

Guia pràctica de comunicació i consentiment informat

**Autors: Dr. J. Castillo
Dra. L.M. Ferro
Dra. C. Llubia
Dr. E. Moret**

COMUNICACIÓ METGE-MALALT I **CONSENTIMENT INFORMAT**

La importància d'una comunicació eficaç entre metge i malalt és un fet inqüestionable, reconegut i demostrat com a generador de múltiples beneficis (augment de la satisfacció per ambdues parts, millors resultats i eventual prevenció de reclamacions).

L'habilitat comunicacional, entesa com actitud personal ajudada per tècniques que es poden ensenyar, aprendre i avaluar, forma part de la competència professional i la seva importància està cada vegada més reconeguda.

Pel que fa a l'especialitat d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor, tenim en la **entrevista preoperatòria** una de les ocasions on es fa més necessària, ja que, a més dels objectius "mèdics" de la visita tals com valorar la història clínica, els riscos, etc. està el de donar informació, arribar a un acord sobre la tècnica a emprar i sol·licitar el consentiment informat.

Concients de la individualitat d'aquest fet i de la impossibilitat de "protocolitzar" actuacions, desde el grup s'intenta facilitar "eines" que puguin ser d'ajuda en aquesta tasca:

- 1.- Reflexions/recomanacions generals sobre la informació
- 2.- Proposta del contingut informatiu sobre la anestèsia (dirigit als pacients)
- 3.- Proposta de forma (escrita/visual) d'aquesta informació (video)
- 4.- Propiciar adquisició d'habilitats comunicatives (seminaris)
- 5.- Proposta orientativa de Document escrit de Consentiment Informat

1. Reflexions/recomanacions generals sobre la informació en anestèsia

- La informació s'ofereix, no s'imposa.
- El pacient té dret a saber, no obligació (perill d'aferrissament informatiu).
- L'anestèsia no és un acte curatiu "per se", per tant, els riscos que han d'assumir-se són en funció del benefici esperat (del conjunt de la intervenció terapèutica).
- El metge hauria d'averiguar quan un pacient està molt desinformat.
- Si creu que el pacient està assumint uns riscos greus de forma inconscient i innecessaria, té la obligació de fer-li saber.
- La informació escrita pot i ha de ser detallada.
- La informació escrita/visual mai no pot substituir l'explicació oral.
- L'entrevista individual ha d'adequar/personalitzar la informació general en funció de les característiques i la situació de cada pacient.

2.- Proposta del contingut informatiu sobre la anestèsia

2.1.- Què és l'anestèsia?

L'anestèsia és un procediment mèdic que permet la realització d'una intervenció quirúrgica o exploració diagnòstica dolorosa/molesta, amb la màxima seguretat i confort per al pacient.

L'acte anestèsic consta de tres fases ben diferenciades: preoperatori, intraoperatori i postoperatori.

2.2.- Quines són les funcions de l'anestesiòleg?

L'anestesiòleg és un metge especialista en Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor i les seves funcions són:

- En el preoperatori (abans de la intervenció): valorar l'estat de salut i la història clínica del pacient, (a vegades en col·laboració amb altres especialistes) i optimitzar- lo abans de la intervenció
- Durant la intervenció: correspon a l'anestesiòleg aplicar la tècnica anestèsica més adequada i vigilar constantment que la seguretat i benestar del malalt siguin òptims
Això ho fa controlant les constants vitals (pols, pressió arterial, ritme cardíac, oxigenació, etc.) mitjançant l'ús de fàrmacs, aparells (monitors, respiradors) o altres objectes tals com sondes, cànules intravenoses, etc.. D'aquesta manera és capaç de detectar la majoria de problemes que puguin presentar-se i actuar en conseqüència.
- En finalitzar la cirurgia controla també el període postoperatori immediat fins a la total reuperació de les constants vitals.

2.3.- Quins tipus d'anestèsia existeixen?

Hi ha diferents tipus:

Anestèsia local: sol utilitzar-se per petites intervencions, i consisteix en la injecció d'un anestèsic (generalment a la pell) molt a prop de la zona a operar.

Anestèsia regional: en aquest cas l'anestèsic s'injecta a prop de l'arrel nerviosa, insensibilitzant una part ampla del cos. (Epidural o Intradural) El pacient, com en el cas de l'anestèsia local es manté conscient . Habitualment s'administra algun tipus de sedant per via intravenosa per aconseguir que el malalt estigui tranquil i confortable al quiròfan.

