

# Medidas para mejorar la colaboración durante la facoemulsificación bajo anestesia tópica

*Different techniques to improve patient collaboration in phacoemulsification with topic anesthesia*

GRANDE BAOS C<sup>1</sup>

## RESUMEN

**Introducción-objetivos:** El resultado final de la facoemulsificación bajo anestesia tópica depende no sólo de la habilidad quirúrgica de cirujano sino también de la colaboración del paciente. Nuestra obligación como oftalmólogo es intentar predecir el comportamiento que va a tener el paciente, fomentar la colaboración e intentar mejorarla, aunque siempre nos van a quedar algunos casos imprevisibles y otros irresolubles.

En este trabajo vamos a presentar nuestra experiencia en el tema y las medidas de detección, fomento y mejora de la colaboración que proponemos.

**Descripción:** Basándonos en nuestra experiencia y en la escasa bibliografía que hemos encontrado describimos 11 medidas para evaluar el grado de colaboración prevista en la cirugía a partir de la historia clínica y de las primeras manifestaciones del paciente al llegar al recinto quirúrgico. A continuación presentamos 12 medidas para fomentar la colaboración, 11 para mejorarla y 10 para combatir la insubordinación.

**Discusión-comentarios:** A veces pensamos que hay cirujanos que disponen de una especie de sexto sentido que le avisa cuándo un paciente va a ser poco colaborador. Por otra parte también sabemos que existen algunos cirujanos que poseen un don especial y consiguen que «todos» los pacientes se conviertan en colaboradores. En realidad lo que hacen es poner en practica automática y silenciosamente un plan similar al que hemos propuesto.

---

Hospital Universitario de Santa Cristina. Madrid.

<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía.

Además de esta sistematización y protocolización del plan para mejorar la colaboración, analizamos el dilema médico-legal que se plantea cuando surge una complicación debida a la falta de colaboración.

**Palabras clave:** Colaboración del paciente, cirugía de cataratas, facoemulsificación, anestesia, técnica de exploración, sedación.

## SUMMARY

**Introduction-objective:** The final result of phacoemulsification under topical anaesthesia depends of the surgical skill and the patient cooperative behavior. The ophthalmologist must know the forecasting of cooperative behavior, must foment the patient collaboration and must improve it, although there are always some unforeseeing and unsolvable cases. We present our experience and some different techniques to predict, foment and improve the patient collaboration.

**Description:** Based on our experience and on the short bibliography we propose 11 steps to predict the patient's cooperation from the medical report and the first behavior in the surgical room. Moreover, we present 12 steps to foment the collaboration, 11 to improve it and 10 to combat patient insubordination.

**Discussion-comments:** Sometimes we believe that several surgeons have a sixth sense to detect a bad patient's cooperation. Furthermore we believe that several surgeons have a special natural gift to transform all patients on good cooperators. Really they employ automatically a similar plan.

Moreover of this plan we analyze the medico-legal dilemma surged when a surgical complication is caused for a bad patient collaboration.

**Key words:** Patient cooperative behaviour, cataract surgery, phacoemulsification, anesthesia, exploration technique, sedation.

## INTRODUCCIÓN

En el resultado final de la facoemulsificación bajo anestesia tópica no sólo influye la habilidad quirúrgica del cirujano sino también la colaboración del paciente que depende de su comodidad durante la intervención y de la tranquilidad del cirujano. Nuestra obligación como oftalmólogo es intentar predecir el comportamiento que va a tener el paciente e intentar mejorarlo, aunque siempre nos van a quedar algunos casos imprevisibles y otros irresolubles (1).

Independientemente del grado de colaboración que el paciente presente, hay que fomentarla siempre y cuando veamos que flaquea, hay que intentar mejorarla desde el primer momento.

