

Papel de la unidad de cuidados intensivos con el paciente traumatizado

Acad. Dr. Giovanni Porras-Ramírez,* Dr. Fernando Estrada-Natoli,** Dr. Rafael Martínez-Zubieta***

Resumen

El propósito del presente trabajo es buscar el entendimiento entre el médico de urgencias y el médico intensivista, formando un equipo de trabajo con los mismos principios de manejo y realizando protocolos de evaluación comunes en los pacientes víctimas de traumatismo.

Reflexionar someramente sobre la problemática bioética que involucra la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Proponer la formación de Comités de Urgencias y traumatismo, así como de Ética o de Cuidados Óptimos para que se uniformen los criterios en el ámbito nacional para la toma de decisiones en UCI, porque es ahí donde virtualmente suceden las muertes y muchas de las complicaciones graves que sufren los pacientes traumatizados que logran supervivencia a las primeras 48 horas después del accidente. Se menciona la selección de pacientes a través del triage hospitalario y los sistemas predictivos de calificación, así como los problemas éticos con que se enfrenta el personal de la UCI cotidianamente.

Palabras clave: traumatismo, cuidados intensivos.

Summary

The purpose of this paper is three-fold: A. To seek understanding between emergency care physicians and physicians in intensive care units (ICU), and to integrate a team with the same principles and common protocols in trauma patients B. To reflect briefly on the bioethic problems involved in an ICU C. Suggest the creation of a emergency and trauma committee, an ethics committee or an optimal care committee to standardize criteria at the national level in order to make decisions in ICUs. Because it is in these units that many traumatized patients who survive the first 48 h after an accident die or have complications.

Patient selection using triage and predictive systems of evaluation are mentioned, as well as the ethical problems faced on a daily basis.

Key words: Trauma, Intensive care.

Introducción

Bien puede señalarse que el cuidado intensivo es una actitud basada en un genuino interés por resolver el problema del paciente, pero también debe aceptarse que el cuidado del paciente traumatizado es la ciencia y arte de dominar el caos. Por lo que de no existir el personal capacitado con el equipo

adecuado para que actúen con una organización y sistematización en la atención de este tipo de pacientes, se traduciría en incremento de la mortalidad⁽¹⁾ y no sólo eso, sino que se vería incrementada el índice de complicaciones aumentando por consiguiente el costo para el Hospital, Familia y País^(2,3). Pero además de los costos y la mortalidad, debe tomarse en cuenta la disminución en la calidad de vida después de que el paciente abandona la UCI^(4, 5).

Este personal capacitado cubre dos áreas centrales en el manejo del paciente traumatizado que son la Sala de Urgencias y la unidad de cuidados intensivos.

Los objetivos del presente trabajo son: buscar el mejor entendimiento entre los médicos y cirujanos del servicio de urgencias y los médicos intensivistas, que llevan la mayor carga en el manejo de estos enfermos en el tiempo crítico de los mismos, porque "virtualmente todas las muertes y muchas de las complicaciones graves que sufren los pacientes traumatizados que alcanzan supervivencia durante las primeras horas, suceden en la unidad de cuidados intensivos"⁽⁶⁾, y reflexionar someramente sobre la problemática bioética que involucra a estas unidades y proponer la formación de comi-

* Jefe de Cirugía. Unidad Hospitalaria La Paz. Asesor Prevención de Trauma y Desastre, SSA. Puebla.

** Jefe del Departamento de Urgencias. Hospital Betania, Puebla.

*** Jefe de Prevención de Trauma y Desastre, SSA. Puebla.
Médico adscrito al Servicio de Urgencias. Hospital de la Beneficencia Española, Puebla.

Solicitud de sobretiros:

Acad. MC. Giovanni Porras-Ramírez
Reforma Sur 92.

Col. La Paz. Puebla, 72160. México.
Tel. (2) 2-486-286, Fax: (2) 2-486-285.

Recibo para publicación: 04-08-2000

Aceptado para publicación: 14-03-2000

tés de urgencias y traumatismo, así como de ética o de cuidados óptimos que uniformen criterios en el ámbito nacional, para la toma de decisiones en las salas de urgencias y unidades de cuidados intensivos.

