pestes originadas “por hombres malignos que podían ser detenidos en las tres entradas de la ciudad: Santa Prisca, San Diego y la Recoleta Dominicana”.

Eugenio Espejo en su obra “*Reflexiones acerca de las viruelas*” (finales del siglo XVIII), relata una visión sobre la higiene de la ciudad para explicar su teoría sobre los contagios de las enfermedades. Una de sus conclusiones hacía referencia a que la contaminación era el resultado de la poca ventilación, lo que llamaba “aire popular” era demasiado fétido y lleno de cuerpos extraños. Comentó también sobre las malas condiciones higiénicas de la venta de ciertos alimentos.



Pintura de finales del siglo XVIII (Lienzo de José Cortés y Alcocer)

Ilustra el interior del Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor de la ciudad de Quito, que representa la visita de la Autoridad Real al hospital. Foto: Cristoph Hirtz

El oficio de enfermeros realizados inicialmente por los indígenas, lo asumieron los frailes. Se mantuvieron enfermeros y enfermeras mestizos e indígenas como ayudantes no profesos, con lo cual pudieron continuar con su formación práctica.

El hospital contaba con una iglesia para las prácticas religiosas y la administración de los sacramentos.

Esta institución en el siglo XIX entró en crisis, para este tiempo había pasado de las manos de los betlemitas a las de la municipalidad. Este proceso requirió que se desvinculen de los religiosos. Como el hospital atendía también a pacientes militares, desembocó para que se forme un hospital específico para ellos. Estos cambios complejos se dieron en el marco de la transición entre el Estado Colonial y el Estado Republicano lo que marcó un periodo de inestabilidad económica y social que duró varias décadas concluyendo con el desmoronamiento de la orden de los betlemitas.

El municipio fue el encargado del control, cuidado y vigilancia de las casas asistenciales, incluido el Hospital San Juan de Dios.

A partir de esta época hubo múltiples intervenciones presidenciales.

Rocafuerte impulsó el establecimiento del Anfiteatro Anatómico en el hospital, fundó la Escuela de Obstetricia, reorganizó el sistema de enseñanza en la Facultad de Medicina, y otros aspectos.

Urbina, indujo al Concejo tomar medidas para mejorar el reglamento y la administración de las rentas.

El hospital funcionó inicialmente con tres secciones: hombres, mujeres y el anexo para los militares. Un brote de viruela, llevó a la formación de una sala exclusiva para estos enfermos.

En el periodo de 1860 a 1933 la administración fue trasladada del municipio al Estado, gestión realizada por Gabriel García Moreno quien tenía un enfoque modernizador y mantuvo el sentido de caridad cristiana lo que resultó de gran beneficio para la ciudad.

En este contexto contrató a dos médicos franceses: Ettiene Gayraud y Dominique Domec quienes debían tomar a cargo la reestructuración de la facultad, la dirección del hospital y actualizar los conocimientos médicos (como el uso de la anestesia con cloroformo y la antisepsia quirúrgica). También se unieron las Hermanas de la Caridad a la planta de servicios hospitalarios.

Para los médicos Gayraud y Domec, la tuberculosis no era una amenaza para Quito en la década de 1870 ya que los casos provenían de otros lugares. Domec, sugirió que el clima y la altitud eran buenos factores para el tratamiento de esta enfermedad. Debido a esta observación se dio el origen de la construcción del Sanatorio Vicente Rocafuerte (en coordinación con la Sociedad de Beneficencia Olmedo-Guayaquil), como sanatorio antituberculoso. La Sociedad de Beneficencia Olmedo

fue disuelta y sus bienes pasaron a ser propiedad de la Junta de Asistencia Pública que posteriormente definió la construcción de un sanatorio para tuberculosos.

Continuando con las características del hospital, el camarote fue otra de las salas que se adecuaron a través de García Moreno, este camarote era una sala de hospitalización para las presas quienes podían trabajar como lavanderas y pagar de alguna manera por la alimentación y el cuidado que se les brindaba. Esta sala desapareció en 1943.

Las bases del Estado moderno fueron implementadas con la Revolución Liberal, asumiendo nuevas funciones con respecto a la salud pública e introdujo cambios con respecto a la higiene y la sanidad.

Con el fin de controlar las obras sociales de la beneficencia que habían estado bajo el amparo de la Iglesia se creó la Junta de Beneficencia. En 1901 esta Junta asumió la administración del hospital. Las salas atendían varias patologías (disentéricos, tíficos, tuberculosos, etc.), pues no se contaba con salas para enfermedades específicas, no había separación entre los enfermos contagiosos y los no-contagiosos. Las salas debían ser atendidas por un médico-cirujano, alumno interno y otro externo, una Hermana de la Caridad y dos o tres sirvientes.

La Revolución Juliana, creó ligas de salud pública, organizó el Servicio Sanitario Nacional, reglamentó la jornada de trabajo,

estableció el descanso dominical obligatorio, normó el trabajo de la mujer y menores, protección a la maternidad, desahucio y accidentes de trabajo, consideraciones que debieron ser tomadas en cuenta por la administración del hospital.

Isidro Ayora, principal ejecutor de las reformas (1926-1931), fue médico y director del Hospital San Juan de Dios, e impulsó algunos cambios en el mismo. Definió que los hospitales además de curar enfermos, sean centros donde sea preponderante la educación y la práctica de la medicina.

En el año 1926 la mitad de los fallecimientos de Quito correspondían a pacientes tuberculosos. Para contrarrestar las defunciones por tuberculosis, Jijón Bello fue uno de los primeros médicos en iniciar la lucha contra esta enfermedad a inicios del siglo XX.

En 1902 fundó en Quito la Liga Contra la Tuberculosis. Las investigaciones continuaron en 1930, las que eran realizadas por fisiólogos cuyos resultados dieron lugar al Centro de Estudios sobre Tuberculosis. Médicos de renombre apoyaron esta iniciativa desde las principales ciudades del país Quito y Guayaquil, ellos fueron Pablo Arturo Suárez y Alfredo Valenzuela respectivamente.

Quito no estuvo exenta de epidemias tal es así, que se reporta: 1916 erisipela, 1917 escarlatina, 1918 tifoidea, esto debido al incremento poblacional, y era necesario un hospital exclusivo para enfermedades

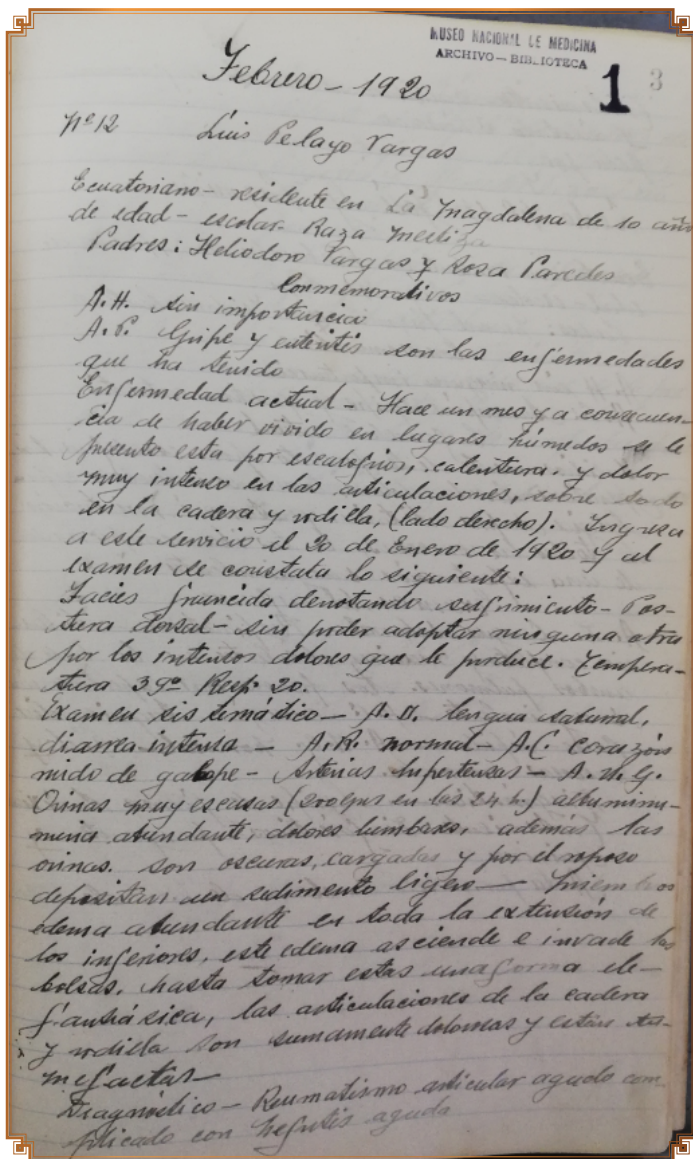
contagiosas. Por ello se instaló en 1919 el lazareto de aislamiento en el hospital, ocupando la vacante que dejó el Hospital Militar. Este lazareto funcionó hasta 1947, y posteriormente fueron utilizados para los servicios de asistencia permanente y un dispensario antituberculoso.



Estandarte del Hospital San Juan de Dios

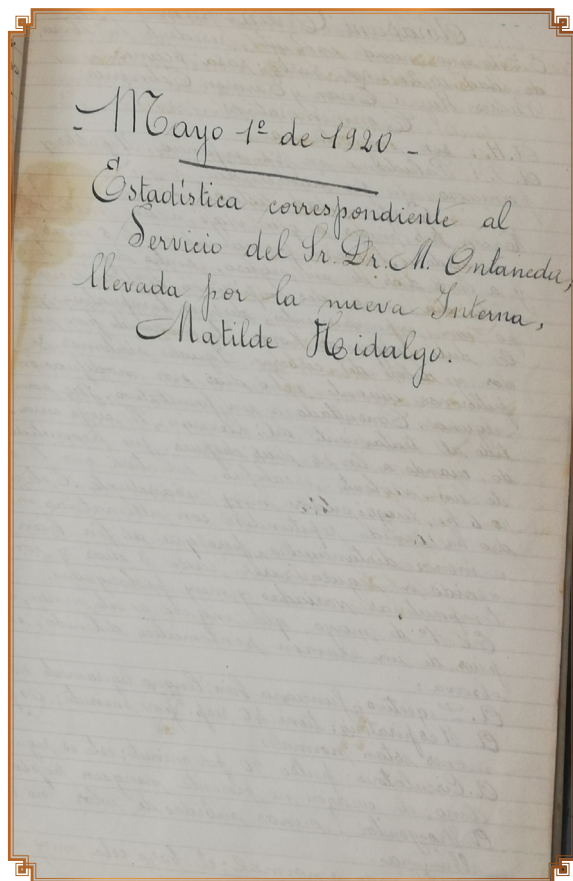
Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella".

