



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN  
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes pluripatológicos de un hospital de referencia nacional, 2022

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTOR:**

Sotelo Jimenez, Pedro Paolo ([orcid.org/0000-0002-6379-0455](https://orcid.org/0000-0002-6379-0455))

**ASESORA:**

Dra. Torres Caceres, Fatima del Socorro ([orcid.org/0000-0001-5505-7715](https://orcid.org/0000-0001-5505-7715))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la Salud, Nutrición y Salud Alimentaria

**LIMA - PERÚ**

**2022**

**Dedicatoria:**

A Dios , mis hijos: David ,Pedro Paulo y mi esposa Alicia Reyna por ser ellos mi apoyo ,inspiración y fortaleza para lograr continuar a pesar de las dificultades presentadas y poder culminar mi preparación profesional.

### **Agradecimiento:**

A mi familia por su apoyo ,a los pacientes hospitalizados y médicos que colaboraron con sus opiniones en el estudio y a la asesora de tesis Dra. Fátima Torres por su comprensión y aliento para culminar la maestría.

## Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria .....	¡Error! Marcador no definido.
Agradecimiento .....	¡Error! Marcador no definido.
Índice de contenidos .....	iv
Resumen .....	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN .....	¡Error! Marcador no definido.
II. MARCO TEÓRICO.....	3
III. METODOLOGÍA.....	8
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	8
3.2 Categorías, Subcategorías y matriz de categorización .....	8
3.3 Escenario de estudio.....	8
3.4 Participantes .....	9
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	9
3.6 Procedimiento .....	10
3.7 Rigor científico .....	10
3.8 Método de análisis de datos.....	10
3.9 Aspectos éticos.....	10
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	11
V. CONCLUSIONES .....	19
VI. RECOMENDACIONES.....	20
REFERENCIAS.....	21
ANEXOS .....	27

## Resumen

El objetivo de la investigación fue analizar el involucramiento entre pacientes pluripatológicos y médicos para la toma de decisiones compartida durante la atención hospitalaria. Fue de enfoque cualitativo, diseño no experimental. Se consideraron cuatro participantes (dos pacientes y dos médicos) y se aplicó una entrevista semiestructurada validada según la escala OPTION12. En la discusión y resultados, la descripción de las opiniones se hizo en tres subcategorías: En la primera se evidenció que el paciente debe estar informado sobre su enfermedad y no quedarse con angustias y dudas “aún no me han informado”. Para la segunda subcategoría se evidenció que se deben explicar detalladamente las ventajas y desventajas del tratamiento a realizar a través del consentimiento informado “*no hay suficiente tiempo para informar detallado al paciente y familia, pero se tiene que usar un lenguaje diferente para que entiendan*”. Finalmente, en la subcategoría de toma de decisiones final se mostró los cuatro participantes coincidieron en que es importante involucrar a los pacientes en la toma de decisiones compartida y respetar su autonomía “*he conversado con mis hijos y he decidido que se respete mi autonomía de no amputarme*”.

**Palabras clave:** Toma de decisiones compartida; pacientes y médicos; diagnóstico informado.

## **Abstract**

The objective of the research was to analyze the involvement between patients with multiple pathologies and doctors for shared decision-making during hospital care. It was a qualitative approach, non-experimental design. Four participants (two patients and two doctors) were considered and a semi-structured interview validated according to the OPTION12 scale was applied. In the discussion and results, the description of the opinions was made in three subcategories: In the first, it was shown that the patient must be informed about his illness and not be left with anguish and doubts "I have not been informed yet". For the second subcategory, it was evidenced that the advantages and disadvantages of the treatment to be carried out through informed consent must be explained in detail "there is not enough time to inform the patient and family in detail, but a different language must be used so that they understand". Finally, in the final decision-making subcategory, the four participants agreed that it is important to involve patients in shared decision-making and respect their autonomy "I have talked with my children and I have decided that my autonomy should not be respected." amputate me".

**Keywords:** Shared decision making; patients and doctors; reported diagnosis.

## I. INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones compartidas (TDC) consiste en un trabajo conjunto del paciente y el médico, requiere una mutua colaboración para encontrar la manera más conveniente de actuar respecto al cuidado del paciente (1). En 1982, apareció por primera vez la expresión Shared Decision-Making en los Estados Unidos definida como “un proceso de colaboración y respeto mutuo” en las decisiones tomadas en el tema sanitario y está centrado en el Consentimiento Informado (CI) (2).

En este modelo bidireccional de TDC, el médico pone en conocimiento de manera clara la evidencia científica sobre el diagnóstico, beneficios, daños eventuales de procedimientos y opciones terapéuticas que existen para el paciente a tratar. Por otro lado, el paciente comparte: sus expectativas, pensamientos sobre su enfermedad, objetivos de vida, perspectiva en el trabajo, intercomunicación social y experiencias personales. Ambos analizan y deciden así sobre las posibles opciones con el fin de llegar a un acuerdo (3).

Por citar un ejemplo, en un hospital nacional en Lima cuya misión es brindar los cuidados de la salud a sus beneficiarios, mediante una atención especializada de calidad y afectuosa de calidez; ello sin embargo no se puede cumplir del todo debido a múltiples factores como son: la creciente demanda en la atención hospitalaria de pacientes crónicos pluripatológicos y escaso personal sanitario, debiendo así el profesional médico asistencial realizar múltiples actividades en los sistemas informáticos; pero continuando con el mismo tiempo promedio de 18 minutos para atender a cada paciente durante la visita médica en hospitalización (4).

En el Perú, la Medicina Basada en la Evidencia, como práctica clínica, busca integrar conocimientos a través del uso de la evidencia científica disponible respetando valores, deseos y predilecciones de los familiares respecto a la TDC, ello ha fomentado el desarrollo de la Medicina Mínimamente Disruptiva que acepta al enfermo como persona que no solo sufre y lucha con el cuidado de su

enfermedad, sino también contra un sistema sanitario que es fragmentado y desorganizado, con desigualdades en acceso a la asistencia sanitaria. Por lo que se ignora la opinión de los pacientes, especialmente en donde se practica una medicina centrada en la enfermedad o en sola la opinión del médico, las decisiones suelen ser de carácter autoritario e imperativo y se desconocen las preferencias y contextos socioeconómicos de cada paciente (4). Es así que, muchos médicos creen erróneamente que los pacientes prefieren no participar de este proceso y arrojan una actitud paternalista pese a que los actuales estudios evidencian lo inverso y en algunos casos tienen el temor a ser denunciados (3).

En Latinoamérica, la investigación clínica no ha estado centrada en los desenlaces importantes para los pacientes, es decir en el impacto de las intervenciones sobre los síntomas, duración de vida, experiencia del paciente respecto a cómo vivir y manejar su enfermedad, por lo que requiere de una conversación transparente entre médico y paciente (5).

El sistema médico alemán prevalece aún el modelo paternalista donde la información médica es solamente conocido por el médico y éste es el único responsable en tomar decisiones, limitando la autonomía del paciente sin conocer sus necesidades (4).

Por lo anteriormente expuesto, es que sostiene como pregunta de investigación: ¿Cómo se toman las decisiones compartidas durante la atención hospitalaria en un hospital de referencia nacional de Lima en el año 2022?

Asimismo, en base a nuestra pregunta, el objetivo general es: Analizar el involucramiento entre pacientes pluripatológicos y médicos para la TDC durante la atención hospitalaria. Los objetivos específicos son: (1) Describir el grado de involucramiento de los médicos y pacientes pluripatológicos para informar; (2) Describir el grado de involucramiento de los médicos y pacientes pluripatológicos para explicar las ventajas y desventajas; (3) Describir el grado de involucramiento de los médicos y pacientes pluripatológicos en la TDC.

## II. MARCO TEÓRICO

Para describir los antecedentes del estudio nos basamos en la búsqueda de varias investigaciones internacionales y nacionales para argumentar el presente estudio. En tal sentido, se encontraron pocos artículos de diseño cualitativo relacionados en analizar la TDC entre médicos y pacientes.

