

La cirugía centrada en la persona

Editorial

Luis Pacheco Ojeda¹

¹Cirujano Oncólogo, Presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina,
Rev. Fac Cien Med (Quito), 2018; 43(1):
Recibido: 12/10/17; Aceptado: 14/11/17

Autor correspondiente:
Luis Pacheco Ojeda
luispacheco.o@hotmail.com

Resumen

Contexto: la medicina centrada en la persona ha sido definida como “la práctica médica que se fundamenta en el respeto y seguimiento a las preferencias, necesidades y valores del paciente, elementos que deben guiar todas las decisiones clínicas.

Discusión: en respuesta al paternalismo médico, se han propuesto cuatro principios básicos relativos a la posición del médico ante su paciente: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. El cirujano debe utilizar criterios realísticos, basados en estadísticas confiables y en la mejor evidencia clínica a fin de recomendar la mejor decisión terapéutica, evitando suscitar un optimismo inapropiado en el paciente y sus familiares. A veces, llegar a este umbral de pensamiento es difícil de obtener. Entre los principales obstáculos actuales a una medicina centrada en la persona se encuentran al menos dos. Por un lado, el gran volumen de pacientes que un médico tiene que atender, con el consiguiente estrés para el facultativo y la reducción del tiempo de atención.

Conclusión: la relación entre paciente, familiares y cirujano debe ser lo más diáfana y afectiva para sobrellevar los obstáculos, presiones e inquietudes que rodean actualmente el desarrollo de un acto quirúrgico.

Descriptor DeCs: cirugía, persona, humanismo

Abstract

Context: person-centered medicine has been defined as "the medical practice that is based on the respect and follow-up of the patient's preferences, needs and values, elements that should guide all clinical decisions.

Discussion: in response to medical paternalism, four basic principles have been proposed concerning the position of the doctor before his patient: autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. The surgeon must use realistic criteria, based on reliable statistics and the best clinical evidence in order to recommend the best therapeutic decision, avoiding raising inappropriate optimism in the patient and their families. Sometimes, reaching this threshold of thought is difficult to obtain. Among the main current obstacles to a medicine centered on the person are at least two: the large volume of patients that a doctor has to attend, and the consequent stress for the doctor and the reduction of attention time.

Conclusion: the relationship between patient, family members and surgeon must be the most diaphanous and affective to overcome the obstacles, pressures and concerns that currently surround the development of a surgical act.

Keywords: surgery, person, humanism



Este artículo está bajo una
licencia de Creative Commons
de tipo Reconocimiento – No
comercial – Sin obras derivadas
4.0 International Licence

Introducción

La medicina centrada en la persona ha sido definida como “la práctica médica que se fundamenta en el respeto y seguimiento a las preferencias, necesidades y valores del paciente, elementos que deben guiar todas las decisiones clínicas”, según la National Academy of Sciences, Engineering and Medicine (NASEM) de los Estados Unidos¹. La medicina centrada en la persona debe considerar en el paciente sus tradiciones culturales, sus preferencias personales y valores, la situación de su familia y su estilo de vida. De esta manera, el paciente y su entorno familiar deben constituirse en parte integral del equipo de atención que colabore con los profesionales en las decisiones de manejo clínico².

Discusión

En respuesta al paternalismo médico, se han propuesto cuatro principios básicos relativos a la posición del médico ante su paciente: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia^{3,4}. El concepto de “autonomía del médico” se basa en el aporte, muy importante, que proporciona el médico en la atención sin constituirse en un simple agente del deseo del paciente. Esta atención debe fundamentarse en la mejor evidencia científica y en la experiencia y experticia del profesional.

La no maleficencia es el principio de bioética por el cual el médico no debe infligir daño intencionalmente al paciente. Esto es obvio en caso del cirujano pero puede ser de difícil aplicación en situaciones con pacientes terminales o con lesiones severas. En el campo de la cirugía estas reflexiones revisten especial relevancia en vista de que el acto quirúrgico, consistente en reseca, repara o reemplazar un órgano enfermo, supone un riesgo, de magnitud variable, de complicaciones (morbilidad) y de mortalidad. Esta situación ha determinado el desarrollo del consentimiento informado, el cual demanda tres componentes: la declaración, la comprensión del paciente y su decisión⁴. La declaración incluye los valores e intereses del paciente y del cirujano. La comprensión del paciente puede evaluarse analizando las preguntas propuestas por el paciente al cirujano. Y la decisión involucra el análisis de la información brindada por el cirujano en cuanto a objetivos y resultados.