Al terminar la historia clínica podemos hacernos una idea de las características del

paciente que unidas a las de la catarata son las que nos deben indicar la técnica anestésica prevista, por lo que recomendamos que en el parte de quirófano aparezcan dos ítems, «grado de colaboración previsto» (bueno, intermedio, malo, imprevisible) y «técnica anestésica prevista» (tópica, troncular, general, ...) (2,3).

En este trabajo vamos a presentar nuestra experiencia en el tema y las medidas de detección, fomento y mejora de la colaboración que proponemos.

### ¿Cómo predecir el grado de colaboración?

Nos basamos en una serie de factores que enumeramos a continuación por orden de aparición:

- Anamnesis: los pacientes nerviosos, ansiosos, bebedores generalmente son poco colaboradores.

- Antecedentes: los resultados de la cirugía del primer ojo son muy importantes porque a menudo se repiten.

- Importancia y vivencia de la intervención: en general cuando están preocupados por los informes y prestan atención son buenos colaboradores, pero hay riesgo de que sean obsesivos o miedosos y entonces es negativo.

- Instilación de colirios: la presencia de blefaroespasma es otro dato negativo.

- Funduscopia con oftalmoscopio indirecto: es útil saber si consiguen dirigir la mirada y mantener la apertura palpebral en condiciones de deslumbramiento, hasta tal punto que se convierte en uno de los elementos de mayor valor.

- Indicación de técnica quirúrgica y anestésica: si antes de preguntarle, el paciente nos dice «quiero no enterarme de nada», indirectamente quiere apuntarnos que no sabe si va a aguantar y suele coincidir con mala colaboración.

- Constantes vitales en quirófano: nos dan una idea del miedo y la ansiedad.

- Verborrea (sin sentido): habitualmente es una forma de ocultar el nerviosismo y el miedo.

- Blefaroespasma al colocar el microscopio en la preparación: mal pronóstico.

- Mantenimiento de la posición de la cabeza: si muestra dificultades durante la preparación, generalmente se prolongarán durante toda la intervención.

- Colaboración al poner el paño de plástico adhesivo: es otro signo muy útil.

Lo ideal es poder predecir el grado de colaboración al realizar la historia clínica para indicar adecuadamente la técnica anestésica.

## ¿Cómo fomentarla?

Como decíamos anteriormente la tranquilidad del cirujano y su manera de proceder influyen mucho en la colaboración del paciente. Además, es preceptivo no alterarla

innecesariamente porque es más fácil mantenerla que conquistarla o recuperarla; por tanto, hay que fomentarla desde el principio.

- Explicación y confianza: en nuestra experiencia es muy rentable hacer un pequeño relato de la intervención en la consulta y mostrar al paciente nuestra confianza en que va a conseguir colaborar bien, porque así aumentamos su seguridad y evitamos el miedo a lo desconocido.

- Presentación en la antesala: al paciente le tranquiliza mucho saber que está allí «su médico».

- Colocar al enfermo en una postura antiálgica: independientemente de las preferencias personales del paciente, como norma general recomendamos poner una almohada en el hueco poplíteo para aliviar la tensión lumbar y además, traccionar ligeramente de la cabeza acercando el mentón al pecho para estirar los músculos cervicales.

- Anunciarle que le vamos a avisar cuando una maniobra quirúrgica vaya a ser un poco molesta, para evitar que esté continuamente en tensión a la espera de un dolor.

- No dar sensación de tener prisa: el paciente siente que no es merecedor del tiempo que necesita porque el cirujano tiene otras prioridades.

- Silencio o música: como norma conviene evitar charlas extras pero, en ocasiones una conversación banal en la que el cirujano participa poco (no se debe dar sensación de distracción) es relajante para el paciente. Algunos técnicos en la materia están a punto de demostrar que lo realmente sedante es que el paciente seleccione la música que quiere.

- Buena anestesia desde el principio: no se puede empezar hasta que no hayamos comprobado que la anestesia es suficiente y para ello las primeras maniobras o contactos con el globo hay que anunciarlos como «prueba de la anestesia».

