



COMENTARIO

Reflexiones sobre la experiencia del paciente en cirugía cardíaca

Reflexions regarding patient experience in cardiac surgery

Hector Ducci B. ^a✉

^a Gerencia de Experiencia de Paciente. Departamento de Cardiología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 08 02 2022.
Aceptado: 04 04 2022.

Key words:

Cardiac Surgical Procedure; Anxiety; Emotions; Patient Experience and Stress Associated with Cardiac Surgery; Patient Journey; Patient Journey Touchpoints.

Palabras clave:

Cirugía Cardíaca; Ansiedad; Emociones; Experiencia de Paciente y Estrés Asociado a Cirugía Cardíaca; Viaje del Paciente

RESUMEN

El paciente que enfrenta cirugía cardíaca suele hacerlo en forma ambivalente, con temor por no siempre estar bien informado de los riesgos ni de las diferentes fases del proceso, pero al mismo tiempo, consciente de que esta intervención representa la posibilidad de volver a un mejor estado de salud, incluso a prolongar su expectativa de vida. En este artículo se analizan dichas fases, y se formulan recomendaciones para mejorar tanto la experiencia del paciente como los resultados de dicha cirugía.

ABSTRACT

Patients that face cardiac surgery usually do it in an ambivalent manner, afraid because they might not always be well informed of its risks and many phases, but at the same time aware that surgery represents the possibility of recovering a better state of health, and even prolonging his/her life expectancy. This article analyzes such phases and formulates recommendations to improve not only patient experience but also surgical outcomes.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: hducci@clinicalascondes.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.04.003>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la cirugía cardíaca ha beneficiado a un gran número de pacientes, prolongando su expectativa de vida y mejorando la calidad de esta¹. Aunque de relativo bajo riesgo, la cirugía cardíaca es una cirugía compleja, es por ello que los pacientes casi invariablemente la conciben con ambivalencia, como “el último recurso”, algo “doloroso”, “aterrador”, “estresante”, “de alto riesgo”, y consideran la posibilidad de no sobrevivirla. Pese a todos los avances técnicos y a los esfuerzos de los equipos médicos y de las instituciones de salud, no se ha logrado que el paciente que se somete a esta cirugía deje de sufrir².

A los pacientes les preocupa asegurar el éxito de la intervención y, cuando es posible, se esmeran en la elección del mejor cirujano, equipo e institución posibles. Además, temen sentir dolor, estar alejados de sus familiares y perder la capacidad de hacer cosas rutinarias por sí mismos. Sobre todo, tienen nociones preconcebidas negativas de lo que representa una estadía en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), en la que saben que pasarán una cantidad de tiempo significativo, lo que consideran “una experiencia de vida más allá de su control”³.

El viaje del paciente -que incluye diagnóstico, tratamiento quirúrgico, recuperación, rehabilitación y seguimiento-, está constituido por múltiples puntos de contacto de éste con el hospital, los médicos, enfermeras y enfermeros, y todo el personal. Por ello, se deben detectar aquellos puntos de contacto que, en opinión de los pacientes, son los más débiles, los que generan más comentarios adversos, quejas y reclamos, y trabajar para corregirlos, siguiéndolos en el tiempo para establecer que las medidas adoptadas perduren. Estos “puntos de dolor” para el paciente y su familia, al mejorarlos, influyen positivamente tanto en los resultados como en la experiencia de los pacientes⁴.

El aumento de la expectativa de vida y la reducción del riesgo que ha experimentado la cirugía cardíaca en personas mayores ha llevado a que esta cirugía se recomiende a más pacientes de la tercera edad. Sin embargo, esta población frecuentemente adolece también de otras patologías degenerativas, (hipertensión, diabetes, ...) propias de la edad, lo que aumenta su riesgo y nos obliga a ser aún más rigurosos en su indicación y ejecución⁵. Durante todo el viaje también se debe mejorar la comunicación, algo en lo que en el pasado se ha fallado, explicando cada paso diagnóstico y terapéutico, haciendo que el paciente los comprenda y participe en las decisiones.

