

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cómo deberían manejar los médicos las lesiones traumáticas sufridas durante el encarcelamiento?

Wynne Q. Zhang, MD y Lucas A. Dvoracek, MD

Resumen

Los pacientes que están privados de libertad experimentan una autonomía muy restringida y, por ende, son extremadamente vulnerables. Este comentario sobre un caso ofrece recomendaciones de atención posquirúrgica integral y basada en un enfoque informado sobre el trauma, y parte del supuesto práctico de que, cuando las lesiones sufridas durante el encarcelamiento requieren cirugía y hospitalización, no se deberían comprometer los derechos de los pacientes a recibir el estándar de atención basado en evidencia que se ofrecería a cualquier otro paciente. Sin embargo, la atención quirúrgica de pacientes que están privados de libertad con lesiones traumáticas puede ser compleja en términos éticos y clínicos debido a su condición de personas bajo custodia del Estado, lo que limita su capacidad de tomar decisiones sobre su salud. Además, estos pacientes suelen tener antecedentes de trauma y están en riesgo de sufrir violencia y estrés postraumático persistente.

Caso

CC es un paciente de 43 años que ingresó con un código de trauma de alta prioridad al departamento de emergencias luego de un altercado en el centro penitenciario. Al llegar, se sospechó inmediatamente de un hematoma epidural y, durante las imágenes de diagnóstico, CC presentó obnubilación. Se solicitó una consulta con el Dr. N, neurocirujano, y CC fue trasladado de emergencia al quirófano para una craneotomía, tras lo cual se le derivó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de neurocirugía. Se realizó una traqueotomía y se colocó una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) para soporte ventilatorio y nutrición enteral prolongados.

CC recobra la capacidad de interactuar significativamente con otros tras dos meses en la UCI. Es desconectado del ventilador y continúa respirando el aire del ambiente mediante una mascarilla de traqueostomía; su línea central es retirada, pero la sonda GEP y el catéter de Foley permanecen en su lugar. CC se encuentra ansioso y agitado y no recuerda por qué está en el hospital. El Dr. R, médico residente de cirugía, se pregunta cómo responder a las preguntas de CC sobre sus lesiones, su recuperación quirúrgica y su regreso al centro penitenciario.

Comentario

La atención al paciente que está privado de libertad suele ser complicada debido al menor nivel de autonomía y privacidad que tiene la población en centros penitenciarios. Los pacientes que experimentan un evento traumático físico durante el encarcelamiento suelen desarrollar un trauma psicológico tanto por el evento traumático como por la atención posterior que reciben debido a la exposición, los procedimientos y las acciones imprevistas. En este caso, el Dr. R intenta reincorporar a CC al proceso de toma de decisiones sobre su salud y abordar su trauma, así como su posterior regreso al centro penitenciario. Las siguientes secciones abordan la preservación de la autonomía de CC, la gestión del estrés traumático y las transiciones en la atención de un paciente con traumatismos que está privado de libertad.

Dignidad

Los pacientes que están privados de libertad retienen legalmente su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica, nombrar a un representante para la toma de decisiones y elaborar planes de atención anticipada en caso de contingencias en las que puedan no tener la capacidad de decidir.¹ De manera acorde, todos los pacientes en centros penitenciarios o sus representantes tienen derecho a recibir, de forma oportuna y precisa, la información necesaria para ejercer su autonomía en la toma de decisiones médicas. Si un representante actúa en nombre del paciente, cierta información puede retenerse por razones de seguridad o en cumplimiento de políticas institucionales, como la ubicación exacta del paciente. Por lo tanto, el equipo de atención quirúrgica debe garantizar que el sistema penitenciario proporcione la información pertinente; cualquier obstáculo para la obtención de información podría requerir coordinación adicional con la administración del centro penitenciario o la intervención del comité de ética, la dirección hospitalaria y el equipo legal.²

