

ARTICULO

Medicina clínica para intensivistas. Preguntas a un experto

Clinical medicine for Intensive Care specialists. Questions to an expert.

Dr. Alfredo Espinosa Brito¹ Dr. Juan Francisco Rocha Hernández.²

¹Especialista de II Grado en Medicina Interna, Profesor Titular y Consultante de Medicina Interna, Doctor en Ciencias Médicas. ²Especialista de II Grado en Medicina Interna, Diplomado en Medicina Intensiva, Profesor Auxiliar

RESUMEN

La Medicina Intensiva, su concepción, su organización, su desarrollo, constituye indiscutiblemente uno de los mayores aportes que los servicios de asistencia médica hicieron a la práctica profesional de médicos y personal paramédico en la segunda mitad del siglo XX. En nuestro país, a partir de la década de los años 70 se fue incorporando casi imperceptiblemente en nuestro Sistema Nacional de Salud, tanto al quehacer de nuestros profesionales, como a las expectativas de nuestros pacientes. A propósito de un debate suscitado sobre un grupo de dilemas que actualmente existen en este campo y aprovechando la experiencia de un experto en el tema con suficiente experiencia en el mismo, presentamos las 20 preguntas y respuestas que, en torno a este tema, consideramos como más trascendentes. Son sólo una provocación para continuar el debate en los servicios, en las aulas y en las investigaciones. Por el interés del tema el Comité de Redacción ha decidido publicar el presente trabajo como Carta al Editor, especificando que las respuestas a las preguntas representan la opinión del experto consultado.

Palabras clave: cuidados intensivos; enfermo grave; medicina intensiva

ABSTRACT

Conception, organization, and development of Intensive Care Medicine is one of the greatest contribution that medical care services brought to the professional

practice of doctors and paramedic personnel in the second part of the 20th century. In our country, since the 70's years, this field was incorporated in our National Health System to the daily work of our professionals as to the patients expectations, in an almost an imperceptible way. Twenty polemical questions were asked to an expert, about several current dilemmas in this field. The questions and the answers are only a motivation for new debates in medical services, in medical education activities and in research.

Key words: Intensive Care; Critical Patient; Intensive Care Medicine

El desarrollo progresivo y acelerado de la Medicina Intensiva en los últimos 40 años, ha permitido que hoy goce de un lugar privilegiado en la organización de los servicios de salud de cualquier país. En el nuestro, el Sistema Nacional de Salud ha ido incorporando ideas innovadoras en torno a la atención "especial" que requieren este tipo de pacientes, que nos distinguen de manera muy positiva.

Estimamos que, al mismo tiempo que es necesario actualizar y profundizar en nuestros conocimientos y experiencias sobre problemas muy específicos del quehacer cotidiano de la Medicina Intensiva, también debemos abordar en un evento como este, aspectos globales de la atención médica que brindamos a estos enfermos y que, en muchas ocasiones, se abordan de manera muy general, no se contrastan criterios, o se dan por sabidos, sin serlos.

Aprovechando la invitación que nos hicieron para

Nota: Este artículo fue publicado originalmente en Rev Cub Med Int Emerg 2007;6(4):934-950.

Correspondencia:

Dr. Alfredo Darío Espinosa Brito

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Titular.

Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Cienfuegos. CP. 55100

Dirección electrónica: espinosa@gal.sld.cu

coordinar una mesa redonda en el pasado Congreso URGRAV 2006, que titulamos "Medicina Clínica en Cuidados Intensivos. Preguntas para expertos", convocamos a un grupo de especialistas renombrados en Cuidados Intensivos, que a la vez exhiben una sólida formación en Medicina Clínica, a una de discusión participativa a partir de aspectos polémicos. El Profesor Juan Francisco Rocha Hernández, internista e intensivista de larga y fructífera labor entre nosotros, con disciplina y gran sentido común, contestó todas, en tiempo y forma. Hemos editado una versión final del cuestionario y de sus respuestas y se las presentamos, con la seguridad que contribuirán a enriquecer la formación integral de muchos que se enfrentan (o pudieran enfrentar) a diario la atención de enfermos graves.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

1. ¿Cuándo y en qué se basa para considerar que un enfermo está grave o en estado crítico? ¿Para usted hay alguna diferencia entre grave y crítico? ¿Cuáles?

Un enfermo está grave cuando existe una enfermedad de instalación brusca e inesperada que compromete su vida con peligro de morir a corto plazo. Un enfermo está crítico cuando durante el estado de gravedad comienzan a manifestarse las fallas orgánicas múltiples o secuenciales, de funciones vitales con inminente peligro de muerte.

Para ello nos debemos basar en la evaluación clínica integral del enfermo, incluyendo la evolución diaria e incorporar los criterios clínico humorales para cada una de las fallas orgánicas existentes.

La aseveración de la gravedad de un enfermo se basa en la experiencia previa del médico que expone este criterio, unida a su capacidad de juicio diagnóstico - todo lo cual está influido por factores subjetivos - y, de otra parte, en los métodos objetivos de diagnóstico, tanto los clínicos como los dependientes de los exámenes complementarios.

Es tan importante precisar con exactitud qué paciente está grave realmente, que de esta distinción puede depender en gran medida el nivel de atención que se le brindará en cada caso, influyendo no pocas veces esta definición en el resultado final del enfermo, es decir, si vivirá o si morirá.