A nivel internacional, se encontró en Alemania un estudio cualitativo cuyo objetivo fue evaluar las necesidades de las partes interesadas con respecto a la implementación de un programa de TDC. Para ello se usaron 25 entrevistas a pacientes. Se analizaron las experiencias negativas que incluyeron: limitaciones estructurales, falta de tiempo, y falta de comunicación. Dentro de las experiencias positivas se incluyeron: pacientes informados, involucramiento de los familiares y una buena relación médico-paciente. Se concluyó que existe una variedad de barreras para la implementación del programa de TDC y dificultades para involucrar activamente a las personas que presentan enfermedades en los procesos de decisiones conjuntas (6).

En otro estudio alemán donde se analizó la toma de decisiones sanitarias desde la perspectiva de médicos oncólogos respecto a las preferencias de los pacientes. El diseño fue cualitativo y se usaron 14 entrevistas semiestructuradas a médicos oncólogos que atendieron a pacientes con diagnóstico de neoplasia de páncreas avanzada. Concluye que los deseos del paciente y parientes son de vital importancia el procedimiento de TDC desde el punto de vista de los entrevistadores, ya que las terapias oncológicas intensivas y paliativas requieren de un apoyo familiar, social y mental de los pacientes (7).

En los países bajos, se identificaron puntos de vista de pacientes ancianos sobre su participación en la TDC en el tratamiento del cáncer colorrectal (CCR) y de páncreas (CP). Fue cualitativo y se aplicó 80 entrevistas usando como instrumento la escala OPTION12. Los resultados indicaron que la participación de los pacientes estuvo influenciada por la calidad de vida y la satisfacción, mientras

que las percepciones de los observadores se refirieron principalmente a las características de la conversación, como la duración de las consultas y las habilidades generales de comunicación. Por lo tanto, se concluye que las habilidades de comunicación deben integrarse en las intervenciones de capacitación en las TDC (8).

En Estados Unidos, se evaluó la comunicación entre médicos y pacientes hospitalizados, examinar hasta qué punto los pacientes hospitalizados ejercen su autonomía en un servicio de medicina interna. Fue cualitativo mediante una entrevista a 18 pacientes hospitalizados y 9 médicos. Se grabó audio en las rondas matutinas y luego entrevistó por separado tanto al paciente como al médico. Los resultados indicaron que la TDC puede no ser la norma en la atención hospitalaria. Aunque los médicos sí explican los planes de tratamiento, muchos pacientes hospitalizados no entienden lo suficiente para tomar las decisiones y cuando los pacientes y familiares afirman su opinión, puede resultar en un conflicto (9).

En España, se realizó un estudio para analizar las decisiones tomadas respecto al manejo del enfermo oncológico en cuanto a facilidades y barreras en el equipamiento para un programa de TDC. El diseño fue mixto y la técnica realizada fue en base al cuestionario y entrevistas a 108 participantes. En los resultados solo algunos pacientes tomaron compartidas decisiones con su especialista; que el problema fue falta de empatía con los enfermos, insuficiente dedicación de tiempo, falta de confianza e información equivocada. Se encontró además influencias positivas como: estimulación del especialista oncólogo, actitud motivadora del paciente. Concluyendo que existe una pobre cooperación en las decisiones sobre su salud, en los enfermos, requiriendo mejorar el modelo de atención médica para superar dificultades y promover elevada actitud e enfermos oncológicos (10).

Por otro lado, existen pocos estudios nacionales sobre el tema y específicamente en pacientes hospitalizados y pluripatológicos. En un estudio cualitativo se analizó la percepción de enfermos sobre la habilidad comunicativa de los médicos en la atención hospitalaria. Se aplicó una entrevista

semiestructurada y se concluyó que la mayoría de los entrevistados tenían una percepción positiva respecto a la comunicación con su médico, sólo algunos lo calificaron como “excelente”, siendo los jóvenes con grado de instrucción completa y superior los que brindaron una mejor calificación al respecto (17).

En una tesis nacional realizada por García, se describió la relación Médico-Paciente percibida por enfermos y médicos en un hospital público y se aplicaron 100 encuestas para la obtención de datos. Concluyendo que la relación Médico-Paciente fue percibida como diferente y que el Modelo de Alianza sería una meta basada en la construcción de la confianza que otorga el enfermo a su médico (11).

Además, mencionamos un artículo de revisión realizado por Serrano et al, donde encontró que existen algunas herramientas tecnológicas , aplicaciones y tarjetas educativas que benefician la TDC mediante presentación de una información para los pacientes con diabetes mellitus a fin de establecer conversaciones valiosas con su médico al usar la tarjeta de “Elección de Medicamento para Diabetes y uso de estatinas” que son medicamentos disponibles para el control glicémico y prevención cardiovascular (6); justamente estas enfermedades crónicas son en el mundo causa importante de morbilidad y mortalidad. En tal sentido se requiere inversión de los recursos y de tiempo por parte del sistema de salud; sin embargo, la forma de atención médica en el tratamiento de dichas enfermedades ocasionan gran carga para los familiares del enfermo, incluso repercute en su terapia y su adherencia al tratamiento (3).

Finalmente, el profesor peruano Víctor Montori en su libro “Rebelión de los Pacientes” describe como una atención personalizada, gentil y cuidadosa. Además, refiere que la TDC es un área de la medicina en evolución constante, donde queda mucho por descubrir, hace hincapié al recordar a los médicos que deben tratar a los pacientes más que a las enfermedades (23).

El estudio se fundamenta teóricamente en los modelos y el significado de la TDC, el cual es un proceso de interacción y participación activa de paciente y el médico

con el objeto que lleguen a un acuerdo mutuamente responsable sobre la base de la información compartida (modelo paternalista, participativo y de información) (12).

Se han reportado otros estudios relacionados sobre el grado de involucramiento a pacientes en la TDC, uno de ellos es un estudio multicéntrico, descriptivo de corte transversal, de validación. El instrumento buscó observar la participación del paciente en la TDC en diferentes entornos clínicos mediante grabaciones de voz. Se concluyó que ambos instrumentos utilizados OPTION 12 y 5 tuvieron buena aceptación entre los evaluadores y se correlacionaron bien con la participación de los pacientes (22)(23).

El estudio se fundamenta técnicamente en: Los DDHH que se ocupa de la salud como un derecho y se reconoce como el adecuado nivel de vida que asegure bienestar y propiamente salud, especialmente la asistencia médica que requiera "(13). En la Declaración Universal de las Naciones Unidas relacionadas a la obligación del estado respecto a la educación ,promoción, prevención y tratamiento de enfermedades, así como acceder a información referente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (14). Así también, la Ley 29414 y SUSALUD que norman los derechos de los usuarios de servicios de atención médica (15); promueven el acceder a una integral atención sanitaria que se base en prevenir enfermedades, tratarlas, rehabilitarse y recuperación accediendo a la información (16); y al respectivo informado consentimiento (17).

Es importante mencionar que el consentimiento informado respecto a la comunicación de diagnósticos, a la persona que padece una enfermedad, está reconocido como derecho y aceptado a nivel mundial, cuyo propósito es respetarlos como seres humanos y considerar sus preferencias en los cuidados relacionados a su salud (18); y donde el médico sea quien informe los riesgos potenciales, efectos desfavorables y beneficios del tratamiento; para ello, debe ser firmado por el paciente como aceptación o negación. Está exceptuado las situaciones de emergencia, según Ley General de Salud (19).

Finalmente, la justificación metodológica es referida al diseño del estudio que fue una cualitativa, fenomenológica con entrevista a dos pacientes y dos médicos mediante la aplicación de entrevista semiestructurada, la misma que servirá para futuras investigaciones (20).

La pluripatología (más de 2 enfermedades crónicas en un mismo paciente con diferente grado de dependencia) tiene destacado impacto en el diagnóstico de enfermos en hospitales, estimándose una mortalidad del 20% al ingresar, 36% en el año y 50% al cuarto año de seguimiento. El pronóstico en esta población es de utilidad para la TDC por parte de los profesionales sanitarios en cuanto a planificar predilecciones de los pacientes. Los pronósticos de PROFUND y PROFUNCTION son instrumentos predictores respecto al riesgo de fallecimiento o padecer un tipo de deterioro funcional (17). Por citar un ejemplo, en los ancianos con enfermedad renal crónica avanzada, la TDC es compleja. Se debe considerar la presencia de comorbilidades, síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, discapacidad, postración, fragilidad), apoyo familiar, marco bioético, preferencia y calidad de vida del paciente para decidir el inicio y retirada de la diálisis u optar por un tratamiento conservador (21).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

##### **3.1.1 Tipo de investigación**

Fue aplicada porque está orientada a determinar, a través del conocimiento científico, los medios por el cual se puede cubrir una necesidad específica y reconocida (24) .También es de enfoque cualitativo debido a que en esta investigación se realizó una descripción del fenómeno en sí, se conduce básicamente en ambientes naturales, su proceso es inductivo, también se caracteriza porque no presenta hipótesis, se aplicó el método de entrevista a los participantes (25).

