

Fase resolutive de la entrevista clínica: informando al paciente

María Jesús Freiría Tato¹, Elena Yáñez González², Beatriz Aguado Ortega³, Ana Carvajal de la Torre, Marina Cid Sueiro⁵

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Ordes.

²Enfermera. Punto de Atención Continuada de Negreira.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Elviña (A Coruña).

⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Casa del Mar de A Coruña. ⁵Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teis (Vigo)

Cad Aten Primaria
Ano 2010
Volume 17
Páx. 196-202

Dime algo y lo olvidaré.

Enséñame algo y lo recordaré.

Hazme partícipe de algo y lo aprenderé.

Proverbio chino.

En artículos anteriores de esta serie^{1,2} se abordó la fase exploratoria de la entrevista clínica cuyo objetivo era averiguar qué le ocurría al paciente. Esta fase comprende desde el recibimiento hasta el momento en el que el entrevistador se ha formado una idea de lo que le pasa al paciente o de la conducta más adecuada para llegar a un diagnóstico, prevención o tratamiento de sus problemas. Es en este momento cuando se inicia la fase resolutive de la entrevista: ha llegado el momento de informar al paciente.

En la comunicación “**centrada en el paciente**”³, el médico debe buscar de manera activa la aceptación del paciente en lo relativo al diagnóstico y tratamiento más oportuno. Difícilmente un paciente se someterá a una colonoscopia o iniciará un tratamiento con insulina si no es consciente de su necesidad. El llegar a un acuerdo en el ámbito del tratamiento ha demostrado aumentar la adhesión a este.

CONSIDERACIONES PREVIAS

MARCO JURIDICO

La ley 41/2002, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴ expone en el artículo 5 que el titular del derecho a la información es el paciente, y que éste será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Cuando el paciente carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Este derecho a la información, sólo puede limitarse por

la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica (falta de facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas, el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave).

En esta misma ley, el apartado 2 del artículo 4, establece las características de esta información y así, dice textualmente: “La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será **verdadera**, se comunicará al paciente de forma **comprensible y adecuada** a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”:

- **Verdadera**⁵: No se debe de engañar al paciente, pero en ocasiones la información puede ser omitida por necesidad terapéutica (cuando el conocimiento por parte del paciente de su dolencia perjudique a su salud de manera grave)
- **Comprensible**⁵: El lenguaje empleado debe adaptarse al nivel intelectual del destinatario. Eso no impide utilizar un lenguaje técnico, pero posteriormente debe explicarse de manera clara al paciente.
- **Adecuada**⁵: A las circunstancias del paciente y proporcionada en el momento adecuado de manera que le permita tomar decisiones con la suficiente antelación

Nunca la información estará dirigida a buscar una decisión determinada del paciente.

QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Diversos trabajos realizados en nuestro país ponen de manifiesto que entre los aspectos más **valorados** por los **pacientes** está el recibir una **información clara y comprensible**, especialmente sobre el tratamiento y sus efectos, así como que el médico le **aclare** sus **dudas** y les **facilite el conocimiento** y la **comprensión** de su problema. Pero además, los usuarios no sólo valoran que el profesional de salud les aporte una adecuada información, sino que se les dé la **posibilidad de opinar** sobre las decisiones que sobre su salud se están tomando^{6,7,8,9,10}.

Correspondencia

M^ª Jesús Freiría Tato

MariaJesus.Freiria.Tato@sergas.es.

Guadagnoli y Ward¹¹ revisaron 18 estudios que abarcaban enfermedades crónicas tales como la diabetes, hipertensión, obesidad y diversos tipos de cirugía para valorar si la participación de los pacientes en la toma de decisiones representaba alguna ventaja: las conclusiones a las que llegaron pusieron de manifiesto que aquellos pacientes que habían adoptado un papel activo en su proceso, presentaban niveles **más altos de satisfacción, mejor cumplimiento terapéutico** en todos los casos, **mayor control** de la tensión arterial y peso, **mejor resolución de los problemas**, medido en términos de reducción de estancia hospitalaria y control del dolor tras la cirugía, es más, requerían menores dosis de analgésicos que aquellos que no habían adoptado un papel activo en la toma de decisiones sobre su proceso.

Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios más recientes realizados en la misma línea^{9,10,12}.

CUAL ES LA REALIDAD

El trabajo de Barca Fernández et al¹³ señala que los pacientes reciben información vaga y poca concreta, que la mayoría de **los pacientes no participa en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas** y que existe un importante número de **pacientes que no comprenden** la información que se les ofrece pero **no se atreven a preguntar** a su médico/enfermer@.

Esta realidad dista mucho de lo que los propios pacientes como consumidores nos solicitan. En el "Decálogo de los pacientes" firmado en Barcelona por las asociaciones de pacientes en el año 2003 se reivindicaba¹³:

- Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes.
- Decisiones centradas en el paciente.
- Respeto a los valores y autonomía del paciente informado.

QUÉ PODEMOS HACER

Es obvio que existe una gran disparidad entre lo que debemos y tenemos que hacer, avalado científica y jurídicamente, y lo que estamos haciendo.

¿Qué alternativas tenemos ante esta situación?:

- Instalarnos en el conformismo de que "hago lo que puedo".
- Intentar nuevas soluciones.

Todos elegiremos la segunda opción ¿verdad?, y en este breve artículo vamos a intentar dar una serie de pautas para mejorar nuestras habilidades comunicativas en la etapa resolutive de la entrevista clínica.

"Las habilidades comunicativas se pueden aprender con entrenamiento".

QUÉ VAMOS A CONSEGUIR

A la vista de estos resultados podemos decir que existe evidencia científica suficiente que apoya que el **enfermo** quiere y debe adoptar un papel más **activo**, permitiendo que participe en su proceso, que decida qué es lo que desea, es decir, tenemos que **capacitar** a nuestros pacientes para que se autorresponsabilicen de su propia salud, para ello, debemos darle toda la **información** posible, intentando facilitarle su comprensión.

Un **paciente activo** es un paciente consciente de su enfermedad o de su situación, comprometido para mejorar su condición clínica y su calidad de vida y que suele cumplir mejor con el tratamiento indicado. Acostumbra a colaborar más con los expertos que lo tratan y puede ayudar a otros pacientes a formarse y a contribuir a la mejora de los servicios sanitarios.

Además, no olvidemos que nosotros podemos ser "expertos" en la enfermedad del usuario, pero el paciente es el "experto" en su vida.

CÓMO SE LO DIGO

En esta fase de la entrevista clínica, llamada resolutive, es cuándo le explicamos a nuestro paciente qué le ocurre y cómo vamos abordar el "problema".

Hay una serie de **normas básicas** que debemos tener en cuenta para transmitir nuestras impresiones y recomendaciones y que debe mantener esta secuencia^{15,16}:

- a) Enunciar los problemas hallados.
- b) Informar sobre su naturaleza.
- c) Acordar/Negociar un plan de cuidados preventivo o curativo según corresponda.

A) ENUNCIAR

Profesional: "María, tiene el azúcar un poco alto. Hoy abordaremos este tema y dejaremos el trámite de la interconsulta para la siguiente cita".

Empecemos por la **enunciación de los problemas**: se trata simplemente de "dar nombre" (continente) a los contenidos que vamos a tratar. El objetivo es colocar a nuestro interlocutor en un estado de receptividad, indicarle en qué sentido debe orientar su atención y memoria. Esta técnica es muy útil cuando existen discrepancias entre el profesional y el paciente en cuanto al número y tipo de problemas a tratar, algo que es muy frecuente en nuestras consultas de Atención Primaria. Starfield B (1979) encontró que pacientes y profesionales coincidían en algo menos del 50% sobre los motivos de visita que requerían posterior seguimiento. Al enunciar el/los problemas, estamos dando la oportunidad al paciente de que exprese sus preferencias en cuanto a qué problemas quiere que sean tratados en esa consulta. En el ejemplo anterior, nuestra paciente la Sra. María, si no le "anun-

ciamos” de qué le vamos hablar y empezamos directamente a tratar el tema de su diabetes, probablemente su atención esté centrada en por qué no le hemos dicho nada del informe de interconsulta que ella tan encarecidamente solicitó. Con esto hemos conseguido dos cosas: María no tiene puesta su atención en nuestra “charla informativa” y está enfadada porque su objetivo era tener su interconsulta y no que le hablaran del azúcar alto.

