

# Los cuidados intensivos quirúrgicos y el cirujano

Los cuidados intensivos quirúrgicos tienen una gran importancia social, pues del buen tratamiento del enfermo posquirúrgico grave dependerán, en gran medida, la morbilidad y las posibles secuelas futuras.

Hasta hace pocos años quienes practicaban estos cuidados eran los cirujanos, los cuales no sólo diagnosticaban y operaban a los pacientes, sino que además los trataban durante el postoperatorio inmediato resolviendo todas las complicaciones que pudieran surgir, por graves que éstas fueran; es decir, eran ellos los que realizaban los cuidados intensivos quirúrgicos. Históricamente la dedicación de los cirujanos generales a esta labor ha contribuido de forma importante al desarrollo de los cuidados intensivos. Muchos de los conocimientos actuales sobre el tratamiento del shock, la respuesta inflamatoria, la cicatrización de las heridas, la inmunosupresión, la nutrición parenteral o enteral, el tratamiento de las infecciones son consecuencia de la experiencia e investigación de cirujanos generales<sup>1</sup>.

En nuestro país, a mediados de la década de los setenta aparece la especialidad de cuidados intensivos, y posteriormente la de anestesia es ampliada encargándola también de la reanimación. Los cuidados intensivos quirúrgicos pasan de los cirujanos a otros especialistas. También en otros países los cirujanos, con excepción de los dedicados al trauma o al tratamiento de los grandes quemados, han ido abandonando sus responsabilidades en cuidados intensivos quirúrgicos, siendo actualmente, en muchos casos, médicos no cirujanos los encargados de estos enfermos.

En España la formación en cuidados intensivos está más cerca de una especialidad médica que de una quirúrgica. La medicina intensiva se define en su programa de la especialidad "como aquella parte de la medicina que se ocupa de los pacientes con alteraciones fisiopatológicas que hayan alcanzado un nivel de gravedad tal que representen una amenaza actual o potencial para su vida y al mismo tiempo sean susceptibles de recuperación". Si revisamos el programa de formación en cuidados intensivos, comprobamos que sus rotaciones durante los dos primeros años se destinan a especialidades médicas de forma similar al resto de los médicos residentes de otras especialidades del tronco de la medicina, no existiendo ninguna por especialidades quirúrgicas. Llama la atención este hecho, sobre todo si tenemos en cuenta que el porcentaje de enfermos quirúrgicos ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) es el segundo después de los trastornos cardiológicos<sup>2</sup>. Hay que tener

en cuenta que en las unidades de cuidados intensivos se mezclan muchas veces pacientes respiratorios, cardíacos, neurológicos o quirúrgicos (postoperados o politraumatizados) con problemas completamente diferentes.

Está claro que con la aparición de las especialidades de cuidados intensivos y anestesia y reanimación el cirujano ha perdido el protagonismo en el cuidado de estos enfermos. Por otro lado, el cirujano ocupa una gran parte de su tiempo en el quirófano o visitando a sus enfermos en la sala o la consulta. Los enfermos ingresados en cuidados intensivos demandan mucho tiempo para diagnosticar de forma temprana las complicaciones y ajustar de forma adecuada los tratamientos. Sin embargo, esto no quiere decir que debamos olvidarnos de los enfermos cuando ingresan en estas unidades.

La presencia del cirujano junto a intensivistas o anestelistas es muy importante para el futuro de nuestros pacientes. El hecho de que la mentalidad de los intensivistas esté más cerca de la medicina interna que de la cirugía nos obliga a estar en continuo contacto con ellos, para revisar diariamente las evoluciones, exploración, gráficas, drenajes, analíticas y demás pruebas complementarias, así como participar en la toma de decisiones sobre pruebas diagnósticas a utilizar o el tratamiento a seguir. El hablar diariamente con ellos aumentará su confianza en nosotros y evitará la consulta con otros cirujanos. No es admisible que el cirujano tenga que reintervenir a sus enfermos con la indicación sentada por el intensivista. El cirujano que ha operado al enfermo conoce mejor que nadie sus condiciones preoperatorias, la técnica quirúrgica empleada y las dificultades encontradas durante la cirugía, por lo que podrá prevenir y reconocer, también mejor que nadie, las posibles complicaciones postoperatorias derivadas de la cirugía. Las órdenes por escrito del tratamiento del paciente pueden ser dadas por el anestesta o intensivista que se encargará fundamentalmente de la ventilación mecánica y la monitorización invasiva, pero la responsabilidad debe ser compartida.

