

¿Cómo perciben los pacientes de las consultas de Atención Primaria la información para implicarse en su autocuidado?

How do primary care patients perceive information for involving themselves in self-care?

I.M. Navarro¹, M. Guilabert¹, I. Carrillo¹, C. Nebot², J.J. Mira^{1,3,4}

<http://dx.doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100015>

RESUMEN

Objetivo. Analizar la percepción que los pacientes tienen de si reciben en las consultas de medicina de su centro de salud información para implicarse en su autocuidado (gestión medicación e implicación en ejercicio físico o dieta).

Método. Estudio descriptivo en el que se entrevistó telefónicamente a una muestra de 2401 pacientes de atención primaria seleccionados al azar. Se empleó una escala reducida de 6 preguntas (puntuación máxima 6 puntos). Se consideraron las diferencias en función edad, sexo, ocurrencia de incidentes para la seguridad, si acudía regularmente a consulta y duración de la consulta.

Resultados. Respondieron 2350 pacientes (tasa de respuesta 97,9%). El 34,6% (N=1253) de los entrevistados obtuvieron 5 o más puntos en la escala (percentil 50). Recibir información sobre la previsible evolución incrementó la satisfacción (OR 11,2 (IC95% 8,3-15,3)). La duración de la consulta ($p<0,01$), acudir regularmente a consulta médica ($p<0,01$) o no haber sufrido un evento adverso ($p<0,01$), se relacionaron con una mayor puntuación en la escala.

Conclusiones. Los pacientes afirman recibir indicaciones para una adecuada gestión de la medicación en el hogar, pero reciben menos información para involucrarse en conductas saludables.

Palabras clave. Activación del paciente. Implicación del paciente. Seguridad del paciente. Medicación. Calidad asistencial.

ABSTRACT

Background. Analyze if patients receive information from their GPs to engage in self-management (medication, physical exercise or diet).

Methods. A descriptive study in which 2,401 randomly selected, primary care patients were interviewed by telephone. A short scale of 6 questions was used to analyze if they received information for self-care. Statistics included analyzing differences according to age, sex, occurrence of security incidents, whether they regularly attended the physician's surgery and length of consultation time.

Results. A total of 2,350 patients responded (97.9% response rate). A total of 1,253 (34.6%) of respondents obtained 5 or more points on the scale (percentile 50). Receiving information about foreseeable prognosis increased satisfaction (OR 11.2 (95% 8.3-15.3)). Consultation time length ($p<0.01$), regularly visiting physicians ($p<0.01$), and not suffering an adverse event ($p<0.01$) were associated with higher scores on the scale.

Conclusions. Patients report they receive directions for the proper management of medication at home, but claim that they receive less information to engage in healthy behaviors.

Keywords. Patient activation. Patient engagement. Patient safety. Medication. Health care quality.

An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39 (1): 133-138

1. Universidad Miguel Hernández. Elche.
2. Centro de Salud Fuente de San Luis. Valencia.
3. Departamento de Salud Alicante-Sant Joan. Alicante.
4. REDISSEC.

Estudio financiado por la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública en el marco de los estudios de opinión de pacientes que se realizan anualmente en la Comunidad Valenciana.

Correspondencia:

Isabel María Navarro
Universidad Miguel Hernández
Avenida de la Universidad S/N Edificio Altamira
03202 Elche
E-mail: inavarro@umh.es

No existe conflicto de interés

Recepción: 17-11-2015
Aceptación provisional: 13-01-2016
Aceptación definitiva: 19-02-2016

INTRODUCCIÓN

La transición del paciente de objeto a sujeto de la atención sanitaria¹ ha propiciado una revolución en la forma de entender la interacción de los pacientes con los profesionales y con los sistemas de salud².

Una de las manifestaciones de este cambio son las nuevas estrategias para lograr la implicación de los pacientes como agente activo de su salud (también del funcionamiento del sistema de salud), iniciativas que se agrupan bajo la denominación de activación del paciente.

La activación describe la capacidad e implicación de un paciente para, por ejemplo, controlar su evolución y tratamiento, gestionar el impacto físico, emocional y social de la enfermedad y decidir cómo y dónde obtener la asistencia sanitaria que necesita según cada momento (autocuidado)^{3,4,5}; para actuar como última barrera (colaborando a evitar errores de medicación)^{6,7}; o para liderar y transmitir información relevante a otros pacientes en una situación similar (paciente experto)⁸. Esta activación se ha mostrado directamente relacionada con mejoras en el estado de salud y también con un consumo racional de recursos sanitarios^{9,10}, por lo que es un objetivo de los modelos que propugnan un nuevo enfoque en la atención a la cronicidad¹¹.

