

La Información al Paciente y su participación en la Toma de Decisiones en las Urgencias de Atención Primaria

M^a del Pilar Tardáguila Lobato^a, Carmen Laura Méndez Pérez^a, José Carlos Torres Vélez^a, Teresa Méndez García^a, Beatriz Benito Martín^a, Francisco Lopez de Castro^b.

^a Residente de tercer año de Medicina de Familia. Unidad Docente de Toledo.

^b Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

Correspondencia:
Francisco López de Castro.
Unidad Docente de Medicina de Familia, Gerencia de Atención Primaria de Toledo, C/ Barcelona nº 2, 45005 Toledo.
Telf.: 925259908,
e-mail: flopez@sescam.org

Recibido el 26 de marzo de 2008.

Aceptado para su publicación el 17 de abril de 2008.

RESUMEN

Objetivo. Analizar la información facilitada al paciente o a su familia, la información solicitada por el paciente y la participación de éste en la toma de decisiones en urgencias de Atención Primaria.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, basado en la observación directa de consultas y entrevista telefónica posterior.

Emplazamiento. Urgencias de Atención Primaria.

Participantes. Usuarios de los Servicios de Urgencias de varios Centros de Salud de la Provincia de Toledo.

Mediciones principales. Datos de filiación, presencia o no de acompañante, actitud o grado de preocupación, información suministrada por el médico y/o solicitada por el paciente, valoración de la participación del paciente en la toma de decisiones.

Resultados. En el 100% de los casos el médico proporcionó alguna información; la más frecuente sobre tratamiento (83,4%) y diagnóstico (80,1%); la menos sobre pronóstico (23,8%) y complicaciones (25,2%).

Un 25,2% de los pacientes no solicitó ninguna información. De éstos, el 17,6% consideró posteriormente como insuficiente la información recibida. Sólo el 27,2% fue invitado por el médico a participar en la toma de decisiones y sólo un 23,8% solicitó directamente algún tratamiento o derivación al hospital. El trato recibido fue considerado adecuado por el 95% de los pacientes.

El grado de preocupación declarado pasó de 6,1 (llegada) a 3,4 (salida) [escala 1-10].

Conclusiones. La información facilitada en Urgencias parece suficiente, aunque mejorable en algunos aspectos. Igual de satisfactoria parece ser la atención prestada. La participación del paciente en la toma de decisiones es aún escasa.

Palabras clave. Participación del Paciente, Relaciones Médico-Paciente, Servicios Médicos de Urgencia.

ABSTRACT

Patient's information and participation in decision making in the emergency service in primary care

Objective. To study the information given to the patient or their family, the information requested by the patient and his/her participation in the decisions made in the emergency service of Primary Care.

Design. Descriptive observational study based on direct observations in clinics and subsequent telephone interview.

Setting. Primary Care Emergency Service.

Participants. Users of the Emergency Services in several Primary Care Centres in the Toledo Province.

Main measurements. Personal details, accompanied or not, attitude or degree of concern, information provided by the doctor and/or requested by the patient, evaluation of the patients' participation in decision making.

Results. The doctor provided some information in 100% of cases; most frequently about treatment (83.4%) and diagnosis (80.1%); and least often about prognosis (23.8%) and complications (25.2%). A total of 25.2% of patients did not request any information. Of these, afterwards 17.6% considered that they had received too little information. Only 27.2% were invited by the doctor to take part in making decisions; while only 23.8% directly requested some treatment or referral to the hospital. The treatment received was considered suitable by 95% of patients. The patients' degree of concern decreased from 6.1 (on arrival) to 3.4 (on discharge) [scale 1-10].

Conclusions. It appears that sufficient information is provided in the emergency department and that the healthcare provided is also satisfactory. Patients still participate very little in decision making.

Key words. Patient Participation, Physician-Patient Relations, Emergency Medical Services.

