



ORIGINAL BREVE

Innovando en la toma de decisiones compartida con pacientes hospitalizados: descripción y evaluación de una herramienta de registro de nivel de intensidad terapéutica



Jordi Amblàs-Novellas^{a,b,c,d,*}, Sílvia Casas^{a,d}, Rosa María Catalán^e, Margarita Oriol-Ruscalleda^{b,f}, Gianni Enrico Lucchetti^d y Francesc Xavier Quer-Vall^g

^a Unidad Geriátrica de Agudos, Hospital Universitari de Vic/Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

^b Unidad Territorial de Geriatria y Cuidados Paliativos, Consorci Hospitalari de Vic/Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Vic, Barcelona, España

^c Cátedra de Cuidados Paliativos, Universidad de Vic, Vic, Barcelona, España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Vic/Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

^e Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitari de Vic/Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

^f Hospital Sant Jaume de Manlleu/Consorci Hospitalari de Vic, Manlleu, Barcelona, España

^g Servicio de Cirugía General, Hospital Universitari de Vic/Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de mayo de 2015

Aceptado el 8 de julio de 2015

On-line el 21 de agosto de 2015

Palabras clave:

Toma de decisiones compartida

Nivel de intensidad terapéutica

Objetivos asistenciales

Atención centrada en la persona

Hospital de agudos

RESUMEN

Fundamento y objetivo: La toma de decisiones compartida entre pacientes y profesionales es un elemento clave de la atención centrada en la persona y tiene como objetivo facilitar la adecuada armonización entre los valores y preferencias de los pacientes, los objetivos asistenciales propuestos y la intensidad de las intervenciones realizadas. Pero tan importante como velar por la calidad de este proceso colaborativo es poder disponer de sistemas que permitan registrarlo de forma fiable y sencilla, con el objetivo de preservar la coherencia en las decisiones durante el proceso asistencial. El presente estudio describe un sistema de registro de nivel de intensidad terapéutica (NIT) diseñada para tal fin y evalúa los resultados de su implementación.

Material y método: Se comparan los resultados pre-implementación y post-implementación en 2 cohortes de pacientes registrados durante un período de un mes, respectivamente.

Resultados: El 6,1% de los pacientes del grupo pre-implementación (n = 673) tienen algún registro de nivel asistencial, frente al 31,6% del grupo post-implementación (n = 832) (p < 0,01), existiendo diferencias entre servicios. La mortalidad intrahospitalaria de ambas cohortes es del 1,9%; el 93,75% de los pacientes del grupo post-implementación que fallecieron tenían registro de NIT.

Conclusiones: La disponibilidad de una herramienta hospitalaria específica parece incentivar el proceso de toma de decisiones compartidas entre pacientes y profesionales —multiplicando por más de 5 veces el registro de NIT—, facilita la continuidad asistencial entre equipos y permite monitorizar la personalización de las intervenciones. Serán necesarios más estudios para seguir avanzando en la toma de decisiones compartida con los pacientes hospitalizados.

© 2015 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Improving shared decision-making for hospital patients: Description and evaluation of a treatment intensity assessment tool

ABSTRACT

Background and aim: Shared decision-making between patients and healthcare professionals is crucial to guarantee adequate coherence between patient values and preferences, caring aims and treatment intensity, which is key for the provision of patient-centred healthcare. The assessment of such interventions are essential for caring continuity purposes. To do this, reliable and easy-to-use assessment systems are required. This study describes the results of the implementation of a hospital treatment intensity assessment tool.

Keywords:

Shared decision-making

Intensity treatment level

Care goals

Patient-centred care

Acute hospital

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jordiamblass@gmail.com (J. Amblàs-Novellas).

Material and methods: The pre-implementation and post-implementation results were compared between two cohorts of patients assessed for one month.

Results: Some record of care was registered in 6.1% of patients in the pre-implementation group (n = 673) compared to 31.6% of patients in the post-implementation group (n = 832) ($P < .01$), with differences between services. Hospital mortality in both cohorts is 1.9%; in the pre-implementation group, 93.75% of deceased patients had treatment intensity assessment.