En esta fase es importante tener en cuenta a qué paciente nos estamos dirigiendo ya que esto influirá en el tipo de enunciación que hagamos:

- paciente que acude a consulta por una patología aguda, en cuyo caso vamos a utilizar la **enunciación simple**.
“Sr. Juan, tiene usted una lumbalgia”.
- o bien, un paciente que acude a una revisión de un problema de salud o que a nosotros nos interese comentarle algún problema de salud previamente conocido; utilizaremos entonces la **enunciación compleja**:
“Sr. Juan, le encuentro varios problemas de salud: por un lado tiene usted una lumbalgia, pero además en los análisis que le hicimos encontramos el azúcar alto -nosotros lo llamamos diabetes- y el colesterol”.

F Borrell en su último tratado de Entrevista clínica¹⁶ nos habla de otros dos tipos de enunciación:

- **Enunciación parsimoniosa:** Se usa cuando se cree que la orientación diagnóstica del profesional no coincide con las expectativas del paciente.
La paciente piensa que tiene una anemia o algo en la sangre porque se encuentra muy cansada; tras haberle hecho unos análisis en los que constatamos que no hay ninguna alteración, intuimos que puede deberse a un problema en el ámbito familiar ya que su hija acaba de separarse:
Profesional: “Luisa, vemos que en la analítica no hay ningún problema. Puede ser que su cansancio se deba a algún otro motivo ¿A usted qué le parece?”
Luisa: “Pues no sé, pero yo ando todo el día cansada. Es como si no tuviera fuerzas en el cuerpo. Me despierto muchas veces de noche y tardo en conciliar el sueño”.
Profesional: “Parece inquieta”.
Luisa: “Bueno, mi hija acaba de separarse y eso me tiene preocupada”.
- **Enunciación autoritaria:** Se usa en situaciones clínicas graves, en las que es urgente y no negociable que el paciente asuma el diagnóstico que se le ofrece:

“Manuel, tiene usted un problema importante y es la diabetes”. Aunque en las características formales de la emisión de mensajes informativos hablamos de la importancia de no usar terminología médica, en muchos pacientes podemos y debemos hacerlo, ya que puede interesarle hacer una búsqueda en internet, tener una 2º opinión o simplemente querer saberlo. A todos nos gusta ponerle nombre a nuestros padecimientos y también que nos la expliquen de modo que podamos, al menos, comprenderla.

- Luisa, padece usted una artritis reumatoide. ¿le suena de algo?...
- Es algo parecido a la artrosis?
- Bueno, se parece a la artrosis en que afecta a las articulaciones, pero su forma de producirse y afectar al organismo es distinta. Si le parece bien puedo explicárselo
- Me gustaría que me lo explicara

B) INFORMAR

Ahora toca el turno de **informar sobre la naturaleza del problema:** vamos a explicarle a nuestro paciente qué le pasa.

En la tabla 1 están expuestas una serie de características básicas, pero no por ello menos importantes, que debemos considerar a la hora

TABLA 1

Características formales de la emisión de mensajes informativos

<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar frases cortas con un lenguaje comprensible para el paciente. - Utilizar vocabulario neutro: palabras de bajo contenido emocional. - Dicción clara y entonación adecuada. Ritmo pausado. - Evitar términos técnicos. - Facilitar la comprensión con ejemplos y metáforas. - Acompañar el mensaje verbal con material escrito y/o gráfico. - Aseguramos de que el paciente ha entendido la información pidiéndole que haga una exposición de lo que ha entendido: retroalimentación.

informar^{15,16}.

Pero, ¿a quién vamos a informar?: a un usuario en particular que piensa, siente, padece y, por lo tanto, deben ser tenidas en consideración sus ideas, expectativas y temores.

¿Cómo tenemos la osadía de decirle a un paciente que su diabetes requiere tratamiento con insulina toda la vida sin preguntarle qué siente, cómo influye en su vida, qué le preocupa...?