2. ¿Emplea el método clínico en la atención a enfermos graves o no lo estima conveniente en estos casos? Comente.

"... Toda práctica médica que no se oriente en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y responsable de la mala práctica médica..."

Fidel Ilizástigui Dupuy.

En el enfermo grave habrá que tener en cuenta como en ningún otro paciente, las formas clínicas de la enfermedad. En cada uno de los enfermos, la

afección, siendo la misma, tiene una expresión clínica diferente, peculiar, de lo que es similar pero a su vez es distinto; de aquí surgió el aforismo de que "no existen enfermedades sino enfermos".

Cada persona es igual a las demás, pero también diferente en su constitución genética y en el medio ambiente donde se desarrolla, cada persona es única. Para el intensivista se hace necesario identificar con precisión las formas graves de cada entidad, en muchas ocasiones faltando elementos de la obtención de información del método clínico, por interrogatorio inexistente, examen físico incompleto por las características de estos pacientes que suelen no cooperar a estos procedimientos, por su gravedad o porque su movilización resulta peligrosa. Por todo ello se hace necesario dedicar mucho tiempo a la observación del enfermo en la búsqueda de nuevos signos, evolución de los existentes, utilizar toda la capacidad para analizar e integrar situaciones nuevas, sagacidad clínica, prudencia, para arribar a conclusiones diagnósticas certeras. Por lo tanto, el uso del método clínico es imprescindible durante todo el proceso de atención al paciente crítico. Los adelantos tecnológicos no pueden sustituir el pensamiento diagnóstico del intensivista sino ofrecer parámetros biológicos, físicos, humorales para complementar el método clínico, intentar eliminar el mismo haría la clínica mecánica e irracional.

En el enfermo crítico la aplicación del método clínico se hace casi automáticamente ante la posibilidad de muerte inminente, el intensivista desarrolla una habilidad intuitiva en el diagnóstico presuntivo, al estar en contacto continuamente con este tipo de enfermos cuyas complicaciones se repiten periódicamente y son comunes a diversas afecciones, como el distress respiratorio, el fracaso renal agudo, los trastornos de la coagulación, el desequilibrio ácido-básico, etc. Se debe tener en cuenta que una vez se resuelva el evento agudo con las medidas de sostén, debemos avanzar en el diagnóstico definitivo, para poder realizar un abordaje terapéutico más completo del paciente.

3. ¿Qué hace primero en un paciente grave, diagnóstico o tratamiento? ¿Por qué?

Teniendo en cuenta las consideraciones hechas en el método clínico en cuidados intensivos, estamos en condiciones de responder que el mismo existe para el diagnóstico y que éste es la piedra angular para la imposición de un correcto tratamiento. Sucede que las formas de presentación de "la clínica del grave" y, sobre todo, la del extremo crítico, exhiben con frecuencia severos compromisos de funciones vitales como la cardiovascular o respiratoria, por mencionar algunas, cuyo apoyo y restitución tienen que ser inmediatas para preservar la vida. Se trata entonces de intervenciones rápidas como intubación endotraqueal, oxigenoterapia, reanimación cardiopulmonar y cerebral, corrección del

equilibrio ácido básico, cardioversión de arritmias graves, colocación de marcapaso transitorio, abordaje venoso profundo etc., con vistas a estabilizar al paciente y avanzar posteriormente en el diagnóstico positivo de la afección fundamental que causó el evento y que motivó su asistencia. La terapéutica definitiva la impondremos en segundo lugar, una vez que hemos podido realizar las precisiones diagnósticas necesarias, las cuales deben ser revisadas periódicamente y sometidas a contrastación.

Algunas recomendaciones que consideramos útiles son:

- Mantenga un interés permanente por el diagnóstico.
- Revise diariamente su diagnóstico en colectivo.
- No diagnostique rarezas, dé prioridad a lo frecuente en su medio.
- No trate parámetros ni equipos, no se olvide del paciente.
- Emplee medicamentos e intervenciones sólo necesarias.
- No esté demasiado apurado.

4. ¿Le preocupa más el diagnóstico o resolver el evento que padecen?

La preocupación fundamental será el diagnóstico, pero la ocupación inicial debe ser la identificación del evento y su solución, para posteriormente con más tiempo, podernos ocupar del diagnóstico definitivo. Hay que cuidarse que no lo tilden de eventólogo cuando usted prioriza y se dedica sólo a lo primero, que además es lo más espectacular y fácil de resolver cuando se dispone de un buen entrenamiento. Tenga en cuenta que para ello pueden participar otros profesionales no médicos, técnicos y personal paramédico.

Esta pugna entre la prioridad del diagnóstico o del tratamiento en el enfermo grave, debe conocerse, dinamizarse y enfrentarse individualmente, según cada caso.

Si desconocemos todas las causas que produjeron la enfermedad o si tratamos sólo el "evento: -el paro cardíaco, la insuficiencia respiratoria aguda, la anuria, etc.-, así como si demoramos innecesariamente un tratamiento que puede ser salvador con una búsqueda exhaustiva de pistas diagnósticas fuera de lugar (realización de exámenes complementarios no fundamentales, a veces laboriosos y que no contribuyen a la toma de decisiones rápidas que se requieren) incurrimos en acciones peligrosas para el paciente.

