



Medicina crítica y cuidado intensivo en obstetricia: en búsqueda del legado

Critical care medicine and intensive care in obstetrics: in search of a legacy

Carlos Fernando Grillo-Ardila^{1,2} , Luis Carlos Triana-Moreno^{2,3} , Óscar Orlando Sanabria-Rodríguez^{3,4} 

Recibido: 11 marzo, 2025 Aceptado: 19 marzo, 2025

*Si solo haces lo que ya sabes hacer,
no vas a llegar a ser más de lo que eres hoy.*

Yuh J, Carloni A. Directores. *Kung Fu Panda 3* [Película]; 2016.

RESUMEN

Contrario al pensamiento lego, el verdadero artífice del éxito durante el cuidado del paciente crítico y su familia no es el uso de intervenciones complejas ni el monitoreo hemodinámico o multimodal avanzado. Es el talento humano que con tesón, vocación y esmero proporciona día a día el mejor cuidado posible en busca de lograr el mejor desenlace. Concedores de la importancia que representa la formación del recurso humano y el fomento del pensamiento crítico-disruptivo, este artículo tiene como objetivo presentar un relato dinámico del nacimiento de la Medicina Crítica como especialidad, su desarrollo en Colombia y cómo evolucionó el interés de los médicos obstetras por adquirir las competencias necesarias para liderar el manejo de este tipo de pacientes. A lo largo de este

documento el lector encontrará un relato ameno, homenaje al aporte realizado por visionarios, quienes fragmentando el *statu quo*, señalaron el derrotero para futuras generaciones. Este recuento histórico también tiene como propósito inspirar al lector para que emprenda la búsqueda de una senda que conduzca a la ruptura de paradigmas, pues la muerte no es el cese del latido cardiaco o la ausencia del impulso respiratorio; es una existencia libre de cualquier cuestionamiento pues, indudablemente, señala el deceso del espíritu.

Palabras clave: historia; medicina crítica y cuidado intensivo; obstetricia; fuerza laboral; responsabilidad social.

ABSTRACT

Contrary to popular belief, the true architect of success in the care of critically ill patients and their families is not the use of complex interventions or advanced hemodynamic or multimodal monitoring. It is human talent that, with determination, vocation, and dedication, provides every day the best possible care in pursuit of the best clinical outcome. Recognizing the importance of human resource training and the promotion of critical-disruptive thinking, this article aims to present a dynamic account of the

* **Correspondencia:** Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 45 No. 26-85. Bogotá (Colombia). cgrilloa@unal.edu.co

1. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia).
2. Programa de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (Colombia).
3. Unidad de Cuidado Intensivo, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (Colombia).
4. Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (Colombia).

Cómo citar este artículo: Grillo-Ardila CF, Triana-Moreno LC, Sanabria-Rodríguez ÓO. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2025;76:4445. <https://doi.org/10.18597/rcog.4445>

birth of critical care medicine as a specialty, its development in Colombia, and how obstetricians' interest in acquiring the necessary competences to lead the management of these patients evolved. Throughout this document, the reader will find an engaging narrative that pays tribute to the contributions made by visionaries who, by challenging the status quo, paved the way for future generations. This historical account also seeks to inspire the reader to embark on a path that leads to the breaking of paradigms, since death is not the cessation of the heartbeat or the absence of the respiratory impulse; it is an existence free from any questioning that undoubtedly marks the demise of the spirit.

Keywords: History; critical care medicine; obstetrics; workforce; social responsibility.

INTRODUCCIÓN

La medicina crítica ha sido definida como “aquella que se dirige al enfermo grave, pero que es, además, vigilante, decisiva, crucial, oportuna, reflexiva, analítica, juiciosa, comprometida y eficiente” (1). En cuanto al cuidado intensivo, se enfoca en la atención sostenida del paciente con el ánimo de soportar parcialmente o sustituir la función de uno o más órganos comprometidos, para que el enfermo conserve su funcionalidad y sobreviva a la crisis temporal a la que se enfrenta (2).

La magnitud de la necesidad de la atención de la medicina crítica y el cuidado intensivo no es fácil de estimar dado que la frecuencia de los síndromes que causan condiciones críticas como la sepsis, la insuficiencia respiratoria aguda, la disfunción orgánica múltiple o el trauma craneoencefálico severo no es clara (3). No obstante, estimaciones indirectas de la frecuencia en la atención de estas condiciones puede ofrecer una aproximación a la magnitud del problema. Por ejemplo, para 2004 se estimaba que la sepsis era responsable del 10% de las admisiones en la unidad de cuidado intensivo (UCI) (4), en tanto que el síndrome de dificultad respiratoria aguda representó el 7% de estos ingresos (5). En lo que respecta a la paciente obstétrica, una

revisión sistemática (6) analizó el comportamiento epidemiológico del ingreso a la UCI durante la gestación o el puerperio. Incluyó 77 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión, para un tamaño de muestra de 111.600 participantes. A partir de la evidencia disponible se pudo documentar que la frecuencia de ingreso a la UCI es de 6,6 por cada 1.000 partos, lo que en otras palabras representa una proporción global del 1,6 y de 2,4% para los países de bajos y medianos ingresos (6), para una mortalidad global de 6,5% y de 12,4% cuando el evento ocurre en un país de bajos o medianos ingresos (6).

