

LAS TRAMPAS DE LA MEDICINA DE EMERGENCIAS.

Dr. Marcelo R. Muro.

Médico Cirujano. Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción.

Cuando en los manuales de capacitación en emergencias encuentro la palabra pitfall, (del inglés: trampa), vinculada con algunos temas, me pregunto cuán amplia sería su aplicación en nuestra actividad.

Después de 20 años de trabajo permanente en distintos roles en la asistencia de pacientes en servicios de emergencias prehospitalarios y hospitalarios encuentro al menos media docena de situaciones sobre las que me gustaría reflexionar.

No es mi intención brindar una visión ejemplificadora al respecto, ni enunciar sentencias universales. Se trata solo de aportar, una serie de cartas más para jugar este juego apasionante de la emergencia, disminuyendo el riesgo de perder en el intento, tanto para el paciente como para el rescatador.

La trampa de la motivación.

En todos los congresos de emergencias de los últimos 20 años se ha descrito el uso inadecuado de los diferentes recursos de respuesta de alta especialización en emergencias para resolver un número elevado de situaciones o pacientes que muchas veces no requerían urgencia alguna.

Hemos presenciado largas exposiciones acerca del incremento de los costos con curvas ascendentes y la dificultad que ello implica en el mantenimiento y modernización del sistema. ¿Pero en quién recae finalmente la presión de este conflicto?

Los inversores de los sistemas privados y los políticos sanitarios de turno en los públicos siguen propiciando el uso del sistema y la valencia social de la respuesta. Mientras tanto, se intenta que los despachadores categoricen cada vez más fino, enfrentando muchas veces el enojo de la gente que ha recibido otro mensaje al contratar el servicio. En la calle o en el departamento de emergencias, personal entrenado para cuidados avanzados en cualquier situación médica, asiste solo el 15%

de auxilios de ese tipo. Originan desconcierto y enojo, reclamo a los despachadores por una mala categorización y ocasionalmente la falta de motivación a la hora de salir. Hasta el riesgo de un cambio del estado de alerta, que determina que aún en los casos más críticos se actúe sin la importancia que el paciente requiere: *“No bajemos todos los elementos a las pérdidas de conciencia, si total son todas recuperadas”*. *“¡Otra vez ese indigente!”*. ¿No puede estar enfermo el homeless que le molesta al vecino del 2º A?

¿Soluciones?. Difícil, pero habría que empezar por la población, para que reciba un mensaje claro y coherente en cuanto al uso de recursos de emergencias, y que a la vez se establezcan sistemas de atención primaria que den respuesta a la demanda que resulta inespecífica y desmotivante para el personal de los sistemas.

Justamente, quienes trabajamos diariamente en los sistemas de emergencias, no deberíamos sorprendernos de esta realidad. Somos los menos indicados para resolver este dilema asistencial, sin caer en alguna de las trampas que perjudique nuestras acciones y por ende a los enfermos que asistimos.

La trampa de la seguridad.

Mucho antes del fatídico 11 de septiembre en Nueva York, quienes tenemos a cargo operaciones de emergencias y programas de entrenamiento con situaciones simuladas, opinamos que era un error concebir la seguridad de la escena como un absoluto categórico. Se trata en realidad de aprender a administrar el riesgo del escenario.

Para ello hay que conocer los distintos peligros actuales y potenciales, entender lo ocurrido y actuar en consecuencia. Lo hemos llamado: Semiología de la escena en alguna publicación.

Ahora bien, *¿En qué libro de texto, de los principales protocolos de entrenamiento ha hallado usted una descripción completa de cómo se realiza el estudio de un escenario previo a entrar en él?. ¿Cree usted que alcanza con la información recibida?*

“Esto lo hacen los bomberos”, dicen algunos. Bien, y ¿Qué pasa si llegamos primero?. ¿Dónde se describe los distintos modelos de violencia?, o ¿Qué hacer en un auxilio en una disco con 2000 espectadores y 30% excitados, con poca luz y la música a volúmenes insalubres?. ¿Es igual para un policía detener a un ladrón, que a un padre

que está viendo morir a su hijo pequeño?. ¿Cuántas veces han chequeado si su linterna funciona?. ¿Cómo puedo hacer una evaluación de la escena si no veo?. ¿Tiene usted disponible un larga vistas para ver el rótulo del camión de sustancias peligrosas al cual se dice acertadamente en los protocolos que no debe acercarse?. Finalmente, ¿Han visto alguna descripción de cómo entrar a una villa de emergencia, como las que existen en gran parte de América?.

