

EFFECTO DE LA INFORMACIÓN PARA LA ANESTESIA COMPLEMENTADA CON FORMATO AUDIOVISUAL EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Patricia Gómez-Carretero (1), Vicente Monsalve (2), José Soriano (3), Severiano Marín (4), José De Andrés (5).

1. Psicóloga. Becaria Investigación de la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (FUNDOLOR).
2. Psicólogo Clínico. Unidad Multidisciplinar del Dolor. Unidad Funcional de Psicología Clínica y de la Salud. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). Profesor Universidad Católica de Valencia.
3. Profesor titular. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
4. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. CHGUV.
5. Jefe del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. CHGUV.

Trabajo realizado con la colaboración de la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (FUNDOLOR).

pgomez212f@cv.gva.es

RESUMEN:

OBJETIVOS: Valorar diferencias entre distintos modos de proporcionar información para consentimiento informado (CI) de anestesia en pacientes programados para intervención de Cirugía Plástica y Reparadora.

MATERIAL Y MÉTODO: Se evaluó una serie de 45 pacientes quienes, tras visita médica, fueron programados para la intervención quirúrgica pertinente y recibieron el CI para la anestesia. Se recogieron sus datos sociodemográficos y completaron la escala HAD (ansiedad y depresión) (1). Tras decidir si deseaban recibir información sobre la anestesia (CI), los que respondieron afirmativamente, la recibieron aleatoriamente por escrito (Grupo 1: 20 pacientes) o complementada con vídeo (Grupo 2: 21 pacientes). Después, indicaron su satisfacción, adaptabilidad y comprensibilidad de la misma. Cuatro pacientes prefirieron no recibir información (Grupo 3).

RESULTADOS: La edad de la muestra fue 43 años (DT=13,77), siendo la mayoría mujeres (87,5%), que vivían acompañadas (85,4%), con nivel cultural medio (41,7%). El 89,6% había tenido intervenciones quirúrgicas previas (M=3,8 (DT=2,73)). La prueba U de Mann-Whitney mostró diferencias significativas en ansiedad (Sig.=.006) y depresión (Sig.=.022) entre los que deseaban información (Ansiedad=5,78; Depresión=3,07) y los que no (Ansiedad=13,25; Depresión=9,5). Esta prueba también mostró (Sig.=.007) mayor comprensibilidad de la información en los que recibieron el CI complementado con vídeo.

CONCLUSIONES: Considerando las limitaciones por la reducida muestra, los resultados ponen de manifiesto, por un lado, que hay pacientes que no desean información, y a quienes proporcionársela podría incrementar su ansiedad (2) e incidir en complicaciones posteriores (3). De hecho, como se expone en los resultados, estos pacientes muestran mayor ansiedad y depresión que los que desean información. Por otro lado, se muestra el efecto positivo de introducir métodos alternativos de proporcionar información, dada la mayor comprensión de aquellos que la recibieron de modo audiovisual.

INTRODUCCIÓN.

En las últimas décadas, el principio de autonomía de los pacientes se ha convertido en una cuestión central tanto respecto a la asistencia sanitaria como a la investigación (1), y para que el paciente pueda ejercer este derecho, debe contar con una información adecuada proporcionada mediante un Consentimiento Informado, el cual, en el ámbito sanitario, ha de ser firmado antes de la intervención médica del paciente, ya que el equipo asistencial está obligado legal y éticamente a obtenerlo (2).

A este respecto, actualmente rige para todo el Estado Español la Ley 41/2002 (3), de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en ella, se entiende por consentimiento informado la *conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo*. Además, también se expone que cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, aunque necesariamente deberá prestar su consentimiento previo para la intervención.

No obstante, a pesar de que se considera que es necesario que el paciente esté informado acerca de los procedimientos que le van a realizar y de los riesgos que conllevan, diversas investigaciones ponen de manifiesto que no todos los pacientes que firman el consentimiento lo han leído realmente, variando el porcentaje de pacientes que no lo leen entre un 3,7% y un 69%, según la literatura revisada (4-7). Incluso, puede darse el caso de que los pacientes no sean informados (8), lo que sugiere que, el hecho de que el paciente firme el consentimiento informado, no significa que tenga un conocimiento real de los riesgos relacionados con el procedimiento que le van a realizar.

Además, el hecho de leer el consentimiento, tampoco garantiza que el paciente haya comprendido adecuadamente la información que se le ha proporcionado. En este sentido, diversas investigaciones se han centrado en analizar el grado de comprensión de los pacientes respecto a la información que reciben antes de someterse al procedimiento indicado para su patología, y en general, los pacientes evaluados manifiestan tener una comprensión pobre o dificultades para comprender la información contenida en el Consentimiento (6, 9-11).