- Comenzar con poca luz en el microscopio: hasta que la cámara anterior no esté repleta de viscoelástico y comencemos la capsulorhexis no debemos subir la intensidad de la luz ya que así logramos el acostumbramiento y el desenfoco de la luz.

- Invitaciones (con su nombre de pila): el paciente suele preferir que se le ruegue mirar

a un sitio escuchando siempre su nombre (en la consulta podemos usar el «don» pero en la mesa de quirófano pensamos que es mejor omitirlo) y la coletilla «por favor». Consideramos que no es aconsejable el empleo de palabras como «abuelo», «hijo», «amigo», «carriño» o «señor» para dirigirnos al paciente.

- Levantar los paños de la boca: las personalidades claustrofóbicas se agobian si los paños están próximos a los labios.

- Instilación de colirio anestésico en el ojo adelfo: en algunas ocasiones sirve para disminuir el blefaroespasmio.

- Es muy relajante ordenarle o permitirle unos movimientos de los ojos y un alivio de las tensiones musculares entre los distintos tiempos quirúrgicos.

### ¿Cómo mejorarla?

Cuando vemos que la colaboración del paciente no es buena no debemos perder la calma porque disponemos de un arsenal de medidas que nos permite mejorarla:

- Preguntar si sufre dolor ocular: en caso afirmativo tenemos que profundizar la anestesia rápidamente.

- Investigar si presenta dolores osteoarticulares: en ese caso hay que tratarlos sin dilación.

- Indagar con delicadeza sobre las ganas de orinar: se la facilitará una solución.

- Normalizar las constantes vitales.

- Invitar a la colaboración mencionándole muy sutilmente los riesgos.

- No regañar ni gritar, suele ser contraproducente.

- No humillar: las comparaciones con otros pacientes además de odiosas son negativas.

- Poner en práctica algunas medidas de relajación: las más eficaces y fáciles de cumplir son las relacionadas con la respiración, verbigracia fijarse cómo sube el abdomen («la tripa») llenándola de aire mientras cuenta tres o cuatro y ver cómo baja contando uno más, de tal forma que mejora la respiración y desplaza la atención a los números.

- No perder el tiempo en maniobras innecesarias.

- Avisar que ya queda muy poco para finalizar, pero sin mentir.

- Podemos probar con una sedación intravenosa suave, evitando siempre que se desconecte, en ocasiones es útil un mero placebo.

### ¿Cómo combatir la insubordinación?

A pesar de todo nos encontramos con algunos pacientes con gran ansiedad que muestran una insubordinación total, pero tampoco debemos alterarnos y si nos ocurre no puede enterarse el paciente. El método a seguir ahora es el del ensayo y el error, es decir, probar con una serie de medidas algo más arriesgadas y continuar según el efecto que hayan tenido.

- Profundizar la anestesia al máximo incluyendo si fuese preciso una aquinesia del nervio facial.

- Profundizar la sedación, aunque exista el riesgo de que se duerma.

- No hablar de resultados: nunca comentar que ya se ha estropeado.

- Animar: convencerle en que lo puede conseguir y que todavía está a tiempo, nunca desanimarle ni humillarle.

- Implicar al paciente en la cirugía: decirle que de él depende el resultado final.

- Aludir a riesgos y complicaciones: sin hacer énfasis en su culpabilidad.

- Fijar la cabeza.

- Probar a dar órdenes firmes.

- Ensayar una amenaza sobre las posibles complicaciones y su responsabilidad (una sola vez).

- Probar a «gritarle»: su finalidad es tantear si asustándole se está más quieto.

Si con todo esto no hemos conseguido la colaboración del paciente nos queda un último recurso: la anestesia general, previo aviso y consentimiento del paciente y de sus familiares.

### Casos especiales

Existen determinadas ocasiones perfectamente tipificadas en las que una serie de trucos nos han dado muy buenos resultados.