¿Cómo puedo conocer todas esas inquietudes del paciente?: manteniendo una actitud de bidireccionalidad, es decir, no sólo vamos a ser nosotros como profesionales los que aportemos información al paciente, sino que nuestros pacientes también nos van a aportar información a nosotros de manera que podamos conocer sus prejuicios, sus expectativas sobre diagnósticos, cuidados, tratamientos... lo cual nos permitirá adaptar la información a sus creencias, mejorar la

comprensión del paciente sobre su proceso y por ende, mejorar la adherencia a los cuidados y/o tratamiento. Un marcador importante de bidireccionalidad¹⁷ es el tiempo que habla el paciente durante la entrevista: en un estudio realizado por Torío et al en el que se valoraba la orientación de la consulta, se estimó que el tiempo que hablaba el paciente durante la entrevista clínica era de 2,10 minutos (0,98 minutos en la fase exploratoria y 1,05 minutos en la resolutive), lo que representaba el 29,2% del tiempo total de consulta. Se considera que la ocupación verbal del profesional, en una consulta centrada en el paciente (entiéndase existencia de bidireccionalidad), no debe ser superior al 52% del tiempo de consulta (Van Den Brink-Muinen 1999)¹⁵.

¿Qué aspectos tenemos que considerar a la hora de informar a nuestros pacientes?^{15,16}:

- 1.- averiguar **conocimientos previos**: lo más sencillo es preguntárselo directamente usando preferentemente preguntas abiertas:
 - "Manuel, le acabamos de diagnosticar una diabetes. ¿Qué sabe usted de la diabetes?"
 - "¿Conoce a alguna otra persona que tenga su misma enfermedad?"
- 2.- conocer las **áreas de interés del paciente**: El saberlas nos ahorra trabajo y permite que le dediquemos más tiempo a aquello que más le preocupa.
 - ¿Qué aspectos le interesa más conocer en relación con su enfermedad?
 - ¿Qué le interesaría que le explicara?
Una técnica muy útil en esta fase informativa es la de **ejemplificación** ya que nos permite transmitir complicadas ideas asimilándolas a un modelo exterior y de conocimiento habitual o simple. De esta manera acercamos al paciente a los mecanismos por los que actúa su enfermedad.
 - Ricardo, como le hemos dicho presenta usted una hipertensión arterial. Imagínese que las cañerías de su casa tuviesen que aguantar una fuerte subida de la presión del agua que por ellas discurre ¿Qué cree que puede ocurrir?... pues con la subida de la tensión ocurre lo mismo, por consiguiente nuestra prioridad es bajarla para que no se rompan sus vasos (sus cañerías) y no haya escapes de agua, que en este caso sería como un ataque al corazón o al cerebro. ¿lo está entendiendo...?
 - Federico, tiene usted el colesterol alto. Imagínese las cañerías de una casa vieja y llenas de óxido, ¿se las imagina? Bueno, pues la presión del agua sigue siendo la misma, pero las cañerías están tupidas. ¿Qué cree que puede ocurrir?... Pues lo mismo le pasa a sus vasos sanguíneos, el colesterol es como el óxido...
La técnica de ejemplificación debe de ser clara, breve y de escasa complejidad, sobre todo si va dirigida a ancianos o a personas

con escasa cultura.

En este mismo sentido, el añadir a la información verbal **información** de tipo **visual** (uso de gráficos, atlas, dibujos...) o **táctil** ha demostrado ser tremendamente eficaz. El ejemplo más paradigmático del uso del tacto para proporcionar información, es el que expone F. Borrell en sus libros^{15,16}: explicar qué es la hipertensión arterial usando la presión que ejerce un esfigmomanómetro en el brazo del paciente:

"Marisa, voy a explicarle lo que es la HTA. En este momento tiene usted puesto el aparato con el que se toma la tensión. Voy a subir hasta 180 mmHg, y fíjese en cómo le aprieta el brazo, ahora vamos a bajarlo a 120 y ve que le aprieta menos el brazo. ¿nota la diferencia?... La diferencia entre una y otra es el trabajo extra que tiene que hacer su corazón para funcionar".

- 3.- por último, otro aspecto a considerar cuando informamos es **explorar las ideas** y creencias del paciente. Los pacientes no son sacos vacíos que tengamos que llenar. Ellos tienen sus propias ideas acerca de lo que les ocurre y si no hacemos aflorar esas ideas, no solo perdemos información, también perdemos la oportunidad de hacerlos más responsables de su salud. Para explorarlas es importante realizar preguntas abiertas y siempre en un clima de **bidireccionalidad**:
 - "¿A qué cree que puede deberse?"
 - "¿A que lo atribuye?"
 - "¿Por qué piensa...?"