Conclusions: In hospital settings, the availability of a specific tool seems to encourage very significantly shared decision-making processes between patients and healthcare professionals —multiplying by more than 5 times the treatment intensity assessment. Moreover, such tools help in the caring continuity processes between different teams and the personalisation of caring interventions to be monitored. More research is needed to continue improving shared decision-making for hospital patients

© 2015 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Durante el proceso de atención hospitalaria es habitual que los equipos asistenciales y los pacientes se enfrenten a la toma de decisiones, resultando estas especialmente difíciles en situaciones de complejidad.

Factores determinantes de complejidad en la toma de decisiones

La complejidad clínica en los *pacientes* está determinada por la coexistencia de múltiples enfermedades y condiciones crónicas, así como el comportamiento dinámico y la respuesta heterogénea al tratamiento. Estas circunstancias son muy relevantes en las personas con enfermedades crónicas avanzadas¹, grupo especialmente prevalente en el ámbito hospitalario de agudos, donde el 40% de los pacientes ingresados pueden estar en situación de final de vida y se producen el 30% del total de muertes poblacionales².

Existen también factores relacionados con los *profesionales*: el modelo tecnobiomédico imperante en el medio hospitalario, así como una atención eminentemente centrada en la enfermedad y basada en el pronóstico —habitualmente incierto—, suelen acarrear parálisis pronóstica y un abordaje dicotómico³, basado en la incompatibilidad entre los objetivos de curación/supervivencia y la atención paliativa. Esta visión puede inducir tanto al encarnizamiento terapéutico como a la infravaloración, especialmente en pacientes de perfil geriátrico por motivo de edad⁴.

Algunos factores de complejidad en la toma de decisiones están supeditados a la *organización hospitalaria*: la heterogeneidad de pacientes, así como la variabilidad en los modelos asistenciales y en las cargas de trabajo, determinan en buena parte la calidad de la atención⁵. Ante la ausencia de objetivos terapéuticos concretos y registrados, la escasa coordinación intra/interequipos condiciona atención disruptiva, especialmente en la atención a las crisis por parte de los equipos de guardia.

Elementos clave para mejorar el proceso compartido de toma de decisiones

- **Del concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) al de adecuación del nivel de intensidad terapéutica (NIT).** El concepto de «LET», ampliamente difundido⁶, es superponible al modelo de atención dicotómico, pudiendo dar la sensación de restricción de la atención en algunas circunstancias. La «adecuación del NIT» es un concepto más ajustado a la nueva visión progresiva y sincrónica de la atención al final de la vida, donde existe una armonización⁷ entre la intensidad de las intervenciones y las preferencias, los valores y la situación global del paciente.
- **Toma de decisiones compartida.** La toma de decisiones compartida es un elemento clave en la atención centrada en la persona y es un derecho fundamental de los pacientes, pudiéndose considerar su omisión mala praxis asistencial. Requiere

tanto de la especialización de los profesionales (en el diagnóstico situacional¹, opciones de tratamiento y en capacidades comunicativas) como del conocimiento experto de los pacientes sobre su experiencia de enfermedad, valores y preferencias y actitud ante el riesgo⁸. Este marco cooperativo permite identificar necesidades, acordar objetivos y desarrollar e implementar el plan de cuidados, garantizando así que los pacientes no reciban más tratamiento del que desean ni menos del que necesitan⁹.

- **Sistemas de información/registro de nivel asistencial.** A pesar de las pocas experiencias descritas en la literatura, los sistemas de registro han demostrado su utilidad, siendo necesarios más estudios^{10,11}. Un valor añadido de la implementación de estas herramientas es que permiten medir e incluso incentivar el proceso de atención centrada en la persona¹².

Objetivos del presente estudio

Describir los resultados de la implementación de un sistema de registro de NIT hospitalario diseñado para favorecer la continuidad asistencial y facilitar la toma de decisiones compartida entre paciente/familiares y profesionales/equipo asistencial. Las especificaciones de la herramienta se describen de forma breve en la [figura 1](#).

Material y métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio comparativo retrospectivo. El diseño y el análisis se han basado en la metodología STROBE. El sistema de registro ha sido aprobado por el Comité de Ética del Consorci Hospitalari de Vic, y se han seguido los protocolos establecidos de acceso a los datos de las historias clínicas.

