

ABORDAJE INICIAL AL PACIENTE CON UNA EMERGENCIA MÉDICA

Dr. Víctor R. Navarro Machado *

Dr. Gabriel Rodríguez Suárez **

Introducción

La preocupación por prolongar la vida está ligada a la propia existencia del hombre y el enfrentamiento a los problemas de salud que llevan a la muerte en corto período de tiempo fue siempre un reto para los médicos en todas las épocas. Hay evidencias de la conducta ante los traumatismos desde tiempos remotos y la descripción del manejo de heridas y enfermos agudos es recogida desde los papiros egipcios hasta los cantos épicos de la Iliada. La primera narración de lo que se conoce hoy como resucitación se recoge en el antiguo testamento. No obstante, la medicina de emergencias como especialidad es relativamente joven y en el último siglo ha estado marcada por los adelantos de la ciencia. La aplicación de nuevos conocimientos médicos y técnicos en la resucitación y el manejo de situaciones que pueden comprometer la vida, ha permitido salvar un número considerable de enfermos que, en otras circunstancias morirían por emergencias clínicas o quirúrgicas.

Basados en las evidencias, en los últimos años, la estrategia ha sido acercar los servicios de emergencia e intensivo a la comunidad, procedimientos hasta hace algunos años solo privativos de los Cuidados Intensivos Hospitalarios, hoy son realizados con absoluta factibilidad y seguridad en las Áreas Intensivas Municipales (AIM). Por poner un ejemplo, en el 2004 el 41 % de los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio ingresados en estas unidades fueron trombolizados y en el 2005 la cifra se elevó al 52 %. También hoy, es bien aceptado el papel del primer respondiente, que debe partir de la propia comunidad y es por ello que se trabaja en el entrenamiento de la población para que sepa qué hacer ante estas situaciones y participe activamente en el manejo de emergencias y desastres.

Según la Organización Mundial de la Salud, urgencia es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera

la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Esta es una definición válida para que un paciente acuda o solicite ayuda de los servicios médicos; no obstante, desde el punto de vista estrictamente médico, es necesario establecer la real condición clínica, pues por ejemplo, una aparente inconsciencia puede ser traducción desde una crisis nerviosa a una parada cardíaca, a ambos pacientes hay que tratar, pero no en el mismo orden de prioridad ni con los mismos recursos, ya que no tienen igual pronóstico en términos de sobrevida.

En sentido general, el abordaje de la urgencia-emergencia médica debemos enfocarlo en tres sentidos:

- El paciente
- El equipo de trabajo
- El entorno

El paciente

Identificar cuándo un individuo está grave requiere de la integración de conocimientos, hábitos y habilidades que el profesional va adquiriendo con la práctica médica. Para el abordaje inicial al paciente con una necesidad sentida o evidente de atención médica, debemos comenzar con una evaluación de su estado (*ver abordaje integral*) y clasificarlo en dependencia de las condiciones con las que él mismo puede arribar o nosotros podemos detectar. De aquí se deriva una conducta completamente diferente.

¿Cuándo se está grave? ¿Cómo clasificar un paciente?

Se considera una **emergencia médica** a la condición en la que existe un peligro o riesgo inmediato para la vida, por estar afectados uno o varios índices vitales. Estos pacientes, que se consideran graves, se encuentran en una situación de inestabilidad fisiológica y pequeños cambios los pueden llevar a un daño orgánico irreversible o la muerte. Por ello, su tratamiento debe ser inmediato.

Se considera una **urgencia médica** a los problemas de salud, que no generan un peligro inmediato, pero que potencialmente pueden afectar los índices vitales o tener peligro para la vida, algún órgano o función en un tiempo mediano. Con relación a la emergencia, este paciente puede esperar un tiempo prudencial para ser atendido.

También existen las **urgencias sentidas** las cuales son problemas no urgentes, pero que son percibidas por el paciente o su familia como una prioridad.