La condición humana puede alterar el pensamiento racional. Puesto que la inclinación natural del ser humano es la supervivencia, en caso de cirugías de alto riesgo, debe balancearse los beneficios de esta modalidad de tratamiento con la calidad de vida que puede incluir dolor y sufrimiento y muerte en caso de no realizarse tal tratamiento. El paciente y su familia generalmente no tienen un conocimiento suficiente

de esta situación ni están entrenados para tomar por sí solos una decisión. Por este motivo, deben obtener del cirujano la guía y el consejo imparcial para tomar la decisión más conveniente. Si bien existe la percepción social de que debe realizarse el mayor esfuerzo posible para salvar la vida de un paciente, si el procedimiento quirúrgico resulta muy agresivo, riesgoso o de beneficio cuestionable, debe valorarse la opción de un tratamiento paliativo que no necesariamente mejore la sobrevida pero que proporcione una buena calidad de vida.

El cirujano debe utilizar criterios realísticos, basados en estadísticas confiables y en la mejor evidencia clínica a fin de recomendar la mejor decisión terapéutica, evitando suscitar un optimismo inapropiado en el paciente y sus familiares. A veces, llegar a este umbral de pensamiento es difícil de obtener. Debe tenerse en cuenta que el acto quirúrgico, aparte de las complicaciones, supone un estrés pre y postoperatorio, dolor e incapacidad física de diverso grado. El quirófano es el sitio en donde la relación entre cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería con el paciente tiene características muy particulares y únicas. La ansiedad y el estrés están usualmente presentes en todos ellos. El cirujano por su preocupación consciente y racional sobre el desarrollo y los posibles accidentes incluso muy graves que pueden ocurrir durante el acto quirúrgico así como los resultados y complicaciones del mismo.

El paciente y sus familiares que confían en el éxito de la intervención, sin complicaciones trans y postoperatorias. Cada vez más, el quirófano está equipado de infraestructura de alta tecnología. La preocupación del personal de salud por el uso adecuado de esta compleja tecnología y el tiempo disponible cada vez más corto pueden determinar una relación menos humanística con el paciente quien necesita más apoyo, incluso ternura, en los momentos previos a la cirugía. Este trato afable que afortunadamente es común por parte del personal quirúrgico es grata e inmensurablemente recibido por el paciente⁵.

La medicina centrada en la persona ha evolucionado desde aquel sistema centrado en el médico a uno que gira en torno del paciente. Es así que se idearon sistemas de puntuación (score) para evaluar los resultados de una intervención quirúrgica en términos clínico-quirúrgicos que satisficían las inquietudes sobre todo de los cirujanos y pero también de los pacientes. Sin embargo, se ha desarrollado otro aspecto importante de la medicina centrada en la persona que es, desde el punto de vista quirúrgico, el análisis de la satisfacción del paciente y su punto de vista sobre el resultado de la intervención. En algunas áreas, estos estudios han sido numerosos en áreas como la cirugía

plástica y la cirugía reconstructiva luego de resecciones amplias y/o mutilantes por cáncer. Sin embargo, se están aplicando en todas las especialidades quirúrgicas. El paciente desea una buena relación personal con el médico, una buena comunicación y empatía. Varios estudios han demostrado cuando estos elementos son satisfechos, el paciente cumple mejor las indicaciones, los resultados del tratamiento son mejores, reduciendo los síntomas y los costos al evitar realizar exámenes inútiles o inapropiados⁶.