El cirujano no puede ni debe convertirse en un técnico de quirófano<sup>1</sup>, sino que tiene que estar implicado en las decisiones importantes de sus enfermos en la UCI o la reanimación, y por ello no podemos abandonar nuestras responsabilidades en el seguimiento postoperatorio. Es bueno consultar a otros especialistas en determinados momentos, pero el abuso de las consultas puede ir en perjuicio del enfermo<sup>3</sup>.

Otro aspecto importante lo constituye la responsabilidad ética. Es también misión del cirujano hablar diaria-

mente con el enfermo o con sus familiares. Es evidente que así existirá una mayor satisfacción de los mismos y evitará la incertidumbre y el desconcierto que causa ser informado cada día por una persona diferente. Además, la información constante y diaria por la misma persona repercutirá en los resultados finales, al aumentar la confianza del enfermo, y evitará muchas demandas legales.

Frente a la organización española, en la que la mayoría de las unidades de cuidados posquirúrgicos son cerradas, es decir, en el que un grupo de médicos (intensivistas o anestelistas) son los responsables del cuidado del paciente, en otros países todavía se mantienen las unidades abiertas, donde el cirujano sigue participando de forma activa en el cuidado de sus pacientes.

Existe controversia en la actualidad sobre las ventajas y los inconvenientes de los dos sistemas. Para algunos autores<sup>4,5</sup>, las unidades cerradas tienen una menor morbilidad y un menor número de consultas a otros especialistas. En las unidades abiertas el número de consultas a otros especialistas es mayor disminuyendo la responsabilidad medicolegal.

Está claro que los cirujanos hemos perdido conocimientos en soporte ventilatorio y hemodinámico, farmacología, problemas cardíacos complejos, y en muchos hospitales también en analgesia, nutrición y antibioterapia por dejar estos problemas en manos de otros especialistas. Por ello, otro aspecto interesante son las denominadas unidades de cuidados intermedios. En ellas estarían ingresados los pacientes que no precisen soporte ventilatorio, pero que por la gravedad de su enfermedad o sus complicaciones postoperatorias requieran cuidados especiales que no aconsejen su estancia en una cama normal de planta.

Desde la Sección de Politrauma y Cuidados Intensivos Quirúrgicos hemos realizado una encuesta para conocer el papel del cirujano y su interés en los cuidados intensivos quirúrgicos. La encuesta se envió a los jefes de Servicio de Cirugía de toda España. Las respuestas válidas fueron 74. En la misma se reflejaba que en el 43,2% de los hospitales existen UCI no llevadas por intensivistas, pero sólo en el 31,2% de las mismas es el cirujano quien lleva esta unidad; la mayor parte de ellas son llevadas por anestelistas (62,5%). Por otro lado, sólo en el 6,6% de los hospitales encuestados existía algún cirujano especialmente dedicado a los cuidados intensivos quirúrgicos. En una encuesta similar realizada en Estados Unidos, el 53% de los cirujanos realizan los cuidados intensivos de sus enfermos<sup>6</sup>.

¿El cirujano general estaría interesado en llevar las unidades de cuidados intermedios? En la encuesta se refleja que en un 10,1% de los servicios ningún cirujano estaría interesado en realizar los cuidados intensivos quirúrgicos; en un 31,8% estarían interesados menos del 25%; en el 24,63% entre el 25 y el 50%; en un 11,59% entre el 50 y el 75%, y en un 20,28% más del 75%.

Es evidente que no todos los cirujanos están interesados. A la falta de interés ha contribuido la explosión de conocimientos tecnológicos que ha obligado a muchos a la especialización. Hay muchos que por su tipo de actividad no tienen enfermos en UCI o rara vez, como ocurre con los proctólogos o cirujanos dedicados a la cirugía mayor ambulatoria (CMA), etc. Pero también es evidente la falta de in-

centivos en un sistema socializado, y la falta de formación actual en este campo de nuestros residentes. En la encuesta, el 94,5% de los servicios creía que era necesario aumentar la formación de los cirujanos en este campo.