Contexto

El estudio se desarrolló en el Hospital Universitari de Vic, un hospital general de 200 camas para una población de referencia de 250.000 habitantes. Antes de la implementación del actual sistema de registro (PRE) existía un sistema informático que solo permitía hacer constar instrucciones sobre si un paciente era candidato o no a reanimación cardiopulmonar en caso de paro cardiorrespiratorio.

Se analizaron los datos de las altas hospitalarias en 2 períodos: pre-implementación (PRE) del sistema de registro de NIT —pacientes dados de alta durante el mes de noviembre de 2012— y post-implementación (POST) —pacientes dados de alta durante el mes de noviembre de 2014.

El registro del NIT se realiza durante el ingreso (habitualmente dentro de las primeras 24-72 h), de forma consensuada con el paciente y/o familia, una vez realizado el diagnóstico situacional mediante una valoración geriátrica integral. El sistema de registro

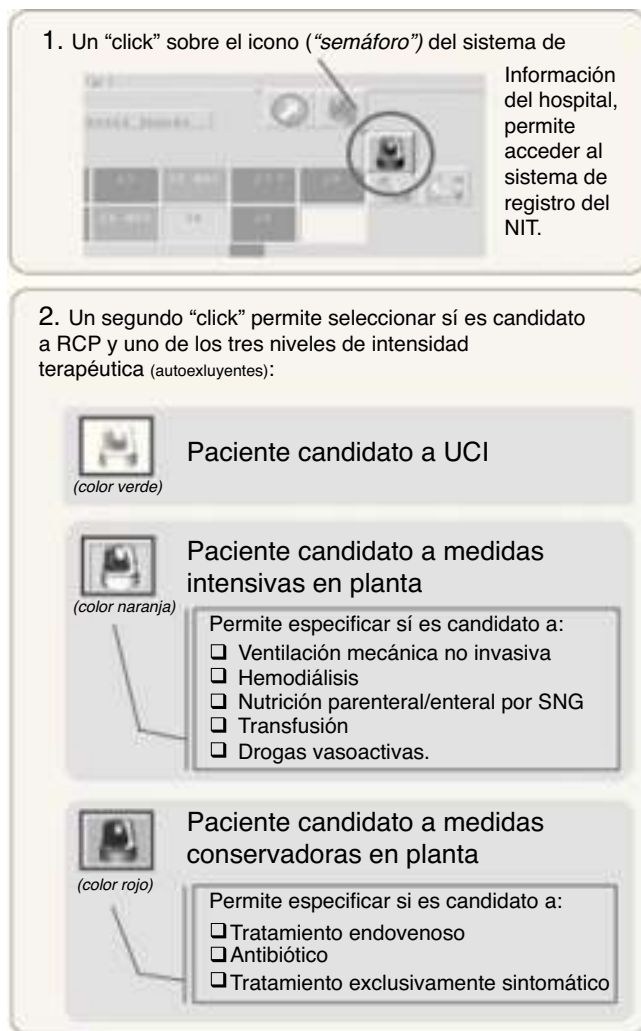


Figura 1. Sistema de registro de nivel de intensidad terapéutica del Hospital Universitario de Vic. Existe una instrucción/documento asistencial que describe los objetivos y la sistemática para una correcta utilización de la herramienta. Algunos aspectos a tener en cuenta para su utilización son:

Es una *propuesta* de nivel de intensidad terapéutica (NIT), que debe ser consensuada con paciente y/o familiares-tutor, que tiene como objetivo facilitar la toma de decisiones en circunstancias concretas, y es *modificable*: se propone *revisión obligatoria* cada 7 días.

En el momento de cumplimentarlo, queda registrado y visible el *nombre del profesional* que realiza la propuesta de NIT y la *fecha* en que se ha realizado.

Se considerará por defecto a todos los pacientes candidatos a reanimación cardiopulmonar (RCP) en caso de paro cardiorrespiratorio; en caso de NO ser candidato a reanimación cardiopulmonar, se marcará en una casilla específica.

Una vez seleccionado el NIT (UCI, medidas intensivas en planta, medidas conservadoras en planta), se abrirá un menú que ofrecerá la posibilidad (no es obligatorio) de detallar algunas acciones concretas y circunscritas al NIT seleccionado.

