

Comunicación en el área quirúrgica. Seguridad del paciente

*Servicio de Psiquiatría

Hospital Británico de Buenos Aires

** Jefe, Servicio de Anestesiología.

Hospital Británico de Buenos Aires

*** Staff, Servicio de Anestesiología

Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción

Las palabras son las mediadoras por excelencia en nuestra vida de relación. El peso y el valor de las mismas son enormes por los efectos que pueden producir, tanto por el que las emite como por el que las recibe.

En el equipo quirúrgico, la comunicación efectiva es fundamental, para coordinar la labor de todos los integrantes, en la atención efectiva del paciente (FIGURA 1).

El paciente debe verbalizar con el equipo quirúrgico todo lo referente a su patología, así como sus propios temores ante el evento, originados desde su propia esfera psicológica, sus creencias religiosas y el de todo su entorno familiar. Y los profesionales de la salud deben lograr transmitir información altamente calificada a un ser humano que no siempre está en condiciones de procesar el mensaje.

Esta transferencia de información se vehiculiza no solo a través de las palabras que utilizamos (comunicación verbal), sino también a través del tono y énfasis empleado en el discurso (comunicación para-verbal), y de nuestras expresiones faciales, contacto ocular, gesticulación y postura corporal (comunicación no verbal)¹. Incluso el mensaje enviado por estos canales no verbales podría predominar sobre el mensaje verbal, creando conflicto con lo que pretendemos transmitir. Pero además, el equipo quirúrgico debe lograr una comunicación efectiva dentro de su ámbito, para facilitar la relación interpersonal, mantener la cohesión interna, coordinar secuencialmente las tareas y los pasos a seguir dentro del equipo, y permitir el enriquecimiento de las relaciones intercambiando información del caso^{2, 3}.

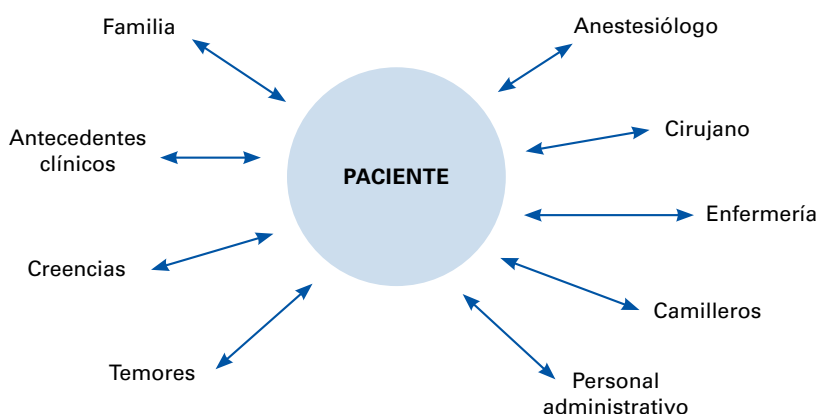


Figura 1. múltiples factores influyen en la comunicación entre el paciente y su equipo quirúrgico, entre los cuales podemos incluir su bagaje intelectual, sus creencias religiosas y sus antecedentes médicos personales.

Temores

Los sentimientos movilizados por algunas palabras nos confortan, y a la inversa, otras palabras nos aterran, dependiendo de quién y en qué contexto las pronuncie.

El lenguaje es compartido por la sociedad que habla el mismo idioma, pero existen códigos específicos usados en el ámbito profesional. En medicina, como en otras profesiones, encontramos códigos establecidos que facilitan la comunicación entre sus miembros. Las personas de otros ámbitos (en especial los pacientes), al escucharlos pueden interpretar el mensaje de modo diferente e incluso hasta opuesto al esperado. Los profesionales de la salud se entienden a través de estos códigos, pero es necesario preguntarnos qué ocurre con los pacientes, en especial aquellos que sufren una situación tensa como es el traslado a sala de cirugía o cuidados intensivos. Los profesionales de la salud convivimos con la enfermedad (para curarla o disminuir el sufrimiento que ocasiona), y con la muerte. Nuestros temores ancestrales ante la muerte nos llevan a eludirlos o negarlos, ajustándonos a lo establecido en el discurso médico habitual (“...posibles complicaciones, como infección, reintervención o la muerte...”, “...paciente terminal...”, “...el órgano proviene de un donante cadavérico...”), sin registrar lo que provocan nuestras palabras en los pacientes, cuando uno de sus principales temores es morir a causa de su enfermedad, independientemente de la gravedad de la misma. Las palabras no remiten a un solo significado. Una misma palabra puede evocar representaciones y significados muy diferentes, o hasta opuestos, en quienes las escuchan.