Anestèsia general: és aquella que actua sobre tot el cos; el pacient es troba en estat molt semblant al del son normal o fisiològic. Els tipus i dosis de fàrmacs necessaris es calculen segons l'edat, pes, tipus de cirurgia i malalties acompanyants que pugui tenir el pacient. En aquest tipus d'anestèsia els fàrmacs s'administren per via intravenosa o inhalatòria.

2.4.- L'acte anestèsic és segur?

Actualment l'anestèsia és molt segura. No obstant, i com en qualsevol acte mèdic, poden existir complicacions que l'anestesiòleg està preparat per solventar. Els riscos que es corren són de dos tipus:

- Risc quirúrgic: és aquell associat al tipus d'intervenció. D'aquest n'informa amb detall el cirurgià ja que depèn de la complexitat/dificultat de la tècnica quirúrgica en cada cas
- Risc anestèsic: propi de l'acte anestèsic i molt directament relacionat amb l'estat de salut previ a la intervenció

El ventall de complicacions que poden presentar-se en una anestèsia és molt ampli i comprèn des de molèsties banals fins a complicacions importants.

2.5.- Quins són els riscos associats a l'anestèsia ?

En general els riscos associats a l'anestèsia depenen no tant de l'acte anestèsic en sí mateix com de les condicions físiques del malalt i de l'agressivitat de la intervenció. Les descompensacions de malalties prèvies tals com bronquitis, problemes cardíacs, diabetis, etc. poden arribar a ser greus i per aixó convé optimitzar l'estat general abans d'operar-se.

Existeix el risc de molèsties banals tals com mal de coll, tos, veu ronca, nàusees o vòmits després d'una anestèsia general ; mal d'esquena o mal de cap després d'una anestèsia espinal (epidural o intradural) o hematomes a la zona on s'ha aplicat l'anestèsia local.

Altres, que poden ser greus es presenten de forma excepcional i poden ser:

- Reaccions adverses/al·lèrgiques a fàrmacs
- Aspiració de contingut gàstric i pneumònia secundària
- Complicacions metabòliques o neurològiques
- Alteracions cardiorespiratòries o d'altres òrgans vitals que poden fins i tot arribar a coma o mort

2.6.- El pacient, pot col·laborar d'alguna manera?

La col·laboració del pacient és fonamental.

En acudir a la consulta preanestèsica és molt important que porti la informació més detallada possible sobre:

- Malalties actuals i/o prèvies (informes d'ingressos hospitalaris, etc.)
- Medicació que pren habitualment (targeta de medicació crònica)
- Intervencions quirúrgiques prèvies
- Al·lèrgies
- Experiències en altres anestèsies
- Anàlisis, electrocardiograma, radiografies i altres proves complementàries sol·licitades pel cirurgià o altre especialista, si les tingues
- Habits tòxics i/o drogodependències

Una vegada estudiat l'historial clínic, l'anestesiòleg indicarà si és possible i com millorar l'estat físic abans de la intervenció.

2.7.- Què passa al quiròfan?

Normalment, a l'habitació s'administra un tranquil·litzant (sol ser una pastilla). El pacient és llavors transportat en camilla al quiròfan on es confirma la seva identitat, la seva patologia i la intervenció quirúrgica. Es col·loca un accés venós ("suero a la vena") amb un sedant.

En entrar al quiròfan es comença la monitorització de les constants vitals amb la tecnologia més adient que permeti la vigilància continua durant tot el procés quirúrgic. L'anestesiòleg procedeix a realitzar la tècnica anestèsica prèviament consensuada.

2.8.- Control postoperatori. Què passa després de la operació?

Després d'una intervenció, es necessita un període de recuperació (entre una i varies hores) que transcorren en una sala a prop del quiròfan. Aquesta sala està especialment preparada (amb material i personal) per vigilar de forma continua el malalt fins que es trobi en condicions de tornar a la seva habitació o al seu domicili.

Segons el tipus de cirurgia i l'estat del pacient, pot ser necessària una atenció més especialitzada que es realitza en unitats especials (cures crítiques) les quals reben diferents noms segons cada hospital (Reanimació, UVI, RPQ, etc.). En aquestes unitats poden aplicar-se, si el malalt ho necessita, tractaments invasius, tals com respiració artificial, diàlisi, etc..

2.9.- Quan i on es podran resoldre els dubtes ?

La informació escrita o visual (fulletó o vídeo) es donarà abans de la visita amb l'anestesiòleg.

La consulta preanestèsica és el lloc ideal per aclarir qualsevol dubte.

2.10.- Què és el document del Consentiment Informat?