Con el objetivo de aumentar el grado de comprensión de los pacientes respecto a la información sobre el procedimiento que les van a realizar y los posibles riesgos asociados, se han desarrollado estudios que emplean el soporte audiovisual, y en algunos de ellos, se halla incluso una disminución de la ansiedad de los pacientes al recibir la información. Pero es posible que esto no suceda en todos los casos ni en todos los pacientes, puesto que, como ya indicó Miller (12), mientras que hay personas a quienes la información parece beneficiarles y buscan mucha información para resolver sus problemas o para tranquilizarse, serían los denominados "vigilantes", hay otras, los "evitadores", en las que el suministro de información incide negativamente, puesto que afrontan los problemas de forma contraria, evitando todo tipo de información e intentado distraerse.

En este sentido, se considera un tema controvertido la valoración de la cantidad o calidad de la información que se debe proporcionar a los pacientes para considerar que su consentimiento es válido, ya que aunque hay estudios (13-14) en los que se ha observado que proporcionar una información detallada a los pacientes antes de someterse a una intervención quirúrgica no altera sus niveles de ansiedad, también se ha demostrado que alarmarles excesivamente puede influir de un modo negativo, iniciándose una respuesta de estrés adrenérgica cuyos efectos fisiológicos pueden complicar el posterior proceso de anestesia y operación (2), o que proporcionar a los pacientes más información de la que necesitan o desean, puede incrementar sus niveles de ansiedad (1).

El **objetivo** del presente trabajo se centra en valorar la existencia de diferencias entre distintos modos de proporcionar la información para el consentimiento informado (CI) de anestesia (escrito

EFECTO DE LA INFORMACIÓN PARA LA ANESTESIA COMPLEMENTADA CON FORMATO AUDIOVISUAL EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

vs. escrito+audiovisual) en pacientes programados para una intervención de Cirugía Plástica y Reparadora.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se evaluó una serie consecutiva de 45 pacientes que acudieron a la Policlínica de Cirugía Plástica y Reparadora del CHGUV, quienes, tras visita médica, fueron incluidos en el protocolo para la realización de la intervención quirúrgica pertinente y recibieron el consentimiento informado para la anestesia.

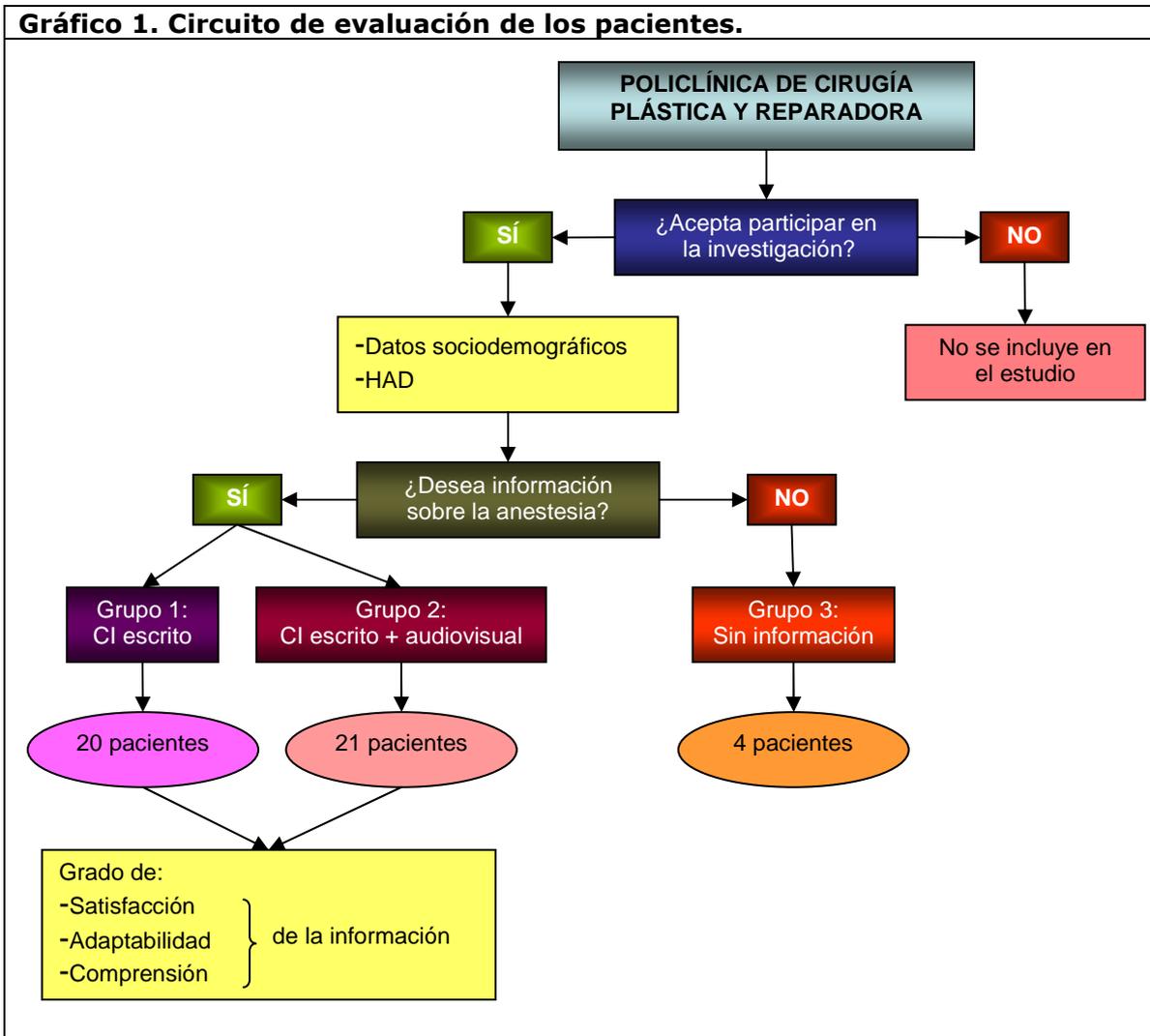
Tras ser informados a cerca de los objetivos del presente estudio y aceptar participar, se recogieron sus datos sociodemográficos y completaron la escala HAD (ansiedad y depresión) (15), la cual consiste en un cuestionario de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta, debiéndose referir el marco temporal a la semana previa.