Entre los principales obstáculos actuales a una medicina centrada en la persona se encuentran al menos dos. Por un lado, el gran volumen de pacientes que un médico tiene que atender, con el consiguiente estrés para el facultativo y la reducción del tiempo de atención. Desgraciadamente el número de pacientes atendidos y no la calidad de atención es lo que más interesa a las autoridades políticas y sanitarias. Al médico, en cambio, por razones humanas y académicas, le interesa conocer la eficacia del proceso diagnóstico y los resultados de los tratamientos. Por otro lado, el interés de los hospitales es reducir al mínimo la estancia hospitalaria y, por lo tanto, los costos, puede determinar un deterioro en la atención más humana al paciente⁶.

El agradecimiento del paciente y su familia puede ser ocasionalmente emotivo. Esta actitud tiene un impacto profundo en el espíritu del cirujano y equipo de colaboradores. Pero, eventualmente, el cirujano y su equipo pueden ser acusados, muchas veces injustamente, de mala práctica, si han ocurrido complicaciones o muerte. Esta situación es motivo de enorme presión psicológica en el cirujano, preoperatoriamente. Y, según la severidad de la ley, puede inducir al cirujano a no optar por una intervención si el riesgo de complicaciones es elevado. Esta presión puede sesgar la indicación científica de la cirugía. Es así que el cirujano puede ser considerado como la “segunda víctima” de un acto quirúrgico que se desarrolle con complicaciones. En una reciente encuesta a cirujanos norteamericanos con gran volumen de cirugías, un 80% contestó haber tenido eventos adversos durante las intervenciones. Los principales hallazgos de este estudio fueron, en primer lugar, el gran impacto emocional en el bienestar de los cirujanos quienes experimentaron sentimientos de tristeza, ansiedad y

vergüenza, llegando inclusive a buscar apoyo psicológico. Y en segundo lugar, el reporte de estos eventos adversos es complejo e incompleto, carente de transparencia, relacionado a veces al miedo del cirujano a ser sometido a procesos legales⁷.

Conclusión

La relación entre paciente, familiares y cirujano debe ser lo más diáfana y afectiva para sobrellevar los obstáculos, presiones e inquietudes que rodean actualmente el desarrollo de un acto quirúrgico.

Contribución del autor

El protocolo de investigación y el diseño de la misma, la recolección de datos, el análisis estadístico, la valoración e interpretación de los datos, el análisis crítico, la discusión, la redacción y la aprobación del manuscrito final fueron realizados en su totalidad por el autor.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

Aprobación ética y consentimiento

El manuscrito fue revisado por pares y aprobado oportunamente.

Financiamiento

El autor declara que los recursos financieros para la elaboración de la presente investigación no proceden de ningún fondo, sino de su autogestión.

Conflicto de interés

El autor No reporta conflicto de interés alguno. Este documento presentado al Congreso Extraordinario de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, de España y Portugal, Bogotá, Colombia, el 27 de Noviembre del 2017. El autor es presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina.

Agradecimientos

El autor agradece a todas las personas que colaboraron en el proceso de revisión por pares.

Referencias

1. Hatchimonji JS, Sisti DA, Martin ND. Surgical futility and patient-centered care: The effects of human nature in decision making. *Bull ACS* 2016;101(11):19-23.
2. Institute for Healthcare Improvement. Patient-centered care for medical/surgical units. 2017,<http://www.ihf.org/resources/Pages/Changes/PatientCenteredCare.aspx>. Accessed August 23,2017
3. Childers R, Lipsett PA, Pawlick TM. Informed consent and the surgeon. *J Am Coll Surg* 2009;208:627-634.
4. Informed Surgical Consent. Stain SC. *J Am Coll Surg* 2016;222:717-718.
5. Gabrielson A. Patient-centered care in the OR: is this possible *Can Oper Room Nurse J*: 1997;15(1):8-10.
6. Rickert J. Patient-Centered Care: What It Means And How To Get There. 2017,<http://healthaffairs.org/blog/2012/01/24/patient-centered-care-what-it-means-and-how-to-get-there/>. Accessed August 24,2017.
7. Han K, Bohnen JD, Peponis T et al: The surgeon as the second victim? Results of the Boston Intraoperative adverse events Surgeon's Attitude (BISA) Study. *J Am Coll Surg* 2017;224:1048-1056.