Si aparece tos proponemos el efecto psicológico de atarle una gasa en el cuello a modo de bufanda e instilarle unas gotas de suero en la lengua atribuyéndole un supuesto efecto antitusígeno.

Si presenta claustrofobia debemos usar paños transparentes, separarlos de la boca y colocar oxígeno en las proximidades de los labios para que note una sensación de brisa.

En los pacientes con disnea hay que intentar colocarles desde el primer momento en la máxima inclinación anti-Trendelenburg que nos permita el complejo sillón-microscopio.

En general cuando el primer ojo ha sido intervenido bajo anestesia troncular y el segundo con anestesia tópica en un lapso inferior a un año las sensaciones son más intensas y se siente más incómodo, por lo que se puede alterar la colaboración. Por tanto, si en esta situación tenemos duda hay que pensar más en repetir una anestesia troncular.

## DISCUSIÓN

A veces pensamos que hay cirujanos que disponen de una especie de sexto sentido que le avisa cuándo un paciente va a ser poco colaborador. En realidad lo que hace es poner en practica automática y silenciosamente un plan de detección similar al que hemos propuesto (4). En la actualidad, estamos estudiando cuáles de todas las medidas para prevenir el grado de colaboración que aquí hemos expuesto tienen mayor valor predictivo con el fin de elaborar un test corto para clasificar el «grado de colaboración prevista» en buena, intermedia, mala e imprevisible, y posteriormente evaluar su fiabilidad.

Por otra parte también sabemos que existen algunos cirujanos que poseen un don especial y consiguen que «todos» los pacientes se conviertan en colaboradores. Realmente lo que hacen es transmitir su propia tranquilidad y poner en práctica un plan de fomento y mejora de la colaboración parecido al aquí expuesto.

El tema de la colaboración no sólo es importante desde el punto de vista de la comodidad durante la cirugía y de la indicación de técnica anestésica, sino también en el dilema médico legal que se plantea cuando aparece una complicación quirúrgica con repercusión sobre el resultado visual final (5). En efecto, la responsabilidad es del paciente por no colaborar (movimientos, tos, maniobras de Valsalva) o del equipo médico. Y entre ellos es imputable al cirujano por no haber sabido indicar la anestesia adecuada o al anestesista por no haber conseguido sedarle. Lo que está claro es que conviene reseñar el grado de colaboración previsto de una manera justificada y basada en la exploración, comunicarle al paciente y a los familiares su importancia, dejarle contribuir en la indicación anestésica y, por supuesto, hacerlo constar en el consentimiento informado (6,7).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Frase SG, Siriwardena D, Jamieson H, et al. Indicators of patients suitability for topical anesthesia. *J Cataract Refract Surg* 1997; 23: 781-783.
2. Boezaart A, Berry L, Nell M. Topical anesthesia versus retrobulbar block for cataract surgery: the patient's perspective. *J Clin Anesth* 2000; 12: 58-60.
3. Jacobi PC, Dietlein TS, Jacobi FK. A comparative study of topical versus retrobulbar anesthesia in complicated cataract surgery. *Arch Ophthalmol* 2000; 118: 1037-1043.
4. Schein OD, Katz J, Bass EB et al. The value of routine preoperative testing before cataract surgery. *N Engl J Med* 2000; 342: 168-175.
5. Norregard JC, Schein OD, Bellan L, et al. International variation in anesthesia care during cataract surgery: results for the International Cataract Surgery Outcomes Study. *Arch Ophthalmol* 1997; 115: 1304-1308.
6. Reeves SW, Friedman DS, Fleisher LA et al. A decision analysis of anesthesia management for cataract surgery. *Am J Ophthalmol* 2001; 528-536.
7. Martínez F. Los tópicos de la tónica. *Arch. Soc. Canar. Oftal.*, 2001; 12: 57-59.