Foto: Luis Mariño Carrera.



Historia Clínica del Hospital San Juan de Dios, 1920.

Archivo del Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella".



Rotación de la Interna Matilde Hidalgo. 1920.

Archivo del Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella".

Archivo del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”.

— 54 —



Medicación utilizada en la botica

Foto: Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”.

Debido al crecimiento de la población, el Hospital San Juan de Dios se encontraba saturado lo que impactó en la capacidad resolutive ejerciendo una presión indirecta para la construcción un nuevo edificio: el Hospital Eugenio Espejo en 1933.

Las hospitalizaciones diarias en el Hospital San Juan de Dios para 1862 fueron en promedio de 70 pacientes, para 1875 de 235 pacientes, en 1901 de 320 pacientes, para 1927 de 302 pacientes con 344 camas.

La inauguración del Hospital Eugenio Espejo en 1933, alivió la congestión en el Hospital San Juan de Dios, permitiendo fortalecer la consulta externa y atención permanente para enfermos crónicos, tuberculosos, dermatológicos y venéreos. El Dr. Eduardo Espinosa Bravo fue el director encargado en esta etapa.

El último director del Hospital San Juan de Dios, El Dr. Alfonso Castro, interpreta la apertura del Hospital Eugenio Espejo en 1933 de la siguiente manera:

“Esta circunstancia determinó que las autoridades decidiesen que al “San Juan de Dios” se lo dedicara sólo a la atención de las enfermedades infectocontagiosas y entre ellas a las enfermedades venéreas, a los enfermos dermatológicos y a todos aquellos que el “Eugenio Espejo”, con su moderna fisonomía, no pudiese o no deseare/atender; es decir, a los desechos de la sociedad; partiendo del equivocado criterio de que en éste se encontraban los mejores médicos, y en aquellos de segunda categoría. Aquí es cuando surge la figura del Dr. Eduardo Espinosa Bravo quien, sorteando múltiples dificultades, se propone salvar el prestigio del hospital, y recuperar su tradición y dignidad.... “

Y concluye *“... se levantó del nivel peyorativo en el que se pretendió dejarlo y recuperó su legítimo derecho a ser un verdadero hospital, como lo fue hasta el momento de su*

clausura, y como continúa siéndolo en el Hospital Pablo Arturo Suárez, sucesor del mismo (Castro, 1999)''.

En el periodo anterior a 1933, el Hospital San Juan de Dios alcanzó entre 300 y 400 atenciones, mientras que para 1937 contaba con una capacidad de 154 camas de las cuales 78 correspondían al lazareto de tíficos.

Para el fortalecimiento de la institución, recibió el apoyo de la Junta Central de Asistencia Pública, la Junta de Beneficencia y del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (década de los 40).

Otra área de suma importancia fue la Consulta Permanente que entre 1938 a 1942 atendió a 617.791 pacientes (consulta permanente de asistencia pública, dispensario de oftalmología y otorrinolaringología, servicio de cirugía menor y dispensario antituberculoso).



Personeros del hospital y monjas de la caridad. 1935

Foto: Familia Benítez

En el periodo de 1933 a 1959 el hospital contaba con: hospitalización con 174 camas, el lazareto de aislamiento con 83 camas, laboratorios y consulta externa.

El número de ingresos fue de 3788 pacientes en el año de 1932, sin embargo, este número disminuyó a 1473 en el año 1940.

El porcentaje más alto de hospitalizaciones correspondía a enfermedades venéreas 29.03%, seguido de tuberculosis 27.53%, enfermedades de la piel y crónicas 22.04% y cáncer 17.4%, esto para el periodo de 1938 a 1942.



Grupo de médicos en el hospital. 1940

Foto: Familia Benítez.

En 1935 el Servicio de Lucha Antituberculosa del Hospital contaba con un dispensario de tuberculosis y cuatro salas de hospitalización, amplias y aireadas, con 48 camas. En 1940 se hospitalizaban alrededor de 50 a 60 pacientes al día y se atendían alrededor de 20 enfermos diarios.

El Centro de Estudios sobre Tuberculosis, fue fundado por el Dr. Pablo Arturo Suárez y un grupo de fisiólogos entre 1937 y 1938. El Dr. Suárez, médico higienista, trató de mejorar las condiciones

ambientales y alimenticias de la población. Se preocupó de erradicar en lo posible el contagio tuberculoso con la vacuna BCG y creando sanatorios especializados.

Para mediados del siglo XX se inició la cooperación del hospital con la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) para asistencia y hospitalización. LEA se hizo cargo de los pacientes del hospital.

A través del hospital, la ciudadanía se beneficiaba de las siguientes atenciones: cirugía general, urología, cirugía de mujeres, clínica de hombres, clínica de mujeres, clínica de dermatología, oftalmología y otorrinolaringología, servicio de pensionado para atención médica o quirúrgica, servicio médico-quirúrgico, radiología y laboratorio clínico, consulta externa permanente.



Interior del Hospital San Juan de Dios
Museo de la Ciudad de Quito

LIGA ECUATORIANA ANTITUBERCULOSA
 Dependencia *Somatene S.A.S.*
CONTROL DE TEMPERATURA
 Mes y año *24. VII. 56* Nombre *A. M. Corazo* N° *50* Sala *145* Cama _____

Día del mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Hora del día	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
P.	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
T.	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
Respiración																															
Deposición	22	21	12	22	22	32	21	21	12	21	14	32	22	22	13	24	21														
Orina																															
Peso																															

Forma 000016 Edit. «Bona Spe» San Agustín

Control de temperatura en paciente hospitalizado en LEA
 Archivo del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”



Servicio de Laboratorio Clínico. 1958
 Museo de la Ciudad de Quito. Foto Luis Pacheco

VI JORNADAS MEDICAS

HOSPITAL: "San Juan de Dios" de Quito

INSTITUCION QUE LO PATROCINA: Junta Central de Asistencia Social

1) **PRESUPUESTO DE INGRESO:** Si Cuanto? 3 Esión bien document? No (Medi-)

a) Tiene ayuda estatal? Si A que cantidad asciende? S/ 1'793.680,00

b) Tiene otras fuentes de ingreso? No ¿Por? Diferer Honor

2) **PLAN DE ORGANIZACION DEL HOSPITAL:** ¿Desde el año 1.933? General de ge-

a) Tiene Organización Departamental? Si (Cirugía, Clínica, Especiali-
dades) ¿Especialistas especializados? Si Médicos? Si No médicos? Si

b) Tiene conexión con alguna Facultad de Medicina? Si (La Universidad
Central) ¿Clínica, Clínicas y Cirugía general, Ginecología y Obstetricia.

c) Cuál el número de camas? 129

1) Gratis: 108 ¿No? No

2) Pagadas: 21 Pensión: 14 Media Pensión: 7

d) **Ramo Administrativo:**

1) Número total de empleados y su clasificación: 114
Técnicos: 20, Administrativos: 5, Subalternos: 93

e) **Ramo Técnico:**

1) Número de Médicos: 20 Rentados: 16 No Rentados: 4

2) Número de Enfermeras: 4, Tituladas: 4, No Tituladas: 26 (Auxi-
liares) ¿No? No

f) **Consulta Externa:** ¿Hospitalización en 1.963? 3.081

1) Forma en que está organizada: Atención permanente (diurna y
nocturna)

2) Número aproximado de consultas diarias: 200

3) Cuántos médicos lo atienden: 8

4) Estos médicos pertenecen al personal que atiende a los enfer-
mos hospitalizados: No

Foto de la estadística de 1963

Archivo del Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella"

a) Tiene Departamento de Estadística? Sí
b) Hay Departamento de Rayos X? Sí
1) Hay Laboratorio Clínico? Sí
2) Hay Laboratorio de Anatomía Patológica? No
k) Hay Farmacia? Sí
1) Hay Salas de Medicina General? Sí Cuántas? 3
m) Hay Salas de Cirugía? Sí Cuántas? 5 Están bien dotadas? No (Mediamente)
n) Tienen máquina de anestesia? Sí Que tipo? Drager Remus
ñ) Tipos de anestesia que usaron durante el año 1.963: General de gases, Local y Raquídea
o) Hay anestesiólogos especializados? Sí Médico? Sí No médico? Sí
p) Hay servicio de especialidades? Sí Cuáles? Dermatología, Urología, Cancerología, Clínica y Cirugía general, Oftalmología y Otorino, Pediatría.
1) Terapia intensiva? No
2) Rehabilitación? No
3) Oxígeno-terapia? No
4) Hidratación? No
5) Servicio de Quemados? No
6) Dietética? No
q) Tiene Banco de Sangre? No
r) Tiene cada una de estas secciones, su personal técnico propio? No
DATOS ESTADÍSTICOS:
1) Número de pacientes hospitalizados en 1.963? 1,561
2) Número de pacientes operados por año? 643
3) Número de muertos por año? 78
4) Número de autopsias por año? 1 en 1.963
Si es posible número de pacientes hospitalizados en los 4 años anteriores con especificación del número por cada año?
1.959 : 1.496
1.960 : 1.435
1.961 : 1.538
1.962 : 1.483

Foto de la estadística de 1963

Archivo del Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella".