Por otro lado, lo que aparenta ser urgente no es siempre lo más grave, hay que recordar el componente social y cultural que se encierra ante la valoración de una situación aguda, por ejemplo: Todo aquello que sucede en la vía tiende a ser sobrevalorado, una herida que sangra puede tener más dramatismo que un individuo inconsciente por una hemorragia intracerebral; a una embarazada o un niño pequeño se les

* Especialista de II Grado en Medicina Interna y de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor. Dirección Provincial de Salud, Cienfuegos

** Especialista de I Grado en Angiología y de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Master en Educación. Profesor Asistente. SIUM, Dirección Provincial de Salud, Cienfuegos



brinda más atención aunque no presenten evidencias de compromiso vital; el profesional de la salud tiene que conocer esto para no equivocar las prioridades.

Cuando existe más de un paciente, el procedimiento es el mismo, pero utilizamos lo que se conoce hoy internacionalmente como **Triage**. Esta es la denominación dada en medicina a la elección, selección o clasificación y concretamente el método usado en la práctica prehospitalaria para clasificar a pacientes víctimas de un suceso con gran número de afectados, antes de que reciban la asistencia precisa. Normalmente se pone en marcha ante situaciones que desbordan la capacidad habitual de asistencia, por lo que el objetivo primordial de esta clasificación será la de proporcionar a los equipos y medios de rescate una visión global del número de víctimas, alcance de las lesiones y las prioridades en cuanto a tratamiento inicial y evacuación (*una mayor explicación se muestra en el capítulo: Organización de los Servicios de Urgencia en la APS frente a la gran emergencia y los desastres*).

Abordaje integral

Existen tres aspectos que definen la asistencia al paciente grave: El primero es el que reconoce la necesidad de una primera evaluación enfocada a identificar y tratar rápidamente aquellas lesiones que constituyan una amenaza vital (*diferenciar la parada cardiaca de otras emergencias y estas de las urgencias*); lo segundo es el empleo de tratamientos inmediatos y especiales (*permanente o intermitente; curativo o de sostén vital*) y el tercero es el que se establece ejercer sobre él una serie de controles estrictos (*monitoreo*) destinados a detectar cambios en el estado clínico para su corrección oportuna.

En el acercamiento a todo paciente grave, recomendamos utilizar el algoritmo universal para la emergencia:

- Cerciórese que la víctima y demás testigos estén seguros
- Compruebe la capacidad de respuesta de la víctima
 - Si responde, dejarlo en la posición, intente averiguar lo que ocurre y reevalúelo regularmente
 - Si no responde: Pida ayuda (*para la activación del sistema emergencia si está en la comunidad o para movilizar al resto del equipo y pedir un desfibrilador si se está dentro de una unidad de salud o terapia*) y coloque al paciente en decúbito supino
- Compruebe que la víctima respira: Abra la vía aérea por el método más adecuado a su disposición, vea, oiga y sienta si existe respiración normal
 - Si respira normalmente y no tiene toma de conciencia averigüe qué ha pasado, pero si tiene toma de conciencia busque la etiología

- Si está en insuficiencia respiratoria maneje la vía aérea, brinde oxigenoterapia y busque y trate la causa

- Si no respira o la víctima está en estado agónico y no responde asuma que está en parada cardiaca, inicie la RCPC (*Rehabilitación cardiopulmocerebral*) básica y luego la avanzada, desfibrile si indicado en el menor tiempo posible

- Excepto para la parada cardiaca que como vemos, sigue un algoritmo propio, para el resto de las afecciones luego de la respiración y ventilación debe evaluarse la circulación (*pulso y sus características, presión arterial y llene capilar*) y desencadenar el manejo de sus alteraciones en dependencia del compromiso presente

Hasta aquí, los elementos del ABC de la **revisión vital**

- **Primaria** - que idealmente debe hacerse en menos de 1 minuto (*el primer interrogatorio y examen físico debe ser igualmente ágil, dirigido fundamentalmente a las funciones vitales y a los aparatos o sistemas enfermos o supuestamente enfermos*). Al concluir esta etapa el paciente debe tener la vía aérea permeable, suministro de oxígeno y apoyo a la ventilación si fuese necesario; apoyo circulatorio que incluye desfibrilación, acceso vascular y compresiones cardiacas si indicado; así como terapia medicamentosa básica.

