



ARTÍCULO ESPECIAL

Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente

A model for making shared decisions with the patient

Ana M. Costa Alcaraz^{a,*} y Carlos Almendro Padilla^b

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

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

Recibido el 30 de junio de 2008; aceptado el 16 de julio de 2008

Disponible en Internet el 29 de abril de 2009

El nuevo paradigma: la medicina centrada en el paciente

Frente a la atención centrada en las enfermedades, propia de la tecnomedicina, hay quienes propugnan centrar la atención en el paciente. Esto, que desde una perspectiva científica puede parecer poco operativo, no viene a ser sino una nueva formulación de «no hay enfermedades sino enfermos» de Marañón, o una puesta en práctica del modelo biopsicosocial 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 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 elegida³. Implicar a los pacientes en la toma de decisiones podría resultar una buena estrategia para mejorar el cumplimiento terapéutico⁴. 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 desarrolladas⁵. 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 sanitaria⁶. Este tipo de paciente tiene 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, es superfluo si no contraproducente. Sin embargo, las pruebas científicas demuestran que los pacientes que se implican más consiguen mejores resultados⁹. Así lo reconoce la Agency for Healthcare Research and Quality, que ha elaborado una lista de 20 recomendaciones dirigidas a los pacientes¹⁰. Desde el punto de vista de los pacientes españoles, «un paciente más formado en salud puede suponer

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anamc@ono.com (A.M. Costa Alcaraz).

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 información iatrogénica 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 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}.

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

Tener que decidir puede producir 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) 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 los médicos que hayan sabido ganarse la confianza de sus pacientes podrán conseguir que la entrevista tenga, por sí misma, efecto terapéutico.

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 lo tanto, prefieren recurrir a pruebas o tratamientos innecesarios, aunque resulten desproporcionados e incluso

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 en el autocuidado
 Para compartir sus necesidades con familia, amigos y cuidadores

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 estrés
 No cumplir con las propuestas de tratamiento

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

perjudiciales¹⁴. 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 presencial¹⁵. 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 clínica¹⁶.

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 opción¹⁷.

Puntos clave

- La medicina centrada en el paciente consigue mayor implicación en autocuidados, cumplimiento terapéutico y corresponsabilización 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.

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;49:435–54.
5. Navarro Rubio MD, Muñiz GG, Jovell Fernández AJ. Los derechos del paciente en perspectiva. *Aten Primaria*. 2008;40: 367–9.
6. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006;38:234–7.
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 May 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 May 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;38:531–4.
13. Palacio Lapuente A, Silvestre Busto C. Participación del paciente como estrategia de mejora de calidad. *Aten Primaria*. 2006;38:461–4.
14. Merenstein D. Winners and Losers. *JAMA*. 2004;291:15–6.
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, Ordoñas Casaurrán R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria*. 2008;40:97–9.
17. Almendro Padilla C. Una Guía para la toma de decisiones compartidas con su médico [citada 30 Jun 2008]. Disponible en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/biblioteca/Guia_para_pacientes/Documentos/Tomando_decision.