La prioridad de la seguridad es del rescatador. Claro que sí. Pero no caigamos en la trampa de creer que estamos adecuadamente entrenados para evaluarlo, o que otro integrante del grupo o de alguna institución que interviene ya lo hizo. Agreguemos a nuestros modelos de entrenamiento más información práctica para realizar adecuadamente la semiología de la escena e incorporemos el escape como un concepto genuino en algunos lugares y situaciones. No se trata de héroes muertos en sus banderas, se trata de hombres y mujeres comunes que deben volver a casa a bañar a su bebé.

La trampa de los algoritmos.

La utilización de protocolos en la atención de pacientes de emergencias ha permitido normalizar la atención y comparar los resultados de modo estadísticamente válido. Se practican en modelos de entrenamiento que buscan ofrecer al paciente de manera standard la mejor respuesta posible.

¿Cubre todo el algoritmo?. El Manual para Proveedores de Cuidados Cardíacos Avanzados del American Heart Association al explicar el uso de algoritmos menciona en alguno de sus párrafos:

“Los algoritmos son simplemente guías de las mejores conductas para los pacientes, que en ningún caso reemplazan el criterio del personal actuante quienes en muy poco tiempo deberán determinar cuál algoritmo usar, si lo podrán practicar y cómo evaluar los resultados parciales de lo que va sucediendo”.

Si tomamos como ejemplo el manejo de la vía aérea, impresiona que se suele poner más esfuerzo y atención al manejo avanzado de la misma que el mantenimiento de la ventilación con una cánula orofaríngea.

¿Agotan los protocolos todas las situaciones encontrables?. ¿Existen diferentes maneras de interpretar los algoritmos?.

En muchos lugares del mundo con sistemas medicalizados, se entrena con manuales destinados a personal no médico. *¿Da igual que quien preste la atención sea médico o no?. ¿Toman las mismas decisiones?. ¿Tienen la misma preparación para ello?.*

En mi país, por ejemplo se llama a un médico para declarar muerto a un sujeto en la vía pública aunque sea evidente para el resto del personal interviniente.

¿Aclaran los algoritmos en forma suficiente el procedimiento de re-evaluación permanente?.

Nuestro contacto con el paciente, su correcta evaluación y la búsqueda permanente de datos sobre su evolución es suficientemente importante y no debe ser desplazado de nuestra atención por algoritmo alguno. La integración de los elementos mencionados y el juicio del personal actuante son herramientas valiosas que no pueden caer en la trampa del simplismo extremo.

La trampa de la omnipotencia o el Síndrome de Robinson Crusoe.

Es muy habitual escuchar que para realizar ciertas tareas, incluso algunas no médicas, como pilotear un avión, es necesario contar con una dosis de omnipotencia. Dentro de la medicina, la cirugía y la atención de las emergencias.

Coincido con ello aunque estimo que una de las circunstancias más complejas en la vida de un rescatador es justamente limitar esa omnipotencia necesaria.

La atención de la emergencia es una tarea de alto riesgo, muchas veces nos vemos envueltos en escenarios de características violentas, con un impacto social trascendente. Todo ello inmerso en la necesidad ilimitada del paciente y su entorno que frente a la imposibilidad de lograr lo que sería su intención: volver el tiempo atrás para que no ocurra lo que están sufriendo, nos demanda en forma exagerada la respuesta definitiva de mantener la vida.

Si aceptamos esa demanda excesiva, entramos en un juego sesgado por la frustración si nos va mal, y el orgullo desmedido si todo va bien. La comunicación con el paciente, la información de lo que está aconteciendo vertida de manera adecuada, la

contención y la compañía forman parte de nuestro tratamiento, y lamentablemente no son conductas frecuentes en un sujeto omnipotente.

Crear que podemos resolver todo solos, es uno de los efectos más graves de la omnipotencia ilimitada y una dificultad permanente para trabajar en equipo.