Se conoce que las principales causas de admisión a UCI durante la gestación y el puerperio son la preeclampsia severa, la hemorragia posparto, la sepsis obstétrica y el embolismo amniótico (6), por lo que la mejor comprensión de la historia natural de estas patologías propias del embarazo, así como de la mayor predisposición a la enfermedad tromboembólica y del curso más severo de la infección respiratoria aguda en la gestación, requiere que el obstetra esté capacitado para liderar o participar de manera activa en los equipos multidisciplinarios que deben atender a estas pacientes. Debido a esta necesidad, en conjunto con un grupo de especialistas en medicina crítica y cuidados intensivos (MCCI) publicaremos una serie de artículos de educación orientados a proporcionar los conocimientos básicos y avanzados en el manejo de la paciente obstétrica críticamente enferma. De ahí que consideremos importante, como preámbulo a esta serie de documentos, presentar el contexto histórico que de manera dinámica describa el nacimiento de la medicina crítica (MCCI) como especialidad, su desarrollo en Colombia y cómo evolucionó el interés de los médicos obstetras por adquirir las competencias necesarias para liderar el manejo de estas pacientes. Para esto reconstruiremos el camino trasegado, a fin de reconocer la valía de los aportes de aquellos que han dedicado su vida a este noble ejercicio. Escudriñaremos los anaqueles hasta llegar al nacimiento de la especialidad, y avanzaremos hasta su encuentro con la obstetricia, no para nombrar un listado soporífero de hitos, sino,

por el contrario, para ilustrar cómo la evolución de la MCCI se encuentra felizmente guiada por la mano de personajes insignes que hicieron realidad lo entonces impensable (7).

EL INICIO

Cuando una paciente se encuentra en alto riesgo de morir en el ámbito hospitalario, aparecen en escena aquellas intervenciones que han demostrado un impacto positivo sobre el curso de la enfermedad. Se recurre entonces al manejo avanzado de la vía aérea (8), el uso racional de cristaloides (9), la administración de soporte vasopresor con o sin suplencia hipotálamo-hipófisis-adrenal (10), la terapia antibiótica dirigida (11) y el soporte nutricional temprano (12), llegando en casos especiales a la prescripción de sistemas de asistencia ventricular (13). Estas intervenciones, sumadas al monitoreo hemodinámico o multimodal avanzado (14,15), apartan la atención de quienes son en realidad los verdaderos artífices del cuidado del paciente y su familia: terapeutas y nutricionistas, quienes, hombro a hombro con el cuerpo de enfermería y médico, desarrollan un trabajo mancomunado (16). Este recurso humano merece ser exaltado y es, justamente, el eje central de este relato.

Para comenzar con este recorrido, recurriremos a Ocampo Trujillo quien describe los pioneros del cuidado crítico (7). De esta manera, basta con apelar a la sinestesia y a la metáfora, y transportarnos al Imperio napoleónico, cuando Dominique-Jean Larrey (1766-1842), con circunspección y tenacidad, diseñó la primera ambulancia halada por caballos para que los soldados heridos fueran transportados y atendidos de inmediato, sin tener que esperar hasta el final de la batalla. Punto cardinal de la historia que da inicio a este relato y que sirvió como faro para que dos titanes: Florence Nightingale (1820-1910) y Jean-Henri Dunant (1828-1910) emergieran en el camino: Nightingale como fundadora de la enfermería y reconocida por establecer, durante la guerra de Crimea (1853-1856), el campo de Scurati, en donde implementó el protocolo de atención del paciente crítico, enfocado en la higiene de las áreas hospitalarias y en la correcta clasificación de los soldados heridos,

atendiendo en sentido prioritario a los severamente enfermos; y Jean-Henri Dunant (1828-1910), quien, al observar las secuelas de la batalla de Solferino en Italia (1859), reclamó la creación de un cuerpo de voluntarios para socorrer a los heridos de guerra sin distinción de bando, plantando los cimientos humanitarios del hoy Comité Internacional de la Cruz Roja. Pioneros que reconocieron la apremiante necesidad de brindar un cuidado diferencial al paciente críticamente enfermo.

Podemos continuar con Walter Edward Dandy (1886-1946), precursor del tratamiento de la hidrocefalia y los aneurismas cerebrales, a quien se le atribuye la creación, en 1926, de la primera unidad de cuidado posquirúrgico especializado al dotar tres camas del Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, para la vigilancia de sus pacientes (17). Año singular para la memoria (como si el destino estuviese empeñado en demostrar que ya era hora), pues para esa misma fecha, Philip Drinker (1894-1972) y Louis Agassiz Shaw Jr. (1886-1940) presentaron al mundo el primer ventilador mecánico a presión negativa o “pulmón de acero”, capaz de arrancar de las garras de la muerte a pacientes con falla respiratoria (18,19). Posteriormente, la calamidad hizo presencia con el advenimiento de la Segunda Guerra Mundial, impulsando la resucitación con hemoderivados (20) y el cuidado meticuloso de los soldados gravemente heridos (7).