Una vez concluida la revisión vital y resueltos los principales problemas que comprometen la vida, es necesario una revisión más detallada y profunda; conocida como **revisión total** - **Secundaria** - en la cual se detectan otros problemas que pueden tener repercusión para la vida, las funciones orgánicas o las extremidades. Para disminuir la comisión de errores se realiza un abordaje regional del cuerpo desde la cabeza a los pies con particular interés en la búsqueda de signos o lesiones previamente no detectadas; en caso de trauma no olvide que cada segmento del cuerpo debe ser examinado de la forma más completa posible. A medida que se realiza el examen, se debe además recoger el mayor número de datos sobre lo que precedió al evento.

Hay algunos grupos de pacientes graves, que por tener características especiales, requieren de un abordaje diferente; entre ellos tenemos a la embarazada, los ancianos y los niños pequeños.

Reevaluación

La reevaluación y monitorización continua del paciente comienza tan pronto termina la fase de resucitación, pues el estado clínico puede cambiar en muy corto tiempo y esta es la única forma de asegurar que la evolución de la patología no comprometa las funciones vitales del enfermo. Es obligatorio realizarla cada cierto tiempo y si se va a trasladar, efectuarla antes de la partida hacia el centro de destino y frecuentemente durante el traslado.



La reevaluación constante del lesionado incluye: Chequear signos vitales asegurar la ventilación y oxigenación adecuada; chequear estabilización del cuello si trauma, sangramiento, intervenciones (*venoclisis, cánulas, férulas, etc.*) y posicionamiento del paciente.

¿ De qué depende la supervivencia?

Las acciones que se asocian a sobrevida en la más grave de las emergencias (*Parada cardiaca*) son conocidas como la cadena de la supervivencia y está formada por varios eslabones para el adulto: Rápido reconocimiento de la emergencia y llamada de ayuda (*rápida activación del sistema de emergencia*), rápida reanimación cardiopulmocerebral básica por testigos, rápida desfibrilación (*su ejecución junto al eslabón anterior entre los 3-5 min. lleva a una tasa de supervivencia del 49-75 %*), rápida RCPC avanzada y cuidados post-reanimación y en Cuba aceptamos rápidos Cuidados Intensivos. En el niño, se incluye un primer eslabón con la prevención de las condiciones que llevan al paro cardíaco, el inicio de la RCPC es antes de la rápida activación del sistema y como norma no se incluye la desfibrilación. La secuencia en las guías más actualizadas, simplifica pasos y la RCPC se inicia si se detecta falta de respuesta neurológica y fallas en la respiración.

En sentido general, podemos afirmar que todos los eslabones de la cadena dependen del factor tiempo de atención, el cual se correlaciona inversamente con la mortalidad y la discapacidad. Internacionalmente se han fijado tiempos ideales de atención en casi todas las emergencias: 3-5 minutos para la RCPC y desfibrilación en el paro cardíaco, 10 minutos para la escena y la hora dorada en el trauma, tiempo de ventana terapéutica para la enfermedad cerebrovascular, hasta 10 minutos para la respuesta de la Emergencia Médica Móvil (*EMM*) entre otros, que debemos considerar cuando evaluamos nuestros resultados.

Otro de los aspectos a los que se le da en la actualidad la mayor atención es a los cuidados post-reanimación, comúnmente equipos jóvenes olvidan esto tras la euforia de una RCPC inicialmente exitosa. La viabilidad del cerebro, meta principal de la reanimación dependerá del control hemodinámico y respiratorio en esta etapa, por tanto, la interrupción de las medidas de resucitación deben minimizarse.

Con el enfermo grave siempre hay que “jugar a ganar”, debe hacerse todo rápido pero bien (*no se deben violar normas y procedimientos*); en el mismo sentido, hay que transmitir ánimo al resto del personal, no debemos dejar que el derrotismo lleve a calificar como irrecuperable a un paciente cuando puede existir aún una pequeña posibilidad de éxito y esto significa una vida.