A continuación, y tras decidir si deseaban recibir la información sobre la anestesia contenida en el CI, los pacientes que respondieron afirmativamente, recibieron aleatoriamente dicha información en formato escrito (Grupo 1: 20 pacientes) o complementada con un formato audiovisual (Grupo 2: 21 pacientes). Después de recibir la información, indicaron el grado de satisfacción, adaptabilidad y comprensibilidad de la misma en una escala de 0 a 10 puntos. Cuatro pacientes indicaron que preferían no recibir información (Grupo 3).

EFFECTO DE LA INFORMACIÓN PARA LA ANESTESIA COMPLEMENTADA CON FORMATO AUDIOVISUAL EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

En el gráfico 1 se muestra el circuito que se siguió para realizar la evaluación de los pacientes del estudio.

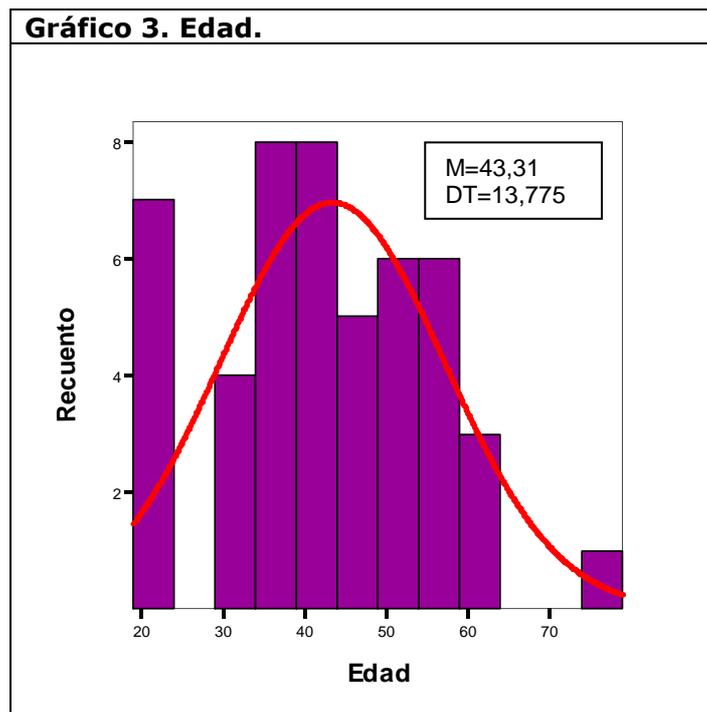
Gráfico 1. Circuito de evaluación de los pacientes.