La posguerra heredó un mundo fragmentado por diferencias políticas (Guerra Fría), económicas y culturales, destrozando la equidad en salud y abriendo la puerta a la pobreza, el hambre y la enfermedad (21). Factores que sirvieron de antesala para la epidemia de polio que azotó a Europa y al mundo (1948-1955) (22). Pero como todo escollo también puede ser visto como una oportunidad, en su momento más crítico Bjørn Ibsen (1915-2007) abrió la primera unidad de cuidado intensivo (1953), ubicada en el Hospital Comunitario de Copenhague, dedicada a brindar atención a los pacientes con insuficiencia respiratoria, transmutando del soporte ventilatorio con presión negativa al uso de sistemas de presión positiva con intubación traqueal (7,23). Cambio en el paradigma que junto a los aportes de Carl Gunnar Engström (1912-1987), creador de los ventiladores de volumen (1954) y gracias a los trabajos

adelantados por Peter Safar (1924-2003) y Vladimir Negovsky (1909-2003) (24), padres de la reanimación cardiopulmonar básica (1962) y avanzada, reflejan los albores de la ventilación mecánica moderna según describen Muñoz Caro *et al.* (24).

MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO EN COLOMBIA

En esta sección nos apoyaremos en el documento del profesor Bernardo Ocampo, publicado en la revista de la Academia Nacional de Medicina de Colombia (7) y en el del profesor Hernando Matiz (25). El documento de Ocampo señala el papel desempeñado por Hollman Augusto Moreno Céspedes y Aníbal Galindo, quienes en el Instituto Franklin Delano Roosevelt (1947) y el Hospital San Juan de Dios (HSJD) (1956), respectivamente, acondicionaron un área especial para los pacientes con polio y requerimiento de “pulmón de hierro”, y para los convalecientes posquirúrgicos en situación crítica. La crónica también le atribuye a Aníbal Galindo la adquisición del primer visoscopio, con el que recorría la ciudad de Bogotá monitorizando pacientes graves para orientar su manejo. Pero es el martes 8 de abril de 1969, cuando comienza el verdadero linaje de la MCCI para Colombia, pues se rompe el listón y se inaugura la primera Unidad de Cuidado Intensivo en el HSJD, centro de investigación y atención de pacientes de la Universidad Nacional de Colombia. El evento contó con la participación del Antonio Ordóñez, ministro de salud, y Jaime Casasbuenas, jefe de anestesia del HSJD (7, 25). La unidad contó con diez camas ubicadas en el segundo piso, al mismo nivel de las salas de cirugía y recuperación (25), y su diseño se apoyó en la asesoría brindada por Alberto Ramírez y Hernando Matiz (25).

Desde entonces, la historia adquiere un aire dinámico y contemporáneo. Ocampo señala que en septiembre de 1969, Eduardo García Vargas organiza la unidad de atención cardiovascular en la Clínica Shaio, dotada con dos monitores e igual número de ventiladores; en 1970, en el Hospital Militar, Julio Enrique Peña y Enrique Alvarado inauguran la unidad de cuidados coronarios, fecha en la que también se realiza la apertura de este servicio en cabeza de Carlos Gaviria en el Hospital San Ignacio, filial de la Pontificia

Universidad Javeriana, unidades que sirvieron de inspiración para el Hospital San Vicente de Paúl en Medellín. Luego siguieron la Clínica El Bosque, el Universitario del Valle (25), el Hospital Universitario de Caldas, el Hospital de La Samaritana, el Hospital San José y la otrora Caja Nacional (25).

Pero no podemos continuar sin exaltar la contribución realizada durante la década de los setenta por José Félix Patiño, quien gestionó la consecución de los primeros escáneres y máquinas de gases sanguíneos que se instalaron en el país; los avances en torno al inicio de la nutrición parenteral en paciente crítico impulsados por Rafael Sarmiento; la difusión de los principios de la ventilación mecánica por Oscar Tonelli a su llegada al Hospital San Rafael, y el papel desempeñado por Darío Maldonado al inaugurar la primera unidad de terapia respiratoria del país en el séptimo piso del Hospital San Ignacio, hecho que, junto a los aportes realizados por Carlos Salinas, Rafael Sarmiento y José Carlos Miranda consolidaron el vínculo entre la MCCI y la terapia respiratoria como colofón de esta década (7).

OCURRE LO IMPENSABLE

Pero, ¿cómo surge la formación de obstetras en el área de la medicina crítica en nuestro país? ¿Cómo explicar aquel desvarío? El relato se traslada al 31 de enero de 1986 cuando el hasta ese momento residente de tercer año, Hernando Guillermo Gaitán Duarte, finaliza sus estudios de posgrado en Obstetricia y Ginecología en la Universidad Nacional, sin que el entrenamiento recibido, a pesar de ser completo, hubiese logrado acallar su preocupación por el manejo de la paciente obstétrica severamente comprometida (Hernando Gaitán-Duarte, comunicación personal, 10 de marzo de 2025). Así es como, lleno de profunda devoción por sus pacientes, emprende la indómita tarea de solicitar al Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional el aval necesario para rotar por el servicio de cirugía general y urología, no sin antes pasar por la unidad de cuidado intensivo del HSJD. Esta solicitud tenía como trasfondo el vívido recuerdo de una paciente que falleció en el Instituto Materno Infantil Concepción Villaveces Acosta (IMI) a causa de un embarazo ectópico con choque

hipovolémico, como consecuencia de no lograr una vía venosa central para poder proporcionar el soporte necesario (Hernando Gaitán-Duarte, comunicación personal, 10 de marzo de 2025). Ocurre entonces un momento cúspide para la historia de la obstetricia y

la MCCI: un obstetra asiste a la unidad de cuidado intensivo para recibir dos meses de entrenamiento en el manejo de paciente críticamente enfermo (Hernando Gaitán-Duarte, comunicación personal, 10 de marzo de 2025) (Figura 1).