Finalidad de la unidad de cuidados intensivos (UCI)

Como punto de partida, debe comentarse que la finalidad fundamental de la UCI en la atención de pacientes con traumatismo, es proveer el cuidado intensivo y monitoreo especializado a pacientes con lesiones o alteraciones orgánicas graves o potencialmente graves que amenazan la vida o una extremidad y que fueron inicialmente atendidos en la sala de urgencias de acuerdo a los lineamientos generales que marcan los cursos avanzados de apoyo vital al paciente traumatizado, convirtiéndose así en una extensión en el manejo agresivo de la resucitación, combinándose con el manejo definitivo del paciente⁽⁷⁾.

Selección de pacientes

Los criterios de admisión a la UCI para pacientes víctimas de traumatismo deben ser claramente definidos en los lineamientos de cada unidad, siendo imprescindible que éstos sean normados por un comité hospitalario para tal fin.

Una actitud razonable, es la de aceptar en la UCI a todo paciente traumatizado, que atendido de una manera rápida y eficiente en la sala de urgencias, tenga mayores posibilidades de supervivencia si se atiende en la UCI que si lo hace en una sala de hospitalización, además de aquellos pacientes que por presentar lesiones graves, se les considera como no recuperables, pero que pueden ser donadores de órganos, porque en estas unidades se puede brindar al paciente tanto un monitoreo avanzado como un tratamiento intensivo⁽⁸⁾.

Para contemplar todos los aspectos protocolizados para la admisión en la UCI, es necesario poner en práctica el triage hospitalario, los lineamientos para realizarlo deben de ser estudiados y discutidos de acuerdo a las políticas del Hospital, así como la calificación de la gravedad del traumatismo.

No deben perderse de vista los aspectos legales que implican situaciones como éstas, en las que es necesario, entre otros documentos, el consentimiento informado para la atención médica y quirúrgica del paciente, firmado por los familiares responsables del mismo. Siendo este consentimiento necesario desde el ingreso del paciente al área de urgencias y observar la normatividad actual en el manejo del expediente clínico⁽⁹⁾.

En nuestra experiencia ingresan a la UCI 70% de los pacientes posoperados a consecuencia de traumatismo, y 30% restante, ingresa para vigilancia, tratamiento no quirúrgico y monitoreo estrecho ante la posibilidad que pudiera requerir cirugía.

Sistemas predictivos de calificación en traumatismo

Dentro de la logística en la atención del paciente con traumatismo, se utiliza el cálculo numérico que valora el beneficio, perjuicio y evolución de los pacientes desde la sala de urgencias y en la unidad. Para ello se han diseñado numerosos sistemas de calificación predictiva, debiéndose adoptar el o los que llenen las expectativas de esa unidad.

Estos sistemas son muy importantes para la toma de decisiones en la aplicación de los códigos de atención a pacientes críticamente enfermos.

Traumatismo craneoencefálico y muerte cerebral

Este aspecto es fundamental en la toma de decisiones, porque sin duda el traumatismo craneoencefálico es el que mayor mortalidad produce entre los pacientes víctimas de traumatismo⁽¹⁰⁾, por lo que en ellos se debe realizar una terapia agresiva desde la sala de urgencias y continuarla en la UCI, con el fin de evitar secuelas por daño cerebral y otras complicaciones, siendo este principio el objetivo del manejo⁽¹¹⁾ porque de no tomar en cuenta estos principios, se traducirá en mayor estancia en estas unidades de cuidados intensivos y una menor calidad de vida posterior a su manejo^(4,5), sin embargo, en aquellos pacientes en los que su estado neurológico los hace irreversibles y para prever los posibles donadores de órganos, es importante el diagnóstico de muerte cerebral, definida como: “el estado en el que de manera irreversible no existe función en el cerebro ni en el tallo cerebral”. Actualmente se consideran que para diagnosticarla se deben de cumplir todos los siguientes criterios⁽¹²⁾.

- Normotermia.
- Ausencia de efectos farmacológicos.
- Medición de electrolitos séricos dentro de parámetros normales.