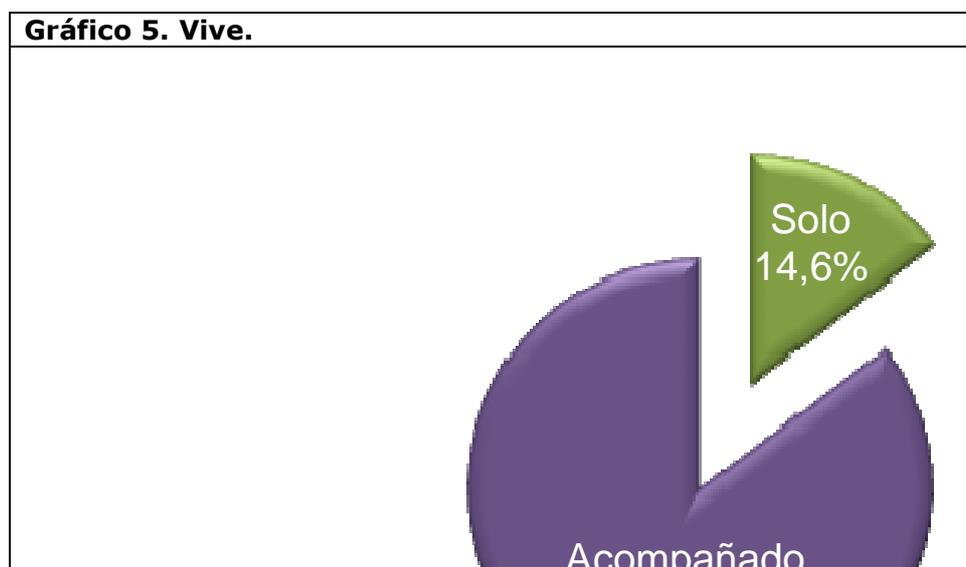
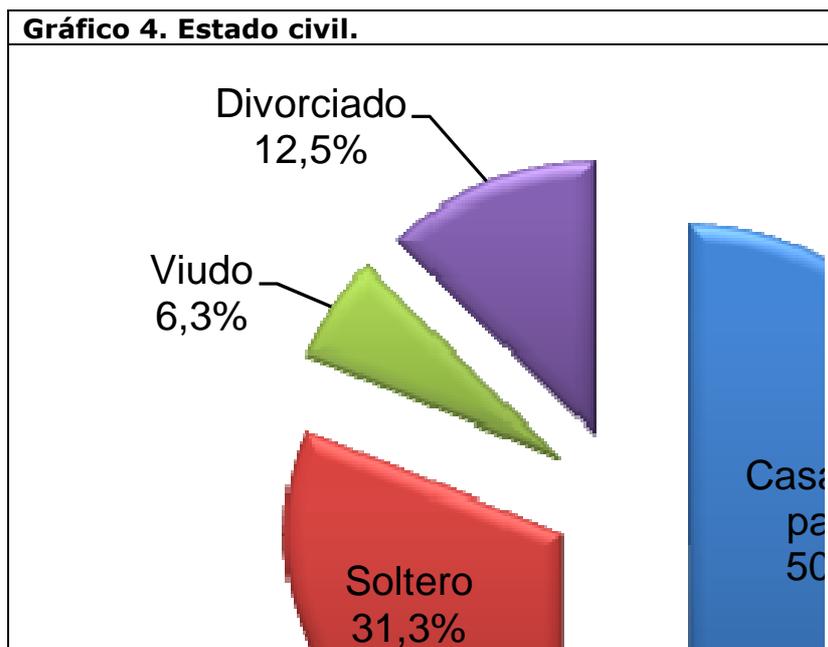
EFECTO DE LA INFORMACIÓN PARA LA ANESTESIA COMPLEMENTADA CON FORMATO AUDIOVISUAL EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

RESULTADOS.

La gran mayoría de la muestra estuvo formada por mujeres (Gráfico 2) con edad en torno a los 43 años (Gráfico 3).