La cirugía cardíaca es una de las instancias médicas en que más se manifiesta la asimetría de la relación entre el médico y el paciente, lo que puede resultar en que este último, impresionado por el *status* profesional que atribuye al facultativo, no se atreva a hacer preguntas cuyas respuestas responderían sus dudas e inquietudes, y lo haga tomar una decisión sin un adecuado análisis de los riesgos.

Esta cirugía que, pese a basarse en protocolos debe ser personalizada, reúne tratamientos invasivos, uso de mucha tecnología y extenso uso de medicamentos complejos, en la que la competencia del equipo se define por sus conocimientos y talentos, su actitud positiva, experiencia y características personales, y su cercanía, presencia y disponibilidad constantes, todas características que hacen que el paciente sienta seguridad y convicción de que el personal a cargo de su salud vela por proteger su integridad física y mental⁵. Competencia sin compasión es inhumano, compasión sin competencia puede ser hasta peligroso⁴.

PREOPERATORIO

Una vez hecha la recomendación de cirugía, el equipo médico - anestésico - quirúrgico debe invertir tiempo en informar al paciente los detalles de la operación planeada y sus riesgos y beneficios, y debe enfatizar que ese “viaje” lo hacen juntos, como equipo; el paciente, el cirujano, el cardiólogo, enfermeras y enfermeros, y todos en la institución, los que harán el máximo esfuerzo por ayudarlo a la transición a una mejor salud.

Es importante recordar a los pacientes que se hará todo lo posible para reducir o eliminar el dolor, que durante su hospitalización será cuidado por muchas personas y estará en diferentes áreas del hospital, lo que, de no ser informado, constituye fuente de desorientación y confusión. Se debe asegurar que el paciente tenga expectativas realistas respecto a la duración del período de recuperación, explicándole que esta es lenta, comprometiéndolo a completar las sesiones de rehabilitación que se consideran las adecuadas. Se le debe tranquilizar que podrá ver a sus familiares tanto como sea posible.

CONSENTIMIENTO

El consentimiento informado debe ser considerado como un proceso y debe realmente “informar” al paciente. Debe ser explicado en detalle y firmado por el paciente una vez que este haya comprendido la cirugía planeada, y no llevado a cabo como un trámite más. Esa inversión de tiempo es de gran valor; es lo que los pacientes merecen. Además, el recibir información clara reduce el estrés, la incertidumbre y el temor que rodea a procedimientos médicos complejos, que los pacientes a veces no comprenden fácilmente⁶.

PABELLÓN

Pese a que en el pabellón el paciente anestesiado no tiene noción de lo que ahí ocurre, el equipo quirúrgico debe dedicar todas sus capacidades al acto en curso, asegurando, como en todas las etapas del proceso, la máxima seguridad. Es distinto sentirse seguro de estar clínicamente seguro. Es fundamental mantener la calidad técnica y total concentración en la labor en curso, cuidando siempre el respeto por y el recato del paciente.

POSTOPERATORIO INMEDIATO

El postoperatorio inmediato en la Unidad de Tratamiento Intensivo es el período más demandante y desafiante de la resistencia emocional y física del paciente, en el que el dolor es mayor, la incomunicación por la presencia del tubo traqueal es prácticamente total, y la presencia de los familiares limitada. A eso se suman las recurrentes e intensas quejas por las molestias causadas por la aspiración del tubo endotraqueal, y por extrema sed. Es entonces cuando el equipo debe intensificar sus intentos por prevenir y aliviar el dolor, por cuidar a los pacientes en forma personal e individualizada, para transmitirles seguridad y la preocupación que se tiene por ellos. De igual forma cuando recuperan la conciencia, es importante recordarles que la cirugía ya terminó, que fue exitosa, que se lograron los objetivos. Durante todo este “viaje”, pero en especial en ese entorno, se debe crear una atmósfera positiva, de paz, de silencio, asegurando el descanso y el sueño de los pacientes, y su bienestar no solo físico, sino también psicológico y espiritual. Se debe prestar especial atención a la prevención del delirio y a su tratamiento precoz, complicación frecuente en estadios de los pacientes geriátricos en UTI⁵.