Hay varios factores comunes entre los pacientes que están privados de libertad, entre ellos, los traumatismos craneoencefálicos (TCE), el bajo nivel de conocimientos en salud y las enfermedades psiquiátricas no tratadas.^{3,4} Cada uno de esos factores puede afectar la comunicación, pero no impide que el paciente tenga capacidad de tomar decisiones. Para ayudar a preservar la dignidad y autonomía de los pacientes, la determinación de su capacidad debería ser un proceso dinámico en el que se reevalúan continuamente sus deseos y estado cognitivo mediante entrevistas empáticas y preguntas abiertas. Para los pacientes en los que se ha determinado una falta de capacidad, la estabilización inicial en una emergencia médica se puede llevar a cabo con consentimiento implícito, pero la atención posterior requiere un representante sustituto para la toma de decisiones. La selección de un representante adecuado puede verse dificultada por las restricciones de comunicación impuestas a las personas privadas de libertad. Asimismo, es posible que hayan perdido contacto con amigos y familiares o que éstos desconozcan sus deseos y objetivos de atención más recientes. Ante la ausencia de directrices anticipadas, los miembros del equipo quirúrgico deberían familiarizarse con la jerarquía de representación que establece la legislación estatal.⁵ Si bien el personal del centro penitenciario podría estar presente durante las conversaciones sobre la toma de decisiones, su participación debería evitarse debido al **conflicto de intereses inherente** entre sus obligaciones con el sistema penitenciario y el bienestar del paciente.^{6,7} Cumplir con estos lineamientos permite garantizar el respeto de la autonomía del paciente que está privado de libertad durante el proceso de consentimiento.

Atención quirúrgica de emergencia con enfoque informado sobre el trauma

Los pacientes que **experimentan traumatismos durante el encarcelamiento** tienen una vulnerabilidad única ante el estrés traumático. Hombres como CC presentan una alta

prevalencia de exposición a eventos traumáticos, entre ellos haber presenciado o sufrido violencia directa, agresión sexual y abuso infantil.⁸ El encarcelamiento puede generar traumas o agravar los preexistentes debido a la pérdida de autonomía, el aislamiento forzado, la falta de propósito y estimulación mental, y la prevalencia constante de violencia. Los datos de la Encuesta de Reclusos en Centros Penitenciarios Estatales de 2004 revelaron que el 14,7 % de las personas privadas de libertad había sufrido heridas relacionadas con la violencia durante su reclusión.⁹ Aun así, es posible que estos pacientes no busquen ni reciban atención. La población en contacto con el sistema de justicia incluye de manera desproporcionada a personas de comunidades marginadas donde los abusos actuales e históricos han generado desconfianza en la atención médica.^{10,11} Además, en un estudio, el 42 % de los pacientes que estuvieron privados de libertad expresó haber experimentado discriminación en la atención médica como resultado directo de su encarcelamiento anterior.¹²

En el contexto de la atención quirúrgica de emergencia, los pacientes que están privados de libertad pueden desarrollar trauma médico o estrés traumático debido a sus experiencias con el sistema de salud. Luego de sufrir lesiones traumáticas potencialmente mortales, los pacientes pueden ser colocados en situaciones de emergencia en las que el objetivo principal es garantizar la estabilidad médica. El intento de maximizar los beneficios médicos posibles para un paciente suele ocurrir a expensas de los procesos de consentimiento, ya que el paciente puede estar incapacitado. Las consecuencias de estas intervenciones médicamente necesarias pueden generar angustia debido a alteraciones en la imagen corporal, sentimientos de impotencia o humillación, una percepción reducida de autonomía y niveles alterados de conciencia.¹³

Cada miembro de un equipo de atención de traumas debe ser consciente de que la discusión sobre intervenciones quirúrgicas y procedimientos, lesiones físicas, recuperación y rehabilitación después de la cirugía podría exponer de nuevo al paciente a elementos traumáticos. Los médicos deberían seguir los principios de la atención con enfoque informado sobre el trauma, según lo definido por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Estos principios incluyen comprender que el trauma puede afectar a individuos, familias y comunidades, reconocer las señales del trauma y evitar situaciones que puedan provocar retraumatización.¹⁴ Este enfoque requiere asegurar la realización de exámenes de detección psiquiátricos adecuados, respetar los límites del paciente, responder de manera culturalmente sensible, evitar expresiones de juicio o sesgos implícitos y desarrollar una relación con el paciente mientras se refuerza su seguridad física y psicológica. Se ha sugerido que la integración de las prácticas con enfoque informado sobre el trauma puedan mejorar los resultados en términos de adherencia al tratamiento, igualdad en la atención médica y factores relacionados con el personal, como el agotamiento profesional.¹⁵ Incluir servicios de salud mental, realizar exámenes de detección de trastornos de estrés agudo y crónico, y brindar tratamiento para afecciones de salud mental preexistentes desde el momento en que los pacientes ingresan al servicio de urgencias podría facilitar una mejor recuperación del trauma psicológico derivado de la atención quirúrgica de emergencia.¹⁶