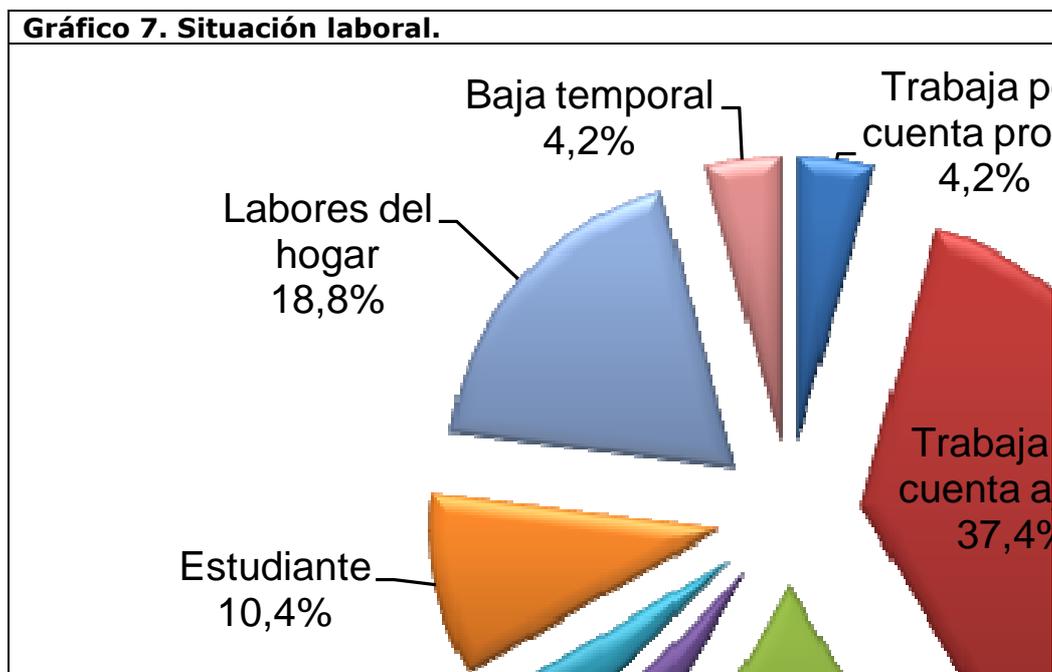
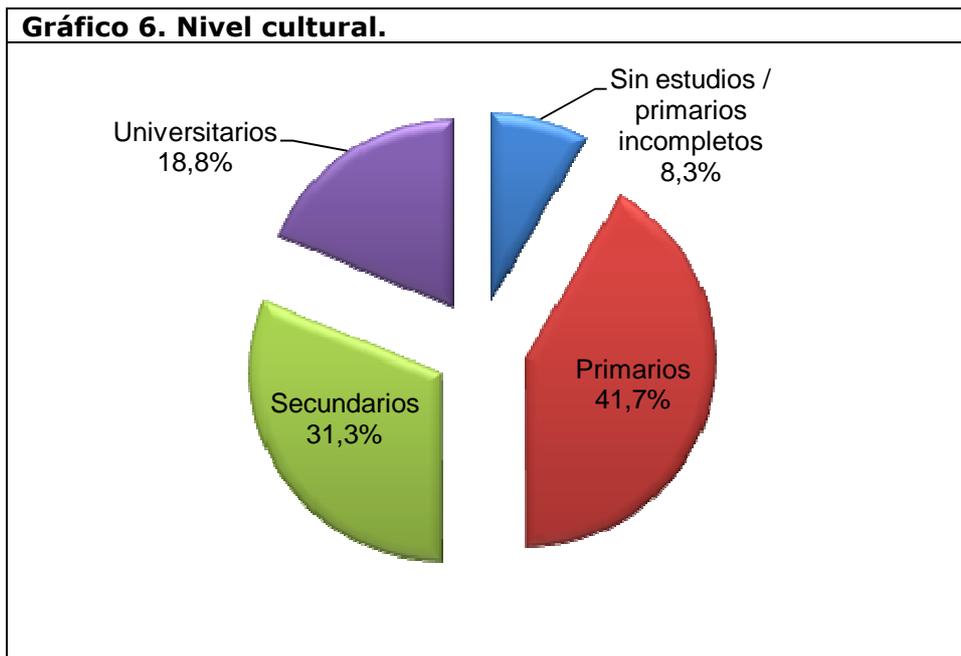


El 50% de los pacientes evaluados estaban casados/en pareja (Gráfico 4) y vivían acompañados (Gráfico 5).



En cuanto al nivel cultural, el 41,7% de los participantes habían cursado estudios primarios (Gráfico 6), y el 29,3% se encontraban laboralmente inactivos por distintos motivos (Gráfico 7).

EFFECTO DE LA INFORMACIÓN PARA LA ANESTESIA COMPLEMENTADA CON FORMATO AUDIOVISUAL EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA



El 89,6% de los pacientes indicó haber tenido intervenciones quirúrgicas previas (Gráfico 8), como media 3,8 intervenciones (Gráfico 9).