María es una nueva paciente en el cupo, tiene 65 años, no sabe leer ni escribir. Acude por primera vez a la consulta acompañada de su marido. Nos comenta que es diabética y desde hace meses se encuentra fatal ya que todas las mañanas se marea. Ha acudido en varias ocasiones a su anterior médico de cabecera que le ha solicitado unos análisis y a continuación le ha aumentado las unidades de insulina por mal control. Nos cuenta que en este momento está tomando 2 antidiabéticos orales y se pone todas las noches 17 UI de insulina. Al preguntarle que hace cuando se marea nos comenta que se acuesta y aunque su médico le ha dicho que se tomara azúcar para el mareo, ella no se lo toma y dice que no se lo puede tomar ya que también tiene colesterol y esa es una enfermedad muy grave

María tiene una idea errónea y mezcla la diabetes con la hipercolesterolemia. A pesar de que se marea y en varias ocasiones se le ha aconsejado que tomara azúcar, ella con mucho sentido común no ha hecho caso a las recomendaciones (la enfermedad que más le preocupa es el colesterol). Su médico de cabecera nunca exploró sus creencias y en base a unos análisis le ha seguido aumentando las UI de insulina. María cada día se encuentra peor.

A partir de este momento podemos empezar a trabajar con María.

Tendremos que hacer una **reconversión de ideas**: consiste en discutir las creencias del paciente mostrándole sus incoherencias y contraponiéndolas a otra información siempre en un clima empático y facilitándole el cambio

Paciente: "Pero doctora yo azúcar no lo puedo tomar, ya que si tomo azúcar me sube el colesterol y eso es muy grave"

Profesional: "¿Por qué piensa que el azúcar le sube el colesterol?"
(respuesta evaluativa)

Paciente: "Me lo dijo un médico. Me dijo que tenía el azúcar y el colesterol alto y me mando no tomar azúcar ni carne de cerdo. Y ya sabe que el colesterol es como grasa y ataca al corazón..."

Profesional: "Tiene razón, María. El colesterol es importante tenerlo bien controlado, pero con el azúcar nos pasa lo mismo y es importante que no lo tengamos ni muy alto ni muy bajo ¿tiene alguna idea de lo que le puede ocurrir si le baja mucho el azúcar?" (pregunta abierta para averiguar conocimientos)

Paciente: "No sé, ¿usted cree que los mareos pueden ser por la bajada del azúcar? La verdad es que cada día estoy peor y parece que el subirme la insulina no me va nada bien".

Profesional: "María, voy a explicarle lo que es una hipoglucemia, cuales son sus causas y como se trata. ¿Le parece bien?"

Respuesta evaluativa: Es aquella respuesta del profesional que sirve para hacer aflorar las creencias de paciente.

- "¿Por qué piensa que el azúcar le sube el colesterol?"
- "Parece que no le veo muy convencido. Me gustaría que me contara su punto de vista".
- "Me gustaría que me contara porque piensa eso".

C) ACORDAR PLAN DE CUIDADOS

Nuestro paciente ya sabe el "nombre" de su dolencia y además, ha entendido la naturaleza de su enfermedad. Llega el momento de informar sobre "qué vamos hacer".

A parte de la ya mencionada bidireccionalidad, actitud que debe mantenerse a lo largo de toda la entrevista clínica, otras técnicas que resultan especialmente útiles en esta fase de la entrevista son la racionalidad del plan propuesto, detallar cambios, comprobar asimilación y tomar precauciones.

Vamos a ir una por una:

1.-**Racionalidad:** está totalmente demostrado que cuanto más sepan los pacientes sobre cómo actúan los medicamentos y el porqué de los cuidados, aumentan la adherencia a las medidas terapéuticas y preventivas y los niveles de satisfacción con la atención recibida.

Tener que tomar un tratamiento durante un período largo de tiempo, adelgazar, dejar de fumar, evitar determinados alimentos...suponen cambios importantes en nuestra vida, pero si tenemos que hacer

esos cambios sin tener claro el por qué, la misión resulta imposible.