DATOS ESTADÍSTICOS DEL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS"	
DE 1.963 HASTA EL 31 DE JULIO DE 1.964	
1.- Número total de pacientes hospitalizados en el año de 1.963 hasta Julio de 1.964, son:	2.487
a) Cirugía:-	945
b) Clínica:-	1.180
c) Urología:-	94
d) Dermatología:-	172
e) otros:-	96
2.- Días-paciente durante las mismas épocas:	
a) Clínica:-	28.707 días
b) Cirugía:-	19.146 "
c) Urología:-	1.739 "
d) Dermatología:-	5.745 "
e) otros:-	1.288 "
3.- Promedio de días de hospitalización por paciente:	26 días
4.- Estadística de Consulta Externa:	
a) Cirugía:-	6.538
b) Clínica:-	35.256
c) Urología:-	-
d) Pediatría:-	12.338
e) Oftalmología:-	-
f) Otorinolaringología:-	12.855
g) Emergencia:-	1.898
5.- Número total de exámenes de laboratorio, tanto de Consulta Externa como de hospitalización:	32.218
6.- Número total de exámenes radiológicos, tanto de Consulta Externa como de hospitalización:	1.978
7.- Número de fallecimientos:	115
a) Departamento de Clínica:	76
d) Departamento de Cirugía:	11
c) Otros Servicios:	28
8.- Número de Autopsias realizadas en el año de 1.963 hasta Julio de 1.964:	2
a) Porcentaje de autopsias en relación al número de defunciones:	son: 1,7 %
9.- Número de intervenciones quirúrgicas:	
a) Total:	990
b) Cirugía general:-	679
c) Cirugía ginecológica:-	86
d) Cirugía urológica:-	80
e) Cirugía oftalmológica:-	70
f) Cirugía otorinolaringológica:-	75
10.- Pensionistas hospitalizados:	
a) Medicina:-	200
b) Cirugía:-	188
c) Urología:-	34
d) Oftalmología:-	5
e) Otorinolaringología:-	15

Foto de la estadística en 1964

Archivo del Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella".

Quito, a 2 de Febrero de 1.964

PEDIDO DE ALCALOIDES PARA LA BOTICA DEL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS" PARA EL MES DE MARZO DE 1.964

20	Gramos	Cocaína Clorhidrato.....S/	152,40
20	"	Polvos de Opio....."	22,00

LA HERMANA JEFE DE BOTICA

Sor María Inés
Sor María Inés

VISTO BUENO

EL DIRECTOR ENC. DEL HOSPITAL

H. d. C.
Dr. Julio Jaramillo

HOSPITAL CIVIL "SAN JUAN DE DIOS"
DIRECCION
QUITO

Pedidos de alcaloides para la Botica del Hospital San Juan de Dios. 1964

Archivo del Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella"

El hospital permaneció brindando atención a lo largo de los años, sin embargo cerró sus puertas por varios factores, algunos de los que se mencionan a continuación:

El efecto de modernización de la época, la calidad del servicio, número de personal necesario, avances de la tecnología, personal capacitado y el desarrollo de la investigación.

La vejez del edificio trajo muchos aspectos negativos, esto desde el punto de vista financiero debido a la constante inversión que se requería para el arreglo de sus instalaciones. Sin embargo, la principal preocupación era la seguridad de los pacientes y del personal que laboraba.

Los servicios auxiliares como la lavandería y ropería fueron muy deficientes, la cocina no contaba con las medidas de higiene básicas, tal es así que fue necesaria una campaña de eliminación de plagas (ratas y cucarachas).

Las baterías sanitarias también causaron malestar por su no adaptación acorde a la arquitectura, causando molestias a los usuarios propios y externos del hospital.

A lo largo de sus últimos años el hospital vivió algunos episodios de derrumbamiento que sufrió el edificio original. Para mencionar sólo los de la última época, recordamos que en 1956 se había venido abajo el área concedida a LEA.

El estado de emergencia fue declarado en octubre de 1973, debido a la destrucción en que se hallaba el edificio, ante la caída del techo y cuarteamiento de las paredes del edificio de la consulta permanente, por lo que una comisión de médicos designada por el Ministerio de Salud Pública había analizado distintas alternativas para trasladar el Hospital San Juan de Dios, ante su inminente destrucción. Habían

realizado visitas a la antigua Clínica del Seguro, al Hospital LEA y al Hospital de Aislamiento.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social había abandonado y convertido en bodegas al antiguo local de la Clínica del Seguro. El presupuesto estipulado para su adaptación era de un millón de sucres y se trabajaría en seis meses.

El antiguo Hospital de Aislamiento tenía capacidad de 85 camas. El costo de las adecuaciones ascendería a 400 mil sucres y tomaría un tiempo de cuatro meses.

El hospital de LEA, ubicado al norte de la ciudad, tenía una construcción muy nueva y una instalación para 350 camas, de las cuales se ocupaban sólo 120. El funcionamiento global era adecuado para el desenvolvimiento de cualquier hospital. Solo se requería de una inversión de 50 mil sucres para refaccionarlo.

Ese fue el lugar elegido, el traslado hacia el Hospital de LEA se produjo el **18 de noviembre de 1974**. El nuevo hospital había comenzado a atender al público de bajos recursos económicos y bajo un esquema asistencial y humanitario, como lo hacía el Hospital San Juan de Dios.

La inauguración de servicios en el nuevo local fue el 28 de diciembre de 1974, según informa el vespertino Últimas Noticias de esta fecha:

...Situado en la Quito Norte, el Hospital Pablo Arturo Suárez inauguró oficialmente sus servicios esta mañana [...] Reemplaza la atención que prestaba hasta hace un mes, el tradicional Hospital de la Misericordia o San Juan de Dios.

El Hospital Pablo Arturo Suárez tenía la capacidad para 300 pacientes, y contaba con pensionado y salas generales.

Los servicios con los que se abrió fueron: consulta externa, medicina interna y emergencia las 24 horas. Una vez realizado el traslado completo, se abrieron los servicios de obstetricia, ginecología, medicina infantil, cirugía y traumatología.

En la actualidad, el Museo de la Ciudad de Quito funciona en las instalaciones del antiguo Hospital San Juan de Dios.



Museo de la Ciudad de Quito

Agradecimientos

Al personal que labora en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella”.

A la Ing. Paulina Díaz Ubidia.

Referencias Bibliográficas

- Archivo del Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella”.
- Avilés, Efrén. Lcdo. Hernando de Santillán. Personajes históricos. Internet: <http://www.encyclopediadelecuador.com/personajes-historicos/3829-2/>
- Ayala Mora, Enrique. Resumen de la Historia del Ecuador. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar del Ecuador. 2008.
- Benítez, Silvia. Historia del Antiguo Hospital San Juan de Dios. Tomo II. El período republicano y los últimos años (1830 –1974). Instituto Metropolitano de Patrimonio: Museo de la Ciudad. 2011
- Breihl, Jaime. La medicina ecuatoriana en el siglo XXI. Universidad Andina Simón Bolívar. 2018.
- Castro León, Alfonso. En el vigésimo quinto aniversario de la Fundación del Hospital Pablo Arturo Suárez. 1999
- Cheers, Gordon. Mitología. Todos los mitos y leyendas del mundo. 2016 Barcelona España.
- Larraín, Horacio. Demografía y asentamientos indígenas en la

Sierra Norte del Ecuador en el siglo XVI. Estudio etnohistórico de las fuentes tempranas (1525 - 1600). Serie: Etnohistoria. 1980.

- Estévez, Edmundo. La Formación Médica y la Asistencia Sanitaria en la Audiencia de Quito. Crónicas de la Facultad. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. 2001.
- Estrella, Ramiro. Breve historia de la medicina del Ecuador. Quito Casa de la Cultura Ecuatoriana Benjamín Carrión 2013.
- Estrella, Ramiro. La Medicina en los primeros años de la República del Ecuador: 1830-1835. Vol. 6 Núm. 2 (1981): Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Central del Ecuador. Quito. 1981.
- Estrella, Eduardo; Crespo Burgos, Antonio. Historia de la enseñanza médica en Quito; Siglos XVII- XVIII: Escolasticismo e irrupción Ilustrada. Quito: Ministerio de Salud Pública, 2009.
- González Suárez, Federico. La colonia: desde la fundación de la Real Audiencia, a mediados del siglo decimosexto, hasta la supresión temporal de ella, a principios del siglo decimoctavo (1564-1718). Historia general de la República del Ecuador. 1892.
- Guerra, Manuel Patricio. La Cofradía de la Virgen del Pilar de Zaragoza de Quito. Quito, Ecuador: Abya-Yala. 2000.

- Guzmán, José. Los Presidentes de la Real Audiencia de Quito. Lcdo. Hernando de Santillán, primer Presidente y fundador de la Real Audiencia y del primer hospital de Quito. Boletín Cultural y Bibliográfico. 1960.
- Luoma Harrison, The History of Hospitals and Wards. 2010. Internet: <https://www.healthcaredesignmagazine.com/architecture/history-hospitals-and-wards/>
- Luna Yépez, Eduardo. El Hospital de la Santa Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo de Real Patrocinio. (Hospital de San Juan de Dios de Quito desde 1706. 1565-1964. Quito, 2004.
- Moreno, Jorge; Morán, Nancy. Historia del Antiguo Hospital San Juan de Dios. Tomo I. Época colonial: Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo (1565-1830). Museo de la Ciudad. 2012
- Museo de la Ciudad de Quito. Internet: <http://www.museociudadquito.gob.ec/antiguo-hospital-san-juan-de-dios/>
- Paredes Borja, Virgilio. Historia de la medicina en el Ecuador. Casa de la Cultura Ecuatoriana. Museo Antropológico y de Arte Contemporáneo. Quito. 1963.
- Fuentes Roldan Alfredo. Quito tradiciones. Abya-Ayala. 2013.
- Velasco, Juan de. Historia del Reino de Quito en la América Meridional, Historia Antigua. Edit. Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito. 1979.

- Villacís, Manuel. El Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Francisco de Quito. Vol. 9 Núm. 1-4: Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito). 1944

*De Crimea a Ecuador.
Cronología de un hito, el nacimiento
de la Terapia Intensiva y el
arribo a nuestra tierra*

Capítulo 3

DE CRIMEA A ECUADOR. CRONOLOGÍA DE UN HITO, EL NACIMIENTO DE LA TERAPIA INTENSIVA Y EL ARRIBO A NUESTRA TIERRA

Dr. Fernando Esteban Jara González

Dra. Wendy Milagros Tercero Martínez

Resumen

Tristemente las guerras y las grandes epidemias han sido el motor del desarrollo científico de la humanidad, la epidemia de poliomielitis y la guerra de Crimea fueron los hitos que engendraron el nacimiento de la terapia intensiva, indicando la necesidad de dar soporte a enfermedades que inminentemente conllevarían la muerte de los dolientes. En éste capítulo daremos un panorama general de la creación de la terapia intensiva en el mundo y de forma específica haremos una cronología actualizada y necesaria de la formación de la misma en nuestro país, Ecuador.

