*Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 6, Diciembre 2004; págs. 517-522*

**CIRUGÍA AL DÍA**

# Psiquiatría de enlace y cirugía

*Dr. ALEJANDRO KOPPMANN ATTONI*

*Profesor Asistente de Psiquiatría. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile*

## *INTRODUCCIÓN*

La artificial pero didáctica división cartesiana del ser humano en cuerpo y mente ha permitido notables avances en el conocimiento científico en los últimos dos siglos. Es en el campo de la medicina donde estos hallazgos determinan una constante redefinición de los límites de lo posible enfrentando al médico a problemas antes insospechados.

En el caso de la cirugía tres han sido los eventos que determinan el estado actual del arte y su perspectiva futura. En primer lugar el paso de una práctica cruenta, preanestésica, a una silenciosa y más depurada. En segundo lugar la alta complejidad de los procedimientos en uso derivados del desarrollo tecnológico parece abrir una perspectiva ilimitada en cuanto a lo que la disciplina es capaz de ofrecer y por último, la creciente pérdida de autonomía y confianza entre las partes involucradas en el acto quirúrgico es decir la alteración por variables judiciales y económicas de la relación médico paciente.

En el presente artículo se analizarán las principales características del trabajo de salud mental en un departamento de cirugía de un hospital general diferenciando entre el trabajo de interconsultas y el de psiquiatría de enlace. Se revisan aquellos aspectos relativos al paciente, su familia y el equipo tratante así como aquellos más específicos de algunos tipos de cirugía y su repercusión psicológica tanto para los pacientes como para el equipo quirúrgico.

## 1. **PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL GENERAL**

1.1. Modelo de Interconsultas
1.2. Modelo de Enlace

### 1.1. MODELO DE INTERCONSULTAS

Responde a la práctica tradicional de una especialidad médica en el campo de otra. En este caso la Tabla 1 señala las principales razones por las que mas frecuentemente se solicitará la presencia del psiquiatra en un servicio de cirugía

Si bien todas las interconsultas están siempre hechas a nombre del enfermo desde un punto de vista psiquiátrico es posible identificar al menos tres focos de trabajo, para el psiquiatra al momento de contestar una interconsulta: el paciente, la familia y el equipo quirúrgico.

A) **El paciente:** En este caso es posible que el paciente sea hospitalizado para la resolución quirúrgica de una patología específica pero sea portador de una condición mental previa que requiera o aconseje su evaluación por parte del especialista.

Entre las diversas patologías siquiátricas las siguientes merecen especial consideración en el contexto quirúrgico, ya que pueden afectar la forma de presentación o el curso de la patología orgánica así como la relación médico paciente.

**Tabla 1**

**RAZONES PARA SOLICITAR INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL**

1. Sospechar de patología mental previa al ingreso
2. Aparición de sintomatología psiquiátrica durante la hospitalización
3. Necesidad de revisar, instalar tratamiento de la especialidad.
4. Manejo de familia disfuncional
5. Comunicar malas noticias.

**Patología previa**

**Trastornos de la personalidad:** cada cirujano de experiencia conoce que el modo de reaccionar de un paciente frente a su patología depende mas que de variables propias de la enfermedad, de su modo de ser y de la manera en como ha enfrentado situaciones similares en el pasado. Aquí conviene recordar el viejo dicho de que el único predictor de la conducta futura de un individuo es su conducta pasada. Por lo tanto es importante saber algunos detalles de la historia del paciente antes de comunicar una mala noticia o un pronóstico incierto. Algunos pacientes con rasgos de personalidad paranoídea podrán poner en duda las indicaciones o bien estar especialmente atentos a los eventuales errores del cirujano lo cual puede ser percibido como un desafio a la suficiencia profesional y llevar al cirujano a una escalada de descalificaciones y confrontaciones con su paciente. En el caso de pacientes con rasgos histriónicos será difícil aceptar la repetición de consultas innecesarias o la mala tolerancia al dolor. Pacientes con rasgos de carácter rígido o fanático estarán constantemente "cobrando" nuestros compromisos en cuanto a tiempo de evolución y características del proceso quirúrgico, por lo tanto en ellos es preferible mantener conductas más prudentes en cuanto a plazos y resultados.