- Dra: "Sra. María, el dolor de huesos se solucionaría si usted bajara de peso".

Si a la Sra. María no le explicamos la relación que hay entre la disminución de peso y el dolor de huesos, relación que, a priori, a nuestra paciente le resulta ininteligible, no se va a sentir motivada para seguir nuestras prescripciones: es fundamental que nuestra paciente entienda el fundamento de las medidas propuestas con el fin de conseguir su compromiso y adherencia a las mismas. En este sentido, las técnicas enunciadas anteriormente como la ejemplificación, la ilustración con folletos, dibujos, diagramas etc. son muy útiles para facilitar la comprensión al paciente.

2.-**Detallar instrucciones y cambios conductuales:** en diversos estudios sobre adherencia terapéutica en pacientes crónicos, se evidenció que los pacientes consideraban que aquellas prescripciones referidas a la dieta y al ejercicio físico, eran las que les resultaban más difíciles de seguir debido a que introducían cambios importantes que distorsionaban su vida cotidiana familiar y social. En estos trabajos se concluyó que una de las posibles causas de esta no adherencia, probablemente se debiera a que el personal sanitario no explicaba claramente el **porqué** de las medidas higiénico-dietéticas ni las **adaptaba** a las particularidades que cada paciente pudiera tener, por ejemplo, coexistencia de otras patologías o condiciones socio-culturales.

Como nosotros nos hemos propuesto ser eficaces, tenemos que conseguir que nuestros pacientes sigan nuestras indicaciones. ¿Cómo lo hacemos?: debemos intentar que los cambios que se le proponen al paciente, tanto relativos a la toma de medicación como conductuales, se **integren** en el contexto de la vida diaria del paciente relacionándolos con rutinas del día a día.

Ejemplo: paciente al cual le indicamos que debe disminuir de peso pero, por motivos laborales, come fuera de casa todos los días.

Opción fácil: "Sra. María tiene que hacer dieta".

Detallando cambios:

Profesional: "Sra. María, vamos a intentar que le sea más fácil seguir la dieta cuando come usted fuera de casa. ¿Qué se le ocurre que puede hacer?"

Paciente: "Pues ... no sé".

Profesional: "Seguro que tiene alguna idea".

Paciente: "Bueno, a lo mejor puedo tomar una ensalada de primero".

Profesional: "Me parece una buena idea..."

Paciente: "Sí, además en el restaurante en el que como siempre, eso no es difícil. De segundo... pues... puedo tomarme algo a la plancha".

Profesional: "Genial. Entonces podemos quedar en que intentará tomar ensalada o algo de verduras de primero, y de segundo, algo a la plancha o cocido. Le puedo sugerir además que tome más frecuentemente pescado que carne, beber abundante agua evitando refrescos. ¿Alguna otra idea?"

Paciente: "Bueno y lo que ustedes siempre me dicen, que haga ejercicio".

Profesional: "Sería el complemento perfecto a la dieta, María". Sería conveniente dar "los cambios por escrito" para evitar el olvido y la confusión de las medidas pactadas.

3.-Comprobar asimilación: debemos controlar el grado de comprensión de nuestro paciente preguntándole específicamente si entendió de lo que estábamos hablando, incluso solicitarle que repita los conceptos utilizando sus propias palabras ya que ayuda a la retención de los datos.

Profesional: "María, entonces hemos quedado en que va a hacer una dieta y que saldrá todos los días a caminar media hora después del trabajo, ¿es correcto?"

Paciente: "Sí, es lo que voy hacer".

Profesional: "¿Y se acuerda de cómo tiene que tomar la medicación?"

Paciente: "Sí, la pastilla de la tensión por las mañanas y la del colesterol por las noches".

Profesional: "muy bien, veo que lo ha comprendido perfectamente".

4.-Tomar precauciones: debemos explicar el tratamiento y la evolución previsible dejando la puerta abierta para la resolución del problema.

En el ámbito de la atención primaria nos encontramos con una gran incertidumbre al no tener al alcance muchas pruebas complementarias, de aquí la importancia de la toma de precauciones al cierre de la entrevista.