Finalmente existe un apartado que permite especificar si la toma de decisiones se ha realizado solo con el paciente, con la familia (en caso de limitaciones en la competencia del paciente) o con ambos, así como el grado de información compartida. También permite registrar otras informaciones relevantes, como la necesidad de habitación individual o si es candidato a necropsia.

SNG: sonda nasogástrica; UCI: unidad de cuidados intensivos.

permite especificar cuál ha sido el interlocutor en el proceso de toma de decisiones compartida (paciente, familia o ambos), existiendo también un apartado «observaciones» para escribir en texto libre las informaciones que se consideren oportunas.

Participantes y tamaño de la muestra

Se incluyeron todos los pacientes dados de alta de los servicios de Medicina Interna (MI), Cardiología (CAR), Oncología (ONC),

Cirugía General (CG), Traumatología (COT), Cirugía Vascular (CV), Urología (URO) y Unidad Geriátrica de Agudos medicoquirúrgica (UGA+). No se incluyeron pacientes ingresados en Pediatría, Obstetricia y Psiquiatría, ni de Cirugía menor ambulatoria.

Variables

Se han analizado datos descriptivos básicos (edad, sexo y estancia media) y la presencia o ausencia de registro de NIT. En el grupo POST se han analizado las subcategorías «candidato a UCI», «candidato a medidas intensivas en planta» (MIP) o «candidato a medidas conservadoras en planta» (MCP).

Fuente de los datos y métodos estadísticos

Los datos fueron obtenidos de la base de datos hospitalaria, utilizando el paquete estadístico IBM SPSSstatistics19 para el análisis.

Resultados

Datos descriptivos y participantes

El número total de altas hospitalarias del grupo PRE fue de 673, por 832 en el grupo POST, con una estancia media de $5,38 \pm 6,1$ y $4,65 \pm 4,3$ días, respectivamente ($p = 0,007$). La edad media del PRE fue de $66,18 \pm 18,5$ años (45% mujeres), por $66,49 \pm 18,7$ años (42% mujeres) del POST ($p > 0,05$).

Resultados principales

Un 6,1% de los pacientes PRE tenían el antiguo registro de NIT en la historia clínica, frente el 31,6% del nuevo registro en el POST ($p < 0,01$) (tabla 1), con diferencias significativas PRE-POST en los servicios médicos —MI, CAR, ONC— (4,6% vs 68,6%) y en la UGA+ (30,4 vs 89,8%), respectivamente. No existen diferencias PRE-POST en los servicios quirúrgicos ($p = 0,288$).

En el grupo POST, la distribución de NIT fue del 44,8% ($n = 118$) para «intensidad UCI», del 33,1% ($n = 87$) para «MIP» y del 22,1% ($n = 58$) para «MCP».

Análisis de los fallecimientos: en el PRE el 69,2% de los pacientes tenían algún tipo de registro de NIT, frente el 93,8% del POST ($p = 0,144$); de estos, el 86,7% tenían nivel MCP. La mortalidad intra-hospitalaria de ambas cohortes fue del 1,9%.

Discusión

Resultados clave

- La implementación de la herramienta ha permitido incrementar de forma muy significativa —multiplicando por más de 5 veces— el registro de NIT hospitalario, existiendo diferencias muy notables entre los diferentes servicios. Disponer de sistema de registro específico parece incentivar la toma de decisiones compartida, tal como ya se describe en la literatura¹².
- A pesar de este incremento significativo, el total de 31,6% de pacientes registrados en nuestra cohorte aún queda lejos del 65,8% descrito en la bibliografía para otro instrumento de registro de NIT hospitalario en Oregón¹¹.
- En el análisis de los fallecimientos del grupo POST, en 9 de cada 10 casos se había consensuado el NIT —mayoritariamente de intensidad MCP—, hecho que avala la congruencia entre nivel consensuado y resultado final, sin que de ello se derive un incremento en la mortalidad global.
- La posibilidad de poder elegir entre 3 NIT (UCI, MIP, MCP) facilita el cambio de paradigma de la visión dicotómica a un enfoque con