##### **3.1.2 Diseño de investigación**

Fue no experimental, diseño fenomenológico debido a que se fundamenta y se hace un análisis de las experiencias de vida individuales de los participantes, referente a hechos desde la percepción del individuo (20)(26).

#### **3.2 Categorías, Subcategorías y matriz de categorización**

**Categoría: Toma de decisiones compartidas** : Es el proceso en el que participan médicos y pacientes para tomar decisiones sobre la salud, utilizando la mejor evidencia científica disponible en investigaciones como son las que demuestran que los pacientes desean tener un papel activo, donde tengan derecho a recibir información adecuada y ser escuchados en sus preferencias que van a guiar la elección final (23).

##### **Subcategorías:**

En primer lugar con respecto a que se debe informar sobre el diagnóstico de la enfermedad: Los pacientes tienen el derecho legal de recibir información adecuada y ésta debe cumplirse satisfactoriamente en un proceso de TDC (23).

En segundo lugar con respecto a las ventajas y desventajas sobre el tratamiento: es una estrategia de comunicación que implica la obtención de información y consideración de las preferencias de los pacientes, puntos de vista que guíen la elección final ante la presentación por el médico de las diferentes estrategias de tratamiento que están disponibles, incluidos sus beneficios y daños (23)..

En tercer lugar con respecto a la decisión final tomada o aplazada: se sugiere que en base a la información y confianza es la elegida, preferida y donde se respeta la autonomía del paciente, no como control, sino como parte activa en el procedimiento de tomar decisiones para su tratamiento (27).

### **3.3 Escenario de Estudio**

Fue una institución de salud de referencia nacional en Lima, que se encarga de defender los derechos en salud de las personas, así también orientan sus acciones a empoderar al ciudadano en el círculo del sistema de salud nacional (15). La recolección de la información fue mediante la grabación por el documento de Google a los cuatro participantes.

### **3.4 Participantes**

Los participantes fueron dos pacientes pluripatológicos y dos médicos asistentes de los servicios de hospitalización que están a cargo, y se analizaron el nivel de involucramiento de ambos en la TDC.

### **3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La entrevista fue la técnica aplicada y el instrumento constituye una guía de entrevista semiestructurada para formular preguntas de opinión. El instrumento fue elaborado en base a los indicadores establecidos en la Matriz de Categorización y fue validado mediante la objetividad de expertos y se usó como referencia la escala OPTION 12 que evalúa hasta qué punto los médicos involucran a los pacientes en la TDC (23). La guía de entrevista semiestructurada

es una herramienta que sirve para direccionar el proceso de recogimiento de información para un posterior análisis, en tal sentido, el instrumento se validó mediante el juicio de tres expertos (28).

### **3.6 Procedimientos**

El estudio partió de una descripción de la realidad problemática ante la TDC entre pacientes y médicos durante la atención hospitalaria. Se aplicó el instrumento a los dos médicos y dos pacientes previo consentimiento informado. Obtenida la información se analizó de acuerdo con objetivos y subcategorías planteadas.

### **3.7 Rigor Científico**

Se precisó información citando autores, considerando ética institucional con valor de la verdad, credibilidad en análisis de la información significativa y una evaluación siendo está respetada en todo el procedimiento de la investigación (29).

### **3.8 Método de Análisis de datos**

Los datos obtenidos de las entrevistas a los participantes fueron analizados tomando en consideración las experiencias manifestadas de los participantes en ambos lados, como pacientes y como médicos respetando sus expresiones propias respecto a las preguntas que ayudaron a evidenciar objetivos en cada subcategoría planteada (30).

### **3.9 Aspectos éticos**

Se consideró el Código de Ética institucional (RCU Na0340-2021/UCV, 2021)(31). Así también, la Asociación Médica Mundial nos dice que su objetivo esencial ha sido formular y promover las normas de conducta ética y atención médica realizada por los médicos, promulgado en la Declaración de Helsinki (32). Para ello, se solicitó la autorización a los participantes a las grabaciones guardando su confidencialidad.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se analizó el involucramiento entre pacientes pluripatológicos y médicos para la toma de decisiones compartidas durante la atención hospitalaria; en este sentido, se aplicó una guía de entrevista semiestructurada a cuatro participantes: dos pacientes pluripatológicos y dos médicos internistas de hospitalización.

### Subcategoría 1: Información del Diagnóstico

En esta subcategoría se planteó como objetivo: Describir el grado de involucramiento en la información de los médicos y los pacientes pluripatológicos en hospitalización. En tal sentido, Respecto a la información sobre el diagnóstico, el participante 1 (paciente 1) de 87 años mencionó: *“aún no me han informado”*; pero, que está ahí internado porque sus ojos se pusieron amarillos. La participante 2 (paciente 2), sí conoce su diagnóstico: *“tengo el pie diabético infectado”*. Respecto a lo manifestado por los médicos, ambos convergen en asegurar que informan *“al paciente o a su familia el motivo y diagnóstico que presenta”*; *“se explica al paciente, pero no en detalle”*. Estos resultados son convergentes con el estudio de Berger (9), en tres participantes al evidenciar que sí se informan y explica la información respecto al diagnóstico y tratamiento, pero algunos pacientes no entienden y no se dan detalles; además divergente cuando un participante refirió que no fue informado y solamente manifestó su sintomatología.

El informar el diagnóstico de cáncer avanzado como es el caso del primer paciente provocó una reacción de dolor y temor como reacción al desarrollo de la enfermedad incluso a la muerte misma en el futuro y a corto plazo, esto se da en menor medida en los pacientes ancianos; sin embargo, en la fase de adulto mayor, consideran de gran necesidad informarse para tomar decisiones con respecto al tratamiento con apoyo familiar si es necesario haciendo preguntas sobre el porqué de la enfermedad, Asimismo, la forma de comunicar el diagnóstico de parte del médico comunica d tal manera que sea clara, simple, directa y preparado en las habilidades de comunicación y ver reacción cómo se

recibe considerando de vital importancia la condición clínica y el lado emocional (33).

En cuanto a la importancia de informar el diagnóstico; los dos participantes (pacientes) consideran importante: *“no debería tener los ojos amarillos, pero nadie me ha dicho cuál es mi diagnóstico o que tengo”*; *“el paciente sepa qué es lo que tiene y cuáles son las posibilidades que tiene”*. En cuanto a los otros dos participantes (médicos), también convergen en la importancia: *“es un derecho que tiene a saber lo que sufre y le causa angustia no saber”*; *“no solo el paciente sino la familia para mayor conocimiento de los procedimientos”*.

Estos resultados son convergentes con Frerichs et al. (6) al indicar que se debe superar las barreras de comunicación que dificultan estas conversaciones y se plantea integrarlo dentro de un programa de toma de decisiones compartidas .

En relación a la decisión entre médico y paciente para la hospitalización, los dos participantes (pacientes) coinciden en que es importante: *“el médico sabe de medicina y el paciente desconoce la enfermedad”*; *“si el médico lo está recomendando es por algo”*. Por otro lado, el participante tres (médico 1) mencionó: *“creo que debe ser solo el médico”* debido a que en caso de negarse el paciente debe firmar una *“exoneración de responsabilidad, sino nos denuncian”*; sin embargo, la participante cuatro (médico 2) , está de acuerdo que sea un acuerdo entre ambos, pero afirma: *“los pacientes adultos mayores no desean ser hospitalizados”*, pero si el caso es grave se debe informar a las instancias superiores, para forzar la hospitalización por el riesgo de muerte incluso (18).