Según Moore, jefe de departamento de la Universidad de Texas, "un dogma de la formación de un cirujano general es que los mejores cuidados perioperatorios los proporciona un cirujano general bien formado"<sup>7</sup>. Meyer, de la Universidad de Carolina de Norte, afirma que "los cuidados intensivos son un componente esencial de la cirugía general, pero se debe aumentar la formación"<sup>8</sup>. Parece claro que el camino para volver a recuperar los conocimientos sería la formación.

¿Cómo y dónde deberíamos adquirir esa formación los cirujanos en nuestro país?

La respuesta a esta pregunta ha sido muy variada. Muchos piensan que la formación debería adquirirse en las UCI (27,3%) otros en UCI llevadas por cirujanos (23,2%), centros de referencia (9,5%), unidades extranjeras (5,4%) o en cursos monográficos (9,5%).

La formación debe comenzar durante el período de la residencia. En el programa nacional de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, dentro del apartado de fundamentos biológicos y técnicos de la cirugía, se dice que "se debe incluir los fracasos uniorgánicos y multiorgánicos dentro de las complicaciones postoperatorias, y los cuidados intensivos en los pacientes quirúrgicos". Así pues, los residentes deben estar directamente implicados en el cuidado de los pacientes quirúrgicos durante su programa de formación. Los cirujanos americanos consideran que, al finalizar la residencia, tienen una adecuada formación en cuidados intensivos, pero debido a los rápidos avances científicos es difícil mantenerla a lo largo de los años<sup>6</sup>.

En Estados Unidos, para adquirir el certificado en cuidados intensivos quirúrgicos se requiere desde 1993 un examen para demostrar la experiencia y un año en un programa acreditado<sup>6</sup>. En España están en desarrollo las áreas de capacitación específica. La denominada "politrauma y cuidados intensivos quirúrgicos" podría contribuir a la formación de cirujanos una vez finalizada la residencia. El objetivo de estas áreas debería ser la formación de expertos que puedan contribuir al mejor funcionamiento de las UCI, realizando investigación de calidad y ser responsables de la educación posterior. Un objetivo fundamental de esta área debería ser cualificar al cirujano para tratar los problemas de los enfermos quirúrgicos graves. Esta capacitación precisaría servicios y hospitales con experiencia y capacidad docente, así como los recursos necesarios en estas áreas. Faltaría por definir qué condiciones deben reunir las unidades docentes para que se cumplan los programas previstos.

En definitiva, los cuidados intensivos quirúrgicos los llevan, en la actualidad, intensivistas y anestelistas. Los cirujanos debemos luchar por compartir decisiones y responsabilidad con ellos. Las unidades de cuidados intermedios deben ser llevadas por cirujanos y han de servir para ingresar en ellas a pacientes quirúrgicos graves que no requieran soporte ventilatorio. Hay que trabajar intensamente en la formación, y los cirujanos interesados en esta área deberían tener una dedicación preferencial, al igual que existen cirujanos dedicados a

la proctología o la cirugía hepatobiliar, para, de esta forma, poder competir en conocimientos y experiencia con otras especialidades.

**José M. Jover**

Coordinador de la Sección de Politrauma y Cuidados Intensivos  
de la Asociación Española de Cirujanos.

## Bibliografía

1. Sugerman HJ. Surgeons and the surgical intensive care unit. Arch Surg 1982;117:391.
2. Groeger JS, Guntupalli KK, Strosberg M, Halpern N, Raphaely RC, Cerra F, et al. Descriptive analysis of critical care units in the United States: patient characteristics and intensive care unit utilization. Crit Care Med 1993;21:279-91.
3. Holcroft JW. Who should be responsible for care of the critically ill surgical patient? Arch Surg 1990;125:1103-4.
4. Ghorra S, Reinert SE, Cioffi W, Buczeko G, Simms HH. Analysis of the effect of conversion from open to closed surgical intensive care unit. Ann Surg 1999;229:163-71.
5. Carson SS, Stoking C, Pedsadecki T, Christenson J, Pohlman A, McRae S, et al. Effects of organizational change in the medical intensive care unit of a teaching hospital: a comparison of "open" and "closed" formats. JAMA 1996;276:322-8.
6. Berne TV. Surgical critical care. Still a risk? Arch Surg 2000;135:509-14.
7. Moore FA. Should general surgeons provide critical care? Arch Surg 1999;134:125-9.
8. Meyer AA, Fakhry SM, Sheldon GF. Critical care education in general surgery residencies. Surgery 1989;106:392-9.