Jean Paul Sartre nos dice en su libro autobiográfico “Las palabras” (1964) que nos vemos a través de los ojos de los otros. No solo la mirada, sino que la expresión del rostro y el tono con el cual hablamos con nuestros pacientes son fundamentales, e incluso en algunos momentos el tono y la expresión del rostro tienen mayor peso que la palabra expresada. En otros momentos, la palabra puede promover nuevos sentidos y significaciones que alivien la ansiedad que desborda al paciente.

La comunicación fluida, sin interferencias, entre el paciente y los profesionales de la salud disminuye los malestares. Una actitud cuidadosa y afectiva (como la descrita por John Berger en su novela “Un hombre afortunado”), crea un vínculo confiable y seguro para iniciar el proceso terapéutico mediante la expresión de sus temores, dudas, dolores y angustias (actuales y futuras).

Y en conexión con los temores del paciente y su capacidad para superarlos, debemos hacer hincapié en la “resiliencia”, la capacidad potencial del ser humano para sobreponerse a una adversidad y salir fortalecido de ella. Muchas veces, este potencial humano necesita de ayuda de quienes lo rodean para activarse y lograr su objetivo. Los familiares, los amigos, los profesionales que lo asisten y cualquier otra persona o acontecimiento significativo para el paciente pueden activar o capitalizar esta capacidad y permitir pensar en una esperanza realista, sin negar los problemas, para enfrentar el evento traumático con una mejor actitud. Los vínculos familiares y de amistad, cuando son armónicos y contenedores, funcionan como redes de sostén que amortiguan el dolor de las caídas de los pacientes con la sensación de profundo desamparo.

Problemas en la comunicación con el paciente.

El logro de una comunicación efectiva entre el paciente y el equipo médico es un objetivo recomendable en un medio de trabajo altamente demandante como lo es el área quirúrgica. Múltiples factores interaccionan para dificultar la comunicación entre un paciente sufriente y un equipo médico que involucra múltiples especialidades, múltiples recursos, desafíos de tipo médico (la complejidad del caso clínico, instrumental de precisión, logística de soporte), con desafíos de tipo no médico (agendas quirúrgicas sobrecargadas, falta de personal, relación tensa entre los miembros del equipo). La comunicación interpersonal es probablemente uno de los principales desafíos, a fin de lograr la interacción coordinada entre cada miembro del equipo durante el intercambio de información referente al caso.

El error inadvertido en la entrega de cuidado médico de calidad es reconocido como una de las causas más importantes de morbi-mortalidad del paciente⁴, y una porción importante de las causas del error médico (70-80%) se generan en fallas de la comunicación⁵.

Problemas con los pacientes provenientes de otras etnias/lugares del mundo

Una de las circunstancias más estresantes, tanto para el paciente como para el equipo profesional tratante, es tratar de comunicarse con un paciente que no habla la lengua nativa.

Debido a la facilidad de los medios de transporte para movilizar grandes cantidades de personas de un continente a otro (avión, barco), no es infrecuente recibir pacientes que no hablan el idioma nativo (castellano), que

han sufrido algún problema médico agudo (traumatismos, apendicitis, colecistitis, hemorragias, problemas cardíacos), y requieren inmediata atención.

Asimismo, la globalización ha favorecido el crecimiento del turismo médico, por lo cual algunos pacientes (en general angloparlantes), buscan en otros países tratamientos efectivos a un menor costo (cirugía plástica, bariátrica, oncológica, cardiovascular, traumatológica y transplantes de órganos), o incluso tratamientos que en su país de origen están prohibidos (alquiler de vientres, quimioterapia experimental)⁶⁻⁹. En centros hospitalarios bien organizados debería contarse con la posibilidad de contactar a un intérprete a fin de lograr una efectiva comunicación con el paciente. Como alternativa, existen en la Internet algunas posibilidades de traducción online, unas mejor logradas que otras¹⁰.