EFFECTO DE LA INFORMACIÓN PARA LA ANESTESIA COMPLEMENTADA CON FORMATO AUDIOVISUAL EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Gráfico 8. Antecedentes quirúrgicos.

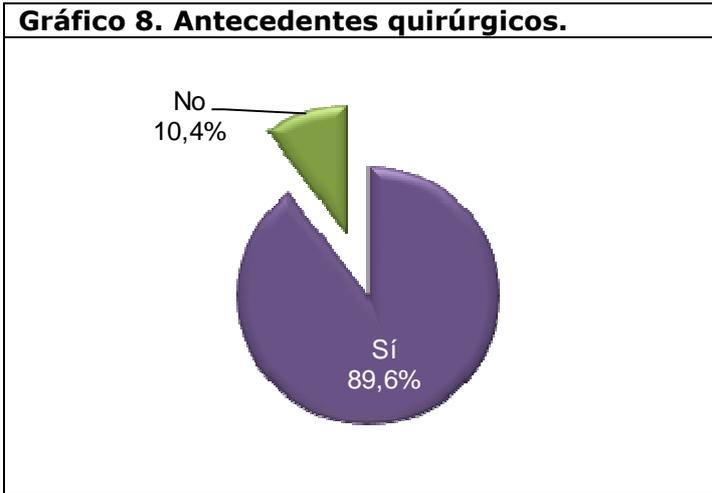
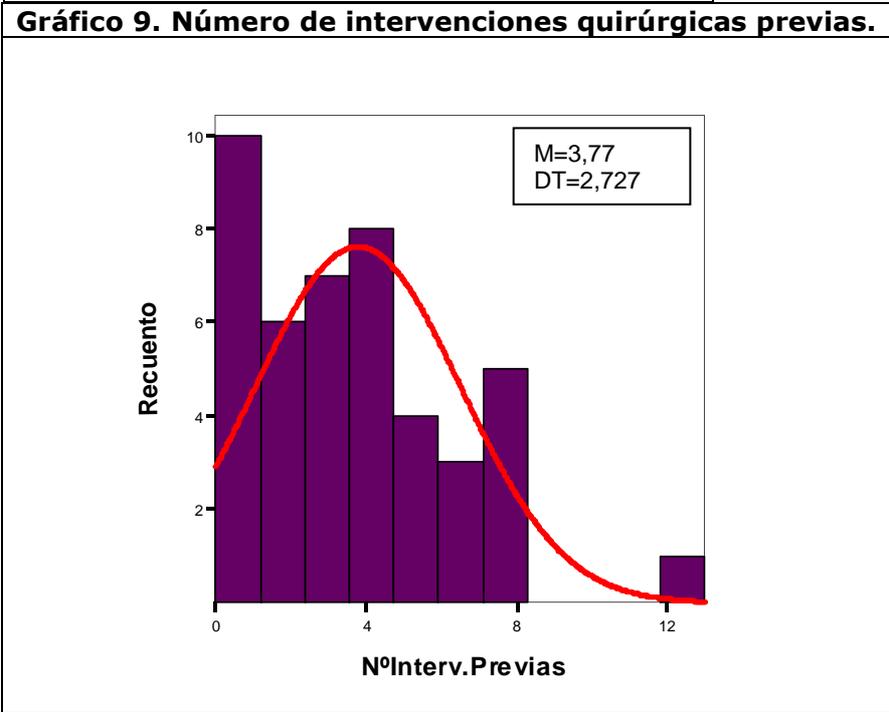
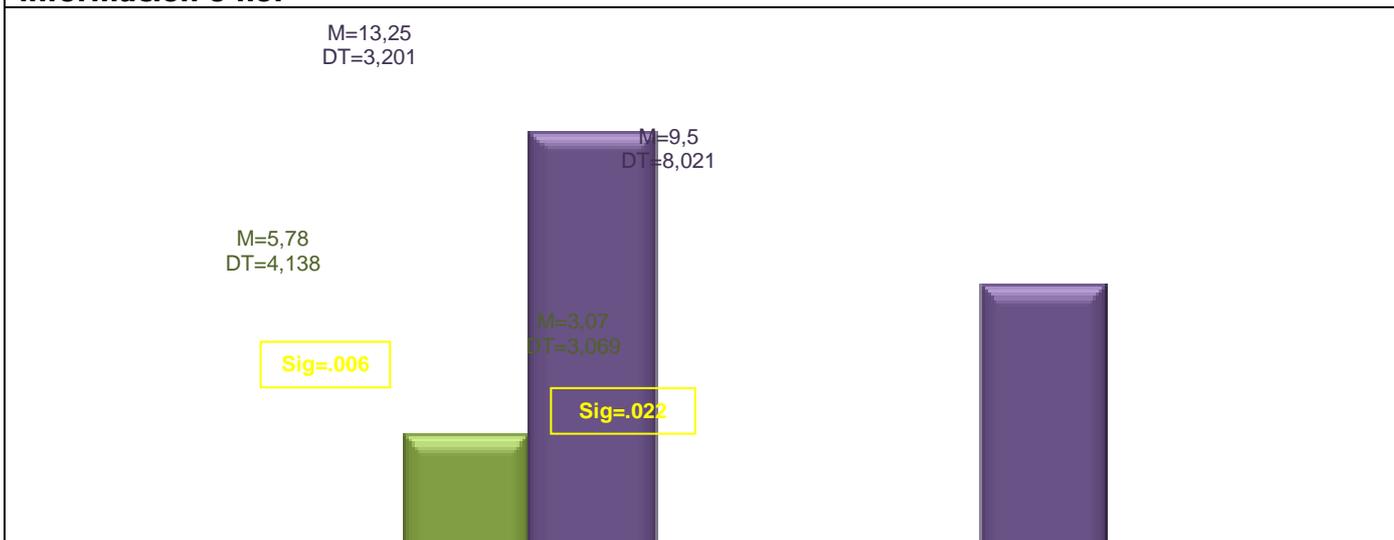