5. ¿Qué tan a menudo utiliza los protocolos, guías de prácticas clínicas, consensos y otros esquemas, en su actuar como intensivista?

Comente.

En los últimos años asistimos con asombro a una invasión de publicaciones médicas donde abundan las guías, protocolos, algoritmos y consensos para la atención de un número creciente de situaciones clínicas graves. En el orden personal me parecen óptimas, como

una manera de organizar la infinita información existente al respecto, para resumir lo que debemos tener presente a la hora de actuar ante cada paciente.

Pero, por otra parte, observo una gran carga de rigidez en estos esquemas que tratan de encasillar el pensamiento médico y la flexibilidad que debe tener cada intensivista para evaluar cómo se expresa la enfermedad en cada enfermo en su propio contexto, que nunca es igual.

Como intensivista de base amplia, formado en el duro fragor de la práctica clínica del grave durante muchos años, detesto todo lo que intente convertir en una rutina la riqueza del pensamiento creativo, tanto porque la mayoría de los intensivistas de experiencia no se adhieren a ninguna guía ni siguen al pie de la letra los algoritmos—que por lo demás no están disponibles la mayoría de las veces en la urgencia-, donde los modos de actuación profesional tienen que estar respaldados por destrezas, habilidades y hábitos que sólo se forman en la práctica diaria repetitivamente, ya que el intensivista tiene que tomar decisiones y conductas inmediatas ante la extrema gravedad que exhiben sus pacientes y no dispone de tiempo para hacer consultas en el primer contacto con el enfermo.

6. ¿Cómo combina la información clínica que posee de sus enfermos con la cantidad de bioparámetros, cada vez más disponibles en su manejo?

Evidentemente la información clínica obtenida durante el interrogatorio, el examen físico, los exámenes de laboratorio y las imágenes, conforman un conglomerado de datos imprescindibles para la primera aproximación diagnóstica. Pero en estos servicios se dispone de un torrente de bioparámetros respiratorios, ventilatorios, hemodinámicos, de la nutrición, de la función renal, índices pronósticos y de la esfera neurológica, que son útiles para el manejo integral del paciente y que deben ser tenidos en cuenta para la estrategia terapéutica diaria y para el análisis de la evolución del paciente, intentando siempre relacionarlos con la clínica, tomando la precaución de no tratar parámetros ni equipos y que éstos no nos impidan observar al paciente en toda su dimensión. Hay quien ha dicho que la irrupción de la "parametrología" en cuidados intensivos tiene tan ocupados a los médicos que han dejado abandonado al paciente a merced de los equipos.

7. ¿Han cambiado con el tiempo sus criterios de ingreso y egreso en relación a los pacientes que atiende en UCI? ¿Cuáles han sido los cambios? ¿Acepta sólo pacientes potencialmente reversibles?

Desde el surgimiento de estas unidades se ha desatado una continua discusión alrededor de qué pacientes deben ingresar en las mismas. Y es lógico que así sea, si tenemos en cuenta que el principio que rige su funcionamiento es que allí ingresan los pacientes con

amenaza vital y que cumplen el requisito que la misma sea reversible con estos cuidados. De otro lado, tenemos la real disponibilidad de camas en cada momento y todos los recursos necesarios, los cuales se han visto limitados por factores económicos, organizativos y gerenciales que dificultan el adecuado funcionamiento de estas unidades.

En el centro del problema se encuentra el intensivista, muchas veces intentando hacer justicia con las mejores intenciones, pero que no puede acceder a todas las peticiones porque deberá garantizar en todo momento la posibilidad de ingreso de aquellos pacientes que requieren tratamiento intensivo y que de otra manera morirían con inmediatez fuera de estas unidades. Nos referimos a los pacientes que deben ser ventilados, estabilizados hemodinámicamente, que requieren un estricto seguimiento del balance hidroelectrolítico y del equilibrio ácido básico, monitorización cardiovascular, seguimiento de la presión intraarterial, etc.

Estas exigencias colocan al responsable de tomar esta decisión en un dilema ético, humanístico y gerencial, por lo que debemos siempre ante la duda, equivocarnos a favor del paciente, sabiendo que son errados los extremos, privar a un enfermo recuperable de recibir dichos cuidados, como ofrecerlos a un paciente con una enfermedad terminal irrecuperable. Pero entre dichos extremos existe una amplia gama de posibilidades que debemos evaluar individualmente haciendo coincidir los intereses individuales y las posibilidades colectivas que representamos. Creo que estas decisiones se han flexibilizado en el tiempo, admitiéndose cada vez más pacientes ancianos, con enfermedades neoplásicas, con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica y otros, siempre que presenten eventos agudos, cuya solución puede alargar su vida, cuando estas enfermedades de base se encuentran estabilizadas o en remisión.

Existen tres posibilidades de admisión de pacientes:

- Los que cumplen los requerimientos de compromiso vital reversible.
- Los que no tienen una clara definición acerca del beneficio que recibirán a largo plazo en dichas unidades, pero pueden ser beneficiados de inmediato.
- Los que solicitan su ingreso por cuestiones administrativas, sociales o de pura complacencia.