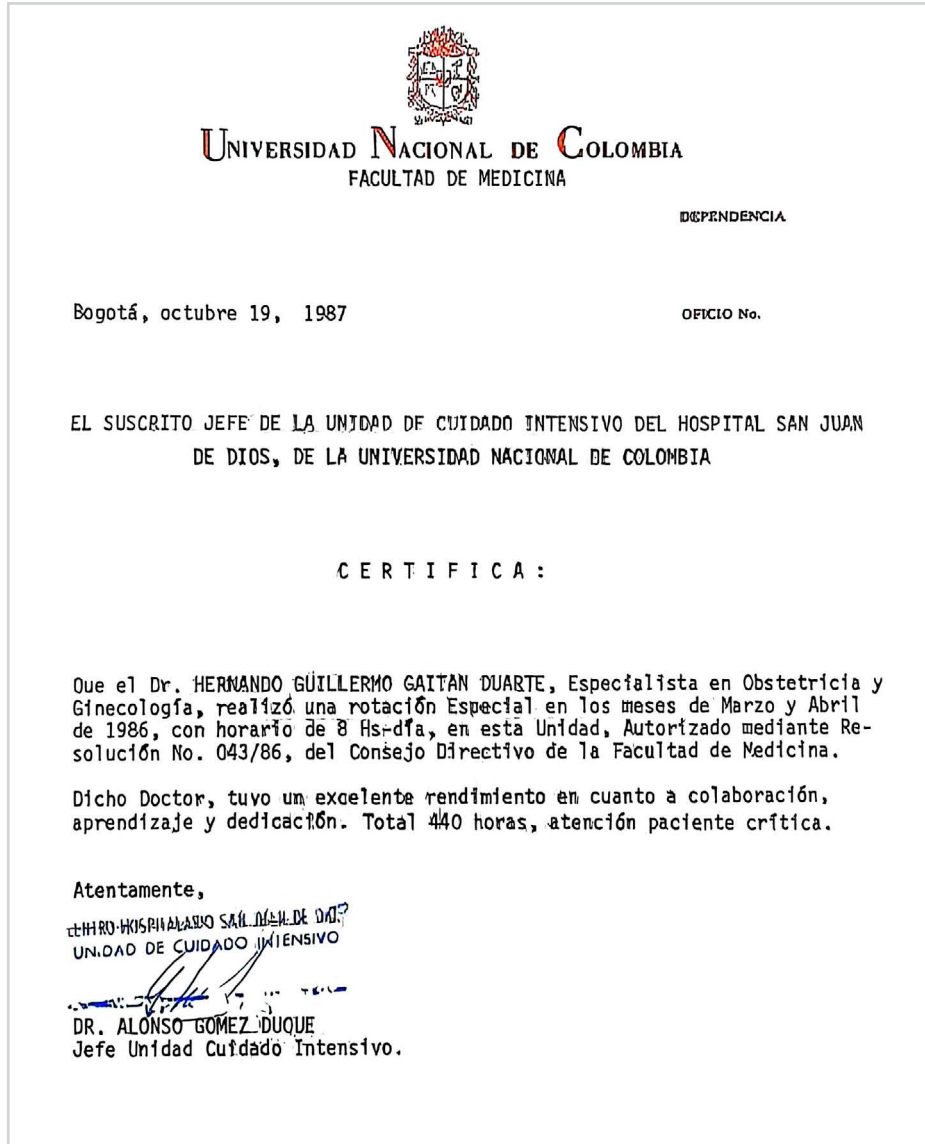


Figura 1. Certificado de rotación del Dr. Hernando Guillermo Gaitán Duarte, emitido por el Dr. Alonso Gómez Duque como jefe de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital San Juan de Dios. Bogotá, 1987.

Al finalizar su entrenamiento, el doctor Gaitán Duarte regresó al IMI incorporándose al servicio de sépticas (1987), inicialmente como especialista adjunto y luego como profesor asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Fueron

años de servicio en donde aplicó fervorosamente las enseñanzas recibidas a lo largo de su paso por la unidad de cuidado intensivo del HSJD. Este paso por el servicio de sépticas se vio truncado prematuramente por motivos de salud, pero,

por fortuna, le brindó el tiempo suficiente para transmitir su legado a la siguiente protagonista de esta crónica (Hernando Gaitán Duarte, comunicación personal, 10 de marzo de 2025). El relato se anuda al año de 1986 y se traslada tan solo un piso más abajo, al servicio de urgencias del IMI, en donde la entonces residente de primer año, Carmen Doris Garzón Olivares, realizaba sus estudios de posgrado (Carmen Garzón Olivares, comunicación personal, 24 de febrero de 2025). Tal escenario despertó en esta inquebrantable mujer una preocupación latente por el manejo oportuno de la paciente obstétrica críticamente enferma, que requería abordaje avanzado de la vía aérea.