La trampa de creer que siempre saldrá todo bien, es no aceptar que sin duda, alguna vez erraremos y entonces qué hacer con ello.

Enfatizar en nuestros encuentros de instrucción lo que ha salido mal, los errores, y las dificultades es un buen método para construir una respuesta más completa e integrada.

Finalmente como veremos en la descripción de la próxima trampa, la omnipotencia ilimitada termina debilitando nuestras defensas y propicia nuestro daño más íntimo, la soledad.

La trampa de la soledad.

En ocasión de un encuentro de Factores Humanos en la Emergencia una enfermera me preguntó: *¿Es bueno llorar frente a un paciente?*. Reflexionemos un poco sobre esta pregunta.

Las circunstancias que rodean a las emergencias requieren de quienes trabajamos en ello, además de una pizca de omnipotencia, la posibilidad de disociar nuestros actos y sus características técnicas y lo que nos producen afectivamente. Esto se define como empatía.

El miedo, el dolor, la lástima, la bronca, la tristeza y la duda son sentimientos primarios que debemos posponer para poder actuar adecuadamente. En grupos solidarios y más sanos, se organizan reuniones para que se vehiculicen los efectos después de una situación crítica vivida, con el objeto de evitar que su acumulación o la persistencia de su ocultamiento nos aisle cada vez más.

¿Se puede tornar uno insensible?. ¿El escudo que representa la disociación es capaz finalmente de hundir nuestras emociones al punto de ser desconocidos incluso para nuestros afectos más cercanos?.

Las personalidades que parecen manejar con mayor eficacia su emocionalidad, a la cual he llamado en alguna publicación 1/adrenalina, parecen ser las mejores para la

tarea de la emergencia. También las más proclives a sufrir uno de los mecanismos iniciales de la soledad denominado alexitimia. Con este término se describe a la dificultad concreta para expresar las emociones. *“Beso a mi hijo cuando duerme, y le digo a mi mujer que la amo, muchas menos veces que lo que lo siento”*. Son expresiones comunes en quienes sufren este compromiso inicial de la soledad.

¿Por qué la omnipotencia empeora esto?. Porque 1/adrenalina se considera capaz de manejar también esto solo, sin molestar a nadie u ocasionar a los demás ningún trastorno. No se da cuenta que su inexpresividad es en sí mismo el origen de otros conflictos futuros más difíciles de resolver aún.

¿Por qué hay tantos adictos, alcohólicos y divorciados entre nosotros?... Esta es una de las respuestas posibles: han caído en la trampa de la soledad.

¿Por qué somos testigos inexpresivos de tan dura realidad?. Tal vez porque entendemos los mecanismos, somos socios en el silencio, y porque muchas veces no sabemos, ni nos dijeron jamás que esto podía ocurrir, ni cómo hacer para ayudarnos.

Afortunadamente, en los últimos 10 años se ha comenzado a trabajar en la desactivación de esta trampa. Se propician actitudes más normales considerando, inclusive desde la formación inicial, a los actores más humanos. También es cierto que se publica mucha tinta vacía en este tema, donde psiquiatras que jamás vieron una emergencia nos aconsejan como si se tratara de una receta de cocina.

De un trabajo de más de 500 intervenciones en incidentes críticos agudos en un sistema urbano de emergencias en Buenos Aires, prevaleció el reclamo de “humanizar” más todo el proceso de la emergencia, incluso el entrenamiento. Esto tiende a formar grupos que en vez de alentar ese aislamiento y ser testigos silenciosos, se conformen como más solidarios, capaces de escuchar, de entender desde otro concepto. Un grupo capaz de acompañar a aquella enfermera que no encontró por mucho tiempo con quien compartir sus lágrimas.

La trampa de los medios.

Una de las características más modernas de la relación de los medios con las emergencias es la simultaneidad de los hechos y la presentación de los mismos a la población.

Sucesos de magnitud como los ataques terroristas, las guerras, y los programas de emergencias médicas entre otros, acercan al público un montón de información médica, la mayoría de las veces desvirtuada o deformada en el intento de hacerla entendible.

Los sociólogos suelen explicar el elevado rating de esta programación en la afición del ser humano por la morbosidad. Probablemente haya otras razones para comprender esto.