Situaciones clínicas que constituyen causa frecuente de ingreso:

- Insuficiencia Respiratoria Aguda
- Posoperatorio de cirugía torácica
- Infarto Agudo del Miocardio
- Arritmias graves
- Tromboembolismo Pulmonar
- Complicaciones de cirugía intestinal, páncreas y vías biliares

- Transplante de órganos
- Cirugía cardiovascular
- Trauma de cráneo grave para neuromonitoreo
- Politraumatizado grave
- Falla multiorgánica
- Desequilibrios hidroelectrolíticos graves
- Trastornos del equilibrio ácido básico
- Sepsis grave (intrabdominal, endocarditis bacteriana)
- Intoxicaciones exógenas
- Shock
- Enfermedad meningocócica y otras meningoencefalitis
- Tétanos
- Pancreatitis Aguda Hemorrágica
- Diátesis hemorrágicas
- Estado posterior al paro cardíaco
- Posible donante de órganos

Hemos mencionado sólo algunas afecciones con criterios definidos de ingreso, pero debe quedar claro que se evaluará individualmente cada solicitud de ingreso, por lo que está relación sólo es una guía susceptible de ser ampliada de acuerdo con las características de cada institución y las reales posibilidades de ofrecer cuidados intensivos. El ejemplo de las enfermedades cerebrovasculares es uno típico, especialmente cuando se plantea la posibilidad de un tratamiento trombolítico en pacientes con infarto cerebral de menos de tres horas de instalado. El concepto actual de varias unidades intensivas en sustitución de las antiguas unidades de cuidados intermedios y las unidades de cuidados intensivos monovalentes como unidad coronaria, de ventilación, de ictus, de trauma etc, también está reclutando adeptos. En nuestro hospital ya fue convertida la unidad intermedia en dos unidades de cuidados intensivos, de perfil clínico y quirúrgico respectivamente, además de una unidad de cuidados integrales del corazón, que responde por toda la atención hospitalaria de los Síndromes Coronarios Agudos.

8. ¿Qué piensa y qué experiencia tiene de las relaciones de trabajo entre diversos tipos de UCI en un hospital? ¿Quién decide la mejor ubicación posible del enfermo en cada momento y que trascendencia le da a esta decisión?

Esta es una experiencia nueva en nuestro hospital que cuenta con cuatro unidades de cuidados intensivos con las características antes descritas. Esta organización supone un funcionamiento armónico, que no siempre se logra sin tensiones. En general cumplen la misión que tiene cada una de ellas, no sin existir sobrecargas asistenciales en algunas, por la morbilidad específica que atienden. Lo cierto es que se han flexibilizado los criterios de ingreso, independientemente del perfil de las

mismas, teniendo presente el principio de colocar el paciente en la mejor cama disponible para su atención. De esta decisión se encarga el subdirector de urgencias, colegiadamente con los jefes de servicio de estas unidades y en los horarios nocturnos los jefes médicos de las guardias administrativas. Esta decisión, que puede ser transitoria, requiere la posterior reubicación una vez que se dispone de camas, ya que la mejor atención de estos enfermos se obtiene en las unidades que atienden específicamente esas patologías. La "verticalización" de los cuidados intensivos hace que se pierda el intensivismo de lo general. Así, por ejemplo, la ventilación mecánica en el Infarto Cardíaco complicado se hace en la unidad de cuidados polivalentes; la atención de la descompensación de la embarazada o puerpéra con valvulopatía se prefiere en la unidad polivalente; existen dificultades para la atención de la enfermedad cerebrovascular en la unidad polivalente o en la UCI quirúrgica; se presentan dificultades para realizar ecocardiogramas en la UCI polivalente. Estos obstáculos creo son salvables en un corto período de tiempo, perfeccionando los métodos de organización, supervisión y control.

9. ¿Qué opinión tiene de la Medicina Basada en Evidencias o en pruebas en cuidados intensivos?

El surgimiento del "evidencismo" es un fenómeno nuevo si tenemos en cuenta que el mismo se divulga en la década del 90 en la Universidad de McMaster en Canadá y rápidamente alcanza proporciones de un fenómeno de masas, al que se suman cada vez más admiradores, como en la expedición de Colón a las Américas. El mismo es una consecuencia lógica del acúmulo de información disponible de las investigaciones biomédicas -sobre todo a partir de ensayos clínicos aleatorios-, para ser utilizada en pacientes individuales. Dicho así, no hay dudas de sus bondades y del aporte que los "evidencistas" hacen a la "cientificidad" de las decisiones diagnósticas y terapéuticas debidamente confirmadas. Ahora, de ahí a colocar las evidencias por encima de la medicina clínica basada en la experiencia personal acumulada en la práctica diaria, específicamente en la atención al grave, me parece demasiado innovador, porque muchas veces ni disponemos de un manual resumen con las mejores evidencias acerca del tratamiento de la afección que nos ocupa, donde además se hace muy difícil reproducir las circunstancias muy controladas de los ensayos aleatorios y los requisitos de elegibilidad exigidos en los estudios originales, con lo que la evidencia puede perder credibilidad. Los ensayos aleatorios hablan el lenguaje de las poblaciones, el intensivismo del tratamiento de lo individual en el entorno de la unidad de cuidados intensivos y con la premura del grave, donde la opinión del equipo multidisciplinario se impone.

10. ¿En qué medida se toman las decisiones en colectivo en su unidad y cuándo individualmente, si es que es el caso? ¿Qué papel tiene el jefe en

las decisiones y en los casos conflictivos?