Se debe dar importancia a garantizar la transparencia mediante la identificación de todos los médicos en cada encuentro, con el fin de proporcionar a los pacientes la justificación de los tratamientos realizados o recomendados y ofrecerles opciones. También se debería permitir a los pacientes que identifiquen su género y su origen étnico o cultural, además de alentarlos a expresar sus preferencias en la atención. Para exámenes físicos o evaluaciones de heridas sensibles, los médicos deberían notificar a

los pacientes sobre los pasos esperados y brindar la mayor privacidad posible, al mismo tiempo que se mantiene la seguridad del personal. Los médicos deben estar atentos a las señales de una respuesta de estrés que los pacientes pueden manifestar, como disminución de la concentración, hiperexcitación, aumento del ritmo respiratorio, sudoración o agitación, y deben mostrar empatía al evaluar y abordar las preocupaciones del paciente. En especial, para pacientes con antecedentes de trauma médico o desconfianza, las interacciones deberían centrarse en fomentar la **relación médico-paciente** para fortalecer la confianza en el sistema de salud.

Si bien la disposición final del paciente puede no ser flexible, las personas que están privadas de libertad deberían ser tratadas con prácticas basadas en evidencia que se apoyen en los estándares de atención comunitarios. A pesar de la limitada investigación sobre la recuperación mejorada en pacientes con traumatismos, en general, los pacientes en el postoperatorio deberían recibir intervenciones como la movilización temprana, el uso de nutrición enteral, el retiro temprano de accesos venosos y otros dispositivos (incluidos los catéteres urinarios), el control adecuado del dolor con regímenes multimodales y la fisioterapia respiratoria.¹⁷ Sin embargo, en una encuesta publicada en 2022 realizada a 76 médicos en un hospital que brindaba servicio al centro penitenciario local del condado, el 29 % del personal (médicos y enfermeros) informó creer que los pacientes que están privados de libertad recibían menos pruebas de diagnóstico o intervenciones médicas que aquellos que no lo estaban, y el 79 % de los médicos estuvo de acuerdo en que los pacientes que están privados de libertad recibieron menos servicios auxiliares, tales como trabajo social o terapia física.¹⁸

Mientras los pacientes están en el hospital, los médicos no deberían limitar el tratamiento en función de los recursos que se presume estarán disponibles para los pacientes que están privados de libertad tras el alta. Por ejemplo, el uso de medicamentos narcóticos para el dolor dentro de un régimen multimodal debería utilizarse con precaución, pero no evitarse por preocupaciones sobre la dependencia a los opioides o el desvío de la medicación, en especial porque el dolor no controlado en el periodo peritraumático se ha asociado con el desarrollo futuro de trastorno de estrés postraumático (TEPT).¹⁹ Los médicos también deberían abogar por métodos alternativos de restricción para que los pacientes puedan beneficiarse de la movilización. Por último, el equipo de cirugía debería minimizar las alteraciones psicológicas durante la hospitalización al garantizar una nutrición adecuada, facilitar una buena higiene del sueño y reducir análisis de laboratorio o estudios innecesarios.²⁰ En el caso anterior, CC debe recibir terapia del habla, intervenciones respiratorias, retiro de catéteres, terapia física y ocupacional, y optimización nutricional, junto con cualquier otra intervención considerada necesaria para maximizar sus posibilidades de recuperar su nivel funcional previo.

Reintegración posquirúrgica al centro penitenciario

Antes del alta y su retorno a custodia, el equipo de cirugía debe garantizar que todos los problemas médicos activos cuenten con planes de tratamiento que puedan continuarse en el entorno penitenciario e incluyan un seguimiento adecuado. Durante la hospitalización, los pacientes deben ser evaluados para patologías psiquiátricas, incluidos los trastornos de estrés traumático, los trastornos por uso de sustancias y otras afecciones de salud mental. Para los pacientes con evidencia de TEPT, ofrecer terapias centradas en el trauma, incluidas, entre otras, la psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y los servicios de consejería, podría ayudarlos a desarrollar estrategias de resolución saludables y reducir el riesgo de reincidencia.²¹ Realizar pruebas de detección de TCE, que pueden estar asociados con actos desinhibidos o impulsivos, déficits de atención y respuestas lentas o alteradas que podrían ser

malinterpretadas por el personal penitenciario u otras personas privadas de libertad,²² permitiría implementar intervenciones de terapia ocupacional para preparar al paciente para su retorno al entorno penitenciario. La coordinación entre el trabajo social hospitalario y el penitenciario debería permitir evaluar las necesidades del paciente no solo para su retorno al centro penitenciario, sino para su futura reinserción en la sociedad. En circunstancias graves en las que un paciente que está privado de libertad sufra lesiones incapacitantes que limiten su pronóstico o tenga necesidades médicas que no puedan ser atendidas en el centro penitenciario, los médicos deberían considerar solicitar clemencia médica según los criterios de elegibilidad del estado en el que resida el paciente.²³