Ausencia de funciones en el cerebro y tallo cerebral, en particular:

1. Reflejo corneal negativo.
2. Reflejos pupilares ausentes.
3. Reflejo oculo-cefálico negativo.
4. Reflejo ocular a la estimulación con frío ausente.
5. Respiraciones espontáneas ausentes (con niveles suficientes de paCO_2 para producir estímulo respiratorio, generalmente $\text{paCO}_2 > 60 \text{ mm/Hg}$).

Aspectos éticos en UCI

Ya desde el siglo XVII, Galileo Galilei señaló que: “Solo puede soportarse la inmensidad de la ciencia, con humildad, fe, amor y la ética de sus verdades”. Y es en las unidades de cuidados intensivos donde encuentra su mejor aplicación este pensamiento apoyado en la responsabilidad científica y bioética de los médicos y cirujanos involucrados.

Dentro de los aspectos éticos con que se enfrenta el personal de la UCI, se encuentra el manejo de los familiares y amigos del lesionado a quienes habrá de dar:

1. Apoyo en la recuperación del paciente, hablándoles con la verdad revestida de esperanza.
2. Información rápida y oportuna de los cambios sufridos por el paciente, mínimo dos veces al día.
3. Facilitar un área de espera cómoda cercana a la UCI.
4. Respuesta con verdad, honestidad, pericia, precaución y cortesía a sus dudas y cuestionamientos.
5. Explicaciones fáciles de entender.
6. Asegurarles que su familiar está recibiendo la mejor atención⁽¹³⁾.

Sin embargo, es conveniente recordar que la comunicación de la verdad al paciente y/o los familiares y amigos, reviste diferencias particulares, de acuerdo con la cultura, competencia mental y la honrada consideración ética del médico⁽¹⁴⁾.

Otro aspecto ético de vital importancia y controversia constante, es la reanimación de pacientes en estadios terminales o con pocas probabilidades de supervivencia a pesar de los cuidados intensivos. Concretamente el dilema de definir a qué paciente sí y a qué paciente no se le debe dar medidas de apoyo y reanimación cardiopulmonar (RCP), en caso de paro cardiopulmonar⁽¹⁵⁾. Si bien es cierto que éste es un serio problema, también es cierto que no se puede soslayar.

Los hospitales que manejan este tipo de pacientes, deben contar con un Comité de Ética para aconsejar y ayudar al médico o médicos responsables del caso, tomando en cuenta el tipo de lesiones y/o complicaciones sufridas, tiempo de internamiento en la UCI, costos, grados de recuperación, calidad de vida esperada, pronóstico global, así como dignidad, que en nuestro país aún no tiene fundamento legal consistente.

La autonomía es uno de los principales valores de la ética moderna, refiriéndose a que el individuo es responsable de su propia vida y de las decisiones que tome acerca de su conducta y de su cuerpo, su único límite es el no dañar a terceros⁽¹⁶⁾, porque es la parte que concierne a él, únicamente su independencia es, por derecho, absoluta sobre él mismo, sobre su cuerpo y su mente, el individuo es soberano.

En base a lo anterior, es conveniente que los médicos involucrados en este tipo de problemática, la analicemos concienzudamente en el ámbito de los más altos foros académicos, como lo son la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para dictar dentro del marco del método científico y legal, el cómo, dónde, cuándo, quién, con qué y porqué, crear Comités de Ética Hospitalaria o Comité de Cuidados Óptimos, que uniformen criterios a nivel nacional en la toma de decisiones con fundamento científico, legal y ético para que permita normar nuestra conducta y saber a qué atenernos, en otras palabras, crear una Ética Legislada” como apoyo al equipo de salud en la toma de sus decisiones.

En los Estados Unidos de Norteamérica, se han propuesto tres Códigos de atención para pacientes críticamente enfermos, sobre los que vale la pena reflexionar^(8,17):

- Código I. Apoyo total, que incluye medidas extraordinarias y RCP. (Pacientes con lesiones reversibles o recuperables).
- Código II. Apoyo total sin RCP si presenta paro cardiopulmonar (pacientes cuya evidencia clínica indica irreversibilidad o irrecuperabilidad).
- Código III. Apoyo limitado sin medidas extraordinarias (pacientes con falla orgánica múltiple grave, enfermedad orgánica terminal y enfermedades neoplásicas diseminadas incurables).