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual está experimentando múltiples y constantes cambios, de índole económica, tecnológica, judicial, ética, educativa, etc. En el ámbito sanitario, esto está suponiendo la aparición de un nuevo tipo de paciente, mucho mejor informado y que desea participar de forma más activa en la toma de decisiones que atañen a su salud o la de sus familiares¹.

Debido a esto, el médico se está viendo empujado a cambiar su forma de actuar y a adoptar una actitud menos paternalista, pasando a un modelo de ejercicio profesional más participativo, basado más en la deliberación con el paciente. La comunicación se convierte así en una pieza clave en la relación médico-paciente^{2,3}, primer eslabón en la cadena de la información y requisito previo para la autonomía del paciente, pues sólo si éste está bien informado puede participar adecuadamente en la toma de decisiones⁴.

Son muchos los estudios sobre la relación médico-paciente que han demostrado la influencia positiva de la comunicación sobre el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del usuario, en un entorno paternalista, en el que el médico (experto) toma las decisiones que conciernen al paciente y procura que éste siga y cumpla sus instrucciones⁵. Sin embargo, esta relación ha sido poco analizada desde la óptica de la participación del paciente.

De igual modo, no es frecuente encontrar estudios sobre la comunicación en ciertos encuentros clínicos, como es el que ocurre en un servicio de urgencias o la atención continuada de un centro de salud. Aquí el contacto es breve, existe un mayor grado de ansiedad en el entorno, no es posible realizar un seguimiento posterior del paciente y, a menudo, se desconocen los aspectos psicosociales. En este ambiente la información transmitida al paciente o a sus acompañantes es diferente a la facilitada en una consulta de Atención Primaria. Requiere comprensión inmediata y, si esto no sucede, las posibilidades de que se cumpla lo recomendado (tratamiento, revisión...) son muy bajas. Al no existir contacto posterior entre el médico y el paciente, pueden no resolverse dudas o aclararse informaciones mal asimiladas⁶.

En este contexto nos propusimos conocer la información facilitada por el médico al paciente en las consultas urgentes realizadas en Atención Primaria, qué información solicita el paciente y la participación de éste en la toma de decisiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, basado en la observación de consultas en horario de atención continuada, realizado en cuatro Centros de Salud (urbanos y rurales) de la provincia de Toledo.

La población del estudio fueron los usuarios de urgencias que consultaban por patología aguda, en el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 30 junio de 2007. Se excluyeron aquéllos que tenían dificultad absoluta con el idioma.

Se consideró suficiente para estimar el porcentaje de participación del paciente en la consulta la observación de 150 pacientes, asumiendo una frecuencia esperada del 50%, un valor de $p < 0,05$ y una precisión de $\pm 10\%$.

La recogida de datos fue llevada a cabo por residentes de 2º año de MFyC que fueron los observadores de las entrevistas. Para no sesgar la actuación del médico, se ocultaron parcialmente los objetivos finales del estudio, explicando sólo que se observaba la actitud de los pacientes en urgencias. Los pacientes que fueron atendidos total o parcialmente por el residente fueron excluidos del estudio.

El mes previo a la recogida de datos se realizó un pilotaje durante tres días, lo que permitió homogeneizar criterios de interpretación de la entrevista clínica.

De cada consulta se recogieron, en primer lugar, datos de filiación del paciente (edad y sexo), la presencia o no de acompañante y la valoración de la actitud de ambos (preocupación, ansiedad o agresividad aparente). A continuación, se anotó el tipo de información suministrada por el médico y/o solicitada por el paciente, diferenciando si se refería a etiopatogenia,