Respecto a informar con detalle los pormenores de la hospitalización, los dos participantes (pacientes 1 y 2) coinciden en manifestar que no se les da detalles; uno de ellos manifiesta: *“no dejan ingresar a mis familiares y decían que deberíamos esperar”*; el segundo, dice: *“a veces el médico nos habla en sus términos y nosotros nos quedamos en el aire y me gustaría que mi hija también escuche, pero está restringido las visitas”*. El participante tres (médico 1) mencionó: *“no hay suficiente tiempo para informar detallado al paciente y familia,*

*pero se tiene que usar un lenguaje diferente para que entiendan*". La cuarta participante (médico 2) dijo: *"el paciente y el familiar deben saber sobre situaciones adversas que puedan ocurrir durante la hospitalización y se corrobora si entendió la información a fin de evitar confusión y problemas legales con reclamos de la familia"*.

Aunque la mayoría de médicos piensan que los pacientes entienden dicha información recibida, esto no es realmente cierto debido a los términos técnicos empleados y a que no fueron consultados respecto a sus preferencias (9). También es importante recalcar un estudio nacional donde de manera global, donde se encontró niveles deficientes en los conocimientos respecto a su enfermedad de hospitalizados que inclusive desconocían el nombre de la enfermedad y su diagnóstico (34), esto pondría en alerta al personal de salud médico que no brindaría información completa, comprensible y continua a sus pacientes (35) conforme lo señalado por Ley General de Salud (16). Finalmente, al comunicar "las malas noticias" es un reto para el campo médico asistencial comunicarlas a sus pacientes; siendo necesario capacitarse desde inicio en su carrera médica y los programas de salud en hospitales al incorporar y desarrollar habilidades comunicativas usando un lenguaje verbal y no verbal en beneficio y entendimiento con los pacientes (36)(37).

## **Subcategoría 2: Ventajas y desventajas**

Respecto a las ventajas del tratamiento según el diagnóstico que tienen: el primer participante (paciente 1) refirió que no le habían explicado el médico al respecto, *"pero supongo que ese es mi tratamiento, por eso hoy me quedé en ayunas para que en la tarde me coloquen ese drenaje en la bilis y los medicamentos en la vena"*. El segundo participante (paciente 2) refiere que sí se le explicó y consistía en *"hacerme la arteriografía de mis piernas por eso primero me han hecho el bypass en el lado derecho y la izquierda no había nada que hacer y de repente me deban amputar"*. En tanto a los otros participantes (médicos), uno de ellos (médico 1) no explica mucho detalle, salvo que haya duda *"entro un poco a enfatizar con porcentajes"* porque son también las otras

especialidades que deberían explicarles esas ventajas cuando realicen su procedimiento o tratamiento, en tanto la otra participante (médico 2) opina que *“sí se debería explicar siempre”* y va a depender de la respuesta de cada paciente con respecto a eficacia y efectos adversos de los tratamientos recibidos.

Al respecto, la libertad del paciente no solo se debe centrar en la firma como consentimiento a través de documentos formales para rutinas y/o métodos de especial riesgo, sino en disposiciones como si el paciente requiera o no tratamiento en quimioterapia paliativa, opiáceos para el dolor, cirugía, tomografía contrastada, sondas, conexión y desconexión de un respirador, fallecer en domicilio o en hospital como parte de su autonomía (2).

Aunque, hasta la fecha, la mayoría de las investigaciones sobre la toma de decisiones se ha centrado en los médicos, éste sería un proceso utilizado para orientar disposiciones respecto a exámenes de detección, pruebas y tratamientos tanto invasivos y no invasivos a los pacientes (38).

En relación a las desventajas que son comunicadas durante su estadía en hospitalización, el primer participante (paciente 1) desconoce cuáles son y *“hoy vendrá mi nieta a conversar con el doctor y quizás a ella le digan”*, caso contrario la segunda participante (paciente 2) refirió que sí se le informó bien la parte médica, *“sufro del corazón y me dializan por la diabetes y no deseo ahora que se me ampute la pierna izquierda para ello se requiere mi firma”*, mientras tanto los otros dos participantes (médicos) convergen *“que sí se les explica”* y deben firmar un documento llamado consentimiento informado, pero si estarían en desacuerdo *“están perdiendo una oportunidad”*, además insisten que las otras especialidades comprometidas deben explicar también las desventajas *“no van en forma presencial y responden vía remota sin conversar con el paciente”*.

De hecho, si logramos escuchar las preferencias, deseos de cada caso ,explicándoles sobre las ventajas, desventajas del tratamiento “ A” y “B” (39); y haciéndoles participar a los pacientes en las decisiones respecto a sus opciones de tratamiento mejorará los resultados de salud, pero hay que tener en cuenta

que la edad, la raza, el nivel educativo ,sociocultural y el estado de salud general podría influir sobre cómo la participación del paciente y puede alterar su satisfacción con percepciones de desconfianza (40).

Respecto a que si se debe informar las opciones de manejo: los dos participantes (pacientes) consideran que sí es necesario los minutos donde se les expliquen las opciones posibles que existen y despejar las dudas, *“pues a mi edad avanzada no creo que me hagan mucho”*; en mi caso *“sí me informaron muy rápido y en mi cirugía solo autoricé y firmó mi hija”*.

Cabe acotar que los cirujanos a menudo permanecen no conscientes a las creencias y preocupaciones del paciente sobre la enfermedad o su plan de tratamiento. Una barrera comúnmente percibida es la idea de que la TDC es una pérdida de tiempo (41).

Esto diverge con el estudio realizado por Ruiz, donde tras la consulta la mayoría de pacientes expresaron satisfacción por brindar opinión en cuanto a las elecciones planteadas; sin embargo, no recibieron orientación ni motivación del médico que consideraron importante se les informara para la decisión correspondiente mediante una activa y empática escucha que favorezca su participación (42).

Finalmente, si es importante esta conversación médico paciente sobre el seguimiento: los cuatros participantes consideran que sí es muy importante esta discusión para información de pasos a seguir posterior al alta, pero enfatizan que es necesario involucrar para ello a los familiares y a el sistema de salud, *“ellos quieren que me quede en Lima por que los médicos conocen mi caso”, “mi familia tiene que seguir los trámites como citas y referencias” , “el sistema de salud y el hospital se demora mucho y hay que hacer largas colas o no hay cupos ,al contrario debe garantizar el seguimiento directo y las citas no sean tan alejadas después de todo lo que avanzó en hospitalización”*.

En un artículo sobre que necesitan saber los médicos y cuáles son los beneficios y daños de estas opciones compartidas, se citó un ejemplo de un caso de enfermedad infecciosa donde se explica con detalles los porcentajes, gráficos visuales de ventajas y desventajas, pronóstico, probabilidad de empeoramiento de efectos adversos de cada opción al usar y no usar los antibióticos (38). También la literatura describe que se usan en otros países por parte de los médicos internistas en hospitalización diferentes estrategias y herramientas para explicar a los pacientes (43) como son las tarjetas de control para entendimiento ,gráficos con opciones de tratamiento por ejemplo en caso de diabetes mellitus ,dislipidemia y anticoagulación (44).

### **Subcategoría 3: Decisión final**

Respecto a la explicación de las expectativas de los pacientes en relación a decisiones compartidas: los dos participantes (pacientes) opinaron que *“son buenas para su recuperación”* de la enfermedad que padecen, en tanto el tercer participante (médico 1) refiere que no entra en acuerdo *“muchas veces los pacientes y familiares tienen otras ideas y no ofrecemos terapias que no estén avaladas científicamente”*, en comparación con la cuarta participante (médico 2) que informar en forma clara y entendible *“se llega a un acuerdo, el paciente estará conforme”*.

Esto concuerda con estudios previos que busca empoderar y participar a los pacientes activamente para que expresen sus preguntas y preferencias (6). También se podría usar la TDC en la redacción de las guías de práctica clínica (GPC) en cuanto a las elecciones terapéuticas con similares proporciones ventajas y desventajas respecto a que no es concluyente la evidencia, dificultando así elegir una clara alternativa con equilibrio en riesgos y beneficios para el paciente que puede ser la medicación o dieta (45).

