

Publicado en: Aten Primaria. 2008;40(2):97-9

¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir?

Costa-Alcaraz AM. Médico de Familia. Centro Salud Nazaret (Valencia)

Almendo-Padilla C. Médico de Familia. Centre Salut Torrent 1 (València)

García-Vicente S. Médico de Familia. Director del Hospital Valencia al Mar (Valencia)

Ordovás-Casaurrán R. Médico de Familia. Centro Salud Santa Faz Ayuntamiento (Alicante)

Resumen.

Una relación clínica centrada en el paciente exige contar con él. La toma de decisiones conjunta facilita una relación médico-paciente satisfactoria, potencia los autocuidados y sitúa las expectativas en un marco realista.

Desde la lógica y la observación empírica, se han construido modelos teóricos de ayuda a la toma de decisiones, normativos, adaptativos y ecológicos, que pueden utilizarse como instrumentos.

No existe ninguna justificación moral para instrumentalizar a los pacientes.

La toma de decisiones compartida se encuentra con grandes limitaciones si el entorno asistencial no es adecuado, o si las estrategias políticas y el estilo de gestión están orientadas hacia un modelo asistencial paternalista.

Palabras clave: Ayuda a decidir, Consejo médico, Preferencias del paciente, Autonomía

Key words: Decision Aids, Counselling, Patient Preferences, Autonomy

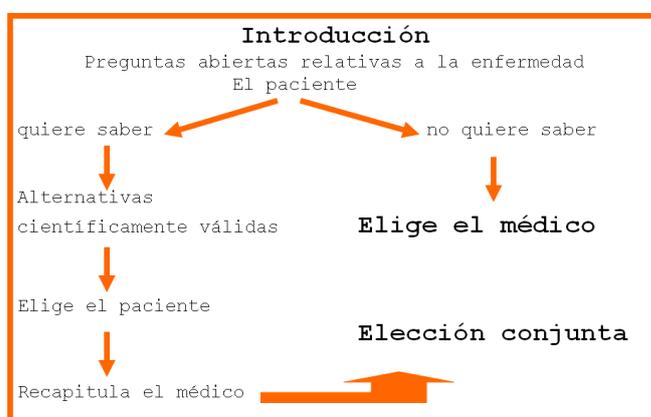
Introducción.

En el modelo de relación clínica paternalista, es siempre el médico quien adopta las medidas que considera convenientes para el bien de su paciente. Ha sido durante siglos el modelo dominante y todavía hay algunos pacientes que lo prefieren, aunque la tendencia es hacia respetar la autonomía del paciente. La relación basada en el respeto a la autonomía empieza a tener auge a partir de la publicación, en 1947, del Código de Nüremberg tras la vergonzosa experiencia de investigación con humanos en los campos de concentración nazis (1)

Una relación basada en el respeto a la autonomía del paciente tiene que considerar, necesariamente, la opinión del mismo ante las posibles opciones de intervención diagnóstica o terapéutica. Es más, incluso en el modelo paternalista sería deseable conocer el punto de vista del paciente con anterioridad a cualquier decisión excepto en casos en los que explícitamente haya expresado lo contrario. Ello redundaría en una relación con mayor efecto terapéutico.

Se ha demostrado que las intervenciones profesionales para ayudar a decidir a los pacientes reducen la ansiedad que éstos últimos puedan sufrir a consecuencia de sus problemas de salud, aumentan los conocimientos respecto a riesgos o enfermedades que les atañen, les aportan expectativas realistas en relación a las posibilidades de tratamiento y les pueden motivar para un autocuidado efectivo (2).

Cuanto mayor gravedad tiene motivo de consulta, más importante resulta atender a necesidades, expectativas y valores del paciente. Se puede afirmar que la toma de decisiones compartida es un instrumento terapéutico imprescindible dentro de la relación médico-paciente, sea cual sea el modelo de dicha relación (ver figura).