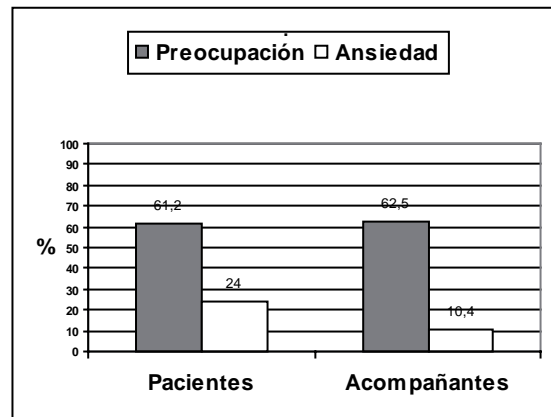


Figura 1. Actitudes observadas

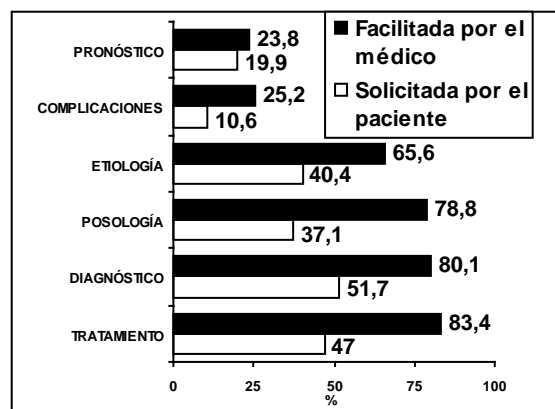


Figura 2. Tipo de información facilitada espontáneamente por el médico y solicitada por el paciente.

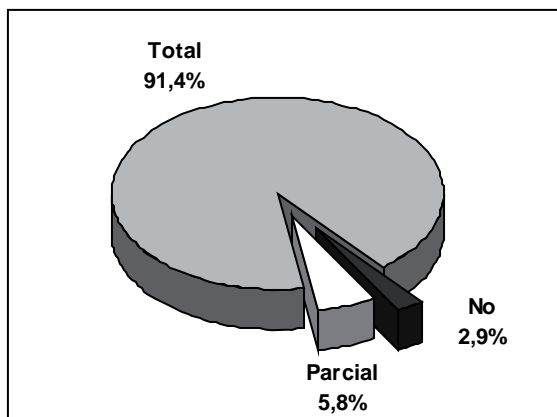


Figura 3. Grado de comprensión de la información facilitada.

diagnóstico, pruebas complementarias, tratamiento, posología, complicaciones del tratamiento y/o pronóstico del cuadro. También se valoró la participación del paciente en la toma de decisiones (respecto al proceso diagnóstico y terapéutico). Con posterioridad, se entrevistó telefónicamente al paciente para recoger su grado de satisfacción con la información recibida y la comprensión de ésta. Si los pacientes eran menores de 14 años, se obtuvieron los datos de sus padres o tutores.

El tratamiento de los datos se realizó mediante el programa SPSS, versión 10.0, empleando herramientas descriptivas y analíticas (χ^2 de Pearson para la comparación de proporciones).

RESULTADOS

La muestra final la formaron 151 pacientes, con una edad media de 29,3 años (DE 19,9), siendo menores de 15 años el 23,8%. El 53,6% eran mujeres y el 46,4% varones. Respecto al nivel de estudios, había un 6,0% sin estudios, 22,5% con el graduado escolar, 37,1% con estudios medios, 26,5% superiores, y desconocido en el 7,9%. El 63,57% acudió a Urgencias con algún acompañante. Fueron derivados a urgencias del hospital el 8,6% de los pacientes (IC 95%: 4,8-14,5).

La actitud observada en los pacientes y acompañantes a su llegada a la consulta se muestra en la figura 1. No se detectó ningún caso de agresividad, tanto en unos como en otros. La percepción de preocupación en los acompañantes fue más frecuente cuando se trataba de pacientes menores de 15 años (77,8%) que de adultos (52,6%) [$p < 0,05$]. Igual sucedió con la percepción de ansiedad en los acompañantes, aunque sin alcanzar diferencias significativas (16,7 vs 6,8%; $p > 0,05$).

La información al paciente fue dada siempre por el médico, con la colaboración del enfermero sólo en el 6,6% de los casos. Como puede apreciarse en la figura 2, el tipo de información más frecuentemente dada por el médico fue sobre el tratamiento (83,4% de los casos) y el diagnóstico (80,1%), mientras que sólo se informó sobre el pronóstico y las posibles complicaciones en el 23,8 y 25,2% respectivamente. En la misma figura

se muestra el tipo de información solicitada por los pacientes o sus familiares, con similar distribución.