La sepsis y la hemorragia continuaban siendo aquellas patologías apremiantes que cobraban el futuro de cientos de mujeres y sus familias (26). Con esta desazón, la doctora Garzón, solicitó al entonces coordinador del posgrado, Carlos Julio Pacheco Consuegra, y al director del Departamento de Obstetricia de la Universidad Nacional, Álvaro Velasco Chiriboga, la oportunidad de realizar una rotación de seis semanas en la unidad de cuidado intensivo del HSJD, liderada por Alonso Gómez Duque, con el ánimo de adquirir las competencias necesarias para el abordaje inicial de este tipo de pacientes (Carmen Garzón Olivares, comunicación personal, 24 de febrero de 2025). Esta petición fue aceptada y llevó posteriormente a la modificación definitiva del plan de estudios del programa de posgrado en Obstetricia y Ginecología, integrando esta asignatura (Carmen Garzón Olivares, comunicación personal, 24 de febrero de 2025).

En palabras de su protagonista, esta rotación durante el primer año de residencia le permitió adquirir competencias en el “manejo de la vía aérea, accesos vasculares, reanimación cardiopulmonar, monitorización y soporte hemodinámico” (Carmen Garzón Olivares, comunicación personal, 24 de febrero de 2025). Despertar académico que, luego de un poco más de una década de ejercicio y docencia, la propulsó a solicitar al subdirector médico del IMI, Ariel Iván Ruiz Parra, una comisión de estudios para poder regresar a la unidad de cuidados intensivos del

HSJD y recibir un año más de entrenamiento (1995 a 1996) en MCCI, bajo el amparo tutelar de Alonso Gómez Duque, Gilberto Fernández Roa, Octavio Martínez Betancur y Luis Eduardo Cruz Martínez (Carmen Garzón Olivares, comunicación personal, 24 de febrero de 2025) (Figura 2). A su regreso, dicha estancia formativa consolidaría el servicio de sépticas del IMI, pues junto con Edith Ángel Müller lideraron el cuidado de las pacientes infectadas del IMI, perfilando el esbozo de lo que fue, quizás, la primera unidad de cuidado intermedio obstétrico del país, en donde se iniciaba con prontitud el soporte vasopresor e inotrópico y, de ser necesario, el ventilatorio, antes de trasladar a la paciente a la unidad de cuidado intensivo del HSJD, en donde continuaba el cuidado integral de la gestante y su familia (Carmen Garzón Olivares, comunicación personal, 24 de febrero de 2025).

La semilla del cuidado intensivo obstétrico estaba plantada, y era cuestión de tiempo para que germinara. Así, en el año 2000, Alejandro Castro Sanguino y Sergio Urbina, residentes de Obstetricia y Ginecología, unidos por la amistad y anudados por el fervor que despierta el cuidado de la paciente críticamente enferma, tomaron la decisión de elegir como rotación electiva MCCI, el primero en la Clínica Palermo, centro de práctica de la Universidad Nacional de Colombia ante el lamentable cierre del HSJD en Bogotá, y el segundo, en el seno de la Universidad del Rosario (Alejandro Castro Sanguino, comunicación personal, 24 de enero de 2025). Elección de vida que demarcó el inicio de un nuevo rumbo para la obstetricia, pues para el año 2001, cuando ambos terminaron sus estudios de posgrado, decidieron de manera independiente, pero magistralmente orquestada por el destino, continuar con su entrenamiento en medicina crítica, bajo la regencia de los hermanos Alonso y Mario Gómez Duque en la Clínica Palermo y en el Hospital San José de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) (Alejandro Castro Sanguino, comunicación personal, 24 de enero de 2025), respectivamente.



Figura 2. Certificado de rotación de la Dra. Carmen Doris Garzón Olivares, emitido por el Dr. Gilberto Fernández Roa como de médico coordinador de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital San Juan de Dios. Bogotá, 1996.

Los días, las semanas y los meses pasaron para ambos protagonistas enmarcados en jornadas de entrenamiento intenso, siguiendo el sendero que ofrecía la compañía de textos clásicos de la medicina, con la mirada puesta en que su preparación finalizaría cuando los tutores se sintiesen seguros de ser tratados por sus discípulos (Alejandro Castro Sanguino, comunicación personal, 24 de enero de 2025). De esta forma, Alejandro Castro Sanguino realizó su formación durante los años 2001-2003 y Sergio Urbina durante este mismo periodo inicialmente con la FUCS y luego con la Fundación Santa Fé de Bogotá

y la Clínica de la Sabana, bajo el acompañamiento de Edgar Celis (Alejandro Castro Sanguino, comunicación personal, 24 de enero de 2025). Al finalizar su entrenamiento, Castro Sanguino regresa al IMI en donde en calidad de docente adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional, presenta en mayo de 2003 a Odilio Méndez y a Ariel Iván Ruíz Parra, director del IMI y del Departamento de Obstetricia de la Universidad Nacional, respectivamente, la propuesta de adecuar tres camas en el segundo piso destinadas para la atención de las pacientes críticas del IMI

(Alejandro Castro-Sanguino A. Comunicación personal, 24 de enero de 2025).