Nacimiento, hitos y evolución de la terapia intensiva en el mundo

La terapia intensiva tiene sus orígenes en (1854-1856) en la Guerra de Crimea (actual Rusia) con la enfermera británica Florence Nighthindale (Fig. 1) mujer adinerada proveniente de una familia aristocrática a quien apodaron como la dama de la lámpara o el ángel de los heridos; desde muy joven se dedicó a cuidar a los enfermos de bajos recursos económicos, es enviada como líder junto a 38 enfermeras a prestar

servicios en esta guerra, fue la primera vez que se les permitió a mujeres servir en el ejército y también fue el inicio del cuidado continuo de los enfermos (1).



Figura 1. Scala, Firenze

Cuando este grupo de valientes mujeres llegó al hospital de Scutari estaba decadente, con el piso cubierto de humores, los enfermos en condiciones infrahumanas, sucios, mal alimentados (Fig. 2); ella y sus compañeras a pesar del rechazo y reacciones de desprecio de médicos y oficiales limpiaron el lugar además de asegurarse que los soldados sean tratados con dignidad y calidad humana, separaron a los que requerían cuidado continuo de los que presentaban lesiones leves, al mismo tiempo de tratarlos con respeto conversaba con ellos, enviaba

correspondencia a sus familiares e implemento las rondas nocturnas, reformando el hospital de campaña, logrando reducir las infecciones del 40% al 2%; sentando las bases del cuidado continuo que es la base del cuidado crítico. Considerada la madre de la enfermería moderna, creadora del primer modelo conceptual de enfermería (2)(3).



Figura 2. Hospital de Scutari

Walter Dandy, neurocirujano del Hospital Johns Hopkins en Estados Unidos en 1923 inicia lo que se podría considerar la primera Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ante la necesidad del manejo posoperatorio de los pacientes neurocríticos esta unidad contaba con 3 camas, médicos residentes y enfermeras durante las 24 horas que recibían capacitación continua para el manejo de los pacientes más graves del hospital.

Martin Kirschner cirujano, en el Hospital Quirúrgico de Tübingen, en Alemania, crea en 1930 una sala combinada de cuidado posoperatorio y cuidado intensivo (4).

No es hasta los años 1950-1960 que se conforman las primeras unidades de cuidado continuo con la finalidad de prestar atención a los pacientes críticamente enfermos con el objetivo de revertir las situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles, fundándose las primeras unidades en Dinamarca por Lassen, Dam, Ipsen y Poulsen; en Suecia por Holmdahl y en Francia por Mollaret, ya para mantener a los pacientes sedados como respuesta a las epidemias de poliomielitis (fig. 3) que afectó al Norte Europa y Estados Unidos de América (EUA) desencadenando numerosos casos de insuficiencia respiratoria aguda.



Figura 3. Pulmón de acero, epidemia de poliomielitis en Dinamarca 1952

El anestesiólogo australiano Peter Safar considerado el padre de reanimación moderna; después de permanecer en un campo de concentración nazi emigró a Estados Unidos; impulsó la atención de emergencia, creó la técnica boca a boca, propuso la secuencia ABC, inició los primeros estudios de hipotermia en pacientes en estado crítico; creó un área de cuidados intensivos conocida como unidad de “respiración artificial” en Baltimore en 1958 y en Pittsburg en 1956, además de crear unidades de cuidados coronarios que eran manejadas por internistas, cardiólogos, anestesiólogos, pediatras y cirujanos; fundó la Asociación Mundial de Medicina de Urgencias y fue cofundador de la SCCM (Society of Critical Care Medicine) de la cual fue presidente en 1972 (5).

Björn Aage Ibsen nació en Copenhague-Dinamarca, emigró a Estados Unidos a formarse como anestesista en el Hospital General de Massachusetts, al culminar sus estudios retorna a Dinamarca y es a raíz de la epidemia de poliomielitis que decide tratar a estos pacientes con traqueotomía infra laríngea y ventilación a presión positiva manual con bolsa de resucitación, logrando disminuir la mortalidad en un 42%.

Así nace la necesidad de formar personal capacitado para el manejo integral de estos pacientes, por lo que entrena a médicos y monjas, quienes a pesar de los altos riesgos de contagio de poliomielitis asumieron la tarea, encargándose de estos pacientes. En 1953 en el

Hospital Municipal de Copenhague se creó la unidad de recuperación posquirúrgica, para posteriormente admitir pacientes críticos con cualquier patología. Él mismo bautizó su sala como “unidad de Terapia Intensiva”. Médicos de todo el mundo viajaron a Copenhague a aprender de primera mano los principios de la Medicina Intensiva, es considerado el padre de la terapia intensiva y ventilación mecánica moderna (6).

Estas unidades fueron creándose en hospitales de todo el mundo a la par de desarrollo tecnológico y científico; los primeros respiradores (1954), los sistemas de circulación extracorpórea (1952) e hipotermia (1953), el primer desfibrilador externo (1956), los catéteres venosos centrales, uso extensivo de antibióticos (7).

En América Latina 1960-1970 son creadas las primeras unidades de cuidados intensivos; en 1979 se crea la asociación internacional de cuidado crítico con representantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, España, Estados Unidos, México, Perú, Portugal y Venezuela; y como observadores, los delegados de Chile, Ecuador, Panamá y Uruguay (8).

En 1968, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la ayuda financiera de la Fundación W. K. Kellogg, Battle Creek, Michigan, consultoría de la Universidad de Michigan y asesores de OPS seleccionaron seis hospitales universitarios en Brasil, Colombia, Chile, Perú, Uruguay y Venezuela para crear y repotenciar UCI (5).

Es así que surge la terapia intensiva como hoy la conocemos.

La terapia intensiva en Ecuador

Tomando como base las ideas anteriores, mencionamos, que las unidades de terapia intensiva en el Ecuador, fueron una verdadera hazaña, el inicio de una nueva era, misma que estuvo relacionada más bien con especialidades diferentes (neumólogos, cardiólogos, anestesiólogos) a la especialidad actual, a los que por hecho o derecho llamamos médicos de medicina crítica y terapia intensiva.

Aunque generalmente no hubo un acuerdo claro de cómo definir estos nuevos servicios médicos, llamados: unidad de cuidados intensivos, área de cuidados intensivos, unidad de medicina crítica, terapia intensiva, cuidados intensivos, o como se la quiera llamar; el objetivo final fue el mismo, brindar un monitoreo completo, con tratamiento eficaz y resolutivo, para enfermedades que son potencialmente recuperables, pero que amenazan la vida.

Según datos tomados de la revista de medicina crítica ecuatoriana (9), escritos por el doctor Jean Raad, el doctor Lelio Alvarado, se encargó, en el Hospital del Seguro de Guayaquil, “Teodoro Maldonado Carbo” de concentrar pacientes coronarios, y es posible que se considere como la primera manifestación de una unidad de medicina intensiva en el país, la primera unidad de coronarios, concentrando pacientes críticos. Sin embargo, la primera unidad multidisciplinaria en la ciudad de Guayaquil, empezó a funcionar el 10 de octubre de 1970 en el Hospital

Teodoro Maldonado Carbo, años después se iniciaron las actividades de medicina crítica en el Hospital Naval de Guayaquil, y luego la primera unidad de terapia intensiva del Hospital Luis Vernaza en 1987 (4).

La primera UCI multidisciplinaria en Quito, nació el 30 de mayo de 1970, con el doctor Carlos Salvador García (4), en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), “Carlos Andrade Marín”, siendo esta misma unidad, la pionera en la organización de una verdadera especialidad. Según se conoce, no estuvo formada por intensivistas, si no por neumólogos, cardiólogos, internistas y otros clínicos.

Sin embargo, en la década mencionada anteriormente, específicamente en el año 1977, la unidad del Hospital Militar de Quito, fue también, una de las pioneras, en el cuidado de pacientes críticos; impulsada por los anestesiólogos, dio origen a una formación de la especialidad por residencia médica, similar a lo que se ha mencionado en Guayaquil, en donde los inicios de la terapia intensiva, fue impulsada también por anestesiólogos.

Entre las ciudades importantes del país, menciona el doctor Luis Mario Tamayo, pionero de la medicina crítica, en la ciudad de Cuenca, se inician las actividades de cuidados intensivos, en el año 1978, en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” comenzando a equiparse la unidad con los equipos médicos Takaoka de origen brasileño. Manifiesta que

él estuvo supervisado por el doctor Cristóbal Sarzoza (neumólogo de Quito) y es en el año 1980 cuando el doctor Tamayo realiza su posgrado en la Universidad Autónoma de México, regresando al país en 1984.

Luego de 6 años de la primera estructura crítica en el país; el 10 de abril de 1980, en el auditorio del Hospital de las Fuerzas Armadas de Quito, se reunieron 18 médicos: Quito (13), Guayaquil (4), Cuenca (1), y resolvieron formar la Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Intensivos (9). En esta reunión se designó la primera directiva presidida por el Dr. Cristóbal Sarzoza (neumólogo de Quito) y en la Comisión de Estatutos como presidente al Dr. Alberto Lasso (anestesiólogo de Quito). Recién el 25 de febrero de 1982, el Ministerio de Salud Pública, con acuerdo ministerial # 358 aprueba la creación de la SOCIEDAD ECUATORIANA DE CUIDADOS INTENSIVOS (SECI) (9).

Como menciona el doctor Jean Raad, en 1993 se actualizan y modifican los Estatutos, cambia su nombre a Sociedad Ecuatoriana de Medicina Crítica, y para el año 1995, se realiza el primer Congreso Nacional. En ese año, se incorporan los pediatras neonatólogos y se acepta la participación de las enfermeras al interior de la organización.