Gráfico 9. Número de intervenciones quirúrgicas previas.



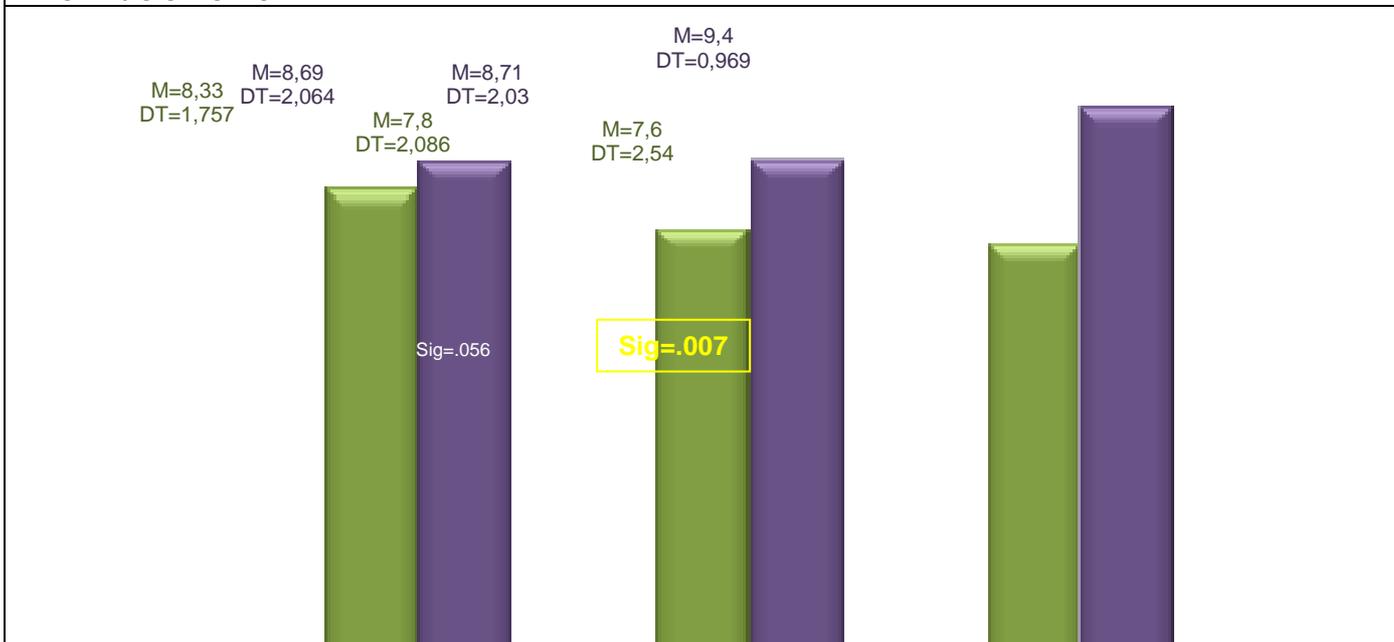
Con el objetivo de comprobar si existían diferencias en cuanto al grado de ansiedad y depresión entre los pacientes que indicaron que deseaban recibir la información contenida en el consentimiento informado para la anestesia y los que prefirieron no hacerlo, se realizó la prueba estadística no paramétrica U de Mann Whitney para comparación de medias. Los resultados de la misma mostraron diferencias significativas en las variables comparadas (Gráfico 10), obteniendo los pacientes que no desearon recibir información puntuaciones más elevadas tanto en ansiedad como en depresión.