El equipo de trabajo

El avance impetuoso de las ciencias médicas, la especialización del personal, tanto médico como de enfermería y técnico, unido a la adquisición de procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más complejos, así como la necesidad de la permanencia de personal de guardia junto al paciente, hacen que la atención adecuada de un enfermo grave solo se pueda enfrentar por un colectivo altamente profesional; por ello, la participación de los miembros del equipo de trabajo en las decisiones con el paciente siempre que esto sea posible, se deben fomentar; todo caso es interesante y a veces único y siempre se pueden sacar experiencias que se pueden compartir.

Los médicos que efectúan maniobras de reanimación deben contar con el entrenamiento y el equipamiento necesario para enfrentarse a la situación muchas veces cambiante y elegir un procedimiento específico en circunstancias apremiantes. Por ello, deben tener habilidades y conocimientos en reanimación cardiopulmocerebral, del monitoreo de las funciones vitales, de las técnicas de mantenimiento y de la terapéutica inicial y mediata de las principales patologías y síndromes que ponen en peligro la vida y de los factores desencadenantes y predisponentes de estos.

La reanimación reta a los encargados de la atención a tomar decisiones rápidas, bajo presión y en escenarios a veces dramáticos, pero no por ello debemos olvidar nunca al paciente ni descuidar los factores psicológicos y de rehabilitación precoz. El trato competente y amable por parte de médicos, enfermeras y personal auxiliar crea en el paciente grave y sus familiares o allegados un ambiente de seguridad emocional de gran valor.

Papel de la enfermería

La enfermería, a lo largo de las últimas décadas, ha logrado incorporar a sus multifacéticas actividades, un papel principal en la actuación de primera urgencia en las instituciones asistenciales y en las ambulancias, que es en muchos casos decisivo, para lograr la calidad en el servicio. Mediante el cumplimiento de indicaciones médicas o por procedimientos o modos de actuar, que ejecuta de forma independiente, inciden en el propósito colectivo de aliviar, mejorar o eliminar el problema del paciente en el menor tiempo posible.

Su labor es imprescindible en actividades fundamentales como son:

Recepción: El enfermero clasificador ubicado en un lugar estratégico en el área de urgencia, es la primera persona que recibe, clasifica al paciente y dirige su atención por prioridades, para ello, debe tomar las medidas vitales inmediatas y desencadenar la alarma ante una emergencia.

Evaluación: El enfermero evaluador es el encargado al arribo o a la llegada en una ambulancia de evaluar todos



aquellos síntomas y signos que refiere el paciente y realizar un diagnóstico preliminar, también del monitoreo y seguimiento de los casos una vez estabilizados.

Manejo: En dependencia de su calificación puede ejecutar acciones por prioridades vitales, reanimación, proceder e incluso instituir tratamiento medicamentoso según protocolos básicos y avanzados.

Organización: Tendrá la responsabilidad de mantener el local o ambulancia listos para la recepción del paciente que recibirá los primeros auxilios, esto incluye los medios y recursos necesarios para brindar la primera actuación de urgencia.

Capacitación: Participa en la labor docente de pregrado y postgrado y en especial en la replicación de los cursos y entrenamientos en apoyo vital.

Relación médico paciente: Los enfermeros deciden la satisfacción porque son los primeros o uno de los primeros en contactar con el paciente, son los que más tiempo están con ellos, son los que cumplen las indicaciones médicas que decidirán el resultado técnico, son los que más roce tienen con el paciente y su familia, por lo que podrán conocer más fácilmente sus insatisfacciones e incomprensiones.