La calidad de la interacción paciente-profesionales (y específicamente de la información que recibe sobre el tratamiento y su participación para potenciar sus efectos y prevenir sus riesgos) es crucial para lograr esa activación. La entrevista motivacional¹², por ejemplo, ha resultado eficaz para reducir los errores de medicación de los pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años (disminución del riesgo absoluto de cometer un error de un 29%)¹³ que, además, son quienes mayores problemas de adherencia y persistencia muestran con los regímenes terapéuticos¹⁴.

Lograr la activación del paciente es un elemento de una buena atención¹⁵ que requiere de una directa implicación de los profesionales sanitarios, especialmente de la atención primaria de salud¹⁶. En este

estudio, a partir de la información proporcionada por los pacientes, analizamos si reciben información para implicarse en la gestión de la medicación y en actividades saludables (autocuidado).

MÉTODO

Estudio descriptivo en el que se entrevistó telefónicamente a una muestra seleccionada al azar de pacientes de atención primaria del sistema público de salud. El tamaño de la muestra (N=2401) se calculó para una precisión del 2%, intervalo de confianza del 95% bilateral y una $p=q=0,5$. Para realizar las entrevistas se empleó un sistema CATI (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*), evitando el acceso a datos de carácter personal recogidos en la historia clínica y asegurando el anonimato de las respuestas. Los pacientes que rehusaron contestar fueron sustituidos, en cada caso, por otros pacientes seleccionados también al azar por el sistema. Se requirió el consentimiento de los pacientes antes de ser entrevistados. El estudio de campo fue realizado entre octubre y noviembre de 2013. Este trabajo forma parte de los estudios llevados a cabo para conocer la opinión de los pacientes atendidos en los centros de atención primaria de la Comunidad Valenciana y se diseñó conforme a las directrices de la Comisión de Ética en la Investigación experimental de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Se aplicó una escala reducida de 6 preguntas que permitieron explorar la información que los pacientes recibían de sus médicos con respecto a implicarles en las decisiones clínicas y en el curso del tratamiento, tanto en lo referente al correcto uso de los medicamentos como a conductas saludables aconsejables en su caso. La escala partió de la revisión de los resultados de la *Patient Activation Measure*³ (PAM), a lo que se sumó la propia experiencia del equipo investigador en estudios de percepción de pacientes¹⁷. La escala empleada se estructuró en una única dimensión con saturaciones factoriales entre 0,63 y 0,70 y contó con elevada fiabilidad (coeficiente de correlación intraclase 0,73-IC 95% 0,71-0,75).

Se fijó el percentil 50 en la escala para fijar un punto de corte a partir de cual poder afirmar que se daban las condiciones suficientes para la activación del paciente. Se analizaron mediante t-test y ANOVA las diferencias en las puntuaciones en la escala entre hombres y mujeres, también en función del tiempo transcurrido desde la última consulta con el médico de atención primaria según informe del propio paciente (mayor o inferior a 3 meses) y las diferencias entre grupos etarios, considerando los siguientes segmentos: menos de 30 años, entre 31 y 50, 51 y 65 o más de 65 años. Se consideró que existían diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Respondieron 2.350 pacientes (tasa de respuesta 97,9%) de los que 1.624 (69,1%) fueron mujeres. Por grupo etario el conjunto de pacientes entre 31 y 50 años (920; 39,1%) fue el más numeroso, seguido por el grupo de pacientes entre 51 y 65 años (660; 28,1%), más de 65 años (597; 25,4%) y menores de 30 años (173; 7,4%). Un total de 1.136 (48,3%) pacientes acudían a consulta programada regularmente.

Para 1.969 (83,8%) pacientes la atención recibida fue satisfactoria mientras que 252 (10,7%) informaron que habían sufrido alguna reacción adversa o alguna otra complicación con algún medicamento. La mayoría de los entrevistados (1.982, 84,3%) consideraron que el tiempo de consulta con su médico fue suficiente. Esta valoración fue similar entre hombres y mujeres (Chi^2 0,9; $p=0,34$) e independiente del tiempo transcurrido desde la última consulta (Chi^2 1,6; $p=0,21$). A mayor edad del entrevistado correspondió una mejor valoración de la duración del tiempo de consulta (Chi^2 10,5; $p=0,015$).

La puntuación media en la escala, sobre un máximo de 6 puntos, fue de 4,4 (dt 1,6; IC 95% 4,3-4,5). El 34,6% (N=1.253) de los entrevistados obtuvieron 5 o más puntos en la escala (percentil 50).