Gráfico 10. Diferencias en ansiedad y depresión en función del deseo expresado de recibir información o no.



Esta prueba (U de Mann Whitney) también fue utilizada para analizar las diferencias en cuanto al grado de satisfacción, adaptabilidad y comprensibilidad expresada por los pacientes en función de si habían recibido la información únicamente en formato escrito o complementada con formato audiovisual. Los resultados mostraron diferencias significativas en relación a la comprensibilidad de la información, que fue mayor en el grupo de pacientes que recibieron la información complementada con formato audiovisual. No se hallaron diferencias significativas en las otras dos variables (Gráfico 11).

Gráfico 10. Diferencias en ansiedad y depresión en función del deseo expresado de recibir información o no.



EFECTO DE LA INFORMACIÓN PARA LA ANESTESIA COMPLEMENTADA CON FORMATO AUDIOVISUAL EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

CONCLUSIONES.

Teniendo en consideración las limitaciones debidas a la reducida muestra, los resultados ponen de manifiesto, por un lado, que hay pacientes que no desean recibir información, y a quienes proporcionársela podría incrementar sus niveles de ansiedad (2) e incidir en posibles complicaciones posteriores (3). De hecho, como se expone en los resultados, este grupo de pacientes ya muestra, incluso sin haber recibido información, puntuaciones más elevadas en cuanto a ansiedad y depresión que los que sí desean ser informados.

Por otro lado, también se muestran el posible efecto positivo que podría tener la introducción de métodos alternativos de proporcionar la información a los pacientes, dado el mayor nivel de comprensibilidad manifestado por aquellos que recibieron la información de modo audiovisual.

REFERENCIAS.

1. Kent, G. (1996): Shared understandings for informed consent: the relevance of psychological research on the provision of information. *Soc Sci Med.* 43(10): 1517-1523.
2. White, SM; Baldwin, TJ. (2003): Consent for anaesthesia. *Anaesthesia.* 58: 760-774.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002.
4. Roque, I; Hochain, P; Merle, V; Lerebours, E; Hecketsweiler, P; Ducrotte, P. (2003): Assessment of the quality and psychological impact of information delivered using official consent forms in digestive endoscopy. *Gastroenterol Clin Biol.* 27(1): 17-21.
5. Dufour, F; Gillion, N; Grassi, V; Polliand, C; Champault, G. (2007): Value of the informed consent in digestive surgery? Prospective study 259 cases. *J Chir (Paris).* 144(1): 25-8.
6. Rosique, I; Perez-Carceles, MD; Romero-Martin, M; Osuna, E; Luna, A. (2006): The use and usefulness of information for patients undergoing anaesthesia. *Med Law.* 25(4): 715-27.
7. Lavelle-Jones, C; Byrne, DJ; Rice, P; Cuschieri, A. (1993): Factors affecting quality of informed consent. *BMJ.* 306(6882): 885-90.
8. Perez-Moreno, JA; Perez-Carceles, MD; Osuna, E; Luna, A. (1998): Preoperative information and informed consent in surgically treated patients. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 45(4): 130-5.
9. Stanley, BM; Walters, DJ; Maddern, GJ. (1998): Informed consent: how much information is enough?. *Aust N Z J Surg.* 68(11): 788-91.
10. Osuna, E; Perez-Carceles, MD; Perez-Moreno, JA; Luna, A. (1998): Informed consent. Evaluation of the information provided to patients before anaesthesia and surgery. *Med Law.* 17(4): 511-8.
11. McGaughey, I. (2004): Informed consent and knee arthroscopies: an evaluation of patient understanding and satisfaction. *Knee.* 11(3): 237-42.
12. Miller, SM. (1995): Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer.* 76(2): 167-177.
13. Inglis, S; Farnill, D. (1993): The effects of providing preoperative statistical anaesthetic-risk information. *Anaesth Intensive Care.* 21(6): 799-805.
14. Kerrigan, DD; Thevasagayam, RS; Woods, TO; Mc Welch, I; Thomas, WE; Shorthouse, AJ; Dennison, AR. (1993) Who's afraid of informed consent?. *BMJ.* 306(6873): 298-300.
15. Zigmond, AS; Snaith, RP. (1983): The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 67: 361-70.