Un 25,2% de los pacientes no solicitó ninguna información (IC 95%: 18,6-33,0). No encontramos asociación significativa entre este hecho y nivel de estudios, sexo o edad del paciente, aunque parece más inusual en el caso de los niños que en adultos (13,9 vs 28,9%; $p < 0,1$).

El 23,8% (IC 95%: 17,5-31,6) solicitó directamente algún tratamiento o derivación al médico; no se encontraron mayores porcentajes de derivación al hospital en este colectivo. Sólo el 27,2% (IC 95%: 20,4-35,1) fue 'invitado' a participar en la toma de decisiones.

Al 86,2% (IC 95%: 79,1-91,3%) le pareció suficiente la información recibida, sin diferencias por edad o nivel de estudios; sin embargo, dicho parecer fue mayor en mujeres que en hombres (91,9 vs 79,7%; $p < 0,05$). Como se aprecia en la figura 3, el 91,4% afirmó haber comprendido completamente la información facilitada por su médico. No encontramos asociación entre esta variable y edad, sexo o nivel de estudios del paciente. Hubo un 12,9% de pacientes que se quedó con ganas de preguntar al médico (IC 95%: 8,1-19,9). De ellos, el 22,2% no solicitó ninguna información.

El trato recibido fue considerado adecuado por el 95,0% (IC 95%: 89,5-97,8%). No encontramos diferencias significativas a este respecto en relación con edad, sexo y nivel cultural del paciente. El grado de preocupación declarado pasó de 6,1 (DE 4,4) a la llegada a urgencias, a 3,4 (DE 2,4) a la salida, en una escala de 1 a 10.

DISCUSIÓN

No podemos descartar que exista algún sesgo en nuestro trabajo, quizás derivado del reducido número de médicos (21) que hemos podido observar, y que, además, son en su mayoría tutores de residentes o médicos de familia recién acabados, y tal vez por ello más abiertos a considerar la importancia de la entrevista clínica y la información transmitida al paciente como parte esencial de su ejercicio profesional. Tampoco podemos descartar la existencia de cierta subjetividad por parte de los observadores a la hora de interpretar una entrevista, en general muy compleja.

Ha sido difícil contrastar los resultados, ya que los pocos estudios que hemos encontrado están realizados en consultas normales de Atención Primaria² o en urgencias hospitalarias⁶.

Haciendo una valoración general, creemos que la información que los profesionales sanitarios proporcionan resulta insuficiente, sobre todo en relación a aspectos como etiología, pronóstico o posibles complicaciones del tratamiento. La información sobre diagnóstico y tratamiento sí se da con más frecuencia, quizás porque se considera más básica o porque los pacientes centran en ella todo su interés², como demuestran también nuestros datos. Puede que la razón de esta incompleta información sea la falta de tiempo (algo especialmente habitual en consultas urgentes), o que

las consultas sean por motivos muy leves que no requieren muchas más explicaciones, pero en cualquier caso la consecuencia de todo ello puede ser una peor comprensión de su proceso por parte del paciente y la posibilidad de incumplimiento o falta de adherencia al tratamiento.

Aunque a la mayoría de los pacientes la información les pareció suficiente, un importante grupo de ellos no fue bien informado, ya que se quedaron con ganas de preguntar, no comprendieron la explicación totalmente o sólo lo hicieron en parte. Es necesario que la información sea transmitida a los pacientes por profesionales lo suficientemente expertos en comunicación como para comprobar y asegurar su comprensión y su participación activa cuando sea posible^{7,8}.

Hemos encontrado que el enfermo suele preguntar poco al médico, incluso cuando éste no le ha dado previamente información. Pensamos que se puede explicar por diversos motivos: que se trate de procesos muy conocidos o de escasa consideración, por existir trabas en la comunicación, por falta de empatía, etc^{2,9}.