La toma de decisiones en la atención al paciente crítico constituye una de las actividades que exigen mayor responsabilidad y experiencia clínica y aunque las mismas se llevan a cabo en las entregas de guardia, pase de visita y reuniones de discusión diagnóstica, durante las 24 horas del día se realizan para resolver las complicaciones de los ingresados y los nuevos ingresos que ocurren durante la guardia, por ello la mayoría se toman colegiadamente por todos los miembros del equipo y durante la guardia, por los médicos dedicados a esta actividad. Ellos deben identificar, en cada momento, la complicación que está predominando y que resulta una amenaza para la vida del paciente, sin descuidar la evaluación integral del paciente como un todo. La puesta de acuerdo tiene como base la visión general del enfermo y no por partes, llegado este momento le corresponde al intensivista dentro del equipo conducir el proceso de análisis y discusión de lo que más conviene al paciente y de hacer cumplir con inmediatez las decisiones tomadas, que son de estricto cumplimiento para todos los miembros del colectivo. En el trabajo en equipo transdisciplinario se cumple uno de los preceptos de la asistencia médica moderna. Ninguna especialidad por sí sola podría abarcar la complejidad del enfermo crítico, donde hay que hacer cumplir lo particular de la especialización en lo general del intensivismo y a su vez los principios generales que ofrece la evaluación integral en las recomendaciones particulares teniendo siempre presente el principio de lo que más conviene al paciente en cada momento. El paciente deja de ser de una especialidad en particular para pertenecer a un equipo que colegia su atención coordinadamente.

El jefe de la unidad es el máximo responsable en la toma de decisiones, por lo que debe tener una serie de atributos personales para lograr la armonía del equipo y conducirlo a la toma de las mejores decisiones.

Resumidamente un buen jefe debería tener las siguientes características:

- Comunicador
- Empático
- Optimista
- Flexible
- Apasionado por la excelencia
- Disciplinado
- Líder
- Organizado
- Innovador
- Creativo
- Integrador
- Analítico y sintético
- Escuchador
- Ético
- Formación académica sólida de base amplia

- Experiencia personal en la atención a pacientes graves

11. ¿Cuáles han sido las principales afecciones o condiciones que han causado discrepancias en la toma de decisiones en los casos que atiende en su servicio?

Existen diversas afecciones y situaciones que crean tensión en el equipo de trabajo por no existir común acuerdo en lo que debe hacerse en cada momento. Téngase en cuenta lo dinámico de la evolución del enfermo crítico y la rapidez con la que se producen estos cambios, lo que hace que algo que estaba contraindicado hace 1 hora, sea la indicación de elección en este momento. Estas demandas exigen una flexibilidad probada en la conducta médica y una selección acertada de lo que se hará. La contradicción más frecuente se establece en cuanto a los procedimientos quirúrgicos, ¿cuándo intervenir o, peor, reintervenir?, ¿cuándo practicar una laparotomía programada?, ¿quién se ocupará de hacerlo periódicamente?, ¿quién tomará la decisión? Otra situación complicada se produce en la paciente obstétrica crítica, ¿cuándo interrumpir la gestación y qué vía utilizar?, teniendo en cuenta que en estas enfermas las decisiones que se tomen repercutirán rápidamente en dos pacientes. El diagnóstico de la muerte encefálica y la preparación del posible donante es otro acápite que ocasiona discrepancias con relativamente frecuencia. También un grupo de decisiones terapéuticas están precedidas de encarnadas discusiones, sobre qué es lo que más conviene al paciente en un momento determinado: ¿el uso de esteroides?, ¿anticoagulantes?, ¿cuándo cambiar los antimicrobianos en pacientes con sepsis graves, y cuáles utilizar?, la reposición de la volemia en el cardiópata, el uso de hemoderivados, las indicaciones de métodos dialíticos, la heparinoterapia y las diátesis hemorrágicas, los límites de la ventilación, la traqueostomía versus intubación prolongada. Estas y otras situaciones exigen madurez en el equipo médico para llegar a conclusiones beneficiosas para el paciente y disminuir las tensiones entre los integrantes del mismo.

12. ¿Qué piensa de las interconsultas de otros especialistas en el manejo de sus enfermos?

Este aspecto suscita discusiones frecuentes, por la poca prioridad que algunos especialistas ofrecen a los pacientes ingresados en la UCI, pasando a evolucionarlos incluso después que han terminado el trabajo en su servicio correspondiente, lo cual entorpece la dinámica de trabajo en la UCI, sobre todo para la toma de decisiones que involucran dicha especialidad. Muchas veces el especialista se siente poseedor de la autoridad sobre las decisiones a tomar, desestimando el principio que el paciente crítico deja de ser de la especialidad responsable de la atención hasta su traslado, para pertenecer entonces al equipo de la UCI, del cual también debe formar parte el especialista

responsable del paciente hasta ese momento. Consideramos que las interconsultas deben realizarse por el personal más calificado, con inmediatez y siempre en presencia del intensivista.

13. ¿Con qué grupos especiales de pacientes usted extrema los cuidados intensivos?