És un document que signen metge i pacient i significa l'acord sobre el procés que s'ha de dur a terme.

L' autonomia (el dret a decidir sobre la pròpia persona) és un dret fonamental reconegut a la Constitució i protegit per la Llei.

Pel que fa a l'àmbit mèdic, es tracta del dret a decidir les actuacions que tenen lloc sobre el propi cos. Aixó vol dir que existeix la possibilitat de negar-se a un determinat tractament o a escollir entre varies alternatives mèdicament correctes i que estiguin igualment indicades. (Ha de saber-se que no sempre existeixen alternatives per resoldre una determinada qüestió.)

L' autonomia NO dóna dret a sol·licitar intervencions no indicades.

Durant l'entrevista clínica el pacient no només pot sino que ha de sol·licitar tota la informació que necessiti per implicar-se “ amb coneixement de causa” en qualsevol decisió que es prengui.

I encara que renunciar a ser informat també és un dret (“el que vostè consideri, doctor”) convé explicitar-ho per evitar mals entesos.

La millor alternativa en cada cas serà aquella que de comú acord adoptin metge i malalt. La Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya obliga a explicitar aquest procés en un document signat. Aixó és el **DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT**.

La signatura del document NO significa exenció de cap responsabilitat sino la confirmació de que ha existit un **adequat procés de comunicació**, que les dues parts han entés els beneficis esperats d'una determinada actuació, els riscos que existeixen i estan d'acord en el procés a seguir.

3.- Proposta de forma de la informació

Material informatiu que el pacient tingui abans de l' entrevista:

- Fulletons dissenyats per cada centre de característiques com:
 1. Disseny agradable que convidi a la lectura
 2. Llenguatge simple ,intel·ligible i clar. No terminologia mèdica o explicació entre parèntesi si cal. Exemple: cefalea (mal de cap)
 3. Realista pero positiu. Generador de confiança
 4. Idiomes: català/castellà
 5. En forma de preguntes y respostes
 6. Recordar que és una documentació de l'hospital
- Elaborada una proposta de video divulgatiu (el projecte desglosat s'adjunta al final d'aquesta guia)

4.- Propiciar adquisició d'habilitats comunicatives

Seminaris sobre comunicació en la relació clínico-assistencial

Objectiu: reflexionar sobre la vessant més humana de l'especialitat i adquirir tècniques i habilitats de comunicació.

5.-. Document de Consentiment Informat (CI)

Idees generals:

- No és necessari un disseny específic.
- Cada centre hauria d'elaborar un document propi adequat a les seves característiques.
- Mai ha de suposar un tràmit "aïllat" (signatura sense xerrada prèvia).
- És la constatació per escrit d'un acord lograt durant l'entrevista clínica.
- Els elements imprescindibles en qualsevol document de CI són: identificació del pacient i del metge que informa, objectiu del procediment, riscos generals, riscos específics de cada cas, limitacions i data.
- Formarà part de la Història clínica del malalt

6 – Bibliografia

1. Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia al pacient i la documentació clínica. DOGC nº 3303. www.gencat.net
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia de Recomanacions sobre el Consentiment Informat. Barcelona : 1997
3. Broggi MA . Gestión de los valores «”ocultos”» en la relación clínica. Med Clin (Barc) 2003;121(18) 705- 9
4. Broggi MA, Solans T, Arnau J. El consentiment informat i el respecte a l'autonomia del malalt. Annals de Medicina 2002; 83:106-108
5. Problemas Prácticos del Consentimiento Informado. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. Nº 5.2002
6. Waisel DB. Informed Consent. Anesthesiology 1997;87:968-78
7. Drane J. Competency to give an Informed Consent. JAMA 1984;257:925-7
8. Gracia D. procedimientos de decisión en ética clínica. (1991) Ed. EUDEMA Madrid
9. Simon P. El Consentimiento Informado: de la historia de las decisiones judiciales a la fundamentación ética.JANO 1995;1117:41-53
10. Garrido JA. Formación en comunicación y consentimiento informado en nuestro sistema de residencia: ¿qué información puede y debe dar un residente?. Med. Clin 1998;739-41
11. Llubíà C. Consentimiento Informado; capítulo en “Evaluación y preparación preoperatorios “Editorial Entheos. Madrid 2004
12. Harms C. Improving anaesthetists' communication skills. Anaesthesia,2004,59;166-172
13. Epstein R. Defining and Assesing Professional Competence. JAMA, January 2002. Vol.287, nº2; 226-235
14. Bimbela Pedroso,JL. Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales.Editorial: Escuela Andaluza de Salud. Granada 1996