

RELACION MEDICO-PACIENTE (RMP) EN AREAS DE EMERGENCIAS (Guardias - Cuidados Intensivos)

Dr. Enrique Romero (*)

I. a) Consultorio de Emergencias (Guardia)

El paciente viene al Hospital motivado por una súbita necesidad de atención no buscada ni deseada, que lo obliga a concurrir en ese momento, ni antes ni después.

El paciente no desea concurrir a la guardia, no ha podido meditar acerca de esta situación. Lo hace acompañado de un estado de gran angustia y ansiedad. Lo va a atender un médico que por lo general tampoco conoce y que a su vez es joven y posiblemente en formación todavía; como deberá actuar con máxima premura el paciente tendrá que someterse a las decisiones que éste tome. En muchas ocasiones el médico deberá realizar tratamientos o procedimientos de emergencia para lo cual hay especialistas, pero que por la urgencia que se requiere, no serán los que lo atiendan. Por ej.: el caso de una herida cortante facial que deberá suturar con la perfección que lo haría un cirujano plástico.

Todo esto condiciona un elemento clave en la RMP en estas situaciones que es la desconfianza y la sensación de impotencia tal vez. Esta relación será por lo general breve y terminante. Es impresión que en la guardia la RMP se transforma en médico-enfermedad. Los pacientes frecuentemente requieren su médico de cabecera, omitiendo a veces a los médicos del área.

El médico, tratando de establecer una buena relación con el enfermo en estas adversas circunstancias, deberá demostrar ante todo: presencia, serenidad, paciencia, procurando vencer la desconfianza que se le tiene y además actuar con profesionalismo y firmeza.

La planta física es el otro elemento condicionante para que se cree una buena RMP. Deberá permitir que la entrevista médico-paciente se realice en forma adecuada.

b) Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Cualquiera de estos pacientes puede requerir ser internado en la UCI y aquí aparece otra especial RMP que tie-

ne sus características propias, condicionadas por lo que significa esta sección, la enfermedad y la personalidad del paciente y de la familia.

La UCI es un lugar físico diferente que además de toda la tecnología con la que este sitio cuenta, desconocida para el paciente, se agrega la restricción de visitas lo que lleva al aislamiento de la familia con el ser querido. No existirán las horas del día. Será molestado permanentemente con controles, interrogatorios, administración de fármacos, etc. Desconoce los médicos que lo atenderán en tan delicada situación, los procedimientos que se le harán, la información que recibirá, etc. Hasta que pase un cierto tiempo internado, si es que la situación se prolonga, irá conociendo durante varios días nuevas caras de médicos que lo atenderán. Y si se prolonga aún más, comenzará a desear la presencia de algunos más que de otros. Establecerá una afinidad con los que mejor RMP generaron.

De acuerdo a las diferentes patologías y pacientes podemos clasificarlos como:

Pacientes con depresión del sensorio.

Pacientes lúcidos.

- a) complacientes;
- b) no tolerantes de I UCI;
- c) los que se encuentran protegidos por la UCI.

Problemas con pacientes con enfermedades crónicas en etapa terminal.

- a) por la misma enfermedad que se agrava;
- b) por enfermedad sobreagregada que ante la precariedad de la previa hacen muy difícil la recuperación.

Pacientes en quienes todos los tratamientos han sido infructuosos y que se cronifican en la UCI.

Pacientes que niegan algún tratamiento avanzado (Asistencia respiratoria mecánica) entre otros.

* Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Privado.

Pacientes con depresión del sensorio

Son aquellos en los que la enfermedad aguda que los trae a la UCI, altera la percepción de lo que les rodea, haciendo que la RMP no se establezca, al menos inicialmente. Ocupa una gran parte de los pacientes que se internan e incluye a accidentes cerebrovasculares, pacientes shockeados, politraumatizados, etc. En estos casos la relación médica se establece con los familiares del paciente. Al principio se hace difícil para éstos entender la situación: que puede ir evolucionando muy lentamente, que el riesgo de vida es alto, que pueden ser secuestrantes, etc.

Pacientes lúcidos

Estos, al contrario que los anteriores, están conectados con el medio que los rodea y manifiestan distinta conducta frente a lo que es una internación en cuidados intensivos y lo que ésta implica.

a) Complacientes: llamamos tales a los que pareciera no afectarlos para nada su internación; no preguntan y están de acuerdo aparentemente con todo lo que a su lado ocurre. Por lo general, no despiertan en el médico necesidad de darles grandes explicaciones.

b) No tolerancia a la UCI: son los que están ansiosos por saber cuando serán dados de alta, y ni bien esto sucede experimentan un alivio porque les ha resultado molesto todo lo que les aconteció, por lo general casi sin valorar su estado de salud. Sólo están preocupados por salir de alta y no volver más. A veces se les explica que un alta anticipada puede ser perjudicial y hacer peligrar una evolución satisfactoria, lo que pareciera no interesarles.

c) Los que se sienten protegidos: a este grupo no tan reducido, la UCI les da la sensación de seguridad y atención permanente. Con no poca frecuencia, algún enfermo se opone a pasar al piso aduciendo falta de atención en el área de internación común. Suelen ser pacientes con alto grado de inseguridad y temerosidad.