De acuerdo a lo anterior en el fondo se sugiere solicitar evaluación de la especialidad en aquellos pacientes querulantes, cuestionadores en exceso, extremadamente ansiosos o exagerados o bien en quienes expresen expectativas irreales (positivas o negativas) en torno a la cirugía y sus consecuencias.

**Trastornos afectivos:** es importante conocer si el paciente se encuentra cursando un episodio depresivo o maniacal y las características del tratamiento en curso. En general se sugiere postergar toda intervención no urgente y en especial aquellas de cirugía estética en pacientes portadores de un trastorno afectivo activo hasta un momento posterior en el que se hayan recuperado plenamente las capacidades de elegir y tolerar los resultados del proceso quirúrgico. En el caso de no poder postergar la intervención se sugiere que esta se practique con apoyo de un equipo de salud mental capaz de hacerse cargo de las eventuales manifestaciones emocionales en torno al proceso.

**Trastornos psicóticos:** se sugiere evaluación y manejo durante toda la hospitalización.

**Adicciones:** es necesario que junto con la evaluación clínica e independiente de los dichos del paciente en cuanto al periodo de abstinencia se soliciten exámenes para la detección de metabolitos de droga en sangre de manera de poder evitar síntomas de privación a droga durante el post operatorio. Por ejemplo es frecuente la agitación post operatoria en pacientes con dependencia a tabaco obligados a suspender su consumo al ingresar al hospital y en quienes puede ser necesaria la aplicación de parches de nicotina de modo preventivo. El ideal es poder intervenir quirúrgicamente durante un periodo de abstinencia controlado por especialista.

**Patología de aparición actual**

Si la patología siquiátrica aparece durante la hospitalización es probable que corresponda a un *Trastorno confusional o delirium* o bien a un *Trastorno adaptativo.* En este punto lo más importante parece ser la identificación del compromiso cualitativo de conciencia propio de los estados confusionales ya que ellos obedecen a un proceso tóxico o metabólico en evolución que es necesario identificar y tratar. De ahí que el manejo psiquiátrico de estos cuadros sea sólo sintomático a la espera del tratamiento de la causa y no solo de sus consecuencias mentales.

Es frecuente que el equipo tratante pueda sospechar la presencia de patología "funcional" o de origen psicógeno en aquellos pacientes con sintomatología abigarrada o poco sistematizada o en aquellos en los que los hallazgos de laboratorio resultan negativos. En este grupo de pacientes muchas veces no basta la ausencia de evidencia "orgánica" para su determinación psicógena ya que día a día se hace mas evidente que muchas enfermedades no se presentan siempre del mismo modo o incluso tienen manifestaciones iniciales bastante desorganizadas (por ejemplo Esclerosis múltiple). El ideal entonces, es que junto con los resultados negativos de las pruebas disponibles existan signos de inclusión o positivos es decir ganancia con el hecho de enfermar, rasgos de personalidad específicos, antecedentes de somatizaciones previas, etc.

Otra causa por la cual puede sospecharse de patología psiquiátrica es por mantener durante su hospitalización una conducta extraña, inusual o desafiante. Esta solicitud de interconsulta es difícil de evaluar por parte del equipo quirúrgico ya que muchas veces responde mas bien a patrones culturales del medio en el que se encuentra ese hospital o bien pueda ser interpretada como un cuestionamiento a la suficiencia profesional del médico si este trabaja en un ambiente donde sea poco usual que el paciente haga preguntas. Existen interesantes investigaciones que demuestran cambios nota-

bles en la percepción de un mismo médico respecto de su práctica en hospitales públicos y en el sector privado, calificando de extrañas o desafiantes preguntas que en el contexto privado le parecen normales.

Por último en algunas oportunidades se solicita interconsulta en apoyo a pacientes que desconocen la gravedad de su enfermedad o bien han perdido un familiar en el accidente que les mantiene hospitalizado y es necesario comunicar el hecho ahora que se acerca el alta. En todos estos casos se sugiere facilitar el contacto del paciente con su familia en un ambiente de privacidad y respeto para que sean estos quienes conversen con el enfermo manteniendo el equipo de salud un rol de compañía activa.