- Embarazadas y puérperas
- Jóvenes
- Ancianos
- Trauma cráneo-encefálico
- Médicos y sus familiares graves
- VIPs ("Very Important Patients")

Embarazadas y puérperas

El comportamiento clínico de estas pacientes es diferente que el resto de los enfermos, cuando presentan la descompensación de afecciones crónicas, como el asma bronquial, las valvulopatías, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, la sicklemlia, la epilepsia, la enfermedad cerebrovascular, las conectivopatías y otras. De otro lado están las afecciones propias del embarazo, como el síndrome de pre eclampsia – eclampsia, que se comporta como una enfermedad sistémica y, en ocasiones, como un verdadero fallo multiorgánico. Debemos mencionar las complicaciones hemorrágicas del periparto, tanto por trauma obstétrico, como las diátesis hemorrágicas asociadas. El intensivista debe guiar el equipo atendiendo siempre la repercusión de las medidas sobre el binomio madre-feto, intentando la preservación de ambos, pero con la clara misión de preservar la vida de la madre a toda costa. Esto requiere un trabajo mancomunado de obstetras e intensivistas. En nuestra experiencia, la identificación precoz de complicaciones y la oportuna intervención, corona el éxito en la mayoría de los casos.

Ancianos graves

Representan el 40% de los ingresos en nuestras unidades por:

- Enfermedades isquémicas del corazón
- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón
- Neumonías y Bronconeumonías
- Postoperatorio de cirugía intestinal y oncológica
- Enfermedad Cerebrovascular

Aspectos a cuidar en este grupo de pacientes:

- Trastornos hidrominerales y su corrección rápida
- Corrección del equilibrio ácido-básico
- Pérdidas agudas de sangre y su reposición
- Arritmias
- Hipoxia
- Hiperosmolaridad
- Infecciones
- Ventilación mecánica
- Nutrición parenteral

- Cirugía de urgencia
- "Indicaciones contraindicadas":
- Aporte de volumen, flujo sanguíneo renal y cerebral
 - Inmovilización y sepsis respiratoria
 - Uso de nefrotóxicos
 - Ventilación mecánica en EPOC
 - Uso de esteroides
 - Anticoagulación
 - Diuréticos potentes
 - Digitálicos
 - Anestésicos y función cardiovascular

Recordar que este grupo de pacientes necesita un mayor tiempo para la recuperación de la gravedad, por lo que debe iniciarse una rehabilitación precoz. Se recomienda:

- Movilizarlo y levantarlo cuanto antes
- Fisioterapia muscular, articular y respiratoria
- Estimularlo a comer y vestirse por sí mismo
- Favorecer la continencia urinaria
- Regreso a su hogar lo antes posible

Jóvenes

El paciente joven se defiende mejor y se recupera rápidamente. Estos son elementos positivos para el equipo de trabajo, que se motiva con facilidad para su esmerada atención. Por otra parte, cuando se presentan complicaciones irreversibles en estos enfermos y fallecen, la repercusión negativa que tienen esos sucesos para el equipo es bien conocida. El manejo de los familiares de este grupo también es más difícil y las exigencias de información son mayores, se requiere un monitoreo más cercano del jefe de la unidad.

Pacientes del sector de la salud y sus familiares

Por las relaciones afectivas con este grupo, se les somete a investigaciones y terapéuticas no habituales, se hacen concesiones de flexibilidad en la toma de decisiones y en el cumplimiento de normas disciplinarias y de trabajo de la unidad, que los hacen más susceptibles a evolucionar tópidamente. En general, con las mejores intenciones, se les trata de brindar una atención diferente de lo convencional, por lo que consideramos que el mejor consejo es que procedamos como estamos acostumbrados con el resto de los pacientes y nos ahorraríamos las desagradables complicaciones que se presentan en los mismos.

Esta conducta también es válida para la atención de los gobernantes, directivos, empresarios y VIPs en general, que constituyen grupos en los que flexibilizamos las normas terapéuticas, disciplinarias y restrictivas y se producen situaciones muy complicadas con ellos y, a su vez, con el resto de los pacientes y familiares.

14. ¿Cuáles son los aspectos que considera que más se descuidan en la atención del grave en general o de algunas situaciones en particular?

1. Nutrición

El enfermo grave se mantiene muchos días con soluciones parenterales por compromiso de la vía enteral, ya sea por intervenciones quirúrgicas o por alteraciones funcionales del intestino. Estas soluciones no cumplen muchas veces con los requerimientos calóricos ni proteicos, los cuales se encuentran incrementados en el estado de gravedad, por lo que debemos cuidar celosamente el inicio de la alimentación enteral, en cuanto sea posible, y si presumimos que la misma se demorará, iniciar nutrición parenteral con todos los componentes recordando las vitaminas.

No olvidar la importancia de la adecuada nutrición para la restitución inmunológica, la prevención de la sepsis y la recuperación de la misma cuando existe.

2. Fisioterapia y rehabilitación integral

Aspecto frecuentemente olvidado a pesar de formar parte del conjunto de acciones necesarias para la pronta recuperación del grave y su egreso de las unidades de cuidados intensivos. La rehabilitación debe ser física, respiratoria, coronaria, neurológica, de la voz, de la escritura y psicológica. Deben involucrarse todos los especialistas y técnicos necesarios, así como los familiares, e incluir:

- Prevención de úlceras de decúbito, apoyos, colchones antiescaras, reposo en diferentes decúbitos
- Evitar sedación y relajación prolongadas
- Evitar ventilación prolongada
- Adecuar cambios de catéteres, tubos, cánulas, sondas torácicas, abdominales, vesicales
- Vigilar el exceso de extracciones de sangre para complementarios
- Limitar la exposición frecuente e innecesaria a los Rayos X
- Atender la esfera psicológica
- Tratamiento de aspectos éticos relacionados con la muerte.

