

Estado actual de las Unidades de Cuido Intensivo (U. C. I.)

DR. ORLANDO QUESADA VARGAS *

La principal razón para la existencia del cuidado intensivo, es brindarle la mejor oportunidad a los pacientes cuya enfermedad es catastrófica pero no necesariamente fatal. Evidencias estadísticas concluyentes han demostrado que el cuidado concentrado del enfermo crítico frecuentemente hace la diferencia entre la vida y la muerte (2, 4, 8, 12, 15).

Una U.C.I. es por lo tanto una área intrahospitalaria en donde se agrupan pacientes graves potencialmente recuperables. Su función no es únicamente la de detectar y tratar las diversas condiciones nosológicas y sus complicaciones sino también las de prevenirlas mediante una vigilancia minuciosa y a través de familiarizarse con la historia natural de los estados críticos. Para su existencia actual no se acepta que la U.C.I. deba descansar básicamente en una atención óptima de enfermería, sino que se ha venido a complementar a través de la década y media de existencia de estas unidades, con la participación médica las 24 horas del día. Técnicos en terapia física y trabajadores sociales completan el resto del personal indispensable.

Una serie de problemas casi exclusivos de esta especialidad de la medicina han hecho su aparición y es a algunos de ellos a los que nos referimos. En la organización y manejo ha sido evidente que la presencia de un director (o directores), es indispensable.

Su función como guía, soporte y coordinador deberá basarse en un interés genuino, en una disponibilidad total y en un entendimiento global de los problemas de paciente crítico. Deberá utilizar contacto y oportunismo todas las facilidades y experiencias presentes en el resto del cuerpo médico. Su papel en regular las admisiones y salidas es básico. El de promover una participación activa y adjudicarle responsabilidad directa en el cuidado de los enfermos al personal médico en entrenamiento es quizás su función máxima. No es posible mantener la moral y el interés genuino de permanente superación y aprendizaje en un grupo de médicos jóvenes que conviven adintergrum con su paciente, hora tras horas y a veces por días consecutivos si no son parte activa en la elaboración de los estudios diagnósticos y en las decisiones de manejo terapéutico. Lo anterior permite en la unidad un ambiente dinámico, de ideas nuevas, de permanente consulta y de expectativa ante la posibilidad de nuevas resoluciones. Las discusiones y visitas abiertas con participación de todo el personal es más que necesario. El aporte a lo anterior de las enfermeras es incalculable. Ellas constituyen la figura central en esta unidad. Sin ellas, sencillamente no hay cuidado intensivo. Saberse partícipe de las decisiones de manejo, las coloca en un plano profesional acorde con la importancia de la entrega física, intelectual y espiritual que realizan.

El papel del médico tratante que envía a su paciente a la unidad es controversial

* Unidad de Cuido Intensivo Hospital San Juan de Dios.

mientras él mismo permanece en este sitio. Ya sea con o sin responsabilidad directa en el cuidado del enfermo su permanente participación es deseable por razones obvias de continuidad y para un mejor contacto con la familia.

La supervisión periódica por personal experto en bacteriología ambiental hospitalaria, en ingeniería y en electrónica ha sido bien enfatizada (8-15).

La contribución de un psiquiatra en estas unidades recibe creciente atención (13). Las distorsiones mutuas de la objetividad entre el personal encargado y los enfermos es frecuente. Dependencia, frustración y hostilidad hacen su aparición. Así, el síndrome de la U.C.I. ha sido descrito como parte de "las enfermedades del progreso médico" (13), mezclando agitación, delirio y psicosis. En estas unidades se vigilan diversos parámetros fisiológicos, no así las reacciones emocionales del paciente. Estos se encuentran totalmente alejados de su medio ambiente. Se convierten en recipientes pasivos con alejamiento creciente de sí mismos y de la realidad, llegando a adquirir un sentido de total incapacidad, frustración y ansiedad. Muchos de los que permanecen más tiempo sufren una desorientación de tal magnitud que ayudados por algunos diseños de planta física, ignoran siquiera si es de día o de noche (5). La privación del sueño es la regla. Algunos han relatado que por momentos no sabían si estaban vivos o muertos. Su concepción elemental sobre lo que se les realiza es a veces muy distorsionada a consecuencia de una ineficiente información. El paciente bajo ventilación asistida no se aparta de una inmensa sensación de miedo a la sofocación y con frecuencia su actitud es hacia una dependencia total (2).