De forma progresiva y a la par del crecimiento demográfico y la mejoría en la supervivencia, de los pacientes; hemos tomado notas del doctor Jean Raad, quien en un reportaje al diario El Comercio mencionaba

en el año 2012: “Hay que hacer una distinción entre los pacientes y el costo, debido a que no contamos con protocolos bioéticos claros, se generan gastos a veces innecesarios. Si yo salvo la vida de una mujer de 20 años con eclampsia y la vuelvo productiva, no cuesta nada. Y si le doy el mismo tratamiento a un paciente de 90 años con cáncer metastásico, es un gasto innecesario... Pero tampoco puede existir una ley que diga que los no productivos deben morir ¿Las personas cada vez viven más, qué hacemos con ellos?: lo que tenemos claro es que la UCI es un sitio de buen vivir, no un sitio del buen morir” (10).

Con la necesidad imperante de formación, y así mismo, la importancia de mantener unidades con médicos capacitados en brindar atención médica en situaciones críticas, se inicia las actividades docentes de residencia médica y universitaria, y posteriormente mencionaremos, el crecimiento exponencial de estas unidades, hasta la actualidad.

Así, en el censo 2010, las provincias de Carchi, Bolívar y Cotopaxi, no registraban ninguna cama de terapia intensiva. Esto ha cambiado y actualmente, estas ciudades cuentan ya, con unidades de terapia intensiva. La primera en el año 2013, en Tulcán, inició sus actividades operativas el 11 de septiembre con 1 médico tratante, el doctor Santiago Párraga, 4 médicos generales, 11 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería, 1 fisioterapia y 4 personas de servicios generales.

Bolívar en su capital Guaranda, inició las actividades en el año 2014, inicialmente con una unidad de cuidados intermedios, con 2 camas, y

1 médico tratante, el doctor Celso Zaruma y al momento funciona ya como unidad de terapia intensiva. Finalmente el 13 de abril del 2018 en Latacunga, capital de Cotopaxi, se crea una terapia intensiva de gran capacidad que actualmente tiene 8 camas de cuidados intensivos habilitadas, de 22 planificadas y al momento con 5 médicos tratantes, siendo el principal de esta unidad el doctor Danilo Molina.

Pero una vez que hemos hecho un pequeño resumen mostrando que incluso ciudades que no tenían UCI las tienen actualmente, y considerando que en el Ecuador las unidades de terapia intensiva y la especialidad han crecido importantemente, les vamos a mostrar que ha pasado en la capital del Ecuador, en relación al desarrollo de los cuidados intensivos.

Actualmente en la ciudad de Quito se cuenta con varias unidades de terapia intensivas distribuidas así:

Primeramente las unidades que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Que serán presentadas según el año de funcionamiento: Hospital “Carlos Andrade Marín” (1970) con 36 camas y actualmente con 32 médicos tratantes especialistas, Hospital San Francisco (2012) con 8 camas y 9 médicos tratantes, y un nuevo hospital IESS Quito Sur (2018) 18 camas, 13 de cuidados intensivos y 5 camas de cuidado intermedio, con 14 médicos tratantes.

En el Ministerio de Salud Pública (MSP): Hospital Enrique Garcés

(1985), esta unidad es la más antigua unidad que pertenece al MSP, pues al parecer según comenta el doctor Hernán Montenegro, uno de los primeros médicos de esa unidad fue la primera UCI que se inauguró en el país, en lo que concierne al MSP., actualmente tiene 7 camas y 5 médicos tratantes; Hospital Eugenio Espejo (1988) 23 camas, 15 médicos tratantes; Maternidad Isidro Ayora; (2009) 5 camas, 6 médicos tratantes, Hospital Pablo Arturo Suárez (2010) 7 camas, y 7 médicos tratantes; Hospital de Calderón (2013) 12 camas, médicos tratantes 8; Maternidad Luz Elena Arismendi; (2016) 6 camas, 6 médicos tratantes.

Otros hospitales con trayectoria, que han sido parte del inicio de la actividad de los cuidados intensivos:

Hospital Militar (1977), una de las más modernas unidades para esa época según nos comenta el doctor Miguel Ángel Monar, estuvo dirigida y diseñada por el doctor Alberto Lasso Conto, quien fue el fundador, siendo un médico anestesiólogo con formación en medicina intensiva en Texas (USA), acompañado del doctor Fabián Merino Zaldumbide, cardiólogo con formación en Brasil, el doctor Edgar Romo cardiólogo formado en Brasil, al momento cuenta con 14 camas, 7 médicos tratantes, como ya les habíamos mencionado antes, esta unidad, fue una de las bases, para la formación de nuevos intensivistas.

Hospital de Policía (1991) siendo los primeros intensivistas de esta unidad los doctores: Marcelo Moreno, Iván Cabezas, Myriam

Montalvo, actualmente cuenta con 14 camas, 7 médicos tratantes, posteriormente pasó a ser parte de médicos que pertenecían a la línea policial.

Siguiendo entonces con las ideas anteriores, se dio el inicio a una especialidad formal, mediante un acuerdo común, con un programa docente universitario, establecido.

Así el 15 de octubre del 2002, tras el término de la primera promoción de médicos intensivistas de Universidad Central, se realizó el primer consenso de expertos, para establecer lineamientos que permitan regular las actividades docentes en el Ecuador, por lo tanto queda consignado que los títulos de hecho se obtienen luego de 5 años de haber ejercido una residencia médica en terapia intensiva, y los títulos de derecho con un programa académico que inicialmente fue de 3 años y posteriormente, se incrementó a 4 años (11).

Para ese entonces, la Universidad Central del Ecuador y posteriormente la Universidad San Francisco de Quito; dieron origen a los primeros médicos graduados.

La primera promoción de la Universidad Central comenzó las actividades en el mes de octubre de 1998 y terminó su promoción en el año 2001, con un grupo inicial de 12 intensivistas de los cuales culminaron el posgrado solo 10. A partir de esa fecha y hasta la fecha actual la Universidad Central ha brindado 15 promociones de médicos

especialistas en medicina crítica y terapia intensiva, los cuales se encuentran trabajando principalmente en ciudades de la sierra, con un total de 106 médicos especialistas hasta el momento tras 21 años de posgrado formal en medicina crítica.

Por otro lado la Universidad San Francisco de Quito, inició sus actividades en el año 2002, con tres médicos de posgrado, de los cuales culminaron su instrucción únicamente dos de ellos; esta universidad ha tenido en total nueve promociones de médicos intensivistas, programa que aportó con un total de 17 médicos especialistas al Ecuador, a partir del año 2014 la Universidad San Francisco no ha vuelto a convocar a nuevos concursos de posgrado.

Por otro lado, el déficit de intensivistas en el país hizo que la Universidad Católica del Ecuador, cuya sede es en Quito, abriera un nuevo curso de posgrado, para lo cual generó 39 plazas, nuevos médicos especialistas en medicina crítica, que egresaron en el mes de julio 2019, y no está por demás, mencionar a la Universidad Espíritu Santo de Guayaquil quienes también han brindado su aporte con una promoción de 24 médicos especialistas, que egresaron en el año 2014.

Hasta la actualidad, hemos visto un importante incremento de nuestra especialidad en el país, y hasta ahora no hemos mencionado nada al respecto de los efectos de la migración en América Latina y el impacto de esta realidad social en nuestro país. Lo que lógicamente sería parte de un nuevo capítulo en la historia de la medicina crítica en el país.

Con todo esto que hemos mencionado, dejamos a su criterio continuar con la lectura de la historia de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Arturo Suárez, que es el motivo de este libro.

Referencias Bibliográficas

1. Florence Nightingale, la heroína de los hospitales [Internet]. www.nationalgeographic.com.es. 2019 [cited 2019 Aug 1]. Available from: https://www.nationalgeographic.com.es/historia/florence-nightingale-heroina-hospitales_14173
2. Formación de Florence Nightingale en la Institución de las Diaconisas de Kaisersweth: análisis de documentos originales - Aladefe [Internet]. Enfermería21. [cited 2019 Aug 1]. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas-articulo/>
3. Velázquez Aznar A, Dandicourt Thomas C. Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910). Rev Cuba Enferm. 2010 Dec;26(4):166–9.
4. Ochoa Parra M. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. Acta Colomb Cuid Intensivo. 2017 Oct 1;17(4):258–68.
5. Peter J. Safar - EcuRed [Internet]. [cited 2019 Aug 1]. Available from: https://www.ecured.cu/index.php?title=Peter_J._Safar&oldid=2841896
6. Aguilar García CR, Martínez Torres C, Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crítica Col Mex Med Crítica. 2017 Jun;31(3):171–3.
7. Roque E J. Cuidados intensivos pediátricos: pasado, presente y

- futuro. Rev Chil Pediatría. 2013 Jun;84(3):249–53.
8. Vera Carrasco O. ORÍGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA MEDICINA CRÍTICA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN BOLIVIA. Rev Médica Paz. 2015;21(2):77–90.
 9. Historia de la Medicina Crítica Ecuatoriana [Internet]. [cited 2019 Jul 27]. Available from: http://www.medicosecuador.com/medicina_critica/rev_vol1_num1/historia_de_la_medicina_criticaa.html
 10. LA NEO DEL ENRIQUE GARCÉS EN QUITO - ECUADOR: La Terapia Intensiva, aún insuficiente. Diario EL COMERCIO, 19 de Diciembre del 2012 [Internet]. LA NEO DEL ENRIQUE GARCÉS EN QUITO - ECUADOR. 2012 [cited 2019 Jul 27]. Available from: <http://neohegquito.blogspot.com/2012/12/la-terapia-intensiva-aun-insuficiente.html>
 11. Reunión de expertos para el logro de consenso sobre la medicina crítica, la formación y acreditación de especialistas y unidades de medicina crítica y terapia intensiva [Internet]. [cited 2019 Jul 30]. Available from: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/44.htm

*Pasado, presente y futuro de
los Cuidados Intensivos en el
Hospital Pablo Arturo Suárez*

Capítulo 4

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ

Dr. Mario Patricio Montalvo V.