15. ¿Cómo aborda los aspectos psicológicos y sociales de las personas que atiende? ¿Se hace -y por quién- la valoración integral del enfermo?

Los aspectos psicológicos y sociales se deben abordar integralmente por el equipo de la unidad, en el que se encuentra incluido el Psicólogo. Se debe priorizar todo lo relacionado con la información que se brinda a pacientes y familiares, manejo de las reacciones psicológicas del enfermo en peligro de muerte, de los miembros del equipo sometidos a las altas tensiones de trabajo con pacientes críticamente enfermos y el contacto más frecuente con la muerte de los mismos. Su participación es protagónica en el equipo de trasplante y obtención de órganos. Además el Psicólogo, como nadie, participa en la exploración de la satisfacción de pacientes y familiares por la atención recibida y canaliza las posibles insatisfacciones para su corrección.

16. ¿Qué recomendaciones tiene para establecer con la mayor precisión posible el pronóstico de los

pacientes graves? ¿Qué opina de los índices pronósticos?

Emitir pronósticos evolutivos en cuidados intensivos se convierte en una tarea muy difícil, ya que el mismo deberá hacerse en un corto tiempo y sus conclusiones giran alrededor de la muerte. Muchas veces hay que hacerlo sin disponer aún de toda la información acerca de investigaciones complementarias, parámetros biofísicos y, en no pocas ocasiones, de los elementos del interrogatorio y un examen físico muy limitado por la gravedad del paciente y la ausencia de familiares que puedan ofrecer alguna información.

En la primera entrevista, los familiares quieren saber que ocurrirá con su enfermo, si tiene posibilidades de recuperación, si va a morir, si quedarán secuelas, en qué tiempo se esclarecerá su evolución, experiencias del equipó médico en casos similares atendidos previamente y un sinnúmero de interrogantes relacionadas con el curso evolutivo.

Con estas interrogantes tendremos que analizar profundamente, basados en las evidencias disponibles, evaluando el cuadro clínico actual, el posible curso clínico de la afección en cuestión y teniendo en cuenta experiencias previas podremos emitir un juicio pronóstico aproximado y real que satisfaga las expectativas de los familiares y nos permita ganar en información en cuanto al curso evolutivo en los días siguientes.

Cada vez más, se hace necesario contar con parámetros cuantitativos que reflejen las modificaciones de las variables fisiológicas que representan el funcionamiento de los distintos órganos y sistemas. Para ello se han ideado distintos índices pronósticos, como el índice de tirotoxicosis de Wayne, el índice de Peel para el Infarto Cardíaco, el índice nutricional de Buzby para evaluar mortalidad y desnutrición, el índice TISS, (therapeutic intervention scoring system), la escala de Glasgow para evaluación de la gradación del coma.

El APACHE II y el cálculo del Riesgo de Muerte (R) han sido muy utilizados en la evaluación de la gravedad y riesgo de morir en los pacientes que ingresan en cuidados intensivos. Incluso algunos los han empleado para seleccionar los pacientes que se beneficiarían en estas unidades, de acuerdo con los puntajes obtenidos. Así, se ha recomendado no iniciar estos cuidados en los pacientes con valores muy bajos, porque el riesgo de morir es inexistente y en los muy elevados, porque morirían inexorablemente, a pesar de las medidas que se tomen. Como puede observarse a priori, tales afirmaciones parecen demasiado pragmáticas y osadas, al no tener en cuenta la evaluación clínica integral de los pacientes. APACHE II evalúa 12 variables fisiológicas también conocidas como el APS del score, las cuales relacionamos a continuación:

- Temperatura
- Presión arterial media

- Frecuencia cardíaca
- Oxigenación (PaO₂ ó DA-aO₂)
- pH arterial
- Sodio sérico
- Potasio sérico
- Creatinina sérica
- Hematocrito
- Leucograma
- Glucemia
- Nivel neurológico (Glasgow)

Este índice pronóstico tiene en cuenta, además, edad, estado de salud previo, enfermedades crónicas e intervenciones quirúrgicas electivas o de urgencia.

Todas estas variables tienen una puntuación en escala de 0 a 4. Lógicamente, los enfermos más graves tendrán una puntuación superior de ahí su alta especificidad, pero su valor predictivo disminuye cuando tratamos de discriminar la posibilidad de muerte en un paciente con un APACHE bajo al ingreso y que puede presentar complicaciones súbitas, por lo que se recomienda hacer el cálculo diario cálculos del mismo.

En nuestra experiencia, hemos encontrado que los niveles de APACHE II más extremos eran los más específicos y sensibles, así como que tenían un valor predictivo positivo superior, destacándose la inconsistencia de los niveles intermedios.

Riesgo de Muerte (R): Se calcula a partir del APACHE II, teniendo en cuenta los coeficientes relacionados con diagnósticos específicos, mediante una regresión logística múltiple según el proceder de Knaus. Este índice también resulta atractivo para los valores extremos, por debajo del 20% se plantea una alta probabilidad de evolución favorable y cifras mayores del 60%, se asocian a una alta mortalidad.