De esta manera, el 22 de mayo de 2003 se abre la primera unidad de cuidado intensivo destinada a la atención de pacientes obstétricas críticamente enfermas (Alejandro Castro-Sanguino, Comunicación personal, 24 de enero de 2025); la primera paciente fue trasladada desde el servicio de toxemias, en donde Alejandro Bautista Charry, Carmen Doris Garzón Olivares y Jorge Andrés Rubio Romero realizaban el cuidado de las pacientes con preeclampsia (Castro-Sanguino A. Comunicación personal, 24 de enero de 2025). Pero la crisis kafkiana del sistema de salud colombiano tocó las puertas del IMI (27,28) causando en 2005 el cierre de la unidad por la carencia de insumos, por lo que en 2007, Castro y Urbina decidieron presentar una propuesta a la dirección de la Clínica de la Mujer para abrir lo que probablemente fue la segunda unidad de cuidado intensivo obstétrico del país. Esta iniciativa, además de sus dos artífices, contó con el apoyo de Óscar Moreno, Liliana Álvarez, Hernando Gómez, Gerardo Guzmán y Laura Perdomo, profesionales apasionados por

la obstetricia crítica, a pesar de no ser esta su primera especialidad. Esta idea hizo eco en otras regiones de Colombia, por lo que Mauricio Vasco capturó la idea y diseñó la primera unidad de alta dependencia obstétrica en Medellín, al tiempo que lanzó lo que sería el primer curso nacional de emergencias obstétricas de Colombia (Alejandro Castro Sanguino, comunicación personal, 24 de enero de 2025).

El reconocimiento al camino recorrido se hizo necesario, por lo que Édgar Celis, entonces presidente de la Sociedad de MCCI, adelantó la propuesta de la creación del posgrado con la Universidad El Bosque (25), con una duración de cuatro años para médicos generales y dos para especialistas (25). Este proyecto académico pretendía convalidar el título de Intensivista a profesionales que contaran con años de experiencia clínica, docente e investigativa (25); finalmente encontró su camino, cuando la Universidad de La Sabana desarrolló un currículo constituido a partir de rotaciones por medicina interna, sépticas, quemados, trauma, obstetricia, ginecología y cuidado intensivo pediátrico (25) (Figura 3).

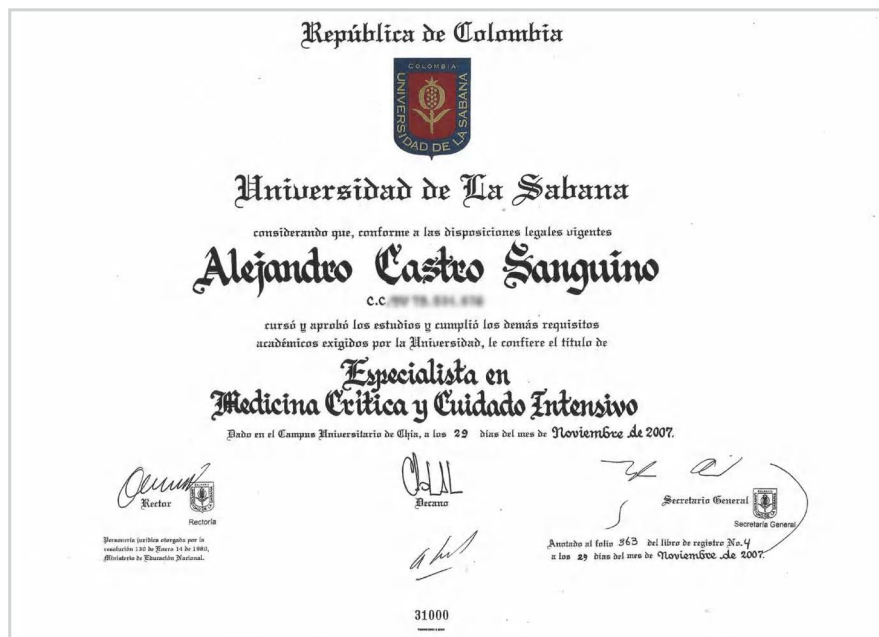


Figura 3. Diploma de convalidación del Dr. Alejandro Castro Sanguino como médico especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, emitido por la Universidad de La Sabana. Bogotá, 2007; nótese que el documento tiene la firma del Dr. Alonso Gómez Duque, hecha a solicitud del Dr. Alejandro Castro Sanguino como homenaje a su mentor.

PRESENTE Y FUTURO

En la actualidad, la medicina crítica es una especialidad holística, en la cual la experticia en los procesos técnicos de diagnóstico y atención de los y las pacientes es muy importante, pero también lo es el sentido humano del ser que se encuentra en una de las etapas más difíciles de su vida, hecho que lo involucra a él y a todo su entorno (29). Así pues, la humanidad mira cada vez con mayor rigor e interés no solo la acción del equipo de salud respecto a la resolución de la situación puntual que afecta al enfermo crítico, sino también a sus familias y todo el entorno en el cual este ser humano se encuentra ubicado (29).