En relación, a los temores de tomar decisiones compartidas: ambos participantes (pacientes) tienen temor a complicarse en el hospital y *“no salir del hospital vivo”*, enfatizando a la familia sea quien apoye en esta decisión compartida *“hemos conversado con mis hijos para que respete mi decisión en no operarme por el momento porque tengo infarto del corazón”*, en cambio el tercer

participante (médico 1) opina que depende del nivel cultural del paciente para que lo entiendan *“el miedo es porque no se le explica bien y piensan que hay otras alternativas que vió en internet o le ofreció otro médico”*, mientras la cuarta participante (médico 2) opina que *“no hay temor si se explica adecuadamente”*

Para poder cambiar el modelo paternalista de la praxis médica en Perú e implementar otros modelos de TDC y lograr uno fundamentado en la certeza científica y el respeto al paciente como base de acercamiento, se necesita un cambio cultural a nivel del sistema de salud y multifacéticas estrategias (3), esto se fundamenta en el estudio exploratorio de Ruiz, que describe las opiniones de la mayoría de enfermos que manifestaron su satisfacción en el procedimiento en la realización de TDC (42).

En cuanto a la incorporación de la opinión del hospitalizado en la toma de decisiones, los cuatro participantes opinaron que es importante, pero en el caso del primer participante (paciente 1) refiere que no le han pedido su opinión *“como soy de la tercera edad y no escucho bien vendrá mi familiar a conversar con el médico que es lo que me está pasando”*, mientras que el segundo participante (paciente 2) opina que se debe *“respetar la opinión”* del paciente. El tercer participante (médico 1) resalta que actúa de manera científica y *“no puedo asumir algo incorrecto que me pueda traer consecuencias legales”*

Bajo el enfoque de la Medicina Mínimamente Impertinente (MMI), no solamente el diagnosticar la enfermedad es de importancia; lo es también su evaluación en cuanto a equilibrar la capacidad del paciente y sus roles, debido a que se requiere indagar y comprender lo que tiene importancia para el paciente (45).

Finalmente, a los motivos de aceptar, rechazar o aplazar una decisión: el primer participante (paciente 1) opinó que supone que es la única opción, pero no ha firmado aún *“he pedido que venga mi nieta para que le den más informe sobre lo que me harán”*, en cambio la segunda participante (paciente 2) debió aplazar su cirugía por las comorbilidades que presenta *“han decidido respetar mi autonomía”*

*de no amputarme salvo que empeore*". En cambio, los dos participantes (médicos) refieren que generalmente los pacientes aceptan si la información brindada es clara y genera seguridad en los pacientes, *"me aseguro que hayan entendido y este proceso demora y no tenemos tiempo cuando estoy solo a veces debo tipear las evoluciones, recetas y dar informes al final"*, también recalca a su parecer que aún en *"el país su cultura y educación influyen y no está preparado para esta toma de decisiones compartidas"*, requiriendo un marco legal que lo ampare para no ser denunciados posteriormente.

Esto se da en la práctica profesional de la atención sanitaria ,teniendo un elevado porcentaje de médicos que no cuentan con formación en TDC y otro porcentaje no la utiliza en su praxis cotidiana y toma la decisión por ellos (46); y las personas que usan ayudas y asesorías para la toma de decisiones describieron que se sintieron más claras y mejor informadas sobre las opciones, tienen expectativas más precisas sobre los beneficios y daños de las opciones y participan más activamente en comparación con las personas que no reciben esta asesoría (47).

En una revisión sistemática, tres estudios proporcionaron datos retrospectivos que sugieren que ignorar y no consultar las preferencias de los pacientes e informar de los posibles daños y beneficios, pone a los médicos en un mayor riesgo de litigio, donde en algunos casos se ve reflejado solicitando más exámenes a los pacientes "medicina defensiva" (48).

Sin embargo, no está claro si alguna intervención para incrementar la aplicación de TDC, desde la participación de los profesionales de la salud, es efectiva porque la convicción de la evidencia es muy baja según la revisión sistemática de Cochrane (49).

En tal sentido, se necesita más investigaciones para comprender mejor cuándo y cómo promover las conversaciones empáticas entre pacientes, médicos y sus familiares que son necesarias para implementar un programa de toma de decisiones compartida en nuestro sistemas de salud (50).

## V. CONCLUSIONES

Primera: Es muy importante que el paciente este informado sobre su enfermedad y no quedarse con la angustia, dudas, expectativas “aún no me han informado”; y estén informados de los procedimientos que se le realice, consideran que también que, en pacientes ancianos, dependientes sean los familiares responsables quienes deberían involucrarse para la toma de decisiones compartidas.

Segunda: Es necesario que se expliquen en detalle las ventajas y desventajas del tratamiento a realizar con los pacientes pluripatológicos, para ello es importante identificar e involucrar también al familiar responsable como testigo, médicos de piso en sus horarios *“no hay suficiente tiempo para informar detallado al paciente y familia, pero se tiene que usar un lenguaje diferente para que entiendan”*, así como a las otras especialidades que también están a cargo del paciente para que *“respondan las consultas de manera presencial”*. Así también a la institución que brinda servicios de salud *“deberían garantizar y optimizar su sistema de referencias, citas y medicamentos disponibles”*.

Finalmente, se debe escuchar los temores y deseos de los pacientes, respetando su autonomía e involucrarlo en la toma de decisiones compartidas *“como sufro del corazón y me dializan, he conversado con mis hijos y he decidido que se respete mi autonomía de no amputarme”*.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Primera: Se recomienda realizar una investigación con enfoque cuantitativo.  
Segunda : Implementación de un programa de toma de decisiones TDC local e institucional registrada en la historia clínica electrónica dentro del marco normativo legal que tenga tres componentes: 1) A la Dirección ,Oficina de Calidad y Oficina de atención del asegurado la revisión de la hora médico en hospitalización y los horarios destinados para dar informe presencial a los pacientes hospitalizados sobre su diagnóstico y escuchar la opinión de ellos y su familiar responsable en caso de dependencia ; 2) Solicitar el apoyo del IETSI para la confección de cartillas didácticas ,tarjetas de control con las opciones de tratamiento para mayor orientación y entendimiento por los pacientes y familiares. ; 3) Incorporar en las universidades de medicina e institución sanitaria la capacitación a los médicos en habilidades comunicativas dentro de su formación .

## REFERENCIAS

1. Montori VM. clinic mayo innovation exchange [Internet]. mayo clinic 2021. Available from: <https://innovationexchange.mayoclinic.org/tomar-decisiones-compartidas-y-la-revolucion-del-pacientes-con-el-dr-victor-montori-de-mayo-clinic/>
2. García Martínez MA, Vila Iglesias I, Veiga Cando D. Decisiones compartidas en la enfermedad avanzada. *Galicia Clínica*. 2013;74(4):157.
3. Zeballos-Palacios C, Morey-Vargas OL, Brito JP, Montori VM. TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS Y MEDICINA MÍNIMAMENTE IMPERTINENTE EN EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):111–7.
4. Gerencia Central de Prestaciones de Salud - ESSALUD. Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud - 2014. 2014;1–76. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS\\_2014.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS_2014.pdf)
5. Serrano V, Larrea-Mantilla L, Rodríguez-Gutiérrez R, Spencer-Bonilla G, Málaga G, Hargraves I, et al. Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: Un desafío para Latinoamérica. *Rev Med Chil*. 2017;145(5):641–9.
6. Frerichs W, Hahlweg P, Müller E, Adis C, Scholl I. Shared decision-making in oncology - A qualitative analysis of healthcare providers' views on current practice. *PLoS One*. 2016;11(3):1–13.
7. Salloch S, Otte IC, Reinacher-Schick A, Vollmann J. Ärztliche Perspektiven auf die Bedeutung von Patientenpräferenzen und die Rolle Angehöriger bei der evidenzbasierten Entscheidungsfindung – eine qualitative Interviewstudie aus der Onkologie. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* [Internet]. 2018;131–132:46–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2018.02.002>
8. Geessink NH, Ofstad EH, Olde Rikkert MGM, van Goor H, Kasper J, Schoon Y. Shared decision-making in older patients with colorectal or pancreatic cancer: Determinants of patients' and observers' perceptions. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2018;101(10):1767–74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.005>

