



Observatorio de Seguridad y Defensa (OSyD)

CONTRIBUCIONES

DECISIÓN Y LIDERAZGO MÉDICO EN SITUACIONES DE CRISIS Y EMERGENCIAS

Gabriel Tauil

Noviembre 2022

DECISIÓN Y LIDERAZGO MÉDICO EN SITUACIONES DE CRISIS Y EMERGENCIAS¹

Gabriel Tauil²

Poco hay escrito en la bibliografía médica/científica sobre el tema en cuestión, y aún menor es nuestra formación científica y experiencia para enfrentar dichas situaciones. No todas las especialidades médicas implican trabajar en ambientes hostiles, o en servicios médicos donde los *segundos cuentan*. Este trabajo se basará en la ciencia médica, tanto en el ambiente civil como en el ambiente de la sanidad militar, y en mi propia experiencia como médico que trabaja con pacientes críticos, y como médico que vivió su segunda pandemia en la “primera línea de combate”.

Introducción

La medicina es una ciencia que ha sido descrita como *la más científica de las humanidades y la más humana de las ciencias*. Compleja, ya que mezcla el humanismo, la ética, la lógica, el conocimiento científico de la bibliografía y de la evidencia científica, la transmisión de conocimientos entre colegas, maestros y alumnos, así como la propia experiencia y el juicio clínico. Por lo tanto, la medicina no es una ciencia en el sentido estricto, sino una oscilación entre la ciencia y el arte.

La toma de decisiones médicas es un proceso cognitivo complejo, basado, como ya se mencionó, en el conocimiento de evidencia científica y empírica, y en el conocimiento ético, con sus principios de no maleficencia, que sigue siendo el primero y fundamental descrito como *primum non nocere* (primero no dañar); en el Principio de justicia, que se relaciona con la responsabilidad del médico sobre la

¹ Los puntos de vista son personales y no representan necesariamente la posición del OSYD o de la Universidad del CEMA.

² Médico, especialista en medicina interna, especialista en Terapia Intensiva, médico aeroevacuador, ex médico procurador de órganos INCUCAI, Profesor Universitario. Jefe sección Sanidad RI 1 Patricios

asignación y utilización de los recursos de salud; en el Principio de beneficencia, que implica que las decisiones y acciones buscarán siempre el mejor bienestar del paciente; y por último en el Principio de autonomía, que reconoce el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones, incluyendo el rechazo al tratamiento. Todas estas, permiten la formulación de una decisión, que implicará un diagnóstico presuntivo, y la toma de decisiones para el posterior tratamiento.

Cada decisión puede implicar una cantidad crítica de incertidumbre con respecto a su resultado y, como tal, implica un cierto riesgo para el paciente. Esto se debe a que el resultado de las decisiones es probabilístico: una buena decisión no siempre conduce a un buen resultado, de la misma manera que una mala decisión no siempre es dañina, por lo que los buenos resultados no pueden garantizarse.

Emparentado a esto, está el liderazgo del médico, el cual tiene que hacer valer su postura para que todo el personal de salud médico y no médico siga sus indicaciones. En las urgencias, no hay tiempo para discutir, la indicación se tendrá que ejecutar inmediatamente si se quiere poder ayudar al paciente. Es muy importante que el médico a cargo sea un líder, y sea reconocido como tal, para que no haya superposición de indicaciones, ni dudas o desconfianza.

El liderazgo, que en muchos casos viene innato en el ser humano, también se puede aprender y mejorar con la práctica. Es importante que el médico vaya adquiriendo destrezas, conocimientos y experiencias que le den seguridad en su accionar. Esto le permitirá, a medida que vaya ocupando cargos más importantes, conducir a su equipo de salud con firmeza, y que todos lo sigan sin dudar.

Las "Situaciones"

Estábamos en el peor momento de la pandemia, ya habíamos perdido a varios amigos, compañeros de guardia y familiares. Algunos habían fallecidos, otros se habían recuperado, pero quedaron con secuelas respiratorias, cardiológicas o psiquiátricas. Y algunos otros, ya de alta, trabajando a la par.

En mi caso particular, me había separado de mi familia hacia 8 meses por miedo a contagiarme, y luego contagiarlos. No quería que mi pequeña hija de tan solo 2 años quedase huérfana. No había vacunas ni tratamientos óptimos, la única opción era protegerse bien con los equipos que nos habíamos comprado nosotros mismos, rezar para que no se rompan durante las largas jornadas, no equivocarse durante los cambios de ropa, y protegerlos adecuadamente. Creería que esta vez

mi trastorno obsesivo sirvió para algo, dado que, hasta el día de hoy, nunca me contagié.