La definición contemporánea de intensivista se ha ampliado, resaltando el ejercicio multidisciplinario de la especialidad. De esta manera, el intensivista se ha transformado en un médico con formación específica en medicina crítica, con capacidad de liderazgo en un grupo de trabajo transdisciplinar que aborda desde su experticia los aspectos clínicos, administrativos y emocionales tanto del paciente como de su familia, apoyando incluso en los cuidados del final de vida, cuando es necesario (29). En este marco referencial, contar con equipos médicos formados en medicina crítica dentro de una especialidad tan relevante como la obstetricia cobra especial importancia pues optimiza el abordaje clínico, la distribución de recursos y el inicio de los procesos de rehabilitación y recuperación completa del estado de salud de las pacientes en condición crítica en este ámbito tan sensible para todas las sociedades (29).

Actualmente existen 21 programas activos de especialización en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, entre los cuales sobresalen los programas de la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad Surcolombiana, la Universidad del Valle, la Universidad Tecnológica de Pereira, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, la Fundación Universitaria Sanitas, la Universidad de La Sabana y la Universidad Pontificia Bolivariana, que brindan el programa como segunda especialidad para obstetras y ginecólogos (30). Estas instituciones de

educación superior han contribuido a la formación de una masa crítica de obstetras expertos en MCCI, quienes con empuje y tenacidad continúan con el legado de proteger a la gestante, al feto y su familia, en el momento más vulnerable de su existencia. No podemos cerrar este recorrido histórico sin enaltecer a la generación actual de obstetras y ginecólogos especialistas en MCCI, sobre quienes reposa el presente y futuro de este largo camino: María Fernanda Escobar Vidarte, Daniel Molano Franco, Albaro Nieto, Liliana Correa, Sandra Olaya Garay, Virna Patricia Medina Palemzano, Célico Guzmán, Adriana Messa, Carlos Rojas, Maira Cristancho, Juan Manuel Burgos, María Paula Echavarría, Silvio Vidal, Camilo Andrés Bello Muñoz, Héctor Leonardo Perdomo-Sandoval, Juan Sebastián Pascuas, Catalina Sanabria Waldron, Paula Andrea Velásquez Trujillo, Javier Carvajal, Andrea España Chamorro, Victoria García Velásquez, María del Pilar Negret, Renato Castaño Alarcón, Jesús Antonio López Ríos y Carlos Cuevas Triviño, entre otros. Así pues, el legado palpita y la historia continúa, pues se escribe a diario.

CONCLUSIÓN

Desde su nacimiento, la fortuna le ha sonreído a la medicina crítica y los cuidados intensivos al contar a lo largo de su historia con patronos de incuestionable valor. Pero la suerte tampoco le ha sido esquiva a la obstetricia, pues también goza de insignes figuras que, de manera asombrosa, han llevado a la especialidad más allá de toda frontera imaginable. El camino trasegado que conduce al encuentro de estas dos especialidades, se halla lleno de riquezas y enseñanzas, no solo en el ámbito médico, sino también para la vida misma. El verdadero cambio reposa sobre los hombros de aquellos insignes que se despojan de toda idolatría por sí mismos, y cuyo actuar es motivado por la genuina preocupación por quien padece. Es innegable la imperiosa necesidad de incentivar y acrecentar la formación en MCCI de los actuales y futuros obstetras y ginecólogos del país, pues son los llamados a transformar la realidad de la mujer, el feto y su familia, en su momento más

vulnerable: cuando la muerte parece cercana y el corazón se desgarrar por lo que entonces parece una inminente tragedia.

Enhora buena por aquellas universidades que le apuestan al cambio y abren sus puertas para que los obstetras y ginecólogos se formen en medicina crítica y cuidado intensivo. Atrás quedó el anacrónico pensamiento de que la MCCI es impronta exclusiva de tan solo algunas especialidades. Alimentar este pensamiento es desconocer la historia de la MCCI, pues su evolución es el resultado de la contribución de todas las áreas del conocimiento, incluso de la obstetricia misma (26).