Dr. Lenin Stalin Saltos

Resumen

El Hospital Pablo Arturo Suárez tiene 45 años de vida institucional, es dueño de un gran legado histórico y durante su existencia ha sabido consolidarse y posicionarse de manera destacada en el ámbito de prestación de servicios de salud. En este transcurrir de tiempo se destaca su evolución y mejoramiento continuo siendo parte de esta evolución la creación de la Unidad de Cuidados Intensivos en septiembre del 2009, a partir de lo cual esta unidad ha venido creciendo constantemente en todos los aspectos. A continuación haremos una narrativa sobre la cronología y detalles de su creación.

La Terapia Intensiva HPAS

El 11 de diciembre de 1974, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador le otorgó legalmente al Hospital Pablo Arturo Suárez su nombramiento como entidad hospitalaria de segundo nivel de atención (1-2). Y si bien su creación coincide con la época en la que en el mundo comenzaron a crearse unidades de cuidados intensivos sin ser ajeno nuestro país a esta realidad (3), en el nuevo Hospital Pablo Arturo Suárez la

realidad era distinta quizá primeros años de supervivencia donde la prioridad era distinta y tenía que ver más con el acondicionamiento del nuevo espacio físico y consecución de equipos para mejoramiento y funcionamiento, en estas circunstancias la idea de una unidad de cuidados intensivos ni siquiera debió haber sido pensada.

Y es así que a pesar de las limitaciones, el naciente hospital se inicia con 216 camas, de las cuales 120 estaban destinadas para Neumología, 48 camas para Medicina Interna y 48 camas para Cirugía (1-2).

En 1976 se inicia la construcción de las áreas destinadas para consulta externa, recepción, estadísticas, laboratorio, áreas administrativas, las mismas que tuvieron que pasar varios años para ser concluidas, mucho tiene que ver esto con el querer político de los mandantes de turno, tal es así que en 1985 en el gobierno del ingeniero León Febres Cordero se incorporan a estas obras las áreas destinadas para rehabilitación y fisioterapia, obras que finalmente pudieron ser entregadas e inauguradas en septiembre de 1989 poniéndose al servicio de la comunidad la Consulta Externa (1) y en abril de 1993 en el gobierno del arquitecto Sixto Durán Ballén se inauguraron los servicios de Obstetricia y Neonatología (1). En este largo transcurrir de casi 19 años el hospital fue posicionándose y ganando reconocimiento y esto de la mano con el crecimiento de una población cada vez mayor, con patologías de mayor complejidad fueron creando la necesidad de la creación de una unidad de cuidados intensivos. Sin embargo no sería sino hasta

diciembre de 1998 cuando se incorpora al cuerpo de médicos del hospital el Dr. Ramiro Bucheli, médico de profesión formado en sus años de residencia en la ya consolidada unidad de cuidados intensivos del Hospital Carlos Andrade Marín, que llega ya como un intento de iniciar el cuidado intensivo en esta casa de salud en el servicio de recuperación, labor que lamentablemente fue interrumpida dado el poco tiempo de permanencia (1-4).

Ya con la idea sembrada, en el año 2000 se produce el retorno del doctor Ramiro Bucheli a esta casa de salud, trabajando en el área de emergencia pero sin perder el rumbo en la formación de la unidad de cuidados intensivos cada vez más necesaria y demandante; tal es así que para el 2004 se crea un área crítica en la Emergencia con el fin de solventar la necesidad de manejo de pacientes complejos con los pocos equipos existentes (4).

Un evento afortunado para continuar con la conformación de la unidad de cuidados intensivos fue el proceso de remodelación con el proyecto MODERSA del Ministerio de Salud Pública en el año 2004 –2005, donde se ampliaron las instalaciones, se renovaron laboratorios y se incrementaron equipos para atención. Logrando en esta intervención la consecución de un área ya destinada exclusivamente para la unidad de cuidados intensivos e incluso equipamiento de la misma con ventiladores mecánicos, monitores multiparámetro, faltando quizá voluntad política de los administradores de turno, el proyecto

quedó nuevamente abandonado por falta de recursos económicos para contratar el personal médico y de enfermería necesario para su funcionamiento (4-5).

Sin embargo de este revés se continuó luchando por el proyecto, y aquí tendremos que mencionar otro evento que a pesar de ser desafortunado para la salud a nivel mundial como fue la epidemia de influenza A (H1N1) en 2008, cuyos primeros casos se hicieron evidentes ya en nuestro país en el 2009, constituyó un evento afortunado a favor del proyecto de creación de la unidad de cuidados intensivos, pues la emergencia y necesidad de camas de terapia intensiva para tratar a estos pacientes obligó prácticamente a las autoridades de turno Dra. Bernarda Salas en ese momento Directora Provincial de Salud, a la apertura inmediata de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pablo Arturo Suárez, la cual fue inaugurada el 08 de septiembre del 2009 con la atención del primer paciente con influenza A (H1N1), si bien la disponibilidad era para siete camas, se inició con cuatro, puesto que no se disponía del personal médico y de enfermería necesario para su funcionamiento al cien por ciento (4-5). Inicialmente con cinco médicos tratantes: Dr. Ramiro Bucheli a la cabeza como Jefe de Servicio, Dr. Ramiro Puetate, Dr. Fernando Paredes, Dr. Alex Páez y Dr. José Miguel Guerrero. Médicos residentes: Lorena Rangles, Juan Sánchez, Carlos Esparza, Cristian Escobar, Fanny Lemos. Una jefa de enfermeras y 12 enfermeras de cuidado directo (4).

Si bien la emergencia sanitaria del momento permitió su creación el buen funcionamiento de la misma y el soporte que proporciona a los distintos servicios del hospital ha permitido su consolidación y lógicamente que continúe funcionando. Como es lógico con el devenir del tiempo algunos médicos se han ido, otros se han incorporado, tal es así en el 2010 con la salida de los doctores Ramiro Puetate, Fernando Paredes y Alex Páez, José Miguel Guerrero, se incorporan al cuerpo médico del servicio el Dr. Jorge Vélez, Dr. Fabricio Picoita, Dra. Vanesa Ramírez, Dr. Santiago Aguayo. De igual forma los médicos residentes se han ido renovando periódicamente la mayoría de ellos optando por diferentes especialidades y porque no decirlo la mayor parte de ellos inspirados por lo aprendido durante su paso en la unidad (4).

Otro hecho importante que marca el crecimiento de la unidad de cuidados intensivos fue la declaratoria de emergencia sanitaria el 31 de agosto del 2011, junto con 10 hospitales más a nivel nacional. Esto permitió en el 2013 la construcción de la casa de máquinas y la central de gases y a partir del 23 de diciembre de 2013, comenzó la construcción de la nueva torre de Consulta Externa y Emergencia. Obra que fue entregada en mayo del 2015 y que permitió extender la Consulta Externa de 30 consultorios a 70, repartidos en tres plantas; la Emergencia que tenía capacidad de 20 camas a 60, en salas bastante diferenciadas en triaje, observación, crítico y atención ambulatoria,

tanto pediátricas, gineco-obstétricas y adultos. Adicional, en el mes de octubre de 2015 se hizo la intervención de los quirófanos y en este año, se construyó e inició su funcionamiento el ala pediátrica con capacidad de 17 camas para atención clínica (4). Y como es lógico este crecimiento implicó que la unidad de cuidados intensivos también sea repotenciada para funcionar a cien por ciento es decir con 7 camas lo cual implicó contratar médicos y personal de enfermería. En el 2015 se incorporan al cuerpo médico Dr. Lenin Saltos, Dr. Mario Montalvo V, Dra. Wendy Tercero. Y se incrementa el personal de enfermería a 17 enfermeras de cuidado directo (6).

En el 2016 un acontecimiento relevante fue la consecución por parte del hospital de la Acreditación Internacional de Excelencia de Atención, con el 98% de cumplimiento, donde la Unidad de Cuidados Intensivos tuvo una participación importante en todos los ámbitos por su trayectoria y alto profesionalismo (6). Ya este mismo año se llama a concurso de méritos y oposición para médicos tratantes así como del personal de enfermería de la unidad con lo cual se logra una plantilla de médicos y de personal de enfermería ganadores de concurso y sobre todo con estabilidad comprometidos con el servicio. Actualmente la unidad cuenta con 7 médicos tratantes a la cabeza Dr. Ramiro Bucheli Jefe de Servicio, Dr. Jorge Luis Vélez, Dr. Santiago Aguayo, Dr. Lenin Saltos, Dr. Mario Montalvo V, Dra. Wendy Tercero, Dr. Fernando Jara. Personal de enfermería con 1 jefa de enfermeras y 17 enfermeras de

cuidado directo al paciente. Médicos residentes asistenciales 2 (4).

Es importante además señalar que gracias a la trayectoria y profesionalismo demostrado por la unidad desde su creación se ha logrado posicionar como una de las más importantes de Quito y del país lo que ha hecho que instituciones universitarias como la Universidad Central del Ecuador y la Universidad Católica del Ecuador soliciten pasantías de sus alumnos de los posgrados de Emergencias y de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos lo cual constituye no solo una gran responsabilidad sino además un motivo de orgullo para la unidad y por ende para el Hospital Pablo Arturo Suárez.

En el momento actual en pleno funcionamiento la unidad atiende aproximadamente entre 350 a 400 pacientes por año, y siendo una unidad polivalente se soporta todo tipo de patología con una mortalidad que para satisfacción va entre el 16-18% anual, la misma que está cercana a la mortalidad que se maneja a nivel mundial, e incluso en niveles más bajos (4).

No menos importante la producción científica de la unidad, se ha creado un Grupo de Producción, Creación e Investigación que al momento lleva cerca de 10 publicaciones científicas entre revisiones y casos clínicos en revistas indexadas, además de la publicación de tres libros con aval universitario (4).

Han sido 10 años de intenso y fructífero trabajo cumpliendo la misión para la cual fue creada, justificando con sobra de merecimientos su existencia.

¿Qué le depara el futuro a esta prestigiosa Unidad de Cuidados Intensivos?

El Dr. Ramiro Bucheli jefe de la unidad responde:

“Las expectativas son grandes, nos hemos posicionado como una de las unidades más importantes a nivel de Quito, se ha planteado un proyecto de 25 camas 8 para intermedios y cuidados paliativos, lo cual dependerá del querer político de nuestros administradores para crearla. Nuestra fortaleza más grande es el recurso humano comprometido con nuestros pacientes (4)”.