Los recursos de salud mental disponibles en los centros penitenciarios pueden ser limitados y variar según la institución; la mayoría brinda al menos medicamentos psicotrópicos, mientras que otras amplían su oferta para incluir terapia de grupo o incluso psicoterapia individual.^{24,25} Si bien la investigación sobre la población penitenciaria sigue siendo escasa y suele enfocarse en demografías específicas, los informes preliminares respaldan la factibilidad y el beneficio de implementar intervenciones centradas en el trauma, principalmente programas de grupo estandarizados basados en terapias cognitivo-conductual.^{25,26} Los médicos deben abogar por sus pacientes, que están privados de libertad, para que tengan acceso a estas intervenciones de estabilización, además de recibir atención de transición a la comunidad al reincorporarse a la población general. Otras estrategias de apoyo incluyen la promoción de servicios penitenciarios con enfoque informado sobre el trauma mediante la capacitación del personal para responder a los síntomas de trauma tanto de las personas privadas de libertad como de sus compañeros.²⁷ Se ha observado que una percepción positiva del personal penitenciario por parte de adolescentes que están privados de libertad se asocia con una reducción en las probabilidades de ejercer violencia dentro de esta población,²⁸ lo que sugiere que los programas educativos dirigidos al personal penitenciario pueden contribuir al desarrollo de cambios culturales positivos.

Recomendaciones

Para los pacientes que están privados de libertad, la atención médica tras un traumatismo agudo incapacitante implica consideraciones especiales. Los pacientes en contacto con el sistema de justicia conservan sus derechos básicos a recibir una atención médica humanitaria y a la dignidad médica, que se concretan mediante el desarrollo de una relación terapéutica. Esta relación puede exigir que los médicos aborden el estrés traumático subyacente del paciente derivado de sus experiencias, no solo antes del encarcelamiento, sino también en los centros penitenciarios y en el sistema de salud, especialmente en el caso de las intervenciones quirúrgicas de emergencia. El equipo de cirugía debe promover la implementación de principios de atención con enfoque informado sobre el trauma tanto en los hospitales como en los centros penitenciarios y abogar por la ampliación de recursos de salud mental para los pacientes que están privados de libertad.

References

1. Dober G. Beyond *Estelle*: medical rights for incarcerated patients. *Prison Legal News*. November 4, 2019. Accessed September 18, 2024. <https://www.prisonlegalnews.org/news/2019/nov/4/beyond-estelle-medical-rights-incarcerated-patients/>
2. Rorvig L, Williams B. Providing ethical and humane care to hospitalized, incarcerated patients with COVID-19. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021;38(6):731-733.