Por último, es necesario enfatizar que el valor de estos índices empíricos no debe sustituir la evaluación clínica integral del paciente crítico. Se deben tomar como una información complementaria para la toma de decisiones y la emisión de un criterio lo más acertado del posible curso evolutivo de la enfermedad. Teniendo en cuenta los señalamientos anteriores, arribamos a la conclusión de que brindar cuidados intensivos siempre requerirá de un juicio clínico maduro y de una integración del mismo a los datos paramétricos que ofrecen los índices pronósticos, además de atender los deseos personales de los pacientes y sus familiares.

17. ¿Cuáles son los principales dilemas éticos que aborda en su práctica como intensivista? ¿Qué consejos da para su mejor solución?

En las UCI más que en otras áreas de los hospitales, emergen con mayor frecuencia los dilemas éticos relacionados con los límites entre la vida y la muerte, ya que el advenimiento de modernas tecnologías, capaces de suplantar funciones vitales comprometidas, ha hecho que los criterios clásicos de muerte hayan perdido

vigencia en nuestros días.

Las funciones vitales pueden mantenerse por un tiempo indefinido, aún cuando las funciones cerebrales hayan cesado.

Los aspectos más debatidos son:

- Criterios de muerte encefálica
- Obtención de órganos y tejidos para trasplante y beneficio de otros pacientes
- Donante de órganos en pacientes mentalmente no competentes
- Estado vegetativo persistente
- Consentimiento informado
- Veracidad
- Confidencialidad del acto médico
- Calidad de vida
- Costos de tratamiento en UCI
- Eutanasia

Como podemos apreciar relacionamos sólo algunos aspectos de los más controvertidos en la práctica médica diaria en cuidados intensivos. Pensamos que dada la dimensión del drama humano al final de la vida, o por lo menos en la cercanía de la muerte que engrandece a todo cuanto se le aproxima, los intensivistas debemos actuar con toda la flexibilidad y comprensión necesaria, con una gran dosis de humanismo para tomar la decisión más justa y conveniente para el paciente, la familia y la sociedad, haciendo cumplir la afirmación de morir con dignidad.

18. ¿Cuáles son las brechas de conocimiento y destrezas que identifica actualmente en los intensivistas cubanos?

Considero que nuestros intensivistas tienen una sólida formación teórica y práctica en los temas relacionados con el manejo de los compromisos vitales y la restitución de la homeostasis en el enfermo crítico. Hay una brecha que puede ser mejorada en todos los profesionales que se dedican a la atención del grave, que es la puesta al día continua de toda la información disponible y la incorporación de las habilidades y los conocimientos para el manejo de las nuevas tecnologías que cada día arriban a nuestras unidades, las cuales exhiben los adelantos de la informatización aplicada a los equipos que usamos a diario para suplir las funciones comprometidas y, sobre todo, apropiarnos de las mejores evidencias para la toma de decisiones.

El perfeccionamiento del arte del diagnóstico de los casos más complicados que con frecuencia tenemos en nuestras unidades y que no hemos sido capaces de identificar debe ser una constante, para lo que necesitamos el concurso de internistas y de otros

especialistas, las discusiones clínico-imagenológicas y clínico-patológicas, para profundizar en esta crucial y difícil etapa del método clínico –el diagnóstico-, método que debe ser cada vez empleado con mayor calidad en nuestras unidades.

19. ¿Propondría alguna investigación clínica multicéntrica en cuidados intensivos para resolver algún problema bien identificado?

El intensivismo cubano está ávido de tener nuestros propios consensos apoyados en estudios multicéntricos y en la experiencia acumulada en los 35 años de cuidados intensivos en nuestro país. Ya es hora de unificar criterios, estandarizar conductas, pactar recomendaciones, establecer guías de prácticas clínicas basadas en la experiencia diaria de nuestras unidades a lo largo de todo el país y en las mejores evidencias disponibles.

En mi opinión los temas pudieran ser:

- Obstétrica crítica
- Neurotrauma
- Nutrición
- Sepsis intrabdominal
- Ventilación mecánica
- Donación de órganos
- Ensayos clínicos
- Índices pronósticos
- Impacto de las nuevas tecnologías
- Auditoría médica.

20. ¿Cuáles son los principales retos que avizora para los cuidados intensivos en el país?

El futuro de la atención a los enfermos graves tiene que ir a la formación de los profesionales necesarios, cada vez más especializados, pero sin perder la visión general del paciente, capaces de asimilar el progreso de la tecnología y, a su vez, perfeccionar los sistemas informáticos disponibles para agilizar la práctica clínica en la cabecera del enfermo, como pueden la aplicación de softwares como herramientas para el manejo de la nutrición parenteral, el balance hidromineral, la ventilación mecánica y el monitoreo hemodinámico. En un siguiente paso se debe trabajar en la informatización de la historia clínica y en la información "on line" del estado de los pacientes ingresados.

El futuro deberá ir también al rescate de las humanidades en la profesión, en el perfeccionamiento del empleo del método clínico y su compatibilización con la parametrología que nos ofrece el "boom" tecnológico, para garantizar mayor confort, seguridad y satisfacción al paciente y al equipo médico que lo atiende.