Referencias Bibliográficas

1. Guarderas, Fabian. 2003. Médicos y hospitales de Quito. Reseña histórica de hospitales públicos y privados de Quito. Publicaciones Médicas. 2da edición. Quito – Ecuador. ISBN: 9978-42-672-8.
2. Hospital Pablo Arturo Suarez. “Historia”. <http://www.hpas.gob.ec/index.php/hospital/historia> (consultado 15 de Julio del 2019).
3. Raad, Jean. 1999. VI Congreso Panamericano – Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 1 ra edición. Quito – Ecuador. ISBN 9978-40-912-2.
4. Ramiro Bucheli, entrevista por Mario P. Montalvo, 15 de Julio del 2019.
5. 2009. Nueva Terapia Intensiva para los pacientes con gripe. El Comercio, 8 de Septiembre. Sección Actualidad. <https://www.elcomercio.com/actualidad/nueva-terapia-intensiva-pacientes-gripe.html>. Si está pensando en hacer uso del mismo, por favor, cite la fuente y haga un enlace hacia la nota original de donde usted ha tomado este contenido. ElComercio.com.
6. Hospital Pablo Arturo Suarez. “Sala de prensa”. Hospital Pablo Arturo Suarez, dueño de un legado colonial. <http://www.hpas.gob.ec/index.php/sala-de-prensa/196-hospital-pablo-arturo-suarez-dueno-de-un-legado-colonial>. (consultado 15 de Julio del 2019).

*Reflexión Histórica y Bioética
sobre Investigación en Pacientes
Críticamente Enfermos*

Capítulo 5

REFLEXIÓN HISTÓRICA Y BIOÉTICA SOBRE INVESTIGACIÓN EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Dr. Jorge Luis Vélez

Resumen

La tecnología avanzada aplicada a las ciencias de la salud se traduce en mayor probabilidad de diagnóstico y tratamiento precoces, lo que permite en muchas ocasiones un incremento de la esperanza de vida, sin embargo, esto también acarrea dilemas éticos entre la definición adecuada de calidad de vida, hasta cuando mantener a un paciente con soporte artificial, entre otras.

El estado de gravedad extrema en el que se encuentran los enfermos críticos los hace una población de gran interés para investigación y experimentación, sin embargo, el estado de sedación profunda al que están sometidos, los trastornos agudos de la conciencia (delirio), encefalopatías de varias etiologías, entre otros, los hacen no competentes para decidir sobre su participación o no en proyectos de investigación, debiendo ser considerados como un grupo vulnerable cuyo enrolamiento en trabajos científicos debe ser analizado por un Comité de Bioética.

En el presente trabajo reflexionamos y tratamos de dar sustento científico, con base a datos históricos y contemporáneos, sobre ésta delicada temática.

Introducción

La evolución tecnológica y científica aplicada en las ciencias de la salud, ha hecho que surjan especialidades nuevas, la terapia intensiva una de ellas. Actualmente en las unidades de cuidados críticos se aplica la tecnología, conocimiento científico y preferencias de los pacientes en miras de sostener, prolongar y curar en muchos de los casos, enfermos que, en épocas previas, hubiesen fallecido de forma inminente, por ejemplo, la mortalidad de la gripe española a inicios del siglo XX superó las 50 millones de personas, rivalizando y superando a los fallecimientos de la primera guerra mundial, de desarrollo histórico paralelo; actualmente, patologías de etiología viral similar como el SARS y la influenza A (H1N1), tiene una expectativa de vida muy superior debido a la aparición y avances en la ventilación mecánica; sin embargo, esto ha planteado nuevos problemas y dilemas en el campo bioético, por ejemplo, términos como eutanasia activa y pasiva, ortostanasia, futilidad del tratamiento, encarnizamiento terapéutico, entre otros, han pasado a ser temas de debate diario.

Las estrategias farmacológicas, tecnológicas y clínicas extremas que se requieren para sostener el funcionamiento de los órganos vitales en estado crítico, muchas veces requieren de llevar a los enfermos a estados de sedación profunda con el desarrollo a posteriori de alteraciones agudas de la conciencia como el delirio, lo que los hace incapaces de tener autonomía de decisión en cuanto a participación en

estudios de investigación, pero a la vez, lo extremo de sus respuestas orgánicas, somáticas y psicosomáticas, los hace sujetos de alto interés para enrolarlos en investigación médica.

Desarrollo

La primera referencia a la agrupación de enfermos críticos en un área común dotada de mayores recursos y para un mejor aprovechamiento de éstos tiene lugar en la Guerra de Crimea (1854-1856) y su principal precursora fue Florence Nighthindale. Esa idea inicial fue evolucionando a lo largo de los años hasta que en los años 50-60, se crearon las primeras unidades de cuidados intensivos, gracias a los avances de la medicina y de la técnica en general, que hacían posible revertir situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles, como los primeros respiradores (1954), los sistemas de circulación extracorpórea (1952) e hipotermia (1953), el primer desfibrilador externo (1956), los catéteres venosos centrales, uso extensivo de antibióticos.

Esta evolución se concretó en dos modelos de desarrollo, uno derivado de la necesidad de ventilación mecánica surgida en la epidemia de poliomielitis, que afectó especialmente a los países del norte de Europa y Norteamérica y que produjeron numerosos casos de insuficiencia respiratoria aguda secundaria, y un segundo, que determinó la creación de unidades específicas para enfermos coronarios.

En Ecuador en los albores de la década de los 70 se fueron estructurando las unidades de terapia intensiva, el crecimiento fue lento hasta la década siguiente en la que progresivamente se adaptaron unidades en los hospitales y clínicas del país. En 1974 la Terapia Intensiva del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Quito se convierte en la pionera de una organización incipiente de la especialidad, inclusive quienes trabajaron en ella en esos tiempos, están dedicados en la actualidad a otras actividades clínicas de la medicina interna y prácticamente ninguno salió activo en la medicina crítica.

Con la creación de las unidades de terapia intensiva y guardando paralelismo se inició la investigación en éste campo que, si bien no difiere en principio con la metodología y ética de la investigación en otros campos, hay particularidades que hacen que estos enfermos puedan o deban ser considerados especiales.

Entonces se vuelve necesario definir si los pacientes críticos, especialmente los sedados o con alteraciones agudas de la conciencia, deban ser considerados una **“POBLACIÓN VULNERABLE”**. Daré algunas razones para tratar de aclarar esta situación:

- Al estar sedados, con alteraciones conductuales agudas (delirio) y estar bajo administración de polifármacos, su capacidad de consentir y entender los alcances de participar en una

investigación pueden estar limitados.

- La aceptación pasaría a ser dada por los familiares; los mismos que viven estados de angustia e incertidumbre al saber la gravedad y pronóstico de éstos pacientes, lo que los haría sujetos a decisiones erráticas, tal vez con el fin de ser condescendientes con el médico, a quién lo ven como el posible gestor de buenas noticias o, tal vez con la esperanza sin sustento, que al entrar en un estudio aumentan, per se, las posibilidades de mejoría de su pariente, por ende, habría una línea delgada entre información y coacción.
- La amnesia anterógrada por causas orgánicas y/o farmacológicas, harían que de ser sometidos a algún tipo de intervención, éstos no sean capaces de recordarla y por ende de reportarla, lo que haría que en ausencia de conducta ética científica sean deseables para enrolarlos en trabajos investigativos.

Las razones expuestas, entre otras que se escapan a nuestro razonamiento, las consideramos razón suficiente para decir que sí, que los pacientes críticos si son una población vulnerable y que por ende requieren protección de sus derechos por Comités de Bioética Institucional.

Esto es tan cierto, dado que en calidad de médicos intensivistas e investigadores clínicos, en un país con una normativa Bioética escasa y que ha cobrado importancia reciente (últimos años), no ha faltado

la predisposición de hacer estudios siempre bien intencionados, pero asumiendo que no se requiere consentimiento de pacientes no conscientes y a los que las tomas de muestras biológicas reguladas no les haría daño y más bien podría generar un resultado beneficioso para el paciente estudiado y para la población de pacientes críticos en general, sin embargo, ante ese hecho es necesario razonar sobre algunas situaciones que bioéticamente quedarían no claras:

- Las muestras obtenidas no podrían ser almacenadas sin un consentimiento informado.
- La publicación en revistas científicas de importancia exigirían la existencia del consentimiento informado para proceder a su revisión y aprobación.
- Los médicos en formación, cuyo aprendizaje en gran medida es visual, asumirían que hacer investigación en pacientes no conscientes, sin solicitar consentimiento informado asumiendo buena fe en la intencionalidad del estudio, es lícito y permisible, lo que deformaría su visión de lo que es investigar bajo normas de protección al paciente.

En investigación, buena fe e intencionalidad adecuada no son sinónimos de ética investigativa, ya que la buena fe y la intención de aporte científico han caminado muy alejados en algunos casos de ética investigativa y protección al paciente, citamos algunos hechos en los que hubo progreso científico a costa de sufrimiento, desinformación y

ausencia absoluta de los derechos del paciente.

- Experimento de Tuskegee, en los Estados Unidos, verificación del progreso de la sífilis en pacientes afroamericanos, que no fueron informados y que cuando existió tratamiento curativo (penicilina) para sus dolencias no fue administrado.
- Régimen nacionalsocialista (NAZI) en Alemania, grandes progresos científicos en todas las ciencias a costa de la abolición de los derechos humanos.

Citando éstos dos casos, de muchos existentes, se justifica plena y absolutamente la existencia de las regulaciones bioéticas para la investigación en seres vivos (humanos y no humanos) que mediante códigos, informes y declaraciones clásicas como Nüremberg, Helsinki y Belmont y regulaciones actuales como las GCP-ICH (Conferencia de Armonización de Buenas Prácticas Clínicas) de utilización mundial, aunque no vinculante en Estados Unidos, dónde son referencia pero priman las regulaciones de la FDA; la CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas), entre muchas otras de elaboración local y regional, tratan de hacer prevalecer los principios bioéticos y sobre aquel que comanda la ética de máximos, la autonomía o el respeto a los derechos del paciente.