Tabla 1

Tabla comparativa de registro de pacientes con nivel de intensidad terapéutica (NIT) por servicios en el grupo pre-implementación (PRE) vs el grupo post-implementación (POST) y descriptivo del tipo de NIT propuesto en el grupo POST

Servicios	Grupo PRE			SE (p)	Grupo POST					
	Altas (n fall.)	No NIT (%)	Sí NIT (%)		Altas (n fall.)	No NIT (%)	Sí NIT (%)	Tipo de NIT propuesto		
								UCI (%)	MIP (%)	MCP (%)
MI	153 (7)	144 (94,1)	9 (5,9)	p < 0,001	181 (7)	53 (29,3)	128 (70,7)	81 (63,3)	29 (22,6)	18 (14,1)
CAR	69 (0)	67 (97,1)	2 (2,9)	p < 0,001	56 (2)	17 (30,3)	39 (69,7)	34 (87,2)	4 (10,3)	1 (2,5)
ONC	14 (0)	14 (100,0)	0 (0,0)	p = 0,017	15 (0)	9 (60,0)	6 (40,0)	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)
Total s. médicos	236 (7)	225 (95,4)	11 (4,6)	p <v0,001	252 (9)	79 (31,4)	173 (68,6)	115 (66,5)	37(21,4)	21 (12,1)
CG	144 (1)	140 (97,2)	4 (2,8)	p = 0,418	171 (0)	169 (98,8)	2 (1,2)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
CV	10 (0)	10 (100,0)	0 (0,0)	n.a	13 (0)	13 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
URO	72 (1)	71 (98,6)	1 (1,4)	p = 0,402	107 (0)	107(100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
COT	132 (0)	131 (99,2)	1 (0,8)	p = 0,409	191 (0)	191(100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total s. quirúrgicos	358 (2)	352 (98,3)	6 (1,7)	p = 0,288	482 (0)	480 (99,6)	2 (0,4)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
UGA+	79 (4)	55 (69,6)	24 (30,4)	p < 0,001	98 (7)	10 (10,2)	88 (89,8)	3 (3,1)	49 (50,0)	36 (36,9)
Total	673 (13)	632 (93,9)	41 (6,1)	p < 0,001	832 (16)	569 (68,4)	263 (31,6)	118 (44,8)	87 (33,1)	58 (22,1)

CAR: Cardiología; CG: Cirugía General; COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología; CV: Cirugía Vascular; fall.: fallecimientos; MCP: medidas conservadoras en planta; MI: Medicina Interna; MIP: medidas intensivas en planta; n fall.: número de fallecidos; NIT: nivel de intensidad terapéutica; ONC: Oncología; s.: servicios; SE: significación estadística; UCI: unidad de cuidados intensivos; UGA+: unidad geriátrica de agudos medicoquirúrgica; URO: Urología.

diferentes matices de intensidad terapéutica. La distribución de pacientes entre estos 3 grupos corrobora esta idea.

- Finalmente, la herramienta descrita permite disponer de un indicador que, aunque probablemente de forma indirecta, ayuda a monitorizar aspectos de la atención centrada en la persona y la personalización de las intervenciones en el ámbito hospitalario. Las diferencias entre servicios pueden responder a factores derivados del grado de complejidad de los pacientes, del modelo específico de atención, e incluso de la variabilidad interprofesional en la práctica clínica.

Limitaciones y visión de futuro

Las principales limitaciones del estudio son que el análisis ha sido muy acotado en el tiempo (un mes para cada cohorte), así como el enfoque meramente cuantitativo del análisis de la toma de decisiones, siendo probablemente necesario realizar en un futuro un análisis cualitativo.

Sin duda, en el ámbito hospitalario deberemos seguir avanzando en la toma de decisiones compartida, así como en la implementación de la propuesta de registro, especialmente en áreas quirúrgicas. Algunas cuestiones deberán ser abordadas en futuros análisis para evaluar los resultados hospitalarios en clave «Triple Aim»¹³:

- *Resultados de salud.* ¿Qué impacto tiene la toma de decisiones compartida respecto el NIT en la práctica clínica? ¿Favorece el enfoque progresivo y sincrónico de la atención al final de la vida?
- *Costes y eficiencia.* ¿Tiene algún efecto en el uso de recursos?
- *Experiencia de atención.* ¿Cómo impacta todo este proceso en la vivencia del paciente¹⁴ y de los profesionales¹⁵?