El usuario-cliente siempre tiene razón versus relación médico-paciente ¿Ayudar a los pacientes a decidir?

Sin embargo, en el estilo de entrevista clínica hay que evitar deslizarse desde una actitud en la que el médico decide lo que

considera conveniente, sin apenas dar explicaciones, a la actitud opuesta en la que no cuestiona las demandas o expectativas que proceden de quien le consulta. Quien acude a consulta es siempre un ser humano con un problema referido a sí mismo. Pero el usuario-cliente no siempre tiene razón. Falta de información, mitos, o consumismo, pueden dar lugar a ideas equivocadas sobre el binomio salud/enfermedad. Factores emocionales, relacionados con antiguos miedos o con el impacto de una mala noticia, pueden bloquear la capacidad de decisión.

Por otra parte, las diferentes opciones para afrontar un problema aportan ventajas e inconvenientes específicos y, en muchos casos, no existen pruebas científicas que apoyen una elección sobre otra (nivel de evidencia C).

Ayudar a que el paciente decida, o recibir ayuda del paciente para tomar una decisión clínica, son formas complementarias e imprescindibles de culminar la entrevista clínica. Factores dependientes del paciente, del profesional, de la información que se aporta, y del entorno de trabajo, determinan la calidad del proceso de ayuda a decidir (tabla 1)

Tabla 1
Factores a considerar en la toma de decisiones compartida con el paciente

Dependientes de la información	Dependientes del profesional	Dependientes del paciente	Dependientes del entorno laboral
Actualizada	Capacidad de empatizar	Comprender la información	Consulta confortable para el paciente (silla, iluminación,...)
En cantidad adecuada (ni defecto ni exceso)	Lenguaje comprensible	Formular dudas y recibir aclaraciones	No interrupciones en la consulta (teléfono, enfermera, urgencia,...)
Basada en pruebas científicas	Atención a las señales no verbales	Conocer las consecuencias de cada opción	Presión asistencial adecuada (posibilidad de dedicar a cada paciente el tiempo que necesite)
Incorporando la experiencia del profesional	Recapitulación	Identificar y explicitar: miedos y resistencias valores redes de apoyo (sociales, familiares)	Acceso a bibliografía actualizada y posibilidad de consultarla dentro del horario laboral

Algunos supuestos extraídos de la práctica cotidiana pueden ayudar a comprender texto y contexto de la toma de decisiones compartida con el paciente.

Escenarios clínicos.

Caso 1.

El médico de familia de Teresa, después de conocer el resultado de la ecografía mamaria, termina de informarle que tiene que derivarla al hospital para que continúen su estudio. No se puede descartar un tumor maligno. El impacto de esta noticia deja a Teresa sin capacidad de reacción durante unos segundos. La situación es compleja, ya que está embarazada de 19 semanas del que será su tercer hijo.

Caso 2.

Ramón es un anciano de 93 años con deterioro cognitivo leve, encamado, malnutrido, con oxigenoterapia continua y úlceras de decúbito en fase de curación. Su esposa, de 87 años, es la cuidadora principal. En una de las visitas de seguimiento, la enfermera detecta un nódulo ulcerado en sien, e informa al médico. El médico se plantea cual será la actuación más correcta, dada la dificultad de movilización que presenta el paciente y al contexto familiar.

Caso 3.

Pedro tiene dos hernias discales en columna lumbar. Trabaja en la construcción, y las posturas forzadas hacen que tenga continuamente recaídas, aunque no presenta mielopatía por compresión. El traumatólogo le ha informado de que la tasa de fracasos en cirugía de esa zona es cercana al 50%, sin embargo Pedro, de no intervenir, no podrá continuar con su trabajo habitual.

Muchos de los motivos de consulta se refieren a problemas triviales, y las decisiones clínicas consiguientes son fáciles de tomar. Sin embargo, a veces se plantean cuestiones de abordaje complejo. La estructura físico-psíquico-espiritual y social de los seres humanos hace que muchas de las decisiones se adopten en un marco de incertidumbre (3,4).