Eran las 3 am, estábamos desde las 8 am del día anterior, y sólo habíamos tenido tiempo para cenar algo rápido. Había 30 pacientes en la UTI, sedados, intubados, pronando y supinándolos. Ya me tocaba ir a tomar agua o café, y descansar algo hasta que se cumplan las 24hs de guardia. Había sido una buena guardia pese a todo, ningún paciente había fallecido, y eso ya servía para levantar la moral de todos.

Instantes después, nos llaman de la guardia externa con una urgencia. Tenían 15 pacientes intubados, y llegaban más. No había más lugar para nadie. Con ese panorama, no había tiempo para descansar. Pero lo que más me preocupaba en ese momento, era una joven de tan solo 25 años, con toda su familia ya intubada en nuestra UTI, que ya no podía respirar más. No había lugar, no había camas, no había respiradores. El miedo y la resignación nos acechaba a todos, y se percibía también en la cara de ella.

En ese momento, a pesar del agotamiento extremo, saqué fuerzas que creía no tener, y me fui al depósito del hospital, con la esperanza de encontrar algún respirador viejo. Y así fue como hallé uno de primera generación, de ésos que ya prácticamente no se usan en ningún lado, pero sin funcionar y sin mantenimiento alguno. Yo comparo a esos respiradores con los autos viejos. Un poco de aceite, nafta, y ya están funcionando.

Estuve con mi kinesióloga de guardia cerca de una hora cerrando válvulas y conectando algunas mangueras. Y al final funcionó.!!. Obviamente, hubo "alguien" o "algo" más que nos guió para hacer funcionar un rato más ese respirador.

Los problemas no terminaban allí. Ahora había que encontrar dónde conectarlo. Necesitábamos un lugar físico dentro del hospital, una camilla, una toma de oxígeno, aire comprimido, un tomacorriente, la monitorización y el personal experimentado que la cuide. Sin todas esas cosas, no se puede salvar una vida. No es solo comprar respiradores como se pregonó durante la pandemia.

Luego de discusiones, peleas, y todo lo que puede ocurrir a las 4 am, el personal me apoyó, la llevamos al quirófano de guardia, la intubé e hicimos todo lo que se tenía que hacer. Fuimos cambiando los turnos de cuidados al lado de ella hasta que, muchas horas después, se liberó una cama en la UTI, cuando su madre falleció. Cosas de la vida, esa joven fue la única de su familia de cuatro personas

que sobrevivió. No recuerdo su nombre, ella no sabe qué pasó, pero está viva, y sin secuelas.

Los pocos estudios existentes han investigado, principalmente, la toma de decisiones clínicas en el marco de escenarios médicos comunes y controlados, como lo es en un consultorio, o en una sala de internación general, o en una oficina decidiendo las políticas sanitarias. Pero existe poca evidencia sobre la toma de decisiones médicas durante una emergencia, que es un momento en el cual los médicos se ven obligados a actuar en condiciones de pura incertidumbre, stress, presión y, muchas veces, agotamiento.

De hecho, en tales situaciones, no se dispone de enfoques fiables basados en la evidencia. Para proceder, sólo se tienen unos pocos algoritmos elaborados en su mayoría, en los propios centros de salud por y para su personal. Esto puede aumentar la importancia de la orientación individual en la toma de decisiones.

Los algoritmos (también llamados diagramas de flujo), se usan para acortar y abreviar el proceso de decisión y de ejecución médica. Como ejemplo podemos mencionar el algoritmo de RCP (Reanimación Cardio – Pulmonar) del ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support – Soporte Vital Cardiovascular Avanzado), el cual está avalado mundialmente por todas las sociedades científicas, o bien los protocolos de trauma del ATLS (Advanced Trauma Life Support – Apoyo Vital Avanzado en Trauma), o el PHTLS (Prehospital Trauma Life Support – Soporte Vital de Trauma Prehospitalario).

Estos métodos son intelectualmente monótonos, y algo “fastidiosos” al tener que memorizarlos, pero tienen la ventaja de minimizar los tiempos cuando se precisa de decisiones rápidas, y de disminuir el error humano y la actuación interoperador en el manejo de los pacientes.

Sirven para cuestiones muy determinadas. Por ese motivo, es importante que el líder del servicio sea lo suficientemente “abierto”, para poder salir de esos diagramas, si es necesario, y pensar y ejecutar otros diagnósticos y tratamientos de acuerdo al lugar, los peligros, la cantidad de pacientes y los recursos limitados que tenga.