9. Berger ZD, Boss EF, Beach MC. Communication behaviors and patient autonomy in hospital care: A qualitative study. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017;100(8):1473–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.006>
10. Ortega-Moreno M, Padilla-Garrido N, Huelva-López L, Aguado-Correa F, Bayo-Calero J, Bayo-Lozano E. Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en oncología: percepciones de los pacientes. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2017;32(3):141–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.01.002>
11. Gonzales Zambrano, Catherine Vannesa, Vidal Cachay WG& SPCJ. Percepción de la relación médico-paciente según los pacientes, médicos residentes y alumnos de pregrado del servicio de Medicina Interna de un Hospital General de Lima, Perú. *Univ Peru Cayetano Hered* [Internet]. 2017;3–28. Available from: [https://www.mendeley.com/catalogue/ee265cbc-2676-3e81-a7c6-51606cae6cf5/?utm\\_source=desktop&utm\\_medium=1.19.4&utm\\_campaign=open\\_catalog&userDocumentId=%7B29784fdc-4fa0-4d61-b6e7-fc2422f2186d%7D%0Ahttp://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/6401](https://www.mendeley.com/catalogue/ee265cbc-2676-3e81-a7c6-51606cae6cf5/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.4&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B29784fdc-4fa0-4d61-b6e7-fc2422f2186d%7D%0Ahttp://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/6401)
12. Fortbildungsartikel D, Partizipative DB, Pef E. Partizipative Entscheidungsfindung ( PEF ) – Patient und Arzt als Team Shared Decision Making ( SDM ) – Patient and Physician as a Team Lernziele Einführung Der Bedarf für PEF Charakterisierung der PEF Das Spektrum der Arzt-Patient- Interaktion. 2017;
13. Comprendiendo el derecho humano a la salud.
14. Stegemann H. Derechos humanos. derecho a la información en salud. 2012;80(4):2012–3.
15. derecho usuario de salud Perú. [susalud.pdf](#).
16. ley general de salud [Internet]. Available from: <https://lpderecho.pe/ley-general-salud-ley-26842/#:~:text=- Todapersona tiene derecho a recibir,para su vida y salud.>
17. Peruano E. 559147 NORMAS LEGALES Jueves 13 de agosto de 2015 [Internet]. 2015. p. 1–7. Available from: [www.mininter.gob.pe](http://www.mininter.gob.pe)
18. Vera Carrasco O. El consentimiento informado del paciente en la actividad

- asistencial médica. Rev méd (La Paz). 2016;22(1):59–68.
19. Salud LG n°1518. Normas para la Gestión de la Oportunidad Quirúrgica en el Seguro Social de Salud - ESSALUD [Internet]. 2016. p. 78. Available from: <file:///E:/ucv md/curso de tesis/referencias de tesis/consentimiento informado essalud 2.pdf>
  20. Fuster DE. 3. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Represent [Internet]. 2019;7(1):201–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
  21. Heras Benito M, Fernández-Reyes Luis MJ. Toma de decisiones compartida en la enfermedad renal crónica avanzada del anciano. Med Clin (Barc) [Internet]. 2019;152(5):188–94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.07.011>
  22. Barr PJ, O'Malley AJ, Tsulukidze M, Gionfriddo MR, Montori V, Elwyn G. The psychometric properties of Observer OPTION5, an observer measure of shared decision making. Patient Educ Couns [Internet]. 2015;98(8):970–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.010>
  23. Stubenruch FE, Pieterse AH, Falkenberg R, Santema TKB, Stiggelbout AM, van der Weijden T, et al. OPTION5 versus OPTION12 instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. Patient Educ Couns [Internet]. 2016;99(6):1062–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399115001901>; <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.019>
  24. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación : Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta [Internet]. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018. 387–410 p. Available from: <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1292/1/Hernández-Metodología de la investigación.pdf>
  25. CONCYTEC. Proyectos de investigación y desarrollo ( i & d ). 2020. p. 1–11.
  26. Salgado A. Evaluación Del Rigor Metodológico Y Retos. Liberabit. 2007;13(1729–4827):71–8.

27. Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Heal Expect.* 2007;10(3):248–58.
28. Naupas. Metodología de la investigación cuantitativa, cualitativa y redacción de la tesis [Internet]. 2014. 538 p. Available from: <https://fdiazca.files.wordpress.com/2020/06/046.-mastertesis-metodologicc81a-de-la-investigaciocc81n-cuantitativa-cualitativa-y-redacciocc81n-de-la-tesis-4ed-humberto-ncc83aupas-paitacc81n-2014.pdf>
29. Jiménez E, Soledad M. Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa Scientific rigour in qualitative research practices. 2011;107–36. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cdyt/n42/n42a04.pdf>
30. Rodríguez C, Oswaldo S, Quiles L, Herrera L, Práctica TY, Análisis DEL, et al. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Sociotam.* 2005;
31. Parredes S. Resolución de Vicerrectorado de Investigación N°021-2021-VI-UCV – Pág. 1 | 2. 2021. p. 1–2.
32. Holstila E, Vallittu A, Ranto S, Lahti T, Manninen A. Helsinki. Cities as Engines Sustain Compet Eur Urban Policy Pract. 2016;175–89.
33. Campagne. Cáncer: comunicar el diagnóstico y el pronóstico. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-cancer-comunicar-el-diagnostico-el-S1138359318304374>
34. Málaga G, Kanashiro-Azabache K, Jiménez-Viñas C, Barrionuevo P. Pacientes hospitalizados y el grado de conocimientos sobre su enfermedad. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;29(1):159–60.
35. Quispe RC, Muñoz EM, Cadillo A V., Ticse R. Percepción de la competencia comunicativa médica durante la entrevista clínica en un hospital docente peruano: validación y aplicación de un instrumento evaluativo. *Medwave.* 2019;19(9):e7705.
36. Luna-Solis Y. Cómo decir malas noticias sin faltar al compromiso con la humanidad del paciente. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019;36(1):123.
37. Steffensen KD, Vinter M, Crüger D, Dankl K, Coulter A, Stuart B, et al. Lessons in integrating shared decision-making into cancer care. *J Oncol Pract.* 2018;14(4):229–35.

38. Hoffmann TC, Légaré F, Simmons MB, McNamara K, McCaffery K, Trevena LJ, et al. Shared decision making: What do clinicians need to know and why should they bother? *Med J Aust.* 2014;201(1):35–9.
39. Gu E. Guía de Apoyo Decisional de Ottawa. Vol. medicina, *Revista Ciencias Medicas.* 1994. p. 2.
40. Ruhnke GW, Tak HJ, Meltzer DO. Association of Preferences for Participation in Decision-making with Care Satisfaction among Hospitalized Patients. *JAMA Netw Open.* 2020;3(10):1–13.
41. Ubbink DT, Koelemay MJW. Shared Decision Making in Vascular Surgery. Why Would You? *Eur J Vasc Endovasc Surg [Internet].* 2018;56(5):749–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.06.042>
42. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula De Torres LÁ, Olloqui Mundet J, Carrión De La Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria.* 2012;44(1):5–10.
43. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: Online international Delphi consensus process. *Br Med J.* 2006;333(7565):417–9.
44. Montori VM, Kunneman M, Hargraves I, Brito JP. Shared decision making and the internist. *Eur J Intern Med [Internet].* 2017;37:1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2016.09.018>
45. Malaga G, Neira-Sánchez ER. La medicina basada en la evidencia, su evolución a 25 años desde su diseminación, promoviendo una práctica clínica científica, cuidadosa, afectuosa y humana. *Acta Medica Peru.* 2018;35(2):121–6.
46. Padilla N, Aguado F, Bayo E, Bayo J, Ortega M. PHYSICIANS' AWARENESS AND ASSESSMENT OF SHARED DECISION MAKING IN ONCOLOGY PRACTICE. *Rev Esp Salud Pública [Internet].* 2019;93:1–12. Available from: <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201910066/en/>
47. Girirajan S, Campbell C, Eichler E. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiol Behav.* 2011;176(5):139–48.
48. Durand MA, Moulton B, Cockle E, Mann M, Elwyn G. Can shared decision-

making reduce medical malpractice litigation? A systematic review Health policy, reform, governance and law. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015;15(1):1–11. Available from: ???

49. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. Cochrane database Syst Rev. 2018;7:CD006732.
50. Serrano V, Rodriguez-Gutierrez R, Hargraves I, Gionfriddo MR, Tamhane S, Montori VM. Shared decision-making in the care of individuals with diabetes. Diabet Med. 2016;33(6):742–51.