También la participación de los pacientes en la toma de decisiones ha sido escasa, a pesar de que ha demostrado ser positiva desde el punto de vista de la efectividad del tratamiento²⁻⁴. En palabras de Meneu, *compartir no es lo mismo que tomar decisiones, pero es un primer paso para lo segundo*¹⁰. La toma de decisiones compartidas se sitúa en una zona intermedia entre el abordaje paternalista del médico que aconseja lo que debe hacer el paciente y la decisión informada que adopta en solitario una vez ha sido informado de manera objetiva^{4,11}. No obstante, determinado tipo de pacientes, (personas mayores, enfermos crónicos) creen que es el médico el que mejor conoce la solución a sus problemas y prefieren delegar en él toda su responsabilidad^{1,4,11,12}.

Desde los foros de pacientes y desde la Declaración de Barcelona¹¹ se reclama una *mayor participación del paciente en la toma de decisiones y que éstas estén guiadas por el juicio médico, basadas en el mejor conocimiento científico disponible, atendiendo a la voluntad del paciente y a sus preferencias sobre su calidad de vida*. Una comunicación de baja calidad y la no consideración de la perspectiva del paciente representan la causa principal de las reclamaciones y los litigios por mala praxis^{12,13}. El profesional contribuye con su experiencia y con su ciencia, mientras que el paciente lo hace con el conocimiento exclusivo de sus molestias, valores y preferencias; la decisión clínica puede ganar en efectividad si se elabora considerando todas estas perspectivas⁴. Cuando los pacientes se implican en las

decisiones diagnósticas y terapéuticas, y se muestran participativos, entienden mejor las características de su enfermedad y pronóstico, obtienen un mayor rendimiento del tiempo de visita médica, se muestran más colaboradores, asumen mejor el riesgo de las posibles consecuencias negativas del tratamiento y aumentan la confianza en sí mismos y en el profesional que los trata, porque forman parte activa del manejo clínico de su enfermedad^{1,4,11}.

Por tanto, sería interesante seguir investigando y profundizar en las razones que impiden o dificultan la mayor participación del paciente. No debemos olvidar que todos somos pacientes y que preocuparnos por los derechos de los pacientes es preocuparnos por nuestros propios derechos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jovell Fernandez AJ, Navarro Rubio MD. El paciente existe, luego no lo ignores. FMC. 2006;13(2):73-7.
2. Barca Fernández I, Parejo Mínguez R, Gutiérrez P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria. 2004; 33(7):361-7.
3. Quesada Jiménez F, Martínez-Cavañete T. Formación en habilidades de comunicación a médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria. 1997; 19(5):17-8.
4. Gené Badia J. Decidiendo juntos ganaremos efectividad. Aten Primaria. 2005; 35(4):175-7.
5. Prados Castillejos JA, Cebriá Andreu, Bosch Fontcuberta JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. FMC. 2000; 7(2):83-8.
6. Domínguez Navarro D, Cervera Barba E, Disdier Rico MT, Hernández Machado, Martín García MC, Rodríguez Sanz J. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario? Aten Primaria. 1996; 17(4):280-3.
7. Confederación de Asociaciones de Pacientes. Decálogo de los pacientes. Declaración de Barcelona. 2003. Disponible en: <http://www.fbjosplport.org/abcn/>. [consultado el 23-12-2007].
8. Declaración de Barcelona de las Asociaciones de pacientes. 2003. Disponible en: http://www.fbjoseplaporte.org/docs/Declaracion_Barcelona_2003.pdf [consultado el 5-3-2008].
9. Ruiz Moral R. El reto de la información a los pacientes. Aten Primaria. 2004; 33(7):361-7.
10. Meneu R. La perspectiva de los pacientes (editorial). Gestión Clínica y Sanitaria 2002; 4:3-4.
11. 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.
12. Esteban M. El grado de información debe ajustarse al estado del paciente. Diario Médico. Miércoles 14 de Noviembre de 2007.
13. 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.