Durante la pandemia de COVID, la falta de recursos y tratamientos médicos adecuados, la contradictoria información sobre medicamentos y tratamientos, obligó a tomar decisiones rápidas sobre cómo proceder con los pacientes, y la asignación de recursos en ausencia de enfoques terapéuticos basados en la evidencia.

Hay miles de ejemplos de estas situaciones, que suceden diariamente en diferentes áreas. Desde el paciente añoso, enfermo crónicamente, con secuelas, que ingresa al servicio de emergencias del centro de salud en paro cardiorrespiratorio, pasando por el herido de bala en el cráneo que no tiene signos de actividad cerebral, o bien la complicación en un traslado aéreo de un paciente crítico, que debe aterrizar en el aeropuerto más cercano, o el caso de las múltiples víctimas provocadas por un infortunio vial.

Las situaciones detalladas en el párrafo precedente son diarias, pero también pueden ocurrir otro tipo de situaciones, como son las catástrofes o desastres naturales, o como la pandemia que nos tocó vivir en los últimos 2 años, donde sucedió algo pocas veces visto, no sólo por la cantidad de pacientes, sino por la duración de dicha pandemia, que provocó la rápida saturación de los centros de salud, y que el personal de salud se agote o “caiga en acción”, y haya tenido que decidir a cual paciente tratar, y a cual no.

En otros países, la experiencia adquirida en las guerras y luego de ataques terroristas, ha ayudado a formar líderes médicos especialmente preparados para enfrentar situaciones con gran cantidad de heridos, militares y civiles. Así se han podido realizar, mejorar, y actualizar algunos protocolos o algoritmos de actuación.

El más conocido y utilizado a nivel mundial es el llamado *Triage*, que se ideó en Francia a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, durante las guerras napoleónicas.

El Triage

El *Triage* es un sistema de clasificación de pacientes que es utilizado en servicios de emergencias hospitalarios, tanto en la paz como en la guerra, para ordenar y organizar el ingreso y el tratamiento de pacientes (múltiples o individuales).



Permite asignar y gestionar los recursos disponibles según las necesidades. Es especialmente útil ante desastres naturales, ataques terroristas, en hospitales de campaña, en los puestos socorro o en una “primera línea” de combate.

Este sistema lo crean médicos militares, ante la necesidad de evaluar, organizar y tratar un número elevado de heridos durante los conflictos armados. En tiempos lejanos al nuestro, la preferencia de atención se decidía por la posición

socioeconómica del paciente, y no por la gravedad de su situación médica o por sus posibilidades de sobrevivir. Gracias a este sistema, dejaron de tener preferencia los heridos de mayor escalafón, para darle más importancia a los heridos más graves y con mayores chances de sobrevivida.

Fue sólo de uso militar desde las guerras napoleónicas hasta 1964, año en que los hospitales de EEUU empezaron a utilizar un sistema similar.

A través de los años y a través de la experiencia militar y civil de diferentes países, se ha llegado al sistema universal actualmente en uso, que fue aceptado en el año 1990, sectorizando por colores, acordes al nivel y tiempo de atención, como se ve en el gráfico 1:



Grafico 1

Se debe realizar un tipo específico de *triage* de acuerdo al momento y al lugar en que se lo aplique. Variará e su duración y complejidad:

1. Triage básico o triage de campo: se realiza en la zona de desastre o zona de conflicto, o bien, en el área de rescate. Ha de ser breve, rápido y preciso, para determinar el grado de emergencia, distribuyendo a las víctimas por las diferentes áreas de atención (ver tarjeta individual).
2. Triage avanzado: se realiza en el puesto de socorro, donde se procede a una valoración primaria del paciente, iniciando las maniobras de estabilización y clasificándolo según su nivel de urgencia y prioridad. Se realiza además un triage de evacuación para determinar el orden de traslado de los pacientes.
3. Triage hospitalario: una vez clasificados y evacuados a los centros hospitalarios, se les realizará de nuevo un triage para determinar el orden de tratamiento y la zona de internación (observación, guardia, shock room, UTI, quirófano, sala general, etc.).

Para el triage de campo, que es extra hospitalario y en el terreno, se utilizan las tarjetas individuales que se muestran en el gráfico 2. El color negro se usa para

distinguir a los pacientes muertos, agonizantes, o para aquellos en los cuales las posibilidades de recuperación son nulas.

