



<https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.796>

¿La responsabilidad y actuar del intensivista, termina en la información médica?

Does the responsibility and action of the intensivist end in medical information?

Rommer Alex Ortega Martinez¹

Sra. Editora:

La responsabilidad del especialista en medicina crítica y terapia intensiva, se ha tornado en una obligación con un beneficio, la mayoría de las veces desconocido, ya que, es probable que en una gran parte de las ocasiones se obtengan resultados favorables en la evolución de los pacientes críticos, llegando a sacarlos de la unidad y hasta a sus domicilios, empero, que es lo que ocurre durante su manejo; inicialmente entablar un careo amigable y de confianza con los familiares, en forma posterior mantener una información que deba ser positiva o auspiciosa, sin embargo, todos sabemos que no siempre es así; es en este sentido, que mucha de las veces estamos sujetos a la respuesta o reacción de los familiares luego de recibir una información negativa; finalmente, si el desenlace es favorable, la calma viene de inmediato; no obstante, que pasa si ocurre lo contrario, es momento de buscar culpables?, habrá influido el accionar de otros colegas previamente? o en definitiva es algo que podía ocurrir en cualquier momento.

La serenidad del médico intensivista debería ser un común denominador, muy por encima de las responsabilidades familiares, estrés desmedido por el exceso de trabajo diurno o nocturno y el riesgo por ganarse juicios de forma directa o indirecta; sin embargo, quien compensa todo esto? y así pueda ayudar, para que el intensivista trabaje apaciblemente, pienso que es algo utópico, ya que de un tiempo a esta parte, nuestra especialidad ha generado una imposición de cubrir espacios vacíos en las guardias médicas, dedicándonos día y noche a los pacientes críticos para mejorar resultados y disminuir la mortalidad¹.

El trabajo en equipo, con los médicos de atención primaria, enfermeras e intensivistas, demuestra que la información puede brindarse desde cualquier área, así que la coordinación y uniformidad de la misma es esencial, sobre todo en pacientes con problemas realmente críticos o terminales; por otro lado, según Wulff en 1995, citado en², todos los componentes del cuidado de la salud deben sujetarse a tres principios éticos básicos:

- El principio samaritano: El deber de aliviar el sufrimiento y la muerte prematura causada por la enfermedad.
- El principio de autonomía: El deber de respetar la autonomía del individuo.
- El principio de justicia: El deber de luchar por una asignación justa de los recursos disponibles.

El compromiso del intensivista en la información a los familiares, la atención al paciente sin perjuicios y la permanente preocupación por una evolución voluble, permiten poder retomar un elemento denominado como satisfacción familiar en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), empleando a la participación del familiar en las decisiones y a la satisfacción por se^{3,4}. La toma de decisiones éticas generalmente no está asociada con un mayor agotamiento (Burnout) de los profesionales que trabajan en áreas críticas o de cuidado paliativo, esto se puede explicar por un desenvolvimiento interprofesional, que promueve un sentido de decisión compartida y empoderamiento basado en el equipo; a pesar de ello, en la actualidad es inevitable apuntar la responsabilidad de estas determinaciones hacia los intensivistas, por lo que, es correcto pensar en una

¹Medico especialista en Medicina Interna y Medicina Critica y Terapia Intensiva
Coordinador de Investigación Clínica de la Universidad Privada del Valle, Medico de planta del Hospital Obrero Nro. 2 de la Caja Nacional de Salud.
<https://orcid.org/0000-0001-8702-3405>

*Correspondencia a: Rommer Alex Ortega Martinez

Correo electrónico: rommeralexo@gmail.com

Recibido el 11 de mayo de 2023. Aceptado el 03 de julio de 2023.

distribución equitativa de las responsabilidades?⁵.

Finalmente, el proceso de sacar adelante a un paciente crítico, depende del equipo multidisciplinario, de la reacción familiar, del estado basal del paciente y pienso que la resiliencia del profesional, hacen posible reflejar una responsabilidad compartida, sabiendo que es tácito, el empeño y trabajo denodado del intensivista.

Referencias bibliográficas

1. Reineck LA, Wallace DJ, Barnato AE. Nighttime intensivist staffing and the timing of death among ICU decedents: a retrospective cohort study. *Critical care*. 2013;17(5):R216. p. 1-7. (<http://ccforum.com/content/17/5/R216>)
2. Jensen HI, Ammentorp J. Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2013;10:93-101. Disponible en: DOI 10.1007/s11673-012-9416-5
3. Clark K, Milner K, Beck M. Measuring Family Satisfaction With Care Delivered in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 2016 Diciembre; 36(6), DOI: 10.4037/ccn2016276.
4. Heyland DK, Tranmer JE. Measuring Family Satisfaction With Care in the Intensive Care Unit: The Development of a Questionnaire and Preliminary Results. *Journal of Critical Care*. 2001;16(4):142-49. Disponible en: doi:10.1053/jcrc.2001.30163
5. Hernandez-Marrero P, Pereira SM, Carvalho AS. Ethical Decisions in Palliative Care: Interprofessional Relations as a Burnout Protective Factor? Results From a Mixed Methods Multicenter Study in Portugal. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2016 Septiembre; 33(8):723-32. Disponible en: DOI: 10.1177/1049909115583486