B) **La familia.** Con la familia puede ocurrir que esté sobre involucrada es decir participen de todos y cada uno de los procedimientos y estadía de nuestro paciente en el hospital haciendo difícil el cumplimiento del tratamiento o cuestionando las indicaciones médicas al punto de paralizar al equipo. Es mejor elegir a un representante familiar con quien entenderse y delegar en él la comunicación y el manejo del resto del grupo. En el caso de familias ausentes o poco involucradas puede ser necesario contactar al psiquiatra para que éste facilite y comprometa a algunos miembros de la familia durante la hospitalización y fundamentalmente en el periodo post operatorio donde suele ser muy relevante la comprensión y el cumplimiento de las indicaciones médicas.

C) **El equipo.** Este punto será tratado con detalle mas adelante pero baste por ahora decir que una interconsulta puede revelar que el equipo quirúrgico está sobrepasado por las demandas de un paciente en atención a su gravedad, evolución o las características de su patología. Otra alternativa es que un equipo desalentado ante una evolución tórpida o poco satisfactoria vaya progresivamente alejándose del enfermo hasta que éste pueda percibir su eventual “ausencia” (visitas muy breves o temprano, poca o nula comunicación de resultados o expectativas, poca o nula variación de los tratamientos aplicados, rotación permanente del médico a cargo etc.) Por último puede ocurrir que un equipo se encuentre en conflicto con el paciente o su familia y este conflicto sea vivido de modo implícito o encubierto o de modo bastante explícito (amenazas de demandas, antecedentes de estadías anteriores con cuentas impagas, familiares médicos que descalifican los procedimientos aplicados, sistemas de atención cerrada sin posibilidad de elección o cambio de médico o paciente etc)

## 1.2. PSIQUIATRÍA DE ENLACE

En este caso el trabajo del Psiquiatra se inserta en un equipo multidisciplinario dedicado al diagnostico y tratamiento de áreas de la medicina tales como el dolor crónico, oncología, medicina física, fertilidad, obesidad, patología vocal funcional etc.

En este contexto en el área de la cirugía son importantes algunas reflexiones en torno al paciente quirúrgico, aspectos específicos de determinadas sub especialidades quirúrgicas y por último algunas características del equipo quirúrgico.

a) **Paciente quirúrgico:** Independientemente del tipo de sistema de salud en el cual se enmarque la clave de una buena práctica médica sigue siendo la relación médico-paciente En el caso de la cirugía esta relación ha ido evolucionando desde el dominador paternalismo del médico a la progresiva autonomía del paciente acentuándose la responsabilidad del médico y la necesidad de la obtención de un consentimiento informado antes de la cirugía.

Lo anterior cobra especial relevancia si se considera que el elemento central en la relación es decir el acto quirúrgico ocurre en un momento de entrega y vulnerabilidad extrema como es el de la anestesia y la estadía en pabellón.

### Período preoperatorio

La cirugía puede tener un significado especial para cada paciente y este debe explorarse antes del procedimiento en busca de expectativas irreales o idealizaciones que puedan determinar conflictos durante la etapa de recuperación.

Es frecuente que el paciente vea en la cirugía un planteamiento decisivo para el alivio del dolor y el sufrimiento así como tienda a establecer una relación idealizada hacia el cirujano con elevada dependencia y esperanza.

Son numerosos los factores que pueden implicar estrés preoperatorio en el paciente el cual puede manifestarse en grados variables de ansiedad anticipatoria los cuales pueden ir desde una ansiedad flotante de leve a moderada intensidad hasta crisis de pánico y respuestas fóbicas y evitativas.

Entre los elementos mas frecuentes los pacientes expresan preocupación por la pérdida de autonomía durante el proceso, por la separación del hogar y la posibilidad de sentirse solos en el hospital, por el temor a la muerte y los riesgos quirúrgicos tales como el dolor y la enfermedad así como por el costo económico involucrado.