Las puntuaciones en los ítems de la escala sobre información para un mejor control de la medicación en casa fueron superiores a las puntuaciones sobre información sobre cambios de conducta para un mejor autocuidado. Una completa información sobre la previsible evolución de la situación clínica del paciente incrementó notablemente su satisfacción (Tabla 1). Los más jóvenes, comparados con los más mayores, alcan-

Tabla 1. Validez de constructo de la escala de activación del paciente para un uso seguro de la medicación

Ítem en la escala	N (%)*	Satisfacción del paciente OR (IC 95%)
Ha sido informado de las diferentes alternativas de tratamiento existentes y de cómo llevarlas a la práctica en su caso	1.286 (54,7)	1,6 (1,2-2,3)
Ha sido informado sobre efectos secundarios y las precauciones (alimentación, incompatibilidades, actividades, etc.) que debía tomar con el tratamiento que sigue	1.037 (44,1)	1,4 (0,2-0,5)
Médico ofrece recomendaciones para recuperarse de su problema de salud y estar mejor (hábitos de vida saludable, ejercicio, dieta, etc.)	1.603 (68,2)	1,2 (0,9-2,0)
Afirma saber qué cantidad, cada cuánto tiempo (horas) y hasta cuándo debía tomar los medicamentos que le habían recetado	2.212 (94,1)	1,2 (0,6-2,1)
Afirma saber para qué toma los medicamentos que le han prescrito	2.173 (92,5)	2,7 (1,6-4,7)
Ha recibido suficiente información sobre la evolución de su enfermedad	2.037 (86,3)	11,2 (8,3-15,3)

* Respuestas afirmativas.

Tabla 2. Puntuaciones en la escala

	N	Media	IC95%	
Grupo de edad (años)				
<30	173	4,2	3,9	4,4
31-50	920	4,4	4,3	4,5
51-65	660	4,4	4,2	4,5
>65	597	4,5	4,4	4,7
p=0,03				
Mujer	1.624	4,3	4,4	4,6
Hombre	726	4,5	4,3	4,4
p<0,001				
Valoración de la duración del tiempo de consulta				
Negativa	368	3,1	2,9	3,3
Positiva	1.982	4,6	4,6	4,7
p=0,008				
Si informa haber sufrido reacción adversa o complicaciones en el curso del tratamiento en los últimos 6 meses				
No	2.089	4,4	4,4	4,5
Sí	250	4,1	3,9	4,3
p=0,001				
Si acude regularmente a consultas programadas en el último año				
No	1.205	4,3	4,2	4,4
Sí	1.132	4,5	4,4	4,6
p=0,001				

Valores de p corresponden a T-test y ANOVA dt Desviación Típica IC95% Intervalo de confianza del 95%

zaron puntuaciones más bajas en la escala ($p<0,03$) (Tabla 2). Los hombres declararon recibir una información para el autocuidado sensiblemente más completa que la declarada por las mujeres ($p<0,001$). Los entrevistados que tuvieron la consulta con el médico hacia más de 3 meses declararon recibir una información más completa ($p<0,001$). Las puntuaciones en la escala fueron mayores cuando el tiempo de duración de la consulta fue valorada positivamente por los pacientes ($p<0,01$); cuando el paciente acudía regularmente a consulta programada ($p<0,01$); y entre los pacientes que no informaron de ningún indicio de haber sufrido un evento adverso ($p<0,01$).

DISCUSIÓN

La información que afirman recibir los pacientes a tenor de estos resultados se centra sobre todo en torno a la posología pero la información para que el paciente participe de forma activa en las decisiones o en cambios de comportamiento propiciando su autocuidado (incluyendo indicaciones para evitar errores de medicación comunes en casa) son menos frecuentes.

Estos datos son muy similares a los aportados por otros estudios^{9,18} y ponen de relieve carencias de la práctica para otorgar a los pacientes mayor capacidad de control sobre su propia salud. En este sen-

tido, estos datos sugieren que un tiempo reducido de consulta incide en una menor oportunidad para que el paciente se sienta informado, lo que podría ser una de las barreras para lograr esa activación.

La escala empleada reúne propiedades métricas adecuadas aunque es menos extensa y no abarca todos los atributos de la activación del paciente de la herramienta PAM³ que suma 26 elementos. Siguiendo este modelo, la activación del paciente requiere^{5,8}: que el profesional asuma que el paciente ejerce un rol relevante en el resultado del tratamiento, que el paciente posea la confianza y conocimiento necesarios para actuar, que se implique en autocuidado para mantener o mejorar su salud y que esté preparado para ejercer este rol incluso en situaciones más críticas.

