



¿Qué debe explicar el cirujano al paciente?

Sr. Director: La idea de los cirujanos que opinan "cuanto menos sepa el paciente, mejor para todos" proviene de una época denominada por algunos¹ "la era de los cirujanos", en la que eran éstos quienes dirigían las relaciones, lo que normalmente era aceptado por enfermos, familiares y sociedad en general. Sin embargo, aquella época ya ha pasado, sucediéndole "la era de los pacientes", en la que predominaban y se acataban las opiniones de los enfermos, principalmente con objeto de evitar reclamaciones, convirtiéndose el cirujano en *doctor shopping*² o expendededor de servicios según las peticiones del paciente o los familiares. También, y debido a la influencia de los gestores, esta segunda era se ha cambiado por "la era de los pagadores", en la que sobresalen las opiniones y explicaciones de los responsables de la financiación del gasto sanitario^{3,6}, convirtiéndose el paciente en "usuario" de un sistema de prestaciones, y el cirujano en "prestador" de servicios propuestos de antemano por las unidades, departamentos o instituciones sanitarias.

Con este cambio evolutivo de la relación cirujano-paciente no se ha mejorado la comunicación entre ambos⁴, teniendo en general los pacientes unas expectativas y deseos que no coinciden con las de los cirujanos, a pesar de que éstos busquen lo mejor para ellos. La sociedad, los familiares y el propio paciente tienen expectativas infundadas, casi siempre exageradas, sobre los beneficios reales que aporta la cirugía⁵, y habitualmente suele ocurrir que la satisfacción del cirujano con el tratamiento quirúrgico no es compartida en su totalidad por el paciente.

Según las evidencias, cuando los deseos y expectativas del médico se adecuan a los del enfermo, se mejora la calidad de la asistencia, que se mide con indicadores de satisfacción⁶. Cuando no se logra la satisfacción, surgen las discrepancias entre cirujanos y pacientes en los campos diagnóstico, terapéutico y pronóstico. Esto obliga al cirujano a emplear tiempo en escuchar y en explicar los aspectos de la patología en el caso concreto.

Los cirujanos con más destrezas sospechan que la solución a la pregunta planteada está en anticiparse a los deseos de los pacientes, pero no todos se contemplan. Pueden sintetizarse así:

1. Deseos durante el proceso diagnóstico:

– Durante la anamnesis el paciente quiere sentirse lo más importante posible en ese momento, por lo que el cirujano debe dar la sensación de disponer de todo el tiempo necesario para escucharle, no apresurándose a cortar sus manifestaciones y no interrumpiéndolas por artefactos ajenos a la relación. Es preferible adelantarse a la descripción de síntomas dirigiéndose al paciente, quien notará mayor consideración a su persona y a lo que tiene con preguntas como: ¿Me explica qué le pasa...? ¿También le sucede que...? ¿Achaca todo esto a...? ¿Le ha dicho su médico que...? ¿Cuál es su deseo más importante en...?

– Durante la exploración física y la práctica de pruebas complementarias, en general, los pacientes prefieren una exploración completa a que sea somera o no sean explorados, pero el cirujano debe cuidar que lo primero a explorar coincida con sus deseos o su clínica, además de no insistir en zonas o maniobras, sobre todo si el paciente señala "¡ahí no!". Antes de realizar cualquier exploración es necesario explicar al paciente en qué consiste y su finalidad, e indagar si la va a aceptar. Cuando el paciente rechace alguna exploración necesaria, el cirujano debe explicar todas las razones de su práctica e insistir en su conveniencia para el bien del enfermo, pero sin ocultar los inconvenientes si los tuviera. En las situaciones de obstinación no se debe ir en contra de la voluntad del paciente, ni recriminarle su conducta, porque automáticamente se pierde la confianza en la relación. Es buena medida aceptar explícitamente su criterio y ofrecerle otras pruebas sustitutivas, porque así se asegura la mutua confianza y adquiere mayor consideración la opinión médica.

– Durante la elaboración del diagnóstico y pronóstico, hay que explicar todo con terminología sencilla. El consentimiento informado no se reduce sólo a la aceptación firmada del diagnóstico, procedimientos operatorios y complicaciones postoperatorias. También incluye la explicación sucinta y accesible del diagnóstico diferencial, beneficios e inconvenientes de unas u otras técnicas quirúrgicas, complicaciones solucionables y secuelas previsibles; pero sobre todo lo más reclamado por el paciente es lo relativo a su calidad de vida, al tiempo sin hacer vida normal, a las pérdidas de funciones o los trastornos orgánicos después de la cirugía. No se debe explicar una cosa al paciente y otra a la familia, es preferible hablar a todos, sin usar palabras alarmantes.

2. Deseos durante los períodos operatorio y postoperatorio: hay cirujanos que se asombran de los deseos que tienen los pacientes, probablemente porque no han caído en la cuenta de que el enfermo atraviesa un estado delicado o conflictivo en su vida. Sin embargo, cada vez son más los que estiman los aspectos psicológicos en su terapéutica, hecho que hace pocos años ni se consideraba o se relegaba a otro personal asistencial, sirviendo como ejemplo la ausencia de explicaciones complementarias a las expresadas en el consentimiento informado. Uno de los deseos más comunes de los operados es que el cirujano les explique cómo ha ido la intervención y por qué tienen drenajes o sueros u otros aspectos del postoperatorio, pero esto se ve truncado en muchos casos debido a que son controlados por otros médicos que no les han operado, agravándose la situación si precisan reintervención indicada por el cirujano de guardia que es conocido en ese momento. Estas circunstancias deben ser explicadas antes de la intervención por el cirujano, y es muy conveniente que éste haya presentado al enfermo el equipo quirúrgico, así como la explicación de sus relaciones en sesiones clínicas sobre su caso concreto, en busca de la excelencia.

C. del Villar^a
y J.L. del Villar^b

^aMáster en psicología clínica.
^bFellow of the European Board
of Thoracic Surgeons.

1. Siegler M. Falling off the pedestal: what is happening to the traditional doctor-patient relationship. *Mayo Clin Proc* 1993;68:461-7.
2. Ware JE, Davies AR. Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Eval Program Plan* 1983;6:291-7.
3. Eusemberg JM. Clinical economics: a guide to the economic analysis of clinical practices. *JAMA* 1989;282:2879-86.
4. Belloch A. Lo que el paciente espera que el médico le explique y lo que el médico cree que debe explicar. *Arch Bronconeumol* 2002;38(Supl 7):9-15.
5. Jesseph E. Ética y futura evolución de la práctica médico-quirúrgica. *Surgery (ed. esp.)* 1980;88:331-2.
6. Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Med Care Res Rev* 1996;53:3-27.