Son principios en el manejo de una emergencia médica

- Responder con rapidez al paciente
- Diagnosticar y tratar los problemas funcionales y anatómicos (*síndromes y estados fisiopatológicos*)
- No desviar la atención hacia aquellos problemas que no sean de urgencia ni peligen la vida
- Seguir un orden de evaluación y de prioridades en el tratamiento
- No descuidar la seguridad del equipo médico y del paciente
- No investigar de inicio la causa nosológica (*puede hacerse por evidencia clínica; pero no es la prioridad*)
- La meta es mantener la vida y solucionar o mejorar el problema de urgencia
- Proporcionar una asistencia eficiente e inmediata (*restablecer una ventilación adecuada, lograr una oxigenación suficiente y conservar una perfusión apropiada*)
- Reevaluar frecuentemente los signos vitales y el estado de conciencia. Modificar la conducta de acuerdo a la situación presente y previendo la del futuro
- Tratar al paciente y no a lo que muestran los equipos
- Utilice equipos para la monitorización, pero no pierda la observación clínica
- El trabajo coordinado en equipo ofrece las mejores posibilidades
- Traslado rápido del paciente a la institución más adecuada

Aspectos éticos

Quizás el campo de la medicina que ha generado los mayores retos éticos de nuestros tiempos es el relacionado con la atención médica de los enfermos graves; entre los temas introducidos en los últimos años se destacan: La muerte encefálica, la donación de órganos, la transplantología, la eutanasia, las órdenes de no resucitar, la muerte con dignidad, el consentimiento informado, la autonomía e integridad de los pacientes y la racionalización de los recursos, entre otros.

El manejo de una emergencia se rige por los mismos principios y metas que el resto de la medicina, aunque para los primeros el criterio de prioridades puede variar según los aspectos históricos y culturales. La meta en la RCPC es revertir la muerte clínica, en especial las funciones cerebrales a toda costa; no obstante, se le imponen dos interrogantes éticas: ¿Cuándo no iniciarla? y ¿Cuándo detenerla?

Para la primera se acepta: Cuando el PCR (*Paro Cardiorrespiratorio*) es el evento final de una enfermedad crónica incurable (*aquí nuestro empeñamiento en un tratamiento intensivo puede conducir a agonías innecesarias y prolongadas y a esfuerzos baldíos y costosos, en un paciente en el que debemos respetar su derecho a morir tranquilo*); en casos de lesiones incompatibles con la vida como la decapitación, sección total del tórax o abdomen, inmersión prolongada y conocida, incineración; presencia de signos evidentes de muerte como el rigor, las livideces fijas y signos de putrefacción; maceración fetal entre otras. En algunos países es aceptado el consentimiento conjunto médico-paciente-familiares de no resucitar. Por último, la controversia se solucionará siempre de forma individual y dependerá de la experiencia del resucitador: El recién fallecido debe ser tratado con respeto, al igual que sus deseos, pero quien sufre ahora es la familia y debe tenerse en cuenta y tratarse también con respeto.

Para la segunda, un tiempo bastante aceptado es tras 20-30 minutos de RCPC avanzada y persistencia de parada en asistolia, en ausencia de algunas condiciones como la hipotermia y sobredosis de algunos fármacos; no obstante, en lugares apartados y sin posibilidad de acceder al apoyo vital avanzado o por cansancio de los rescatadores, puede tomarse esta decisión aún sin tener todos los criterios expuestos al inicio.

Se considera no ético trasladar pacientes muertos o mantener la RCPC en ruta hacia un hospital excepto para programas de donación de órganos "a corazón parado".

El entorno

El entorno puede estar definido como los aspectos institucionales (*que puede interpretarse también como el sistema*) y la comunidad. A la institución debemos enfocarla en dos aspectos: La estructura y la organización; ambas deben permitirnos un trabajo coherente y eficiente del equipo



de trabajo; con cobertura las 24 horas por equipos competentes; contar con áreas dedicadas al manejo de la emergencia (*en el caso de la Emergencia Médica Móvil, disponer de ambulancias para tratamiento avanzado*); disponer del equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para el trabajo; permitir la capacitación continuada del personal; disponer de un sistema estadístico que permita la obtención de indicadores de calidad y procesos, capaces de lograr la mejoría continua de la calidad y proporcionar un ambiente de superación investigativa y científica de todo su personal.