Conclusión

Para una atención realmente centrada en la persona, la toma de decisiones compartida es un principio básico para garantizar la adecuada coherencia entre los objetivos asistenciales y la atención recibida. Disponer de una herramienta específica ayuda a incentivar la armonización entre la intensidad de las intervenciones y las preferencias y valores del paciente, favorece una mejor continuidad asistencial y, finalmente, permite monitorizar de forma indirecta la personalización de los cuidados en el ámbito hospitalario. Serán necesarios más estudios para seguir avanzando en la toma de decisiones compartida con los pacientes hospitalizados.

Financiación

El presente artículo se enmarca en el proyecto de tesis doctoral «La fragilidad avanzada como base para la identificación de la situación al final de su vida y la toma de decisiones» del autor principal, que cuenta con el soporte de la Beca Consultori Bayés.

Autoría

Todos los autores han participado en la concepción y diseño del manuscrito, la recogida, el análisis y la interpretación de los datos, así como en la redacción, la revisión y la aprobación definitiva del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los profesionales del Hospital Universitario de Vic por su compromiso y profesionalidad. A Esther Vila, Pedro Gómez y Jordi Solà por su colaboración decisiva en el diseño del instrumento y la base de datos. A Emma Puigoriol por el análisis estadístico. Al Dr. Domingo Pañella como pionero de la adecuación del Nivel de Intensidad Terapéutica en nuestro hospital. Al Dr. Jordi Varela por animarnos a publicar la experiencia. A Sara Ela por el Abstract.

A la Dra. Núria Molist y el Dr. Joan Espauella por la meticulosa revisión del artículo.

Bibliografía

1. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med.* 2015;6:189–94.
2. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014;28:302–11.
3. Murray S, Boyd A, Sheikh KA. Palliative care in chronic illness. *BMJ.* 2005;330:611–2.
4. Skirbekk H, Nortvedt P. Inadequate treatment for elderly patients: Professional norms and tight budgets could cause ageism in hospitals. *Heal Care Anal.* 2014;22:192–201.
5. Lin CY, Farrell MH, Lave JR, Angus DC, Barnato AE. Organizational determinants of hospital end-of-life treatment intensity. *Med Care.* 2009;47:524–30.
6. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitation of the therapeutic effort. *Rev Clin Esp.* 2012;212:134–40.

7. Moorhouse P, Mallery LH. Palliative and therapeutic harmonization: A model for appropriate decision-making in frail older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:2326–32.
8. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. London King's Fund. 2011 [consultado 21 Dic 2014]. Disponible en: <https://wessexhielpartnership.org.uk/wires/files/2012/11/Making-shared-decision-making-a-reality1.pdf>
9. Coulter A, Roberts S, Dixon A. Delivering better services for people with long-term conditions: building the house of care. London King's Fund. 2013;(October):1–28 [consultado 21 Dic 2014]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Delivering+better+services+for+people+with+long-term+conditions+Building+the+house+of+care#0>
10. Fromme EK. POLST Registry Do-Not-Resuscitate Orders and Other Patient Treatment Preferences. *JAMA.* 2012;307:34.
11. Fromme EK, Zive D, Schmidt TA, Cook JNB, Tolle SW. Association between physician orders for life-sustaining treatment for scope of treatment and in-hospital death in Oregon. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62:1246–51.
12. Richards T, Coulter A, Wicks P. Time to deliver patient centred care. *BMJ.* 2015;350.
13. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Aff.* 2008;27:759–69.
14. Wennberg JE, Bronner K, Skinner JS, Fisher ES, Goodman DC. Inpatient care intensity and patients' ratings of their hospital experiences. *Health Aff.* 2009;28:103–12.
15. Barnett ML, Christakis NA, O'Malley J, Onnela J-P, Keating NL, Landon BE. Physician patient-sharing networks and the cost and intensity of care in US hospitals. *Med Care.* 2012;50:152–60.