Por otra parte, el conocimiento científico se establece, con frecuencia, en base a probabilidades y, por tanto, se acompaña de diferentes grados de incertidumbre.

Finamente, la falta de pruebas científicas sustentando muchos de los tratamientos habituales (nivel de evidencia C o D), es un factor determinante de falibilidad.

Los médicos pueden tomar algunas decisiones sin riesgo, las basadas en la certidumbre. En esos casos resulta fácil escoger la estrategia óptima, aunque no hay que olvidar que ni siquiera en estos casos la certeza es total, ya que la fortaleza de las pruebas científicas

encontradas en un ensayo clínico controlado siempre contienen un cierto grado de incertidumbre al aplicarlas a un paciente individual (5). En la mayoría de situaciones clínicas hay que tomar las decisiones manejando diferentes un alto grado de incertidumbre, dada la escasez de pruebas científicas. También se dan casos en los que las diferentes alternativas presentan un grado de certidumbre similar. En uno y otro caso es importante tener en cuenta la opinión del paciente ya que, en la relación clínica, él pone en juego su persona y el médico solo su prestigio profesional.

Tener en cuenta la opinión del paciente durante el proceso de atención a su salud, además de ser una forma de humanizar la asistencia y un derecho derivado del reconocimiento de la autonomía de cada ser humano, es una forma de promover los autocuidados. Escuchar al paciente e implicarlo en las decisiones respecto a los cuidados de su salud puede tener, por sí mismo, un efecto terapéutico.

Diferentes experiencias desarrolladas hasta el momento permiten establecer un modelo (tabla 2) y e identificar los factores emocionales que modulan la decisión (tabla 3). Con la práctica de la ayuda a la toma de decisiones del paciente en la consulta, se plantean dudas como ¿existen modelos teóricos en los que apoyarse para ayudar a la toma de decisiones?, ¿qué puede aportar la medicina basada en pruebas científicas respecto a esta materia?, ¿a qué tipo de pacientes habría que implicar? Responder con fundamentación científica es uno de los más recientes retos de la calidad asistencial.

Tabla 2. Dinámica de la ayuda a la toma de decisiones

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ Detección de necesidades○ Contextualización del problema○ Escucha activa (facilitar el discurso racional)○ Empatía (atención a las emociones, prestando especial atención a las perturbadoras)○ Planteamiento de las diferentes disyuntivas○ Identificación de recursos, personales y del entorno○ Recapitulación○ Elección |
|--|

Tabla 3. Factores irracionales moduladores de la decisión

Tensión emocional:	miedo, incertidumbre, perplejidad
Dependencia del grupo:	no podría soportar las preguntas/reproches
Preferencias inconscientes:	incoherencias entre imagen y personalidad
Factores externos imprevistos y/o graves:	Acontecimientos vitales estresantes
Escasa empatía en la relación profesional:	desconfianza
Necesidad de minimizar el conflicto:	de valores, por desgaste emocional

Bibliografía

1. Conill Sancho J. Horizontes de economía ética. Editorial Tecnos, 2ª ed. Madrid 2006; pág 247-82.
2. O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software 2002;4
3. Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el mar de la incertidumbre. Aten Primaria 2005;35:95-8
4. Prados Torres D, Leiva Fernández F. Incertidumbre en medicina y toma de decisiones compartida con el paciente. Aten Primaria 2006;38:531-4
5. Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. BMJ 2005;330:511-7

PUNTOS CLAVE

- Ayudar a que el paciente decida, o recibir ayuda del paciente para tomar una decisión clínica, son formas complementarias e imprescindibles de culminar la entrevista clínica.
- Factores dependientes del paciente, del profesional, de la información que se aporta, y del entorno de trabajo, determinan la calidad del proceso de ayuda a decidir.
- Escuchar al paciente e implicarlo en las decisiones respecto a los cuidados de su salud puede tener, por sí mismo, un efecto terapéutico.