En este estudio no se han considerado variables clínicas de estado del paciente, su frecuentación o número de fármacos, tampoco el nivel de alfabetización en salud o el nivel educativo alcanzado con los estudios realizados. Los datos de este estudio se basan en el informe efectuado por los entrevistados sin haber comprobado su nivel de conocimiento real del tratamiento que sabemos es mejorable en el caso de las personas mayores^{19,20}, ni si realmente han tenido opción de participar en la decisión sobre el tratamiento. Dado que no se ha preguntado por la información que reciben los pacientes en las consultas de enfermería, este punto debería ser explorado en nuevos estudios. Tampoco se han considerado posibles diferencias en función de la enfermedad de base. Si que, en cambio, hemos comprobado que la información que se dice recibir es mayor cuando el paciente acude regularmente a consulta.

Si consideramos la información que han facilitado los pacientes, este estudio pone de manifiesto que si bien reciben indicaciones para una adecuada gestión de la medicación en el hogar, reciben menos información para involucrarse en conductas saludables.

En esta línea, futuros estudios sobre esta temática podrían comprobar el grado de efectividad de la activación de los pacientes en variables clínicas y determi-

nar su contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario público, especialmente en determinadas patologías crónicas más prevalentes como son las enfermedades cardiometabólicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. MENEU R. La perspectiva de los pacientes. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2002; 4: 3-4.
2. LORENZO S. Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista. *Gac Sanit* 2008; 22: 186-191.
3. HIBBARD JH, STOCKARD J, MAHONEY ER, TUSLER M. Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res* 2004; 39: 1005-1026.
4. JOVELLA A, NAVARRO-RUBIO MD, FERNÁNDEZ-MALDONA L, BLANCAFORT S. *Aten Primaria* 2006; 38: 234-237.
5. PULVIRENTI M, MCMILLAN J, LAWN S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations* 2014; 17: 303-310.
6. LONGTIN Y, SAX H, LEAPE L, SHERIDAN S, DONALSON L, PITTET D et al. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 2010; 85: 53-62.
7. SCHWAPPACH DL. Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2010; 67: 119-148.
8. NUÑO-SOLINIS R, RODRÍGUEZ-PEREIRA C, PIÑEIRA-ELORRIAGA K, ZABALLA-GONZÁLEZ I, BIKANDI-IRAZABAL J et al. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit* 2013; 27: 332-337.
9. GREENE J, HIBBARD JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *J Gen Intern Med* 2012; 27: 520-526.
10. HIBBARD JH, GREENE J, OVERTON V. Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients scores. *Health Affairs* 2013; 32: 216-222.
11. NUÑO R, FERNÁNDEZ P, MIRA JJ, TORO N, CONTEL JC, GUILABERT M et al. Desarrollo de IEMAC, un instrumento para la evaluación de modelos asistenciales ante la cronicidad. *Gac Sanit* 2013; 27: 128-134.
12. MILLER WR, ROLLNICK S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009; 37: 129-140.

13. PÉRULA DE TORRES LA, PULIDO L, PÉRULA DE TORRES C, GONZÁLEZ-LAMA C, OLAYA I, RUIZ-MORAL R et al. Grupo corporativo Estudio ATEM-AP. Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por cluster. *Med Clin (Barc)* 2014; 143: 341-348.
14. MIRA JJ, OROZCO-BELTRÁN D, PÉREZ-JOVER V, MARTÍNEZ-JIMENO L, GIL-GUILLÉN V, CARRATALA-MUNUERA C et al. Physician patient communication failure facilitates medication errors in older poly-medicated patients with multiple comorbidities. *Family Practice* 2013; 30: 56-63.
15. FROSC D, ELWYN G. I believe, therefore I do. *J Gen Intern Med* 2011; 26: 2-4.
16. PARCHMAN ML, ZEBER JE, PALMER RF. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: A starnet study. *Ann Fam Med* 2010; 8: 410-417.
17. MIRA JJ, GUILBERT M, PÉREZ-JOVER V, LORENZO S. Barriers for an effective communication around clinical decision making: an analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view. *Health Expect* 2014; 17: 826-839.
18. CRESPILO-GARCÍA E, RIVAS-RUIZ F, CONTRERAS FERNÁNDEZ E, CASTELLANO MUÑOZ P, SUÁREZ ALEMÁN G, PÉREZ-TRUEBA E et al. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Rev Calid Asist* 2013; 28: 56-62.
19. AL MAHDY H, SEYMOUR DG. How much can elderly patients tell us about their medications? *Postgrad Med J* 1990; 66: 116-121.
20. MIRA JJ, MARTÍNEZ-JIMENO L, OROZCO-BELTRÁN D, IGLESIAS-ALONSO F, LORENZO S, NUÑO R et al. What older complex chronic patients need to know about their everyday medication for safe drug use. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13: 713-721.