Por otra parte, este tipo de decisiones, constituye un reto a nuestra inteligencia, a nuestra sensibilidad y a nuestras más añejas tradiciones hipocráticas.

Con justa razón señala Villazón que la muerte evitable es lo indigno para el médico que equivocó el juicio clínico o su técnica, para el administrador que no adecuó bien sus recursos y para el que sin mayor experiencia transmite lo que no conoce bien. Si nosotros los médicos, empezamos a decidir quién vive, quién muere, quién merece nuestros esfuerzos y a quién aplicamos la costosa tecnología, corremos el riesgo de que el enfermo sienta más miedo de nosotros que del dolor y de la muerte. Pero aun así, es necesario evitar el inútil y estéril sufrimiento⁽¹⁸⁾.

Finalmente, a manera de colofón y en base a las experiencias vividas, estamos en condiciones de señalar que:

1. El médico de urgencias y el médico intensivista deben combinar sus conocimientos y destrezas con un alto sentido de amor y responsabilidad humana, formando parte de un gran equipo para la atención del paciente víctima de traumatismo.

La UCI está destinada a salvar vidas y no a prolongar agonías.

Referencias

1. Parke TR, Henry J, Grant PT et al. Increased survival after serious injury in patients admitted directly to critical care areas from the accident and emergency department. *Injury* 1998; 29: 697-703.
2. Ruchholtz S, Nast-Kolb D, Waydhas C et al. Cost analysis of clinical treatment of polytrauma patients. *Chirurgie* 1995; 66: 684-692.
3. Swiontkowski MF, Chapman JR. Cost and effectiveness issues in care of injured patients. *Clin Orthop* 1995; 318: 17-24.
4. Niskanen M, Ruokonen E, Takala J et al. Quality of life after prolonged intensive care. *Crit Care Med* 1999; 27: 1132-1139.
5. Velázquez Mata G, Rivera Fernández R, Perez Aragón A et al. Analysis of quality of life in polytraumatized patients two years after discharge from an intensive care unit. *J Trauma* 1996; 41: 326-332.
6. Wilson RF. Accidental and surgical trauma. In: Shoemaker WC, Ayres S, Grenvick A et al. editors. *Textbook of Critical Care*. Philadelphia, Saunders, 1989: 1230-1270.
7. Nelson M, Waldrop RD, Jones J et al. Critical care provided in an urban emergency department. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 56-59.
8. American College of Critical Care Medicine Society of Critical Care Medicine. *Fundamental Critical Care Support. Guidelines for ICU admission and discharge criteria*. 1998: 290-292.
9. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana, NOM-168 SSA 1-1998. para la elaboración, integración y uso del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*, 7 dic. 1998.
10. Colegio Americano de Cirujanos. Comité de Trauma. Curso avanzado de apoyo vital en trauma, manual del estudiante. *Trauma Craneoencefálico*. 1997: 193-229.
11. Trauma Org. Neurotrauma: Neuromonitoring for traumatic brain injury. *Med Line* <http://www.trauma.org/neuro/neuromonitor.html>. trauma.org 5:1 2000.
12. Los Angeles County + University of Southern California. Trauma Surgery and Critical Care. Trauma ICU protocols. Clinical evaluation of "brain death". *Med Line* <http://www.usc.edu/hsc/mmedicine/surgery/trauma-protocols/icu-11-braindeath.htm>. 1997.
13. Mathis M. Personal needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. *J Neurosurg Nurs* 1984; 16: 796.
14. Velasco-Suárez M. El consentimiento informado como deber bioético del cirujano. *Gac Med Mex* 1997; 133: 225-229.
15. Kiffj, Raheja R, Puri V. Survival following cardiopulmonary resuscitation in hospitalized patients. *Continuing problems of decision making*. *Crit Care Med* 1987; 15: 41.
16. Singer P. *Practical ethics*. Cambridge University Press; 1993.
17. Wilson RF. Critical care systems. In: Moore EE, Mattox KL, Feliciano DV, editors. *Trauma*. New York Appleton & Lange N.Y., 1988. 872-74.
18. Villazón-Sahagún A. Concepto y proyección de los cuidados intensivos. *Cirugía y Ciruj* 1978; 46: 227-242.