Otra fuente de preocupación suele ser la habilidad y conocimientos del cirujano, el día y la hora

de la intervención, la eventual pérdida de una función, la mutilación o invalidez transitoria o definitiva.

Es evidente que muchas de estas fuentes potenciales de ansiedad y sufrimiento psicológico pueden evitarse o reducirse importantemente dándose un tiempo para conversar con el enfermo generando un clima acogedor y horizontal en el que las preguntas del paciente sean percibidas como legítimas y necesarias y no como un cuestionamiento a la suficiencia profesional del cirujano.

Ahora bien es frecuente que las interconsultas hechas durante este periodo preoperatorio se deban a que el paciente rechace la intervención o experimente una reacción de pánico frente a la misma. Si el paciente esta utilizando algún psicofármaco con el que el equipo esta poco familiarizado o existen dudas sobre su real capacidad de consentir o rechazar la cirugía es también necesario solicitar interconsulta.

Otra situación importante del periodo preoperatorio es aquella que involucra pacientes con patología psiquiátrica. Tal y como ya se ha mencionado es probable que un paciente con un trastorno de personalidad tenga expectativas irreales, discuta frecuentemente las indicaciones de su tratamiento o cumpla de modo irregular o francamente mal las indicaciones. Se debe tener cuidado al retirar psicofármacos que pueden dar síntomas de privación (benzodiazepinas, serotoninérgicos) o faciliten la reaparición de síntomas de las patologías de base (trastornos de ansiedad, depresión, etc.). Algunos pacientes suspenderán el consumo de una sustancia a la que son adictos y podrán experimentar un síndrome de privación a droga durante este período y por ultimo este periodo preoperatorio es el último momento para poder identificar motivaciones patológicas para el procedimiento quirúrgico (facticias o psicóticas)

**El periodo perioperatorio:** es decir aquel del acto quirúrgico propiamente tal, es un periodo donde las consecuencias mentales pueden relacionarse con el tipo de cirugía al que será sometido o bien al hecho inusual pero grave de recuperar el nivel de conciencia durante la cirugía. Este hecho puede ser vivido como una situación bastante traumática que sea luego reexperimentado en breves momentos durante el día o principalmente durante el sueño al modo de estrés post traumático.

**Periodo post operatorio:** el paciente puede experimentar sentimientos depresivos derivados de la evolución natural de su enfermedad, de la alteración de la imagen corporal o de procedimientos mutiladores o que afecten órganos especiales o con significado simbólico o de género (genitales, mamas, cara, etc) el dolor puede ser otra fuente de depresión o ansiedad post operatoria. Otra causa frecuente de problemas mentales transitorios durante el post operatorio es el estado confusional de origen tóxico o metabólico.

a) **Aspectos específicos.** Se discuten aquí algunas áreas de la cirugía y su especial impacto en la salud mental de algunos pacientes.

**Cirugía cardiovascular.** En este tipo de cirugía es mas frecuente la ansiedad preoperatoria dado su riesgo vital implícito y la percepción popular de la gravedad asociada a una intervención cardíaca. Es muy relevante considerar una evaluación psiquiátrica en todos aquellos pacientes en que se sospeche dificultad en el cumplimiento de las indicaciones posteriores a la cirugía ya que resulta particularmente frustrante, por ejemplo, ver morir a un enfermo por el rechazo asociado a la no ingesta de inmunosupresores pese a haber sobrevivido a una cirugía de transplante cardíaco.

La agitación pre y postoperatoria es mas frecuente aquí que en otros tipos de cirugía y los factores asociados parecen ser la hipoxia, el dolor y el temor extremo a la cirugía. Así también es posible apreciar ciertos déficit cognitivos postoperatorios los cuales usualmente ceden durante las primeras dos semanas.

**Cirugía ortopédica.** En este tipo de cirugía los problemas psicológicos suelen asociarse a patología congénita y alteraciones del desarrollo. En el caso de los accidentes es posible que los síntomas psicológicos se asocien a la prolongada y manifiesta alteración del ritmo de vida que el enfermo sufre o bien a la presencia de sentimientos de culpa en el caso de existir otras víctimas. Otro aspecto a considerar aquí es el relativo a la edad de los pacientes ya que es conocida la fuerte asociación entre fractura de cadera en ancianos y la presencia de cuadros deliriosos y confusionales asociados a la inmovilidad, la desnutrición o la embolia grasa.

**Cirugía estética:** en general esta es un área de la práctica quirúrgica donde la evaluación mental de los pacientes parece ser fundamental dada la alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica entre la población que busca este tipo de servicios.

En la literatura es posible encontrar las siguientes advertencias o criterios para no intervenir a un paciente que solicite cirugía estética (Tabla 2).

**Cirugía oftalmológica.** Cualquier cirugía que afecte de manera transitoria o permanente los órganos de los sentidos tiene mayor riesgo de desarrollar algún tipo de sintomatología psicológica derivado de los sentimientos de minusvalía y dependencia propias de estas limitaciones.

Cirugía de cara y cuello. En este tipo de intervenciones suelen ser usuales la alteración mani-

**Tabla 2**

**CRITERIOS GENERALES PARA NO INTERVENIR EN CIRUGÍA ESTÉTICA**

- El cirujano considera la cirugía técnicamente no viable.
- El paciente presenta expectativas irreales.
- El paciente presenta un Trastorno de la Imagen Corporal.
- El cirujano intuye que el paciente puede sufrir algún tipo de trastorno mental
- El paciente se encuentra sometido a un fuerte estrés al momento de consultar o en torno a la cirugía.
- Existe importante oposición familiar
- La solicitud de intervención es hecha por otras personas distintas del paciente mismo.
- Antecedentes de múltiples intervenciones previas ya sea sobre el mismo territorio o sobre zonas distintas ("adictos a la cirugía")

fiesta de la identidad y de la capacidad del paciente de reconocerse a si mismo producto de mutilaciones o modificaciones importantes de la arquitectura facial En estos casos el paciente tiende al aislamiento social y a la percepción de rechazo de su entorno. Pueden además asociarse alteraciones del habla, la audición, la ingesta alimentaría y la expresión facial.

b) **El equipo quirúrgicos.** Hasta aquí hemos revisado los principales aspectos emocionales asociados al paciente quirúrgico y a algunos tipos de cirugía. Revisaremos a continuación de manera breve aquellas características propias de los profesionales de la salud involucrados en la práctica de la cirugía en un hospital general así como de aquellas condiciones de trabajo capaces de facilitar la aparición y/o mantención de sintomatología emocional entre ellos.

Es conocida la alta prevalencia de estrés entre profesionales de la salud lo cual ha sido reportado por numerosos estudios prospectivos y descriptivos así como por la alta morbilidad psiquiátrica en grupos mas expuestos como por ejemplo enfermeras en quienes las tasas de suicidio son superiores a otras profesionales comparables en sexo y edad. En el caso de los médicos los riesgos mas prevalentes parecen ser el desarrollo de alcoholismo, estrés y depresión lo cual puede presentar cifras variables según especialidad o momento profesional siendo mayor el riesgo en intensivistas y en becados o cirujanos durante sus primeros tres años de post beca.

Los médicos suelen describir causas diferentes para el origen del estrés en el cual trabajan según se les consulte por escrito (cuestionarios) o por medio de entrevistas. En el primer caso la causa asociada al estrés es la alta demanda laboral. En el segundo caso se mencionan problemas de relación con colegas mayores y dudas sobre la propia suficiencia profesional.

En el caso de las enfermeras se han postulado diversas explicaciones para las mayores tasas de morbilidad psiquiátrica y de patología somática asociada al estrés tal y como la hipertensión arterial, úlcera péptica y enfermedades cardiovasculares. La alta presión laboral, el sistema de turnos con la consiguiente alteración de la vida familiar y de los patrones habituales de estabilidad, los bajos sueldos, la rutina, las escasa expectativas de promoción y el conflicto de roles con auxiliares de enfermería y médicos de sexo femenino parecen influir en la situación descrita.