Momentos para la comunicación efectiva

Cuando el paciente llega al área quirúrgica vive momentos de tensión, ya que se enfrenta a situaciones nuevas, potencialmente peligrosas, posiblemente dolorosas, con poca o ninguna vestimenta, y gran sensación de vulnerabilidad.

La comunicación efectiva, la palabra adecuada, el contacto de una mano en su hombro pueden ser los principales transmisores de tranquilidad en el preoperatorio. Un ambiente distendido, sin ruidos o gritos, con una temperatura agradable, favorecen la comunicación en este momento. Infortunadamente, el uso de nuevas rutinas de seguridad en el área quirúrgica (lista de chequeo quirúrgico), a la vez que maximizan la seguridad del paciente pueden generar situaciones de tensión entre

éste y el equipo quirúrgico. El hecho de tener que responder varias veces a los mismos interrogantes (nombre, edad, peso, alergias conocidas, tipo de cirugía, lado de la cirugía, etc.) es motivo suficiente para que muchos pacientes modifiquen su empatía inicial. Es importante en este momento presentarse correctamente al mismo, tratando de minimizar las molestias de la preparación prequirúrgica (canulación venosa y/o arterial, colocación de monitores, precalentamiento del paciente, etc.). La infiltración de la piel con lidocaína al 1% antes de colocar un catéter intravenoso nos posibilita brindarle mayor confort al paciente, y al profesional de la salud poder ubicar la cánula intravenosa con mayor comodidad. El uso de aire caliente forzado para el precalentamiento en la sala de preanestesia, además de asegurar el confort térmico perioperatorio, es una estrategia más “amigable” de abordaje al paciente. Es como decirle “...sé como se siente, sé que puede sentir frío aquí, lo voy a abrigar...” . El paciente siempre agradece este tipo de gentileza de parte del médico tratante.

La comunicación también le clarifica al paciente cómo vamos a actuar en los próximos momentos. Avisarle que puede sentir algún tipo de molestia cuando le inyectemos las drogas inductoras anestésicas, o la sensación típica ante la infusión de narcóticos (“... se va a sentir mareado, como cuando ingiere alcohol...”, “... puede llegar a sentir picazón en la nariz, o incluso tos o estornudos...”) ayudan al paciente a saber que lo que puede estar sintiendo está dentro de la habitualidad del procedimiento.

Muchas veces, luego de una anestesia loco-regional, el paciente refiere preocupación por la sensación errónea de dónde se encuentra espacialmente su miembro superior (bloques del miembro superior) o inferior (anestesia peridural o subaracnoidea). Explicarle que es habitual que esto ocurra, debido a la falta de información aferente hacia el cerebro luego del bloqueo anestésico puede disminuir su grado de discomfort.

Entre las estrategias utilizadas para la preinducción, habitualmente se emplea la comunicación evocativa, esto es el intentar que el paciente evoque momentos de placer para lograr una inducción anestésica más suave y placentera. El evocar imágenes de sus vacaciones, de su familia o sus deportes preferidos puede ayudar a lograr un mejor despertar anestésico (si las variables como dolor postoperatorio y homeostasis térmica están resueltas). El inducir pensamientos positivos previos a la inducción (“...piense que está en estos momentos en una mañana soleada, a orillas del mar, con su familia de vacaciones...”, “...piense que cuando se despierte el problema que lo aqueja ya no va a estar...”), o incluso en el postoperatorio inmediato (“... respire hondo, tranquilo, todo salió muy bien, según lo esperado...”) ayudan a calmar la ansiedad del paciente.

Incluso la comunicación con el paciente antes de la anestesia también sirve para coordinar al resto del equipo quirúrgico y evitar situaciones incómodas, como comenzar a realizar la antisepsia antes de que el paciente se duerma, o (en el peor de los casos), tratar de evitar las discusiones que pueden producirse en un ambiente de trabajo de alta tecnología, y con gran predisposición al error, lo que podría preocupar al paciente.

