

¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir?

Ana M. Costa Alcaraz^a, Carlos Almendro Padilla^b, Sergio García Vicente^c y Rafael Ordovás Casaurrán^d

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 que deseen respeto del profesional a su autonomía. La relación basada en el respeto a la autonomía empieza a tener auge a partir de la publicación, en 1947, del Código de Núremberg tras la vergonzosa experiencia de investigación con humanos en los campos de concentración nazis¹. Una relación basada en el respeto a la autonomía del paciente tiene que considerar, necesariamente, su opinión 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 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 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 con las posibilidades de tratamiento y pueden motivarlos para un autocuidado efectivo². Cuanto mayor gravedad tiene el motivo de consulta, más importante resulta atender a las necesidades, expectativas y los valores del paciente. Se puede afirmar que la toma de decisiones compartida es un instrumento terapéutico imprescindible en la relación médico-paciente, sea cual sea el modelo de dicha relación (fig. 1).

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, el profesional, la información que se aporta y el 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

El usuario-cliente siempre tiene razón frente a la 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 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

^aMedicina de Familia. Centro de Salud Nazaret. Valencia. España.

^bMedicina de Familia. Centre de Salut Torrent 1. Valencia. España.

^cMedicina de Familia. Hospital Valencia al Mar. Valencia. España.

^dMedicina de Familia. Centro de Salud Santa Faz Ayuntamiento. Alicante. España.

Correspondencia: Dra. A.M. Costa Alcaraz.
 Avda. Cataluña, 9, pta. 58. 46020 Valencia. España.
 Correo electrónico: anam@ono.com

Manuscrito recibido el 2-7-2007.

Manuscrito aceptado para su publicación el 3-9-2007.

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

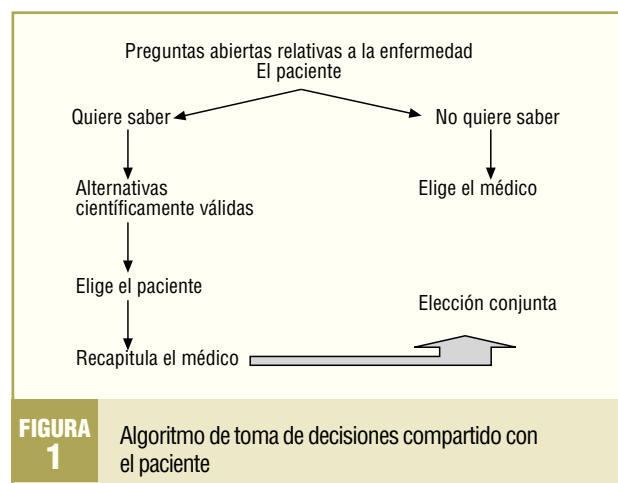


FIGURA 1

Algoritmo de toma de decisiones compartido con el paciente

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, etc.)
En cantidad adecuada (ni defecto ni exceso)	Lenguaje comprensible	Formular dudas y recibir aclaraciones	Sin interrupciones en la consulta (teléfono, enfermera, urgencia, etc.)
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

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, el profesional, la información que se aporta y el entorno de trabajo, determinan la calidad del proceso de ayuda a decidir (tabla 1).

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 cuál será la actuación más correcta, dada la dificultad de movilización que presenta el paciente y el contexto familiar.

Caso 3

Pedro tiene dos hernias discales en la 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, la falta de pruebas científicas que sustenten 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 individual⁵. En la mayoría de las situaciones clínicas hay que tomar las decisiones manejando diferentes grados de incertidumbre, dada la escasez de pruebas científicas. También se dan casos en que las diferentes alternativas presentan un grado de

TABLA 2
Dinámica de la ayuda a la toma de decisiones

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, desgaste emocional

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 sólo 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 una dinámica (tabla 2) 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: ¿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.

Bibliografía

1. Conill Sancho J. Horizontes de economía ética. 2.^a ed. Madrid: Tecnos; 2006. p. 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). 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. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ*. 2005;330:511-7