Desde que el paciente recupera conciencia el personal de salud a cargo debe estar preocupado de controlar el dolor, contestar sus llamados con la mayor presteza posible, reducir el ruido ambiente al mínimo posible y ayudarlos en la orientación temporo-espacial. Es entonces cuando el paciente requiere más información y respuestas claras a preguntas tales como “¿dónde estoy? ¿qué pasó?, ¿qué día es?, ¿cómo resultó la operación?” que deben ser entregadas en cuanto surjan.

No se debe olvidar que la remoción de los tubos de drenaje, y el de la línea arterial, indoloras, en ocasiones mínimamente dolorosas, producen ansiedad y deben ser también explicadas antes de ser llevadas a cabo.

El paciente debe tener en claro que si bien la tecnología, muy presente en la Unidad de Tratamiento Intensivo e inseparable del cuidado médico, es de gran valor y provee de valiosa información, alertas y alarmas lo que más interesa es la persona, aprovechando la información que la tecnología nos provee de ella. El equipo de salud no es una extensión de esta última, se debe recalcar que los miembros del equipo se comunican regularmente en relación con la situación de cada paciente, y que los planes de tratamiento son conocidos y acordados por todos. Si bien la cirugía y su cuidado posterior son muy protocolizados, el cuidado que se ofrece, debe ser personalizado^{6,7}.

RECUPERACIÓN MÁS AVANZADA

El proceso de extubación es por lo general molesto y por lo tanto debe ser explicado con antelación. Una vez que el paciente es extubado y está estable, es trasladado a una unidad de inter-

medio o directamente a médico quirúrgico. En esta etapa el papel de enfermería es crucial, ya que son quienes tienen el mayor contacto con el paciente, y así es capaz de informarse de sus opiniones y deseos, y de transmitirlos al equipo médico.

El cuidado debe ser empático, compasivo, de apoyo, centrado en el paciente y en el control y tratamiento del dolor, contribuyendo a reducir el estrés y la ansiedad, asegurando su comodidad, su higiene (que en las encuestas de satisfacción aparece como algo primordial para este), y su nutrición. El personal de salud a cargo del paciente se debe identificar con él cuando está en contacto. Es en esta etapa cuando los pacientes manifiestan haberse olvidado de lo que vivieron o tener memoria fragmentada de ello, haberse sentido inmersos en un mundo “extraño”, tenido pesadillas repetitivas, sentirse avergonzado por no poder hacer por sí mismos funciones básicas, y estar molestos por ser trasladados de un área del hospital a otra. Se debe reforzar el acompañamiento, la información, la conversación positiva no necesariamente siempre relacionada con su condición cuando ella lo permite, y facilitar las visitas de cónyuges y familiares. Dirijámonos a ellos por su nombre precedido por señor o señora, usando la palabra “usted” a menos que el paciente pida expresamente que se le trate de “tú”⁶⁻⁸.

Se deben limitar los exámenes solicitados a los estrictamente requeridos y pertinentes a la situación del paciente, recordando que muchos de ellos son de alto costo, algunos causan dolor, y en ocasiones obligan al traslado del paciente, lo que contribuye a su desorientación, frecuente en los pacientes mayores.

ALTA

Tanto los médicos como enfermería son responsables de hacer del alta un proceso amigable, fácil, informativo, y que conteste dudas. Se recomienda describir una vez más por qué y cómo se llevó a cabo la operación, y los beneficios a esperar de la misma. Se debe hacer hincapié en que la recuperación es un proceso largo y escalonado, es decir, en el que el avance es percibido como etapas estacionarias que alternan con días en que se nota gran progreso. Muchos pacientes informan que temen irse a casa, y es entonces cuando se les debe asegurar que, en la opinión del equipo médico, están preparados para ello, que allí estarán bien, que con eso inician su retorno a una vida normal, y que en caso de dudas pueden contactar al equipo médico, que le contestará a la brevedad su consulta.