Entonces, resalta notablemente la necesidad de incluir en los pénsum y sílabos de los programas de posgrado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva la Materia Bioética y su aplicación para solucionar conflictos

asistenciales (instauración de medidas de limitación de esfuerzo terapéutico), así como, para la protección de los pacientes que se enrolen en estudios clínicos realizados por especialistas en éstas ramas.

Además, establecer programas de formación continua en Bioética, esto determinaría que:

- Existan médicos críticos capaces de participar y conformar comités de Bioética.
- Facilitar y mejorar la relación médico-paciente y familiares mediante la toma de decisiones adecuadas en situaciones complejas.
- Establecer un patrón de funcionamiento, en dónde la actividad investigativa esté ligada firmemente a la Bioética para desarrollar proyectos y generar literatura científica irrefutable desde cualquier punto de vista.

Pese a estos argumentos, el acceso a especialidades médicas es limitado y más aún a programas académicos de maestría y doctorados, éstos últimos que otorgan una formación integral y enseñan a investigar con regulaciones científicas y éticas, por ésta razón la producción científica relevante ha sido, tradicionalmente, escasa, situación que ha cambiado en los últimos años por situaciones varias, materializando publicaciones en revistas de impacto nacionales y extranjeras.

Esto ha generado que actualmente se hayan constituido Comités

Institucionales de Bioética inscritos y regulados por el Ministerio de Salud Pública (Tabla 1), ante los cuales y por los cuales deben pasar todos los trabajos de investigación para pregrado y posgrado, así como investigaciones independientes, universitarias y estatales, lo cual marca un antes y un después en la bioética ecuatoriana.

Tabla 1. Lista de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos aprobados por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Modificado de Redacción Médica-MSP julio 2019

Nro.	Denominación del CEISH	Presidente	Dirección del CEISH	Ciudad
1	Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (CEISH-PUCE)	Dra. Laura Arcos Terán	Dirección de Investigación Edif. Administrativo de la PUCE tercer piso Av. 12 de Octubre 1076 y Roca	Quito
2	Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Internacional del Ecuador (CEISH-UIDE)	Dr. Carlos David Bastidas Hidalgo	Segundo Piso Edificio Administrativo Av. Jorge Fernández s/n y Simón Bolívar	Quito
3	Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito (CEISH-USFQ)	Dr. Iván Sisa	Campus Cumbayá - Edificación Galileo 206	Quito
4	Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital Luis Vernaza (CEISH-HLV)	Dr. Medardo Alfonso Tafur Briones	Área de pensionado. Hospital Luis Vernaza. Loja 700 y Escobedo	Guayaquil
5	Comité de Ética de Investigación en seres Humanos del Hospital Clínica Kennedy (CEISH-HCK)	Dr. Manuel Iván Cherrez Ojeda	Sección Delta Clínica Kennedy- Av. San Jorge y la Novena	Guayaquil
6	Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de las Américas (CEISH-UDLA)	Lic. Diego Chauvin	Bloque 8, planta baja, oficina 5. Av. De los Granados E12-41 y Colimes	Quito

Conclusiones

Los pacientes críticos son una “POBLACIÓN VULNERABLE”, por ende su inclusión en estudios de investigación es factible y necesario, pero debe ser regulado por comités instituciones de bioética que velen por su integridad, sin embargo, como integrantes de éstos comités deberían formar parte médicos que pertenezcan a la especialidad, que dominen por ende la parte técnico-científica y además el entorno psico-emocional de éstos enfermos.

El compromiso de la academia para dotar de gente proba y formada para la constitución de estos comités, debería ser mediante la implantación de educación continua, con el fin de capacitar a los profesionales inmersos en este campo.

Referencias Bibliográficas

1. Cook D, Blythe D, Rischbieth A, Heberth P. Enrollment of intensive care unit patients into clinical studies: a trinational survey of researchs, experiences, beliefs and practices. *Critical Care Medicine*. Vol 36. N° 7. 2008.
2. Breve historia de la medicina intensiva. *Revista Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud*.
3. Raad J. Historia de la medicina crítica en el Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Medicina Crítica*. Volumen 1. Número 1. Quito-Ecuador. 2009.

ACERCA DE LOS AUTORES

JORGE LUIS VÉLEZ PÁEZ



ORCID: 0000-0002-6956-4475

 <https://scholar.google.es/citations?user=fe2yfcgAAAAJ&hl=es>

 https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Luis_Velez_Paez

Doctor en Medicina y Cirugía Universidad Central del Ecuador. Especialista en Medicina Crítica Universidad San Francisco de Quito. Máster en Investigación Clínica y Epidemiológica Universidad San Francisco de Quito. Posgrado en Epidemiología Hospitalaria Universidad San Luis Gonzága. Doctor Ph.D. (c) en Medicina Universidad Peruana Cayetano Heredia. Diplomado en Bioestadística e Investigación Científica. Instituto Universitario Tomas Garrigue Masaryk. Manejo avanzado del software SPSS. Escuela Politécnica Nacional del Ecuador (Quito) e Instituto Científico del Pacífico (Lima). Profesor Agregado de Medicina Interna–Cardiología en Universidad Central del Ecuador. Docente del posgrado de Medicina Crítica/ Terapia Intensiva y Emergencias/Desastres en Universidad Central

del Ecuador y Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Médico Intensivista en Hospital Pablo Arturo Suárez. Miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Crítica. Reconocimiento Académico por ser un activo “PROMOTOR DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA” por la Sociedad Hispana de Investigadores Científicos. Varias publicaciones científicas a nivel nacional e internacional.

MARIO PATRICIO MONTALVO VILLAGÓMEZ



ORCID: 0000-0003-2987-7095

Con 12 años de experiencia en su especialidad, ha desarrollado sus potencialidades en diagnóstico, tratamiento y manejo del paciente crítico en todas sus etapas. Ha concluido una Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva, lo que le ha permitido incursionar en el campo de la investigación, y de la Salud Pública. Especialidad en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, Universidad Central del Ecuador. Doctor en Medicina General y Cirugía, Universidad Central del Ecuador 2017/03/01-actualidad. Profesor en la Universidad Central del Ecuador, Docente para el Instituto Superior de Posgrado, Posgrado de Emergencias y Desastres. 2015/05/04-actualidad. Médico Intensivista en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Pablo Arturo Suárez.

FERNANDO ESTEBAN JARA GONZÁLEZ



ORCID: 0000-0003-2132-7187

Fernando Jara González, es un médico que realiza su actividad profesional durante 12 años en unidades de cuidado intensivo, los tres últimos años se ha desempeñado como médico tratante del Hospital Oncológico Solón Espinoza Ayala (SOLCA) de la ciudad de Quito, en donde adquirió destrezas en el manejo de pacientes con emergencias oncológicas y en estado crítico; durante los dos últimos años se ha desempeñado, además como médico tratante del Hospital Pablo Arturo Suárez, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con habilidades en el manejo de pacientes críticos, clínicos y quirúrgicos. Sus objetivos profesionales se han orientado al enfoque de la hemodinamia, la asistencia respiratoria mecánica y los trastornos metabólicos: coordina actualmente la formación médica en ultrasonografía con el grupo WINFOCUS. Las aspiraciones futuras de Fernando Jara están relacionadas con la investigación científica, la docencia, el liderazgo de grupos y la administración de unidades de servicio de salud.

SANTIAGO XAVIER AGUAYO MOSCOSO



ORCID: 0000-0003-4919-5497

Su formación la realizó en la ciudad de Quito, cursando el pregrado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y posteriormente el posgrado de Medicina Crítica en la Universidad San Francisco de Quito. Su dedicación en el área de cuidados intensivos la realiza desde hace 11 años en la cual ha desarrollado habilidades para el diagnóstico y manejo del enfermo crítico. Tiene interés en el ámbito de la sepsis, metabolismo y microcirculación. Desde el año 2014 ejerce el cargo de Médico Intensivista en el Hospital Pablo Arturo Suárez del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ha publicado libros y artículos científicos a nivel nacional e internacional.

WENDY MILAGROS TERCERO MARTÍNEZ



ORCID: 0000-0002-5207-7611

De origen hondureña con nacionalidad ecuatoriana, se titula en el 2006 como doctora en medicina, en La Habana, Cuba por la Escuela Latinoamérica de Medicina, mantiene experiencia múltiples centros públicos y privados en su ciudad natal Tegucigalpa; para luego iniciar sus estudios de posgrado en Medicina Familiar en el Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón en Maracay, Venezuela. Se proyecta a su segunda especialidad en Medicina Crítica en el Hospital Universitario de Caracas, perteneciente a la Universidad Central de Venezuela. Por motivos familiares llega al Ecuador en el 2015 y se integra a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Pablo Arturo Suárez donde se desarrolla como Médico Tratante hasta la fecha.

LENIN STALIN SALTOS ÍÑIGUEZ



Con nueve años de experiencia en la especialidad de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, sumado a ello la experiencia adquirida como docente de la Universidad Central del Ecuador en el área de posgrado de la especialidad afín y experiencia en el manejo del paciente crítico posoperatorio cardíaco que le han permitido desarrollar todas sus capacidades en la atención del enfermo crítico y ejercer de manera competente y altiva su profesión. Con título de médico general y cirujano. Graduado en la Universidad Central del Ecuador. Especialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Universidad Central del Ecuador. Diplomado en Salud Comunitaria y Familiar. Universidad Central del Ecuador. Profesor del Posgrado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Universidad Central del Ecuador. Enero 2013 hasta julio 2014. Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos Posoperatorio Cardíaco UCIPOC en el Hospital Carlos Andrade Marín desde abril 2011 a septiembre 2014. Médico Tratante en el Área de Cuidados Intensivos del Hospital Carlos Andrade

Marín desde septiembre 2014 hasta marzo 2015. Médico Tratante en el Área de Cuidados Intensivos en el Hospital Pablo Arturo Suárez de la Ciudad de Quito, desde abril 2015 hasta la actualidad. Médico Tratante en el Área de Cuidados Intensivos Clínica Dame enero 2011 hasta la actualidad. Instructor Acreditado de la AHA en Soporte Vital Avanzado ACLS febrero 2019 hasta la actualidad.

ISBN: 978-9942-823-13-7