La pausa que utilizamos en la lista de chequeo antes de comenzar la cirugía implica que todos los miembros del equipo quirúrgico se conocen, y saben fehacientemente: a) qué tipo de cirugía se va a realizar, b) cuáles son los pasos más importantes de la misma, y c) los requerimientos postoperatorios posibles (traslado a sala de recuperación postanestésica, traslado a sala de cuidados intensivos).

Al final de la anestesia, el anestesiólogo debe lograr la recuperación de la conciencia y de los restantes signos vitales del paciente, en un ambiente donde no es infrecuente que el estrés quirúrgico haya pasado, y el resto del equipo se distienda, hablando a viva voz, o subiendo el volumen de la música ambiental. En ese momento (el despertar), es fundamental establecer una nueva comunicación con el paciente, lo cual puede ser infructuoso. Niveles residuales de anestésicos, narcóticos, relajantes musculares, o la presencia de hipotermia inadvertida, pueden retrasar el despertar. Una técnica anestésica cuidadosa, con la monitorización adecuada, debería evitar lo anterior. Y el anestesiólogo debería estar convencido de que transmitir seguridad y confort al paciente es fundamental. "...todo salió como estaba previsto...", "...pronto va a estar de nuevo con su familia..." son rutinas de comunicación habituales en el postoperatorio. Muchos pacientes preguntan la hora para saber cuánto tiempo estuvieron bajo anestesia.

En la sala de cuidados postanestésicos, un discurso acorde con la situación puede también ser establecido por el personal de enfermería.

El ambiente termocontrolado, sin ruidos estridentes ni comentarios inadecuados, ayudan a reestablecer la comunicación entre el paciente y los profesionales de la salud. Asimismo, la comunicación verbal entre el personal médico y de enfermería sobre el tipo de procedimiento quirúrgico, drenajes, analgésicos y catéteres presentes, y posible curso clínico, así como las pautas de alarma (en lo posible escritas), son de gran ayuda para efectivizar la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.

Conclusión

La comunicación tiene un rol primordial en la relación médico-paciente, y en el área quirúrgica sirve para armonizar a todo el equipo quirúrgico. No solo la comunicación verbal, sino también la no verbal cobran relevancia a los fines terapéuticos. El confort preoperatorio puede ser aumentado con un abordaje cordial y adecuado a cada paciente. La comunicación de los pormenores de la cirugía así como los requerimientos intra y postoperatorios ayudan a mejorar la seguridad del acto quirúrgico. El despertar anestésico requiere asimismo de un ambiente calmo y confiable, donde el paciente rápidamente se reoriente. El colocar un reloj en la pared puede ayudarlo a orientarse en el tiempo. La comunicación efectiva entre el equipo quirúrgico y el personal de enfermería incrementa la seguridad del paciente en el período postoperatorio.

Referencias Bibliográficas

1. Smith AF, Shelly MP. Communication skills for anesthesiologists. *Can J Anesth* 1999; 46: 1082-8
2. Fletcher G, y col. The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *Br J Anaesth* 2002; 88: 418-29
3. Fletcher G, y col. Anaesthesiologists non-technical skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *Br J Anaesth* 2003; 90: 580-8
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human. Building a Safer Health System. Washington DC. Committee on Quality of HealthCare in America. Institute of Medicine. National Academy Press 2000; 26-48
5. NCPS Medical Team Training Program. Executive Summary. Veterans Administration National Centre for Patient Safety. Disponible desde www.4.va.gov/ncps/MTT/ExecSummary.pdf
6. Bookman MZ, Bookman KR. Medical Tourism in developing countries. Palgrave Macmillan Ed. New York. USA. 2007.
7. Cohen G. Medical tourism: the view from 10.000 feet. *Hasting Center Report* 2010; 2: 11-12
8. Herrick DM. Medical Tourism: global competition in Health Care. NCPA Policy Report n° 304; Nov 2007. <http://ncpa.org/pdfs/st304.pdf>
9. Jose DM, Sachdeva S. Keeping an eye on future: medical tourism. *Ind J of Community Med* 2010; 35: 376-8
10. <http://translate.google.com/> (último acceso: 10 de febrero de 2012)

Dirección postal: Perdriel 74, (1280) CABA, Argentina

E-mail: ejscocco@yahoo.com