

Atención inicial del paciente crítico para no especialistas

Initial care of critically ill patients for non-specialists

Manuel Mayorga Espichán¹

La Medicina Intensiva es una especialidad multidisciplinaria que tiene como objetivo el sostener y prolongar la vida del paciente críticamente enfermo (con riesgo actual o potencial de complicaciones mortales) y potencialmente recuperable (carácter eventualmente reversible del proceso patológico), a fin de restaurar la salud a su mejor nivel y, si esto no fuera posible, procurar en todo momento evitar hacer daño y proveer las condiciones adecuadas para aliviar su sufrimiento (sobre todo del inútil e innecesario), permitiendo que tenga una muerte digna acompañado del afecto de sus seres queridos y todos los consuelos humanos posibles. El precepto latino “*primero curar; si no se puede, aliviar, y siempre consolar*” es tan evidente en el enfermo crítico y las posibilidades están tan unidas que el reto es aún mayor. Esta disciplina médica une las ciencias básicas con las ciencias clínicas, las ciencias biológicas y las ciencias matemáticas, englobando además muchos aspectos de la ética y la filosofía ya que en todo momento se tienen que tomar decisiones que deben estar enmarcadas en los principios éticos de beneficencia, no maleficencia (*primum non nocere*), autonomía (consentimiento informado y decisión de sustitución de competencia) y el de justicia distributiva en cuanto a la óptima utilización de recursos limitados¹. Todo esto puede generar conflictos y dilemas éticos, particularmente en cuanto a la *limitación del esfuerzo terapéutico* y la prevención del llamado *encarnizamiento terapéutico*²⁻⁴. En este ámbito, el reconocimiento de nuestras propias limitaciones y la comunicación honesta con el paciente y sus familiares en situaciones de crisis sigue siendo una piedra angular de nuestra práctica cotidiana⁵⁻⁸.

De otro lado, el cuidado intensivo forma parte de un proceso integral que se inicia en el escenario del accidente o enfermedad severa, continúa durante el transporte, en el Servicio de Emergencia, en Sala de Operaciones y, finalmente, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)⁹. Para cumplir con su objetivo primario la Medicina Intensiva requiere de un ambiente de características especiales denominado UCI donde durante las 24 horas del día, minuto a minuto, personal altamente calificado (los médicos y enfermeras intensivistas) es capaz de proveer un cuidado de elevada calidad profesional, en el momento oportuno, mediante el empleo de equipos electrónicos de monitoreo y soporte de las funciones vitales, con una

administración eficiente de los recursos disponibles y con el debido respeto a la dignidad de la persona humana¹⁰⁻¹¹. Las características de los recursos humanos, materiales y de gestión mínimos con los que debe contar una UCI han sido identificadas en diferentes guías internacionales¹²⁻¹⁵ e incorporados en nuestra Norma Técnica Nacional¹⁶ hace casi seis años. Incluso muchas condiciones que hace algunos años limitaban o excluían el ingreso de pacientes a la UCI han ido cambiando con el tiempo¹⁷⁻¹⁸. Sin embargo, la escasez creciente de especialistas por diferentes razones¹⁹⁻²¹ - un escenario cada vez más cercano en nuestro medio - hace que en muchas partes del mundo las UCIs sean “*abiertas*” (un solo médico de planta encargado de la visita diaria, sin la presencia de intensivistas las 24 horas del día) y/o que otros especialistas tengan que asumir la responsabilidad del manejo inicial de los pacientes críticos mientras se cuenta con el concurso del intensivista o el paciente sea trasladado de manera segura a un hospital que cuente con una UCI. Esta es la razón por la que es importante que los médicos no especialistas en medicina intensiva sepan identificar a los pacientes críticos y cuenten con las competencias mínimas necesarias para sostener la vida de estos pacientes.