El alta debe incluir, una detallada descripción de la dieta, de los períodos de reposo (“levantarse tarde, acostarse temprano”), de la actividad progresiva recomendada, y de los medicamentos. Es importante establecer cuáles de los que el paciente tomaba antes ya no son necesarios, y cuáles son los que debe tomar, destacando el propósito, la dosis y el horario de cada uno, lo que estará

incluido en la epicrisis. Si bien los pacientes dicen haber entendido la explicación de estos, se recomienda utilizar la técnica de *“teach back”*, que consiste en que él o ella debe explicarnos qué medicamentos se le han recomendado, y sus dosis y horarios. El proceso de alta no se considera finalizado hasta que el paciente y sus familiares hayan demostrado una total comprensión de lo explicado⁹.

Un proceso de alta acelerado, incompleto, confuso, no informativo conduce a readmisiones, generalmente asociadas a errores terapéuticos, las que son de alto costo e impactan negativamente en la relación del paciente con el equipo médico y con la institución⁶⁻⁸.

Si bien debiera ser práctica habitual, en cirugías de esta envergadura es especialmente importante informar al paciente y a su familia de cómo contactar al médico tratante y al cirujano en caso de dudas, preguntas o problemas. Así también, la epicrisis debe dejar establecido el seguimiento.

SEGUIMIENTO

En esta etapa, en el que también se establecen varios puntos de contacto en el viaje del paciente y por lo tanto son parte de su experiencia, las responsabilidades del equipo médico para con él incluyen el manejo de sus factores de riesgo, fomentar los cambios de comportamiento que pueden ser nocivos para su salud y educarlo en el cuidado de su enfermedad¹⁰.

El cirujano informará al paciente y a su familia cuando este debe acudir a su consulta para ser controlado, y si se requieren exámenes, cuáles y en qué fecha deben ser llevados a cabo. Este revisará la evolución de la incisión, de las zonas de punción y de los drenajes y realizará un examen físico detallado. Pero, lo fundamental de esta visita es que el profesional informe al paciente de los logros y del éxito de la cirugía, incentive al paciente a acercarse gradualmente a una vida normal y a incorporarse a un programa de rehabilitación cardíaca. Es importante recordarles que, sobre todo en cirugía coronaria, la operación no es una cura, que padecen de una enfermedad crónica, y que, dado que es posible intervenir positivamente en su progresión, deben adoptar una vida saludable y mantenerse rigurosamente en tratamiento.

REHABILITACIÓN CARDÍACA

La rehabilitación cardíaca es de probado beneficio físico y psíquico en pacientes que se recuperan de cirugía cardíaca. Mejora la calidad de vida, alivia síntomas y puede hasta tener impacto positivo en la expectativa de vida.

Este es un programa supervisado por el equipo médico, que diseña un protocolo personalizado en base a los requerimientos

específicos de cada paciente, y que tiene cuatro fases: la del período intrahospitalario, que se inicia en la Unidad de Tratamiento Intensivo, la post alta, la de ejercicio progresivo, y la de mantención.

La meta de la primera fase es hacer posible que el paciente regrese a casa lo antes posible y en las mejores condiciones, para lo cual inicialmente se le hará sentarse al borde de la cama, luego caminar y, antes del alta, subir escalas. Esto da seguridad al paciente y a su familia, el que ya en casa -la segunda fase- comenzará a alargar las caminatas y hacer ejercicios que se le enseñaron antes del alta, habiendo aprendido a controlar su frecuencia cardíaca y si fuese necesario, su oxigenación. Los pacientes refieren que esto contribuye a una sensación de recuperación de la salud y de transición a una vida normal, por lo que a los beneficios físicos de este programa se suman los psicológicos, lo que completa una experiencia de paciente positiva.