- "Si en 12 horas no mejora no dude en consultármelo"
- "Tiene una viriasis. Le voy a recetar paracetamol para que lo tome 3 veces al día. En el caso de que no notara mejoría en tres o cuatro días, pida una nueva cita".
- "Le acabo de recetar una medicación para la diabetes. En algunos pacientes puede causar molestias abdominales, sobre todo los primeros días, pero en la mayoría de las ocasiones desaparecen posteriormente. Si a usted le persistiesen o nota alguna otra cosa, no dude en llamarme o en acudir a consulta".

CONCLUSIÓN

De una buena relación –comunicación- dependerá en buena parte el éxito del tratamiento: no sólo curan "los remedios" que se prescriban sino también las palabras, lo que le decimos a nuestros pacientes y

especialmente cómo se lo decimos. En nuestro caso, comunicación significa ENTREVISTA CLÍNICA.

Existe evidencia clínica suficiente que avala que la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, mejora la satisfacción de los usuarios (los que adoptan un papel activo se arrepienten menos de las decisiones clínicas que se han adoptado) y del profesional, consigue tasas más altas de cumplimiento terapéutico, reduce el gasto sanitario medido en términos de necesidad de una segunda consulta por el mismo problema y además, los pacientes bien informados son los que interponen menos litigios por mala praxis.

TABLA 2

Mezclar la exploración de los problemas del paciente con recomendaciones e instrucciones

- Unidireccionalidad.
- Uso de un lenguaje excesivamente técnico.
- No informar de la orientación diagnóstica.
- Información no adaptada a las necesidades del paciente.
- Decir lo que otro profesional hará o debiera hacer.
- Hablar de hipótesis.
- Buscar resultados en una sola visita. Ignorar que el logro de un adecuado cumplimiento terapéutico es un proceso de sucesivas visitas, no una empresa de un solo día.
- No trabajar en equipo (enfermería).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Viana Zulaica C, Combarro Mato J, Bóveda Fontán J. Averiguando lo que les sucede a los pacientes. (Dr. Watson). Cad Aten Primaria. 2009;16(3):225-227.
- 2.- Viana Zulaica C, Combarro Mato J, Bóveda Fontán J. Averiguando lo que les sucede a los pacientes. Dr. WatsonII. Cad Aten Primaria. 2009;16(4):315-317.
- 3.- Navarro Rubio MD, Gabriele Muñiz G, Jovell Fernández AJ. Los derechos del paciente en perspectiva. Aten Primaria.2008;40(7):367- 369.
- 4.- Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, nº274, 15/11/2002.
- 5.- García Milán, A. La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. Rev Clín Med Fam 2009;2(6):275-279.
- 6.- Torío Durántez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. Aten Primaria. 1997;19:18-26.
- 7.- Stewart M, Brown J, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Ev idence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control. 1999;3:25-30.
- 8.- Ruiz Moral R, Prados Torres D, Cabrera Rodríguez JM. La voz de los pacientes: mejorando el entendimiento entre médicos y pacientes. Aten Primaria. 2004;34(6):277-278.
- 9.- Lorient Arín N, Serrano del Rosal R. Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de los fundamentos de la confianza del acto médico. Revista Internacional de Sociología (RIS). 2009;67(2):309-328.
- 10.- Yáñez Cadena D, Sarría Santamera A, García Lizana F. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas?. Aten Primaria. 2006;37(4): 221-230.
- 11.- Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. Social Science and

- Medicine. 1998;47:329-339.
- 12.- Tardáguila Lobato MP, Méndez Pérez CM, Torres Velé JC, Méndez García T, Benito Martín B, López de Castro F. La Información al paciente y su participación en la Toma de Decisiones en las Urgencias de Atención Primaria. Rev Clin Med Fam. 2008;2(4):145-148.
- 13.- Barca Fernández I, Parejo Míguez R, Gutiérrez Martín 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):361-367.
- 14.- Declaración de Barcelona de las Asociaciones de pacientes. 2003. Disponible en http://www.fbjoseplaporte.org/docs/Declaracion_Barcelona_2003.pdf
Consultado el 28 de septiembre de 2010.
- 15.- Borrel i Carrió F. Manual de Medicina Clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
- 16.- Borrel i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: SemFYC; 2004.
- 17.- Torío Duránte J, García Tírado MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. Aten Primaria. 1997;20(1):17-24.