## **ANEXOS**

Anexo 1: Matriz de categorización

Anexo 2: Guía de entrevista semiestructurada

Anexo 3: Certificado de validación Nro. 1,2,3

Anexo 4: Entrevista Semiestructurada

## ANEXOS 1: : MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN (APRIORÍSTICA)

**TÍTULO:** Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes pluripatológicos de un hospital de referencia nacional, 2022

Ámbito temático	Problema de investigación	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Subcategorías	Indicadores
Toma de decisiones compartidas	Durante la atención hospitalaria de pacientes pluripatológicos se toman decisiones compartidas entre médico y paciente en un hospital de referencia nacional de lima, año 2022.	¿Cómo se toman las decisiones compartidas durante la atención hospitalaria en un hospital de referencia nacional de lima en el año 2022?	Analizar el involucramiento entre pacientes pluripatológicos y médicos para la toma de decisiones compartidas durante la atención hospitalaria en un hospital de referencia nacional de lima, en el año 2022.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Describir el grado de involucramiento de los médicos y pacientes pluripatológicos al informar .</li> <li>✓ Describir el grado de involucramiento para los médicos y pacientes pluripatológicos para explicar las ventajas y desventajas.</li> <li>✓ Describir el grado de involucramiento de los médicos y pacientes pluripatológicos en la toma de decisiones compartidas .</li> </ul>	✓ Información	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informar el diagnóstico</li> <li>✓ Relación médico-paciente</li> <li>✓ Entendimiento</li> </ul>
					✓ Ventajas - desventaja	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incorporar opinion del paciente</li> <li>✓ Beneficio de las opciones</li> <li>✓ Daños de las opciones</li> </ul>
					✓ Decisión final	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aceptación</li> <li>✓ Aplazamiento</li> <li>✓ Negación</li> </ul>

Instrumento: Glyn Elwyn. Scala Observer OPTION 12.

## ANEXO 2: Guía de entrevista semiestructurada

**Tipo de estudio** : Aplicada  
**Enfoque** : Cualitativo  
**Diseño de estudio** : Estudio Fenomenológico  
**Técnica** : Entrevista  
**Instrumento** : Guía de entrevista semiestructurada  
**Participantes** : 02 médicos y 02 pacientes pluripatológicos  
**Modalidad** : Presencial y grabado por documento de Google  
**Responsable** : Pedro Paolo Sotelo Jiménez

Subcategorías	Preguntas de Investigación
<b>Información de diagnóstico</b>	1 ¿Podría describir el diagnóstico que originó la hospitalización? 2 ¿Considera que informar sobre el diagnóstico es de importancia para el paciente? ¿Por qué? 3 ¿La hospitalización de un paciente debe ser una decisión entre médico y con el paciente? ¿Por qué es importante dicha consulta? 4 ¿Considera que el médico debe informar con detalle los pormenores de la hospitalización al paciente? ¿Podría explicarnos por qué, ¿se le preguntó si realmente entendió la información brindada?
<b>Ventajas y desventajas de manejo</b>	5 ¿Podría explicarnos respecto a las ventajas del tratamiento según el diagnóstico? 6. ¿Respecto a las desventajas del tratamiento, ¿Cuáles son? 7. ¿Se deben informar las opciones de manejo de la enfermedad durante la hospitalización para despejar dudas? ¿Por qué? 8. ¿Considera que es importante la discusión entre paciente/médico sobre el seguimiento y pronóstico?
<b>Decisión final</b>	9. ¿Podría explicarnos cuáles son sus expectativas sobre las decisiones compartidas en hospitalización? 10. ¿Podría explicarnos cuáles son sus temores sobre las decisiones compartidas en hospitalización? 11. ¿Qué opina sobre el involucramiento e incorporación de la opinión del paciente para la toma de la decisión final compartida? 12 ¿Podría describir cuáles son los motivos para aceptar esta decisión compartida final entre médico y paciente? 13. ¿Podría describir cuáles son los motivos de no aceptar esta decisión compartida final, teniendo que aplazarla ó rechazarla?

## ANEXO 3: Certificado de Validaciones



### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE: DECISIONES COMPARTIDAS

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO</b>								
1	¿Podría describir el diagnóstico que originó la hospitalización?	X		X		X		
2	¿Considera que informar sobre el diagnóstico es de importancia para el paciente? ¿Por qué?	X		X		X		
3	¿La hospitalización de un paciente debe ser una decisión entre médico y paciente? ¿Por qué es importante dicha consulta?	X		X		X		
4	¿Considera que el médico debe informar con detalle los pormenores de la hospitalización al paciente? ¿Podría explicarnos por qué y ¿se le preguntó si realmente entendió la información brindada?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE MANEJO</b>								
5	¿Podría explicarnos respecto a las ventajas del tratamiento según el diagnóstico?	X		X		X		
6	Respecto a las desventajas del tratamiento, ¿Cuáles son?	X		X		X		
7	¿Se deben informar las opciones de manejo de la enfermedad durante la hospitalización para despejar dudas? ¿Por qué?	X		X		X		
8	¿Considera que es importante la discusión entre paciente/médico sobre el seguimiento y pronóstico?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 3: DECISIÓN FINAL</b>								
9	¿Podría explicarnos cuáles son sus expectativas sobre las decisiones compartidas en hospitalización?	X		X		X		
10	¿Podría explicarnos cuáles son sus temores sobre las decisiones compartidas en hospitalización?	X		X		X		
11	¿Qué opina sobre el involucramiento e incorporación de la opinión del paciente para la toma de la decisión final compartida?	X		X		X		
12	¿Podría describir cuáles son los motivos para aceptar esta decisión compartida final entre médico y paciente?	X		X		X		
13	¿Podría describir cuáles son los motivos de no aceptar esta decisión compartida final, teniendo que aplazarla ó rechazarla?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay o no suficiencia): **SÍ TIENE SUFICIENCIA**

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [ X ]**      **Aplicable después de corregir [ ]**      **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador: **Dra. Fatima Torres Caceres**  
Especialidad del validador: **Dra. en Educación**

DNI: 10670820

Lima, 20 de mayo del 2022

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE: DECISIONES COMPARTIDAS**

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO</b>								
1	¿Podría describir el diagnóstico que originó la hospitalización?							
2	¿Considera que informar sobre el diagnóstico es de importancia para el paciente? ¿Por qué?							
3	¿La hospitalización de un paciente debe ser una decisión entre médico y paciente? ¿Por qué es importante dicha consulta?							
4	¿Considera que el médico debe informar con detalle los pormenores de la hospitalización al paciente? ¿Podría explicarnos por qué y ¿se le preguntó si realmente entendió la información brindada?							
<b>DIMENSIÓN 2: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE MANEJO</b>								
5	¿Podría explicarnos respecto a las ventajas del tratamiento según el diagnóstico?							
6	Respecto a las desventajas del tratamiento, ¿Cuáles son?							
7	¿Se deben informar las opciones de manejo de la enfermedad durante la hospitalización para despejar dudas? ¿Por qué?							
8	¿Considera que es importante la discusión entre paciente/médico sobre el seguimiento y pronóstico?							
<b>DIMENSIÓN 3: DECISIÓN FINAL</b>								
9	¿Podría explicarnos cuáles son sus expectativas sobre las decisiones compartidas en hospitalización?							
10	¿Podría explicarnos cuáles son sus temores sobre las decisiones compartidas en hospitalización?							
11	¿Que opina sobre el involucramiento e incorporación de la opinión del paciente para la toma de la decisión final compartida?							
12	¿Podría describir cuáles son los motivos para aceptar esta decisión compartida final entre médico y paciente?							
13	¿Podría describir cuáles son los motivos de no aceptar esta decisión compartida final, teniendo que aplazarla ó rechazarla?							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI TIENE SUFICIENCIA \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad: Aplicable    **Aplicable [ X ]**    después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mgtr.: Jessica Oriana Vega Garcia DNI: 18213681

Especialidad del validador: Especialista en Medicina Legal. Maestro en Salud Ocupacional

Lima, 06 de Junio del 2022

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
 Firma del Experto Informante  
**JESSICA ORIANA VEGA GARCIA**  
 Médico Legista  
 CMP 41057  
 DML II LA LIBER