REFERENCIAS

- Díaz M. Medicina Crítica. México: Limusa; 1997, p. 7-9.
- Díaz M, Briones J, Gómez E, Gil N, Heredia O, Mendoza A, et al. La problemática de la medicina crítica en México. *Med Crit [Internet]*. 2003;XVII(1):28-33. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2003/ti031d.pdf>
- Adhikari N, Fowler R, Bhagwanjee S, Rubenfeld G. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet*. 2010;376(9749):1339-46. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60446-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60446-1)
- Linde W, Angus D. Severe sepsis epidemiology: Sampling, selection, and society. *Crit Care*. 2004;8:222-6. <https://doi.org/10.1186/cc2917>
- Brun C, Minelli C, Bertolini G, Brazzi L, Pimentel J, Lewandowski K, et al. ALIVE Study Group. Epidemiology and outcome of acute lung injury in European intensive care units. Results from the ALIVE study. *Inten Care Med*. 2004;30(1):51-61. <https://doi.org/10.1007/s00134-003-2022-6>
- Tripathy S, Singh N, Panda A, Nayak S, Bodra N, Ahmad S, et al. Critical care admissions and outcomes in pregnant and postpartum women: A systematic review. *Inten Care Med*. 2024;50(12):1983-93. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07682-3>
- Ocampo B. Apuntes para la historia del Cuidado Intensivo en Colombia [Internet]. 2025. Bogotá: Academia Nacional de Medicina de Colombia. Disponible en: <https://anmdocolombia.org.co/apuntes-para-la-historia-del-cuidado-intensivo-en-colombia/>
- Umobong E, Mayo P. Critical care airway management. *Crit Care Clin*. 2018;34(3):313-24. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.03.006>
- Malbrain M, Van Regenmortel N, Saugel B, De Tavernier B, Van Gaal P, Joannes O, et al. Principles of fluid management and stewardship in septic shock: It is time to consider the four D's and the four phases of fluid therapy. *Ann Inten Care*. 2018;8(1):66. <https://doi.org/10.1186/s13613-018-0402-x>
- Chidambaram S, Goh E, Rey V, Khan M. Vasopressin vs noradrenaline: Have we found the perfect recipe to improve outcome in septic shock? *J Crit Care*. 2019;49:99-104. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.10.029>
- Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith C, French C, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Inten Care Med*. 2021;47(11):1181-247
- Grillo C, Tibavizco D, Triana L, Rugeles S, Vallejo M, Calderón C, et al. Early enteral nutrition (within 48 h) for patients with sepsis or septic shock: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2024;16(11). <https://doi.org/10.3390/nu16111560>
- Rajsic S, Treml B, Jadzic D, Breitkopf R, Oberleitner C, Popovic M, et al. Extracorporeal membrane oxygenation for cardiogenic shock: A meta-analysis of mortality and complications. *Ann Inten Care*. 2022;12(1):93. <https://doi.org/10.1186/s13613-022-01067-9>
- Pinsky M, Cecconi M, Chew M, De Backer D, Douglas I, Edwards M, et al. Effective hemodynamic monitoring. *Crit Care*. 2022;26(1):294. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04173-z>
- Barrit S, Al Barajaji M, El Hadwe S, Niset A, Foreman B, Park S, et al. Intracranial multimodal monitoring in neurocritical care (Neurocore-iMMM): An open, decentralized consensus. *Crit Care*. 2024;28(1):427. <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05211-8>
- Kim M, Barnato A, Angus D, Fleisher L, Kahn J. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med*. 2010;170(4):369-76. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.521>
- Johns Hopkins Medical Archives. Walter Edward Dandy. [Internet]. 2025. Portrait Collection. Disponible en: <https://medicalarchives.jhmi.edu/portrait/dandy-walter-edward/>.

18. Drinker P, Shaw L. An apparatus for the prolonged administration of artificial respiration: I. A Design for Adults and Children. *J Clin Invest.* 1929;7(2):229-47. <https://doi.org/10.1172/JCI100226>
19. Drinker P, McKhann C. The use of a new apparatus for the prolonged administration of artificial respiration. I. A fatal case of poliomyelitis. *Jama.* 1986;255(11):1473-5. <https://doi.org/10.1001/jama.1986.03370110095029>
20. American Red Cross. History of Blood Transfusion [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.redcrossblood.org/donate-blood/blood-donation-process/what-happens-to-donated-blood/blood-transfusions/history-blood-transfusion.html>
21. Digital History. Overview of the Post-War Era [Internet]. 2021. Disponible en: https://www-digitalhistory-uh-edu.translate.google.com/era.cfm?eraid=16&smtid=1&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=rq
22. Ballester R, Porrás M. La lucha europea contra la presencia epidémica de la poliomiélitis: una reflexión histórica. *Dynamis.* 2012;32:273-85. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362012000200001>
23. Bjork V, Engström C. The treatment of ventilatory insufficiency by tracheostomy and artificial ventilation. A study of 61 thoracic surgical cases. *J Thorac Surg.* 1957;34(2):228-41. [https://doi.org/10.1016/S0096-5588\(20\)30357-3](https://doi.org/10.1016/S0096-5588(20)30357-3)
24. Muñoz J, Muñoz M. Historia de la anestesia en Chile. *Rev Chil Anestes.* 2019:123-39.
25. Matiz H. The history of intensive care in Colombia. *Colomb J Anesthesiol.* 2016:190-2. <https://doi.org/10.1016/j.rcae.2016.06.001>
26. Ministerio de Salud de Colombia. Mortalidad en Colombia, 1953-1991. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1993.
27. Universidad Nacional, Instituto Materno Infantil. Historia de la Obstetricia en Colombia. [internet]. [25 Jun 2024]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1lywk6ZyjDs>
28. Abadía B, Navarrete H, Martínez P, Pinilla A. En alto riesgo: la crisis de la salud pública en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología.* 2006:199-226. <https://doi.org/10.7440/antipoda3.2006.08>
29. Wu D, Dzierba A, Ablordepei E, Dorman T, Du B, Dulu A et al. The definition of the intensivist in the Era of Global Healthcare: 2024 Consensus Statement From the Society of Critical Care Medicine Defining Intensivist Task Force. *Crit Care Med.* 2025; 53. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006580>
30. SNIES. Consulta de Programas Académicos [Internet]. s. f. Disponible en: <https://hecaa.mineduacion.gov.co/consultaspublicas/programas>.

FINANCIAMIENTO

Ninguno declarado por los autores.

AGRADECIMIENTOS

CFG-A agradece a PG-M, ASM-K, AIS-M y a la PUJ por el aliento para continuar y alcanzar lo extraordinario.

Conflicto de intereses: CFG-A es egresado de la especialización en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo de la Pontificia Universidad Javeriana, y es profesor asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional. LCT-M y OOS-R son profesores del Departamento de Medicina Interna y de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, programas adscritos a la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ).