

Publicado en Aten Primaria. 2009;41(5):285-7

UN MODELO PARA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA CON EL PACIENTE

Ana M^a Costa Alcaraz. Médico de Familia. Centro de Salud Nazaret (Valencia)
Carlos Almendro Padilla. Médico de Familia. Centre Salut Torrent 1 (València)

RESUMEN

La atención centrada en el paciente introduce un paradigma de relación clínica imprescindible para la humanización de la asistencia. Cuando el centro de la atención clínica es el paciente concreto, con sus valores y expectativas, resulta fundamental contar con él ante decisiones diagnósticas y/o terapéuticas. Los autores presentan un modelo estructurado de toma de decisiones compartida.

PALABRAS CLAVE

Paciente activo. Toma de decisiones. Comunicación médico-paciente

KEY WORDS

Patient's concerns. Medical decision making. Clinician-patient communication

Introducción. El nuevo paradigma: la medicina centrada en el paciente.

Frente a la atención centrada en las enfermedades, propia de la tecno-medicina, hay quienes propugnan centrar la atención en el paciente. Ésto, que desde una perspectiva cientifista puede parecer poco operativo, no viene a ser sino una nueva formulación del “no hay enfermedades sino enfermos” de Marañón, o una puesta en práctica del modelo bio-psico-social que propugna la teoría de sistemas, modelo en el cual se tiene en cuenta no sólo la dolencia orgánica sino cómo la vive el paciente en su entorno y cómo afecta a sus valores.

La atención centrada en el paciente consiste en “ver el mundo a través de los ojos del paciente” (1). Para conseguirlo, el médico tiene que saber callar induciendo a quien consulta a narrar su problema y manifestar sus expectativas.

Pero... ¿La información al paciente es necesaria, o contraproducente?

Desde una perspectiva ética o jurídica no puede negarse el derecho de los pacientes a ser informados sobre su enfermedad y poder elegir entre las diferentes opciones de tratamiento (si hubiese), o participar en las decisiones que se tomen al respecto (si lo desean) (2). Humanizar la asistencia exige en tener en cuenta las expectativas y experiencias previas del paciente (contando con su familia), manejar conocimientos científicos actualizados, abordar conjuntamente de forma clara y serena el margen de incertidumbre inherente a cada procedimiento, elaborar propuestas de intervención teniendo en cuenta sus preferencias, y ratificar la opción elegida (3). Implicar a los pacientes en la

toma de decisiones podría resultar una buena estrategia para mejorar la adherencia a los tratamientos (4). El paciente activo, interesado por conocer lo que a su salud concierne y motivado a participar en las decisiones que se tomen al respecto, es un modelo emergente en las sociedades desarrolladas (5). Factores determinantes de esta tendencia son el mayor nivel educativo de los ciudadanos, la percepción de la salud como un bien de consumo, los diferentes tipos de familia con la consiguiente movilidad del rol de cuidador (tradicionalmente asignado a la mujer) y las expectativas respecto al poder de la ciencia y la tecnología sanitaria (6). Este tipo de paciente juega un importante papel modulador de la calidad asistencial, ya que induce al médico a confirmar que las decisiones se ajustan a los últimos conocimientos científicos (7,8)

Tanto desde la perspectiva ética como desde la gestión de recursos, resulta imprescindible desarrollar un modelo de atención centrada en el que consulta (paciente, cliente)

Sin embargo, compartir decisiones podría exigir mayor inversión de tiempo en la consulta. La necesidad de optimizar el tiempo cuando las condiciones de trabajo son de excesiva presión asistencial es posible que induzca a considerar que explorar valores y preferencias, cuanto menos, superfluo si no contraproducente. Sin embargo, las pruebas científicas demuestran que los pacientes que se implican más consiguen mejores resultados (9) Así lo reconoce la Agency for Healthcare Research and Quality, que ha elaborado una lista de 20 recomendaciones dirigidas a los pacientes (10). Desde el punto de vista de los pacientes españoles "Un paciente más formado en salud puede

suponer una menor inversión de tiempo en tratar y aconsejar, una mayor adherencia al régimen de tratamiento, una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud y, mediante la participación activa en su propio tratamiento, una mejora más rápida de su condición de salud, o en el caso de enfermedades crónicas, llevar una vida más satisfactoria y duradera." (11)

Sin embargo, la información puede ser mal comprendida ¿Para qué necesitan información los pacientes?

La información, sobre todo la referida a enfermedades con mal pronóstico, puede ser iatrogénica. Pero lo determinante de la iatrogenia no es tanto la veracidad o la transparencia cuanto el estilo comunicativo.

Los pacientes necesitan, además de recibir una atención de calidad, sentirse tratados como personas. Para ello, es imprescindible respetar su intimidad, atender a sus emociones, y tener en cuenta sus valores, invitándoles a participar en las decisiones si lo desean (tabla 1). La participación mejora los resultados de la atención clínica (12,13)

Tabla 1. ¿Por qué los pacientes necesitan información?

- Para tranquilizarse y afrontar la situación en las mejores condiciones posibles
- Para hacerse una idea realista del pronóstico
- Para comprender los procesos y colaborar autocuidándose
- Para compartir con familia, amigos, cuidadores, sus necesidades

Implicar a los pacientes les obliga a elegir. La disyuntiva ante una elección puede generar conflicto ¿Qué es el conflicto decisional?

El tener que decidir puede provocar disonancia cognitiva o ambivalencia, que se podría definir como incertidumbre sobre el curso de acción óptimo ante una elección que incluye riesgos, pérdidas o cambios en los valores personales (NANDA 2002) El conflicto desencadenado por tener que decidir, si no es conducido de forma adecuada, puede empeorar la evolución de la enfermedad. En ocasiones, los pacientes presentan signos de conflicto decisional (tabla 2)

Tabla 2. Signos de conflicto decisional

- Acentuación de la incertidumbre
- Magnificación de los resultados negativos
- Retrasos injustificados en la elección de procedimiento
- Ansiedad asociada a la necesidad de elegir
- Síntomas o signos de distrés
- No adherencia a las propuestas de tratamiento

Y, aunque no se puede intervenir sobre algunos de los factores desencadenantes de tal conflicto (como, por ejemplo, sobre el riesgo inherente a un procedimiento), es posible modificar la percepción de otros (tabla 3). Aquí es donde entra en escena la confianza como factor clave de la relación clínica. Solamente aquellos médicos que se hayan sabido ganar la confianza de sus pacientes podrán conseguir que la entrevista tenga, por sí misma, efecto terapéutico.

Tabla 3. Factores modificables en un conflicto decisional

- Ideas erróneas, por falta de información sobre las opciones o por expectativas a la realidad
- Escasos recursos personales, familiares o sociales.

La dinámica de compartir la decisión con el paciente.

Entre los médicos, está extendida la convicción de que informar sobre la incertidumbre podría generar inseguridad y, por tanto, prefieren recurrir a pruebas o tratamientos innecesarios aunque resulten desproporcionados e, incluso, perjudiciales (14). Sin embargo, ocultando información se crea una dinámica de falsas expectativas respecto a la infalibilidad de la ciencia y el poder de la tecnología, que induce al paciente a tolerar peor un mal resultado. Cuando se pregunta a los pacientes, éstos se manifiestan claramente partidarios de que se cuente con ellos y esperan de sus médicos que les respondan a sus preguntas de forma comprensible y sincera, que les permitan consultar su historia clínica, que les inviten a participar en las decisiones, que no se molesten si se plantean obtener una segunda opinión (y no ser castigados por el sistema), así como poder tener diferentes posibilidades de acceso a la consulta, como internet o teléfono, además de la visita presencial (15). Ayudar al paciente a decidir o contar con su opinión antes de tomar decisiones clínicas importantes, son formas complementarias e imprescindibles de culminar la entrevista clínica (16).

Conclusión: La toma de decisiones compartida facilita el ajuste entre la agenda del paciente y la agenda del profesional

Tomar decisiones de forma compartida implica tener en cuenta las expectativas del paciente (en ocasiones también de la familia), proporcionar información actualizada según los últimos conocimientos, identificar las incertidumbres, invitar al paciente a expresar su preferencia y verificar que ha elegido lo más adecuado para él.

Desde la web de SemFYC es posible acceder a una tabla de decisión que puede ser útil para, una vez cumplimentada por el paciente y durante una o sucesivas visitas a la consulta, elegir conjuntamente y de forma personalizada la mejor opción (17)

BIBLIOGRAFÍA

1. Epstein R. "Lo he visto en televisión: respondiendo a pacientes que solicitan prescripciones farmacológicas". XIX Congreso Nacional de entrevista clínica y comunicación asistencial. Guadalajara 2008.
2. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med.* 2003;56:1595-604.
3. Epstein R, Alper B, Quill T. Communicating evidence for participatory decision making *JAMA.* 2004;291:2359-66.
4. O'Brien MK, Petrie K, Raeburn J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Med Care Rev.* 1992;49(4):435-54.
5. Navarro Rubio MD, Muñiz GG, Jovell Fernández AJ. Los derechos del paciente en perspectiva. *Aten Primaria.* 2008;40(7):367-9.
6. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2006;38(3):234-7.
7. Tentler A, Silberman J, Paterniti DA, Kravitz RL, Epstein RM. Factors affecting physicians' responses to patients' requests for antidepressants: focus group study. *J Gen Intern Med.* 2008;23:51-7.
8. Feldman MD, Franks P, Epstein RM, Franz CE, Kravitz RL. Do patient requests for antidepressants enhance or hinder physicians' evaluation of depression? A randomized controlled trial. *Med Care.* 2006;44:1107-13.

9. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Social Science and Medicine*. 1998; 47: 329-39.
10. Agency for Healthcare Research and Quality. Medical Errors & Patient Safety [citado 18 mayo 2008]. Disponible en:
<http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm>
11. Declaración de Barcelona: Decálogo de los pacientes. Barcelona, 20-21 de mayo de 2003 [citado 18 mayo 2008]. Disponible en:
<http://www.fbjoseplaporte.org/dbcn/>
12. Prados Torres D, Leiva Fernández F. Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones compartidas con el paciente. *Aten Primaria*. 2006; 38(10): 531-4.
13. Palacio Lapuente A, Silvestre Busto C. Participación del paciente como estrategia de mejora de calidad. *Aten Primaria*. 2006; 38(8): 461-4.
14. Merenstein D. Winners and Losers. *JAMA*. 2004; 291(1): 15-6
15. Jadad AR, Rizo CA, Enkin MW. I am a good patient, believe it or not. *BMJ*. 2003; 326: 1293-5
16. Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordovás Casaurrán R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir?. *Aten Primaria*. 2008; 40(2): 97-9.
17. Almendro Padilla C. Una Guía para la toma de decisiones compartidas con su médico. Accesible en:
http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/biblioteca/Guia_para_paciente_s/Documentos/Tomando_decision [visitada el 30-6-2008]

Puntos clave

- La medicina centrada en el paciente consigue mayor implicación en autocuidados, adherencia al tratamiento y co-responsabilización con los resultados de salud
- La toma de decisiones compartida es el modelo de interacción clínica propio de la medicina centrada en el paciente
- Los pacientes activos, que se implican en lo relacionado con sus problemas, consiguen mejor salud y se encuentran más satisfechos con la atención recibida