La realidad es que cada vez más frecuentemente nos encontramos trabajando frente a las cámaras, ó siendo preguntados inmediatamente de ocurrido un siniestro, cuando todavía están operando al traumatizado sobre detalles que apuntan a esa voraz búsqueda de ser primeros en dar la noticia o en mostrar la pantalla de televisión que más sangre chorrea.

¿Y cuál es la trampa?. Tal vez originado en algún gen recesivo que nos convertiría en actores de Hollywood si hubiera sido dominante, miramos la luz que siempre acompaña a la entrevista, y comenzamos a dar un montón de datos inoportunos, muchas veces inciertos o poco permanentes, y en algunos casos nos vemos tan atraídos por la fama que hasta demoramos o descuidamos la asistencia del paciente en curso.

Esta conducta para la que tampoco hemos sido muy preparados, supone a veces la violación de normas legales como el secreto médico, el derecho a la intimidad y hasta incluso la negligencia mencionada.

No es fácil hoy tener una conducta distante con los medios, sobre todo porque en algunos roles es fundamental dar la información. Pero, *¿Cómo salir rápidamente de la trampa?*. Siempre después de finalizar la actuación profesional y de haber informado a los familiares si los hubiere, decir poco, conciso, todo verdad y lo más profesional posible, es la recomendación más clara que podemos dar, sobre todo para aquellos que no puedan evitar la entrevista, la cámara o el grabador.

La trampa de la muerte.

¿Cuántas líneas hemos leído en nuestras distintas formaciones sobre la probabilidad real de que un paciente muera?

En los manuales de cuidados avanzados no se agota el tema de la muerte y menos aún las formas y estrategias de su comunicación. Por ejemplo, incluir en el protocolo: ABCD primario: *“Asistolia, comenzar con compresiones y comenzar a hablar con la familia presentando la gravedad de lo ocurrido”*.

Igual criterio debería aplicarse frente a un traumatizado muy grave al cual vamos a operar.

Por otra parte, no es igual decir *“su padre ha muerto”*, que *“su hijo se ha muerto”*.
¿Cómo manejamos la diferencia?

Hace unos años leyendo un protocolo de comunicación de la muerte de su padre a un niño, comprendí el inmenso daño que podemos hacer con frases como: *“Tu papi se fue de viaje”*, o *“Está en el cielo”*, o *“Se quedó dormido”*.

Por otro lado, si analizamos los pacientes que terminan muriendo en nuestras atenciones, no es tan extraño que haya ocurrido ello, considerando el daño que sufren. A pesar de ello los libros no lo precisan adecuadamente.

Otro aspecto complicado de la muerte es la certeza de que un cadáver producto de un escenario violento suele contener información valiosa que puede ayudar a esclarecer el caso. No debemos tocarlo, ni moverlo. Pero igualmente cierto es que en algunos escenarios ese cadáver representa nuestro único salvoconducto para abandonar el lugar sin correr aún más riesgos. *¿Cuántas veces vieron esto escrito?:*

“Observábamos las bolsas que guardaban restos humanos, irreconocibles, desde donde sonaban los celulares, seguramente con llamadas de familiares preocupados por lo que veíamos inexorable. Teníamos miedo de que algún celular activara otra bomba, pero lo más frustrante fue no saber si era mejor contestar contando lo ocurrido. Creo que nunca lo sabremos. Y esto es lo peor”.

Este relato de un rescatador español, el 11 de marzo de 2004 en la Estación de trenes de Atocha, es un ejemplo completo de la trampa de la muerte.

Reflexión final.

Hemos analizado juntos, algunas situaciones que pueden denominarse: trampas de la emergencia. Seguramente tan importantes como los beta bloqueantes o el ejercicio para el diagnóstico y tratamiento del shock.

Espero sigamos reflexionando sobre lo importante de lo que tenemos entre manos diariamente y estando todos los elementos ahí, que pueden confundirnos, complicarnos e inducir errores; en definitiva, hacer más lenta y difícil nuestra adaptación cotidiana.

Mucha gente piensa que los genios son aquellos sujetos que tienen todas las respuestas. Los genios simplemente se preguntan algunas cosas más.

Gran parte del sistema educativo en emergencias estimula y mide, nuestra capacidad de responder, y seguramente está bien que sea así.

Pero creo que es incompleto, ya que nos debería aportar mayor capacidad para preguntarnos en todo momento.

Galeano, un escritor uruguayo, dice: *“La utopía estaba allí a 200 metros, caminé hacia ella, y se alejó 400 metros. Entonces caminé otros 400 metros y se alejó otros 500. Y así muchas otras veces. Nunca la alcancé pero aprendí a caminar”*.

Espero, tal vez en la utopía, haberles aportado algunas preguntas más.

Summary:

PITFALLS IN EMERGENCY MEDICINE.

Many Emergency Medicine Training books mention specific pitfalls, principally about shock, state of consciousness, and another topics of patient suffering an emergency assesing and management.

After 28 years performing different roles in emergency medicine world, I guess that we, EMS workers frequently must face and solve scenarios, situations, and dangers, of which we have only light informations, becoming themselves in a group of general pitfalls concerning not only specific circumstances, influencing all our professional actions.

Bibliografía.

Bossaert L. The complexity of comparing different EMS systems: A survey of EMS systems in Europe. Ann Emerg Med 1993; 22: 99-102.

Brisman B, Totten V, Perrson B. Emergency, disaster, and defense medicine: The Swedish model. Ann Emerg Med 1994; 23: 928.

Cohen E. Psiquiatría y Desastres. Ed. Panamericana (Buenos Aires). 1986; 572-580.

Coll S. Los Médicos y el Stress. Revista del SAME 1997; 5 (4): 26.

Holliman C, Kirsch T, Green G. Guidelines for evaluation of international emergency medicine assistance and developments projects. Ann Emerg Med 1997; 4: 996-1001.

Levi L et al. National strategy for mass casualty situations and its effects on the hospital. Prehospital Disaster Med 2002; jan-mar, 17 (1):12-6.

Lyons K. Is your Hospital prepared to treat hundreds of victims of a terrorist attack?. J Health Prot Manage 1999-00; winter, 16 (1): 20-4.

Martinez Almoyna M, Muro M y colab. Manual de Regulación Médica de los SAMU. Elementos para la Regulación Médica de la Urgencias. 1º edición en español. Editorial Fundación Pedro Luis Rivero, (Buenos Aires), 1999.

Mitchell J. Stress: The history, status and future of critical incident stress debriefings. Journal of Emergency Medical Services 1988; 13: 98.

Mitchell J, Bray G. Emergency Services Stress. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, 1990.

Mitchell J, Everly G. Critical Incident Stress Debriefing: CISM. Ellicott City, Md: Chevron Publishing Company, 1993.

Muro M, Neira J. Situaciones de Desastre. Preparación y Coordinación Médica. Ed. Data Visión (Buenos Aires), 1999.

Muro M y colab. La tragedia de Aeroparque. Intento de explicar lo inexplicable. Rev. SAME 1999; 7 (3): 12-15.

Muro M y colab. Equipo de Factores Humanos. Reunión con personal del SAME interviniente en el incidente de Lapa. Rev. SAME 1999; 7 (3): 16-22.

Muro M. Conferencia sobre errores médicos. Primeras Jornadas de Emergencias del SAME, 1999.

Muro M, Carluccio V y colab. Plan Operativo Sanitario para Desastres. Departamento de Desastres del SAME. 2º edición, (Buenos Aires), 2000.

Muro M, Cohen R y colab. Manual de Procedimientos Aplicables en Situaciones con Víctimas por Exposición a Agentes Biológicos y Químicos. SAME (Buenos Aires), 2001.

Neira J, Muro M. La importancia de la capacitación del recurso humano y del control de calidad en la atención del paciente traumatizado. Rev SAME 1997; 5 (4): 12-25.

Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 1990; 327 (1241): 475.

Reason J. Understanding adverse events: human factors. Qual. Health Care 1995; 4 (2): 80.

Rivas T, Falcon R, Brusco I. El rol de los profesionales de la salud mental en situaciones de desastre. Rev. SAME 2000; 8 (3): 6-21.

Rozemblat E. Atención de víctimas en masa. Medicina de Catástrofe 1988; 1 (1): 3-5.

Sack S. Planning to respond to disasters. Temas enferm actual 1996; 4 (16): 26-9.