Otro aspecto muy importante es el de disponer de protocolos y guías de buenas prácticas; estas son recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales y a los usuarios a seleccionar las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias concretas; pero basadas en la revisión sistemática de la evidencia científica; sin olvidar que el tratamiento es continuo, dinámico pero individualizado. Ambos permiten: Orientar en la toma de decisiones clínicas, estandarizar las conductas con base a la mejor evidencia científica disponible, mejorar la calidad de la atención médica (*indicadores de calidad*), promover la adecuada utilización de las tecnologías, guiar en la priorización de la distribución de recursos, racionalizar los costos y reducir riesgos de litigios legales.

Papel de la comunidad

La atención médica urgente es en esencia un servicio a la comunidad en el que se implican acciones asistenciales y organizativas dirigidas a salvar vidas en situaciones difíciles. El diseño del sistema engloba por tanto, voluntades y actividades políticas, económicas, estratégicas, funcionales y logísticas; por lo que es imprescindible clarificar las fórmulas que permitan una relación armónica con la comunidad, el resto de las instituciones que están llamadas a intervenir en situaciones de emergencia y la población que recibirá los beneficios. El sistema debe proporcionar accesibilidad a las demandas y equitatividad en la respuesta a la población; a la vez que hacer partícipe a la comunidad, de los aspectos organizativos, entrenamiento y muy importante, de la información relacionada con el sistema y a su actuación en este tipo de problema. En Cuba, al igual que en muchos países, disponemos de un número único (104) y mediante el mismo de forma gratuita se posibilita el contacto desde cualquier lugar con el Centro Coordinador de Emergencias, el cual tras un breve contacto con el demandante brinda una respuesta acorde a la gravedad de la situación.

¿Cuándo remitir?

Un aspecto igualmente importante es la remisión del enfermo a otra institución, generalmente hacia un hospital de nivel secundario. El paciente se debe trasladar, excepto

ante una necesidad de cirugía urgente, una vez estabilizado. Sin embargo, en algunas Áreas Intensivas Municipales, dada la disponibilidad de personal entrenado, contar con todos los recursos y luego de estar aprobado en sus protocolos, pueden mantenerse pacientes con emergencias por un mayor tiempo, incluso hasta concluir la fase de convalecencia. Consideramos que la decisión debe ser tomada de forma individual pero siguiendo los principios antes expuestos. El enfermo grave puede permanecer en una unidad de terapia extrahospitalaria, pero esta debe contar con profesionales calificados, los recursos necesarios para su seguimiento y el de las posibles complicaciones de su enfermedad; la seguridad sobre esto, debe transmitírsele al paciente y a los familiares.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Sosa A. Introducción. En su: Urgencias Médicas. Guías de primera intención. La Habana: Ciencias Médicas, 2004.p.11-20.
- Nolan J. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Introduction. Resuscitation 2005; 6751: 53-6.
- Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation 2005,6751: 57-523.
- Lovesio C. Requerimientos generales de una unidad de terapia intensiva. En su: Medicina Intensiva. 5 ed. Buenos Aires: Ateneo, 2001.p.1-6.
- Espinosa A. El enfermo grave. En: Caballero A. Terapia Intensiva. 2da ed. Ciudad Habana, ECIMED, 2001.p.36-73.
- Castillo A. Declaración de ética de la federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. En: Avances en Medicina Intensiva. Madrid: Médica panamericana, 1999.p.283-87.
- Clinton JE, McGill JW. Asistencia respiratoria básica y toma de decisiones. En: Roberts JR, Hedges JR. Procedimientos clínicos. Medicina de Urgencias. 3 ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2000.p.3-20.
- Medina Z. Introducción a la Enfermería En su: Acciones Independientes de Enfermería. La Habana, ECIMED, 2005.p.1-5.
- Álvarez C, Juárez J. Guía para la redacción de un proyecto de un Sistema de Atención Médica Urgente (SAMU). Puesta al día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes 2000; 1(3): 141-6.
- Baskett PJF, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council. Guidelines for Resuscitation 2005. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 2005; 6751: 5171-180.

*[...] el genio es conocimiento
acumulado.*