Esta preocupación docente ha sido la razón por la que el Comité Editorial de Acta Médica Peruana -órgano oficial del Colegio Médico del Perú y la revista médica peruana de mayor difusión a nivel nacional- nos encargó coordinar el presente Simposio “*Atención inicial del paciente crítico para no especialistas*” cuya primera parte ponemos a consideración de los lectores. En esta Parte I se han desarrollado los temas generales más importantes en el soporte vital del paciente crítico: mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea, una puesta al día de las guías de soporte cardíaco básico y avanzado, la identificación y soporte inicial del paciente con insuficiencia respiratoria aguda, la resucitación del paciente en estado de shock y el manejo integral de los pacientes con infecciones severas y sepsis. A fin de garantizar el adecuado nivel académico del simposio hemos convocado a los más experimentados y destacados especialistas en Medicina Intensiva del medio, líderes de opinión en cada uno de los temas seleccionados y a quienes agradecemos su generosidad por regalarnos una parte de su valioso tiempo para el éxito de este importante proyecto. Así mismo, queremos agradecer la confianza del Comité Editorial de Acta Médica Peruana y esperamos poder entregar a la brevedad los temas correspondientes a la Parte II dedicada a los problemas específicos del paciente crítico (TEC grave e hipertensión endocraneana, manejo inicial

1. Médico Especialista en Medicina Intensiva. Maestría en Enfermedades Infecciosas. Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva y Cuidados Intermedios del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú (HCFAP). Past-Presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI). Director Ejecutivo de Red Intensiv@ Perú.

del politraumatizado, ventilación mecánica convencional, ventilación mecánica no invasiva, antibioticoterapia de infecciones severas, disturbios del medio interno, soporte nutricional y metabólico, analgesia-sedación en UCI) y Parte III dedicada a la gestión en UCI (criterios de admisión y alta; diseño, implementación y funcionamiento de una UCI, indicadores de calidad y performance, que son las Unidades de Cuidados Intermedios, limitación del esfuerzo terapéutico y dilemas éticos en medicina intensiva, gestión de riesgos y seguridad del paciente en la UCI, comunicación efectiva en situaciones de crisis) que ya se encuentran en preparación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Colmenero M. El ritual de la falta de camas en la UCI. *Med Intensiva* 2011; 35(3):139-142.
- Manthous C. Counterpoint: Is It Ethical To Order "Do Not Resuscitate" Without Patient Consent? *Chest* 2007; 132:751-754.
- Luce J, White D. The pressure to withhold or withdraw life-sustaining therapy from critically ill patients in the United States. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175:1104-1108.
- Carlet J, Thijs L, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004; 30:770-784.
- Gusmao F, Polito F, Melot C, Vincent JL. Can the experienced ICU physician predict ICU length of stay and outcome better than less experienced colleagues? *Intensive Care Med* 2004; 30:655-659.
- LeClaire M, Oakes M, Weinert C. Communication of prognostic information for critically ill patients. *CHEST* 2005; 128:1728-1735.
- Curtis R, White D. Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. *Chest* 2008; 134:835-843.
- Mularski R, Heine C, Osborne M, Ganzini L, Curtis R. Quality of dying in the ICU: Ratings by family members. *CHEST* 2005; 128:280-287.
- Hillman K, Chen J, Aneman A. Continuum of hospital care: the role of intensive care. *Current Opinion in Critical Care* 2010; 16:505-509.
- Metnitz P, Reiter A, Jordan B, Lang T. More interventions do not necessarily improve outcome in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2004; 30:1586-1593.
- Valentin A. The importance of risk reduction in critically ill patients. *Current Opinion in Critical Care* 2010; 16:482-486.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. 2005.
- Task Force of the American College of Critical Care Medicine. Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission discharge and triage. *Crit Care Med* 1999; 27:633-638.
- Capuzzo M, Moreno R, Alvisi R. Admission and discharge of critically ill patients. *Current Opinion in Critical Care* 2010; 16:499-504.
- Nguyen Y-L, Wunsch H, Angus D. Critical care: the impact of organization and management on outcomes. *Curr Opin Crit Care* 2010; 16:487-492.
- Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios. NT N° 031-2005 MINSA/DGSP V.01 <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM489-2005.pdf>
- Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B. Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Med* 2007; 33:1252-1262.
- Dickson S, Batson S, Copas A, Edwards S, Singer M, Miller R. Survival of HIV-infected patients in the intensive care unit in the era of highly active antiretroviral therapy. *Thorax* 2007; 62: 964-968.
- Poalillo E, Jimenez E, Falk J. Critical Care in the United States of America. *Crit Care Clin* 2006; 22: 447-455.
- Irwin R, Marcus L, Lever A. The Critical Care Professional Societies Address the Critical Care Crisis in the United States. *CHEST* 2004; 125:1512-1513.
- Kovitz K. Pulmonary and Critical Care: The Unattractive Specialty. *CHEST* 2005; 4:1085-1087.

CORRESPONDENCIA

Manuel Mayorga Espichán
mmayorgae@yahoo.com