Algunos conciben la muerte como la única salida a una serie de sensaciones insostenibles a pesar de que su condición orgánica sea enteramente reversible.

La preocupación por la calidad de la vida de estos pacientes en un sentido integral debe crecer junto con la habilidad técnica para mantenerlos vivos. La preparación psicológica previa al paciente que se sabe ocupará estos servicios ha demostrado su eficacia, (6-7).

Los dilemas éticos en las U.C.I. son más significantes y difíciles de resolver en relación a los puramente técnicos. Por un lado las decisiones de admisión y egreso deben ser responsabilidad del director de la unidad con pleno apoyo del comité u organismo responsable del funcionamiento de esta dependencia, el que idealmente deberá integrarse con personal médico, administrativo y de enfermería. Los pacientes deben aceptarse en base a la necesidad del cuidado requerido y no por su diagnóstico o procedencia específica. Los egresos deberán realizarse entre aquél con la mejor oportunidad de sobrevivir y aquél con la menor posibilidad. Nunca debe aceptarse a la U.C.I. como un sustituto de una mejor atención en los servicios generales (15). En algunas ocasiones se hace necesario decidir si continuar con un esfuerzo máximo y prologar una vida o si la enfermedad ha alcanzado tal grado en el cuidado intensivo no hace más que posponer la muerte. Aunque en proporción tales casos son la minoría, su presencia genera problemas médicos y emocionales fuera de proporción. Evadir resolver esta responsabilidad resulta en un deterioro de la moral de un personal que se entrega a plenitud para aportar una oportunidad de sobrevivir a quien la tiene. Enviar esos enfermos a morir a otros servicios ni es justo ni resuelve nada. ¿Qué hacer con estos casos? Nadie ha aportado una solución definitiva ni aún las más connotadas autoridades eclesiásticas y jurídicas (15). La U.C.I. se ve así enfrentada a la capacidad creciente de mantener viva a esta gente y a la vez se le puede estar negando con esta conducta facilidades a otros enfermos. En un afán de resolver lo anterior, algunos hospitales de reconocida reputación han puesto en marcha en sus U.C.I. programas que permitan clasificar estos pacientes y definir el cuidado óptimo para el enfermo sin oportunidad de sobrevivir. Estas resoluciones son unas parciales y otras no contemplan la posición y deseos del enfermo y o la familia (9-10). Algunos piensan que los pacientes mismos deberían contribuir consignando por anticipado como les gustaría ser tratados en caso de enfermedad terminal y no cuando hayan perdido la capacidad de decidir por sí mismo (1).

Finalmente algunas palabras en relación a pronóstico, una vez egresados. Los resultados para los pacientes que se requieren supervisión cercana y cuidado de enfermería intensivo sin requerir atención médica cons-

tante es de una mortalidad del 15 al 20% al año (3-14). Para aquellos que ameritaron atención médica permanente por lo inestable de su condición y curso impredecible las cifras varían ostensiblemente y de éstos el 42% alcanzó un nivel de productividad semejante al que mantenían previo a la enfermedad (3-11). Estos enfermos constituyen sólo un 20% del total de enfermos de una U.C.I. general pero es justo recalcar que los mismos utilizan la mayoría de los recursos humanos y económicos disponibles que podrían ser utilizados en otros enfermos recuperables.

Los anteriores problemas éticos y la búsqueda de mejor utilización de recursos demanda decisiones de los profesionales encargados, basados en el análisis continuo de la propia experiencia de cada unidad al mismo tiempo que se evalúa constantemente la calidad de cuidado que se ofrece.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BOK, S.
Personal Directions for Care at the End of Life. N. Engl. J. Med. 295:367, 1976.
- 2.—BUSHNELL, S. S.
Respiratory Intensive Care Nursing.
Boston Little Brown, 1973.
- 3.—CULLEN, D.J., FERRARA, L.C., BRIGGS, B.A.
ET AL.
Survival and Follow up Results in Critically III patients. N. Engl. J. Med. 294:982, 1976.
- 4.—CHAVES, RIVERA IGNACIO.
Once años de asistencia de terapia intensiva y su influencia en la educación médica. Archivos del Instituto de Cardiología de México. Año 43, Tomo XLIII, N° 3. Sept.-Oct. 1973. 657-659.
- 5.—HACKETT, T.P., CASSEN, N.H., AND WISHNE, H. A.
The Coronary Care Unit.: On Appraisal of its Psychological Hazards. N. Engl. J. Med. 279-365, 1968.