Pacientes con enfermedades crónicas en etapa terminal

A este grupo pertenecen los con enfermedades avan-

zadas de algún aparato o sistema que ingresan para ser tratados activamente en etapa de descompensación o desmejoramiento de su estado previo. Suelen tener varios ingresos a la UCI y nunca se sabe cual será su última internación.

Cuando una enfermedad o procedimiento sobreagregado hacen peligrar seriamente su vida, pueden pasar a formar parte de otros como los que siguen a continuación. Suelen tener por parte del médico intensivista cierta restricción para el tratamiento avanzado. Sería el caso de una enfermedad miocárdica terminal con una neumonía e insuficiencia respiratoria y renal por bajo flujo, por ejemplo, en la que podría cuestionarse la necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y diálisis.

Pacientes sin respuesta positiva al tratamiento

A este grupo corresponden los accidentes cerebro vascular (ACV) importantes, muy secuestrados y casi en vida vegetativa, donde el tiempo y el tratamiento no lograron avances en su evolución, a lo que se le suman las complicaciones a su estado, como infecciones respiratorias, secreciones, alteraciones en la alimentación, etc. O pacientes en los cuales no se evidencia respuesta al tratamiento y mantienen la vida por procedimientos artificiales.

Paciente que niega tratamiento

Son los que por conocimiento o temores se oponen a algún tipo de tratamiento avanzado. Esto provoca en el médico un dilema ya que en ocasiones se puede suponer que el paciente se encuentra en sus cabales como para poder razonar lo que desea; pero hay otros en los que por la naturaleza de la enfermedad que presentan pueden no estar aptos mentalmente para decidir ante el requerimiento de algún tratamiento. Por ejemplo, la hipoxia puede producir alteraciones mentales en un enfermo con insuficiencia respiratoria y oponerse a la ARM cuando el médico le explica lo que va a hacer. O el caso de una insuficiencia renal cuya estado metabólico puede generar una situación mental como la anterior y el paciente se opone a la diálisis.

II. ¿Qué espera el paciente y la familia de nosotros?

El paciente quiere conocer su evolución, cuando está mentalmente apto; quiere saber qué se le va a hacer y para qué. Desea escuchar palabras de aliento y de esperanza y que su situación va a mejorar. Posiblemente haya quienes nieguen su gravedad, a los que se le deberá contestar con una clara explicación de su realidad sin quitarle la esperanza de mejoría y de que están recibiendo todo lo necesario para que esto ocurra. Deberá ser una explicación con palabras que el paciente comprenda y sin ambigüedades.

La familia debe recibir una explicación más profunda pero que está en condiciones de entender. Debe dirigirse fundamentalmente a ubicar a éstos en la situación de enfermedad que se presenta, el estado actual y lo esperado respecto a la evolución del ser querido. Debe ser una información dada sin entrar en detalles de índole estrictamente médicos, sin generar estados de ansiedad por inseguridad que muchas veces son los del propio médico, sin hacerles conocer todas las posibles complicaciones que puedan presentarse, y haciéndoles comprender la realidad del paciente.

La toma de decisiones extremas, como colocar un respirador en contra de la voluntad del paciente, plantea el dilema entre beneficencia y autonomía de aquél. La caridad espontánea está por encima de consideraciones legales y el médico tendrá que optar por la beneficencia sin soberbia o por el respeto sin eludir responsabilidades.

De cualquier manera, no debe plantearse en términos absolutos o extremos: con ciertos principios y respetando la autonomía del paciente, algunos opinan que deberá primar el concepto del bien del médico sobre el concepto del bien del enfermo. Este pudo haber adoptado una posición extrema antes o en la actualidad, pero no siempre en todas sus cabales: deprimido por su situación de enfermedad grave, o bajo un estado de irracionalidad por alteraciones metabólicas. Existen pruebas para determinar la competencia de un paciente.

Además debería tenerse cuidado al hablar de incompetencia cultural porque sólo puede ser expresión de arrogancia médica.

En las determinaciones de medidas o recursos extraordinarios, no debería obviarse la consulta neurológica y psicológica y la consideración de las determinaciones por parte de los enfermos bajo profundo sufrimiento (dolor).

El médico de familia, también debe intervenir en carácter de fiduciario. Habría que tener en cada caso (y cada uno es diferente al otro) decisiones tomadas previamente entre médico(s) tratantes, intensivistas, familia y el paciente si la condición o estado del mismo lo permitiera.

No hay criterio sobre si deben violentarse principios religiosos o sectarios.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Hall J.B., Schmidt, G.A., Wood, LDH. *Principles of Critical Care*. Mc Graw. Hill, Inc. Health Professions Division, New York, 1992.