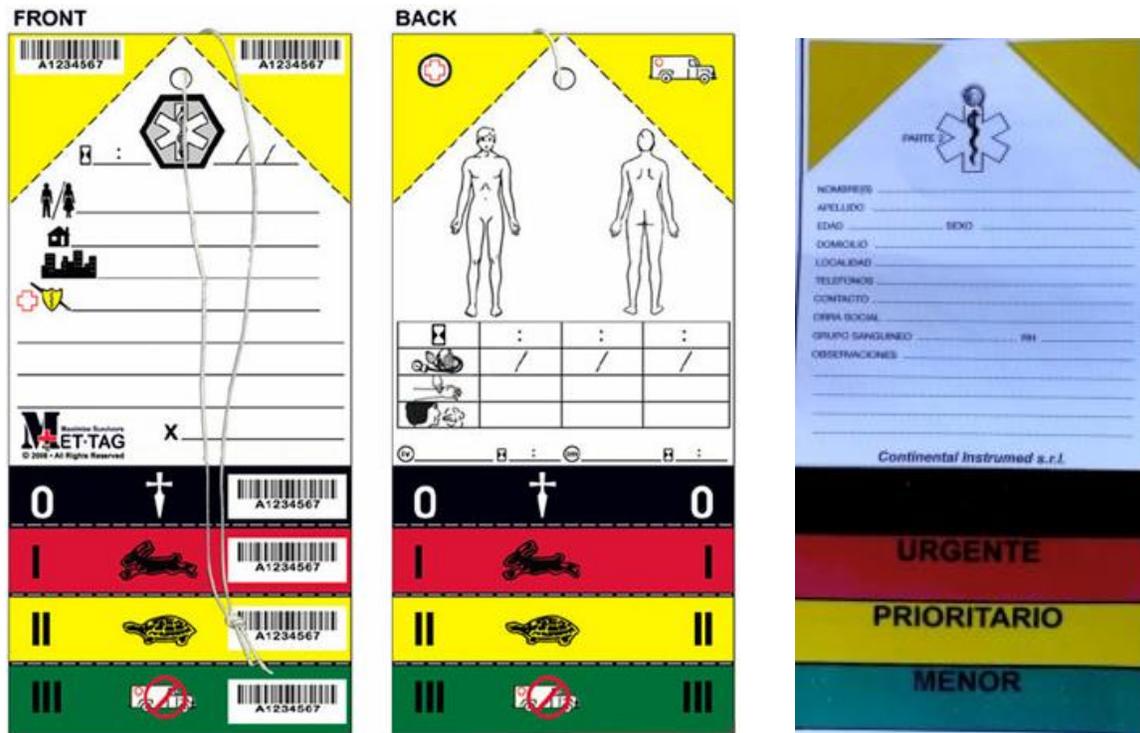


Grafico 2

Los heridos graves que exigen un tratamiento complejo (consumo elevado de recursos) y tienen escasas posibilidades de supervivencia, están destinados a esperar o a recibir una atención médica mínima (tratamiento del dolor, calmar el sufrimiento, maximizar el confort).

Con frecuencia los esfuerzos se dirigen a quienes requieren una atención menos compleja, pero con mayores garantías de éxito. Éste es el *Triage invertido*, aquel que prioriza el tratamiento de los heridos más leves, con el objetivo de su vuelta inmediata al frente de combate, en un enfoque que contraviene los principios del derecho humanitario internacional, pero que se practica en situaciones extremas. Ya no se trata de salvar a cada paciente de manera individual, sino de preservar la salud de la población en su conjunto. En este caso, el interés particular puede estar subordinado al interés colectivo.

Abundan ejemplos, como en el caso de conflictos armados en etapas decisivas, o bien cuando escasea el personal capacitado, como ocurrió sobre el final de la pandemia de COVID, donde los médicos terapeutas contagiados con síntomas leves, debieron permanecer en sus puestos debido a la carencia de personal

calificado; o bien, en los últimos incendios en la provincia de Corrientes, donde los bomberos volvían constantemente a combatir el fuego, luego de calmar sus diversas patologías en los puestos socorros.