3. Maruschak LM, Bronson J, Alper M; Bureau of Justice Statistics. Survey of prison inmates, 2016: disabilities reported by prisoners. US Department of Justice; 2021. Accessed September 18, 2024.
<https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/drpspi16st.pdf>
4. Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, et al. The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. *Am J Public Health*. 2009;99(4):666-672.
5. Larsen E, Drabiak K. Medical decision-making when the patient is a prisoner. *Clin Ethics*. 2023;18(2):142-147.
6. Scarlet S, DeMartino ES, Siegler M. Surrogate decision making for incarcerated patients. *JAMA Intern Med*. 2019;179(7):861-862.
7. Batbold S, Duke JD, Riggan KA, DeMartino ES. Decision-making for hospitalized incarcerated patients lacking decisional capacity. *JAMA Intern Med*. 2024;184(1):28-35.
8. Wolff N, Huening J, Shi J, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder among incarcerated men. *J Urban Health*. 2014;91(4):707-719.
9. Sung HE. Prevalence and risk factors of violence-related and accident-related injuries among state prisoners. *J Correct Health Care*. 2010;16(3):178-187.
10. Benkert R, Cuevas A, Thompson HS, Dove-Meadows E, Knuckles D. Ubiquitous yet unclear: a systematic review of medical mistrust. *Behav Med*. 2019;45(2):86-101.
11. Vandergrift LA, Christopher PP. Do prisoners trust the healthcare system? *Health Justice*. 2021;9(1):15.
12. Frank JW, Wang EA, Nunez-Smith M, Lee H, Comfort M. Discrimination based on criminal record and healthcare utilization among men recently released from prison: a descriptive study. *Health Justice*. 2014;25(2):6.
13. Mohta M, Sethi AK, Tyagi A, Mohta A. Psychological care in trauma patients. *Injury*. 2003;34(1):17-25.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. US Department of Health and Human Services; 2014. Accessed March 10, 2025.
<https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>
15. Bliton JN, Zakrison TL, Vong G, et al. Ethical care of the traumatized: conceptual introduction to trauma-informed care for surgeons and surgical residents. *J Am Coll Surg*. 2022;234(6):1238-1247.
16. Findley JK, Sanders KB, Groves JE. The role of psychiatry in the management of acute trauma surgery patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003;5(5):195-200.
17. Scott MJ, Aggarwal G, Aitken RJ, et al. Consensus guidelines for perioperative care for Emergency Laparotomy Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations part 2—emergency laparotomy: intra- and postoperative care. *World J Surg*. 2023;47(8):1850-1880.
18. Brooks KC, Makam AN, Haber LA. Caring for hospitalized incarcerated patients: physician and nurse experience. *J Gen Intern Med*. 2022;37(2):485-487.
19. Norman SB, Stein MB, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pain in the aftermath of trauma is a risk factor for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 2008;38(4):533-542.
20. Detsky AS, Krumholz HM. Reducing the trauma of hospitalization. *JAMA*. 2014;311(21):2169-2170.
21. Mueller S, Hart M, Carr C. Resilience building programs in US corrections facilities: an evaluation of trauma-informed practices in place. In: Walker L, Shapiro D, Temares A, Diaz B, eds. *Women Who Kill: Violence, Trauma, and Forensic Psychology*. Routledge; 2024:253-272.
22. National Center for Injury Prevention and Control. Traumatic brain injury in prisons and jails: an unrecognized problem. Centers for Disease Control and Prevention. 2007. Accessed September 18, 2024.
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11668>

23. Price M. Everywhere and nowhere: compassionate release in the states. FAMM; 2018. Accessed September 18, 2024. <https://famm.org/wp-content/uploads/2023/12/Exec-Summary-Report.pdf>
24. Canada K, Barrenger S, Bohrman C, Banks A, Peketi P. Multi-level barriers to prison mental health and physical health care for individuals with mental illnesses. *Front Psychiatry*. 2022;13:777124.
25. Malik N, Facer-Irwin E, Dickson H, Bird A, MacManus D. The effectiveness of trauma-focused interventions in prison settings: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(2):844-857.
26. Wallace BC, Conner LC, Dass-Brailsford P. Integrated trauma treatment in correctional health care and community-based treatment upon reentry. *J Correct Health Care*. 2011;17(4):329-343.
27. Miller NA, Najavits LM. Creating trauma-informed correctional care: a balance of goals and environment. *Eur J Psychotraumatol*. 2012;3(1):17246.
28. Brown C, Fine A, Cauffman E. Do positive perceptions of correctional staff mitigate institutional violence among youthful offenders? *Psychol Public Policy Law*. 2019;25(1):38-45.

Wynne Q. Zhang, MD es residente de cirugía de cuarto año en la Facultad de Medicina de Baylor en Houston, Texas. Tiene interés en el acceso a la atención y las desigualdades en la atención médica. Se graduó del Programa de Atención a Poblaciones Desfavorecidas de la Facultad de Medicina de Baylor.

Lucas A. Dvoracek, MD es profesor asistente de cirugía en la División Cirugía Plástica en la Facultad de Medicina de Baylor en Houston, Texas. También forma parte del cuerpo docente en varias instituciones afiliadas a Baylor, incluido el Hospital Ben Taub, que funciona como centro de trauma de nivel 1 y hospital de la red de seguridad para el área metropolitana de Houston.

Editor's Note

The case to which this commentary is a response was developed by the editorial staff.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(4):E242-248.

DOI

10.1001/amajethics.2025.242.

Conflict of Interest Disclosure

Authors disclosed no conflicts of interest.

The people and events in this case are fictional. Resemblance to real events or to names of people, living or dead, is entirely coincidental. The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.