La tercera fase se inicia cuando el aumento progresivo de las actividades normales no afecta a la frecuencia cardíaca y a la presión arterial. En general, esta etapa consiste en treinta y seis sesiones (tres sesiones a la semana por tres meses) supervisadas por médicos, enfermeras y kinesiólogos para garantizar tanto la seguridad del paciente como que los ejercicios se llevan a cabo en buena forma. La cuarta fase, de mantención, consiste en mantener las guías de ejercicio, de nutrición, de estilo de vida y de control de los factores de riesgo que contribuyeron al establecimiento de la enfermedad¹⁰.

SÍNTESIS

Los pacientes enfrentan la cirugía cardíaca con una mezcla de temor y de esperanza. De temor a morir, y con la esperanza de superar la cirugía, vencer la enfermedad, las limitaciones que esta impone, y de recuperar la salud.

Con el aporte de óptimas competencias clínicas y calidad técnica, el equipo de salud debe acompañarlos en todas las etapas de este “viaje” asegurando, antes que nada, un buen resultado¹⁰. También es fundamental realizar un cuidado personalizado que incluya empatía, compasión y cercanía⁸, dedicándoles tiempo a ellos y a sus familias, manteniéndolos informados, haciéndolos partícipes de las decisiones diagnósticas y terapéuticas, dejando en claro que sus opiniones importan, que no son “una enfermedad” sino un ser humano único, complejo, distinto. “La medicina no consiste en tratar pacientes sino en cuidar personas que tienen vidas propias, identidades, intereses, una historia y seres queridos. No son objetos, números ni enfermedades”⁴.

En la figura 1 se representa el cuidado y preocupación por el paciente con el cuadro: El Inválido (1669) del pintor Wolfgang

Figura 1. The Invalid (1669)



Pintura barroca alemana pintada originalmente por Wolfgang Heimbach. Colección del Museo de Artes de Hamburger Kunsthalle.

Heimbach, reflejando que es responsabilidad de todo el equipo de salud asegurar una muy buena experiencia a los pacientes durante su cirugía cardíaca y su convalecencia, logrando esto a través de una mejora continua de los puntos de contacto que relacionan al paciente con la institución y con el equipo médico. El paciente siempre está primero.

Declaración de conflicto de interés
El autor declara no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engelman DT, Ben Ali W, Williams JB, Perrault LP, Reddy VS, Arora RC, et al. Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. *JAMA Surg.* 2019;154(8):755-766. doi: 10.1001/jamasurg.2019.1153.
2. Lisboa-Gois CF, Aguillar OM, Santos V, Llapa-Rodríguez EO. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. *Invest Educ Enferm.* 2012;30(3):312-319.
3. Vargas TV, Maia EM, Dantas RA. Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006;14(3):383-388. doi: 10.1590/s0104-11692006000300012.
4. Merlino J. *Service Fanatics: How to Build Superior Patient Experience the Cleveland Clinic Way 1st Ed.* McGraw-Hill. 2014.
5. Claesson Lingehall H, Smulter N, Olofsson B, Lindahl E. Experiences of undergoing cardiac surgery among older people diagnosed with postoperative delirium: one year follow-up. *BMC Nurs.* 2015;14:17. doi: 10.1186/s12912-015-0069-7.
6. Schelling G, Richter M, Roozendaal B, Rothenhäusler HB, Krauseneck T, Stoll C, et al. Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. *Crit Care Med.* 2003;31(7):1971-1980. doi: 10.1097/01.CCM.0000069512.10544.40.
7. Kemp KA, Naqvi F, Quan H, Paolucci EO, Knudtson ML, Santana MJ. Eliciting Patient Experiences About Their Care After Cardiac Surgery. *CJC Open.* 2020;3(4):427-433. doi: 10.1016/j.cjco.2020.11.016.
8. Lee TH. *An Epidemic of Empathy in Healthcare: How to Deliver Compassionate, Connected Patient Care That Creates a Competitive Advantage.* McGraw Hill. 2015.
9. Yen PH, Leasure AR. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract.* 2019;36(6):284-289.
10. Cosgrove T. *The Cleveland Clinic Way: Lessons in Excellence from One of the World's Leading Health Care Organizations. 1st ed.* McGraw-Hill. 2014.