Son numerosos los estudios en relación al carácter del cirujano. Cristóbal Pera, menciona que "contemplado el acto quirúrgico a través del metafórico lenguaje bélico es comprensible que la tipología clásica del cirujano corresponda a la de un profesional que posee las condiciones psicofísicas más adecuadas para soportar aquellos elementos de la atmósfera de la guerra, que describiera Von Clausewitz en su famoso tratado es decir el *riesgo, el esfuerzo físico, la incertidumbre y la suerte".*

Al estudiar las características de un grupo de estudiantes de medicina americanos que deseaban dedicarse a la cirugía fue posible identificar de manera consistente los siguientes rasgos: mayor autoestima, cierta tendencia al autoritarismo, baja tolerancia a la ambigüedad o la incertidumbre, capacidad de tomar decisiones en situaciones de riesgo y mayor capacidad de tolerar el estrés.

**Estrés en el equipo quirúrgico.** Entre la múltiples variables capaces de producir y aumentar el estrés de un equipo esta aquel paciente de evolución tórpida, los imprevistos fuera del ámbito de dominio es decir todas las eventuales complicaciones no quirúrgicas, la desconfianza en las propias capacidades producto del cuestionamiento de familiares o del propio paciente. Por último a veces la desconfianza puede provenir de la propia institución caracterizada por estructuras rígidas o muy jerarquizadas.

Cuando la desconfianza del propio médico alcanza grados importantes puede implicar pérdida del interés por el trabajo, marcado pesimismo y cansancio, enlentecimiento y pérdida de la eficiencia. En este contexto los éxitos suelen ser atribuidos a la casualidad y el fracaso al resto del equipo.

El hecho de que ciertos grupos quirúrgicos trabajen con pacientes más complejos o graves puede

favorecer en ese grupo la aparición de sintomatología como la descrita, de ahí que sea recomendable la alternancia intra grupo o incluso inter grupo de los pacientes más graves. Otro factor que puede contribuir al manejo del estrés en estos ambientes es la dedicación de tiempo a estudio, docencia e investigación así como la promoción del intercambio de experiencias de manera de hacer sentir al cirujano nuevo el hecho de no estar solo ni sufrir angustias específicas.

Es probable que además de las medidas anteriores muchos grupos intenten defenderse de manera más espontánea o inconsciente. Tal es el caso de un equipo sobre valorado (mecanismo defensivo favorecido por el grupo y por las expectativas irreales depositadas en el cirujano). Aquí son frecuentes sentimientos de euforia, optimismo, hiperactividad, omnipotencia con la consiguiente dificultad para objetivar problemas.

A modo de resumen se puede decir que los principales factores estresantes para la práctica actual de la cirugía son:

– Sobrecarga de trabajo
– Cuidado de Pacientes Moribundos
– Escasez de personal y excesivo papeleo
– Conflicto de roles
– Temor al contagio de SIDA.

Si la desesperanza es tan importante puede llegar a sufrirse de lo que los anglosajones llaman el Síndrome Burnout el cual se caracteriza por:

– Descenso en el rendimiento
– Consumo de tranquilizantes
– Agotamiento emocional
– Deterioro en la calidad de trato con los pacientes
– Ausentismo laboral
– Falta de interés por el trabajo.

Para el tratamiento del síndrome de Desmoralización o Burnout es necesario, junto con el manejo ambulatorio farmacológico, un apoyo psicoterapéutico destinado a la recuperación de la confianza y el gusto por el trabajo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Baum A *et al:* Cambridge Handbook of Psychology Health and Medicine. Cambridge University Press 1997, London.
2. Cassem NH: Hospital General de Massachusets. psiquiatría de Enlace en un Hospital General. Ediciones Diaz de Santos 1994, Madrid.
3. Pera C: El Cuerpo Herido: Un diccionario filosófico de la cirugía. Ediciones el Acantilado 2003, Barcelona
4. Rojo J, Cicera E: Interconsulta siquiátrica, Masson 1997,Barcelona.
5. Wise M, Rundell J: The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry APA Press, Washington, DC, 2002.