El establecimiento de prioridades para el tratamiento y evacuación en el caso de víctimas múltiples, es una de las decisiones más difíciles en la práctica médica, que se inscribe en el paradigma de: *"Lo mejor para la mayoría ante la imposibilidad del todo para todos."*

Esto ocurrió cada día durante la pandemia. Cada vez que se desocupaba una cama en la UTI, había que elegir qué paciente ingresaba a esa cama vacía. Para adoptar esta difícil decisión se tenía en cuenta la edad del paciente, sus antecedentes médicos, su situación actual y las chances de sobrevivida. Duro momento, en que uno se ponía en la posición de "verdugo". Uno sí, y los otros no. Y ahí llegan los pensamientos de "¿por qué este, y no el otro?", "¿y si hubiera traído a la UTI al otro paciente?", "¿Qué hubiera pasado si...?". Esas preguntas nos retumban día tras día, noche tras noche, decisión tras decisión. Y vivimos con esa mochila pesada, que nos sigue a donde vamos.

También se vivió esta situación durante la Guerra de Malvinas. Se debía decidir la evacuación por aire al continente (si el avión ese día podía sobrepasar el bloqueo), por mar al Hospital del Buque ARA Almirante Irizar o del ARA Bahía Paraíso, o bien, dejarlo en el Hospital de Puerto Argentino, ya sea porque las heridas eran muy graves o porque eran heridas leves y podía volver al combate.

Esto deja secuelas en el personal de salud que debió tomar estas decisiones, ya que el tener que decidir quién vive y quién muere, tiene sus consecuencias psicológicas profundas. Nadie forma mentalmente a los médicos para eso, ni para poder sobrellevar las "cicatrices del alma". Hay que ser lo suficientemente fríos como para liderar estos conflictos sanitarios sin temor y sin dudar, ya que de la duda y el miedo aparecen los errores, y un error, puede determinar la muerte de un paciente que no debió morir.

Es importante la suma de condiciones naturales, del esfuerzo y del aprendizaje. Si bien son pocas, hay almas extraordinarias que se destacan e impactan naturalmente, y motivan a ser seguidas o imitadas.



La mayoría de los liderazgos puestos a prueba y confirmados en la guerra respondían al largo y arduo camino del aprendizaje. Algo así como: "Entrenamiento duro, combate fácil". Vale agregar que, en cualquiera de los dos casos, el liderazgo se facilita y potencia en organizaciones hábiles y disciplinadas, y se torna arduo y dificultoso en ámbitos desagregados o anárquicos.



"Hospital de Campaña"

Conclusiones

Como se ha intentado conceptualizar en estas pocas palabras, las decisiones médicas y el consiguiente liderazgo, están basados en múltiples factores. Algunos factores están relacionados con el profesional (conocimientos, habilidades, aspectos culturales, la propia experiencia acumulada, inteligencia, emociones, personalidad, hambre, sueño, enfermedad, cansancio, abuso de sustancias para mantenerse despierto, stress) y otros con el ambiente de trabajo (saturación del ámbito laboral, ruido, condiciones adversas de trabajo, recursos limitados, reglas poco claras).

En el caso particular del médico militar, más allá de su formación médica, está entrenado para trabajar en los ambientes de trabajo más exigentes y estresantes. El médico militar trabaja en terreno hostil, con limitaciones de recursos y en condiciones adversas de trabajo (sueño, frío, víctimas en masa, desastres naturales, en el fragor y el peligro del combate). Debe de tener el ingenio

suficiente para hacer con poco, lo suficiente que requiere la situación médica. Está entrenado para evacuar pacientes vía aérea, vía terrestre, o vía marítima. Entrenado para sobrevivir en todos los medios. Además, debe ser un líder.

Muchos aspectos desarrollados aquí, son también de aplicación y utilidad para todo el personal de salud, que diariamente pone toda su dedicación y esfuerzo para lograr la mejor y más rápida recuperación de sus pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Hernández García I. *Propuesta de tarjeta triaje en incidentes NBQ con múltiples heridos*. Sanidad mil. 2016; 72 (4): 266-274, ISSN: 1887-8571
- 2) Salvato G, Ovadia D, Messina A, Bottini G (2021) Health emergencies and interoceptive sensibility modulate the perception of non-evidence-based drug use: Findings from the COVID-19 outbreak. PLoS ONE 16(8): e0256806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256806>
- 3) Cómo afecta la pandemia al personal sanitario: efectos psicológicos y cómo minimizarlos. Journal The Conversation; 2020
- 4) 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos; 2017.
- 5) Revista MediSur, 2010; ISSN 1727-897X.
- 6) Gráfico 1: Clínica y Maternidad "Del Sol".
- 7) Gráfico 2: Hernández García I. *Propuesta de tarjeta triaje en incidentes NBQ con múltiples heridos*. Sanidad mil. 2016; 72 (4): 266-274, ISSN: 1887-8571
- 8) Vivencias personales