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE: DECISIONES COMPARTIDAS

Nº	DIMENSIONES / ITEMS	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: INFORMACIÓN DE DIAGNOSTICO</b>								
1	¿Podría explicar cómo fue que se le invitó a participar en la entrevista durante su hospitalización?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	¿Podrá explicarme que conoce sobre su enfermedad que ha motivado esta hospitalización actual?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	¿Ud. considera que el médico le ha explicado detalladamente sobre el diagnóstico en su caso específico?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>DIMENSIÓN 2: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE MANEJO</b>								
4	Dentro de las opciones de manejo. ¿Qué se le ha explicado en relación a las ventajas de tratamiento que existen en su caso?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	Dentro de las opciones de manejo. ¿Qué se le ha explicado en relación a las desventajas de tratamiento que existen en su caso?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	¿Qué ha entendido lo que se le ha informado en relación a las opciones de manejo de su enfermedad que está motivando su hospitalización ó aún existe dudas, cuales, podría describir las?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	¿Discutió con su médico el seguimiento y pronóstico de su caso?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>DIMENSIÓN 3: DECISIÓN FINAL</b>								
8	¿Cuáles son sus expectativas personales sobre la enfermedad que motiva actualmente su hospitalización?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
9	¿Cuáles son sus temores sobre la enfermedad que motiva actualmente su hospitalización?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
10	¿Ha notado que se le ha escuchado su opinión personal, valorado e involucrado en la toma de decisión final?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
11	¿Por qué considera importante aceptarlo esta decisión compartida final?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
12	¿Por qué considera importante no aceptarla aún, teniendo que aplazar ó rechazar la decisión compartida final?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI TIENE SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable**    Aplicable [  ]    después de corregir [  ]    No aplicable [  ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mgtr: MAGISTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DNI: 40452380

Especialidad del validador: ESPECIALISTA EN CUIDADO CARDIOVASCULAR

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 25 de Mayo del 2022

  
Firma del Experto Informante.

**ANEXO 4: ENTREVISTA A PARTICIPANTES**

SUBCATEGORÍA	PREGUNTA	PARTICIPANTE 1 <b>PACIENTE1</b> Jorge Valdivia Magnate Varón de 87 años Tumor de vías biliares	PARTICIPANTE 2 <b>PACIENTE2</b> Raquel Castro Urbina Mujer de 75 años Pié diabético infectado	PARTICIPANTE 3 <b>MÉDICO 1</b> Jesús De la Jara Cordero Médico Internista Asistente 5 años de experiencia.	PARTICIPANTE 4 <b>MÉDICO 2</b> Verónica Llamoca Palomino Médica Internista Asistente de 15 años de experiencia.	Convergencias y divergencias entre participantes (comparativo)	CONCLUSIÓN
Información del Diagnóstico	1 ¿Podría describir el diagnóstico que originó la hospitalización?	Algo recuerdo porque he venido, <b>ya que me puse los ojos amarillos</b> y mi nieta me dijo que eso no era normal y me trajeron desde Ica hasta este hospital en lima. <b>Me han hecho resonancia magnética y aún no lo han informado el resultado.</b>	<b>Si sé sobre el diagnóstico porque me hicieron en la pierna una arteriografía</b> aquí en emergencia hasta que haya piso para trasladarme pues <b>tengo el Pié diabético infectado</b> , el lado izquierdo con necrosis y el derecho me han hecho ya un <b>bypass</b> para poderme salvar la circulación de ese lado.	Sí se describe, a veces de manera un poco general dependiendo si es un paciente que es muy dependiente y no se vale por sí mismo no puede tomar muchas decisiones o en todo caso las informaciones delicadas de manera general pero siempre se le informa a él o su familiar el motivo principal y el diagnóstico actual que presenta el paciente, en este caso falta el informe de la	Por ejemplo, <b>una descompensación de una paciente con diabetes mellitus por una infección en su pié, se explica al paciente, pero no en detalle. Actualmente los días de informes a familiares son tres veces por semana.</b>	Respecto al diagnóstico de hospitalización, el paciente 1 de 87 años mencionó: "aún no han informado"; pero, que está ahí porque sus ojos se pusieron amarillos. La paciente 2, sí conoce su diagnóstico: "tengo el pie diabético infectado"; además, se le hizo una arteriografía en las piernas y ya se le hizo un	Es muy importante que el paciente este informado sobre su enfermedad y no quedarse con la angustia, dudas, expectativas, y estén informados de los procedimientos que se le realice, consideran que también que, en pacientes ancianos, dependientes sean los familiares responsables quienes deberían involucrarse para la toma de decisiones compartidas.

				<p>resonancia magnética ó biopsia que nos diga que es cáncer .</p>		<p>bypass en el pié derecho salvado. Respecto a los médicos, convergen en asegurar que informan “al paciente o a su familia el motivo y diagnóstico que presenta”; “se explica al paciente, pero no en detalle”.</p> <p>Sobre la importancia de informar el diagnóstico; los dos pacientes consideran importante: “no debería tener los ojos amarillos, pero nadie me ha dicho cuál es mi diagnóstico o que tengo”; “el paciente sepa qué es lo que tiene y cuáles son las posibilidades que tiene”. En cuanto a los</p>
<p>2 ¿Considera que informar sobre el diagnóstico es de importancia para el paciente? ¿Por qué?</p>	<p>Considero que es importante por qué en mi caso no es normal lo que tengo, no debería tener los ojos amarillos, pero nadie me ha dicho cuál es mi diagnóstico o que tengo. Yo soy de Ica, mi nieta e hijo no tienen pase para ingresar a este hospital y no sé si a ellos les han informado.</p>	<p>sí considero que es importante que el paciente sepa qué es lo que tiene y cuáles son las posibilidades de que uno tiene, si no ya pues, estoy mayor y son los hijos quienes están más al tanto y mi cuidado, como se dice ah que se le dé toda la información para poder tomar todas las decisiones correctas.</p>	<p>Sí es muy importante sobre todo por el tema de ser un derecho que tiene a saber de lo que sufre y obviamente hacerse una perspectiva rápida lo que tiene porque muchas veces el sufrimiento del paciente es la angustia que no sabe que tiene o si es muy grave o es bueno y por otro lado también desde luego para tratar de hablar siempre con la verdad y evitar problemas pues ocultar información que a veces lo pueden tomar en otro sentido, grabarnos y denunciarnos.</p>	<p>Por supuesto, no solo para el paciente sino a la familia, porque así ellos tendrán más conocimiento del mismo, con la tecnología a la mano, pueden hacer todas las preguntas que crean conveniente, y sentirse seguros de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos a los que sean sometidos, aparte de que mejora siempre la relación médico paciente.</p>		

	<p>3 ¿La hospitalización de un paciente debe ser una decisión entre médico y el paciente? ¿Por qué es importante dicha consulta?</p>	<p>Sí, la decisión debe ser tomada por el médico porque sabe de medicina y el paciente desconoce sobre la enfermedad.</p>	<p>creo que es importante dicha consulta, yo considero que deben ser ambos que tomen la decisión, porque si necesitas hospitalizarte es por algo y si el médico lo está recomendando también, pero respetando su opinión, para mí los dos deben participar.</p>	<p>creo que debe ser más que todo el médico. el paciente puede negarse obviamente, pero en todo caso tendría que firmar ahí una exoneración de responsabilidad, si no nos denuncian luego y es más hospitalizar un paciente sin criterio médico sería exponer al riesgo al paciente en el hospital.</p>	<p>Sí, nosotros lo sugerimos cuando la situación lo amerita, pero muchas veces el paciente en este caso en su mayoría dependientes como adultos mayores, no desean la hospitalización, entonces se le informa de la necesidad del mismo, si está estable podemos enviarlo a casa con control de signos de alarma, a veces incluso podemos ayudarlos con lo del personal médico (enfermero/técnico) con el que pueda contar la familia para la atención en casa. Pero si está grave, se debe informar a las instancias superiores, para forzar la hospitalización por el riesgo de muerte incluso.</p>	<p>médicos, también convergen en la importancia: “es un derecho que tiene a saber lo que sufre y le causa angustia no saber”; “no solo el paciente sino la familia para mayor conocimiento de los procedimientos”.  La decisión entre médico y paciente para la hospitalización, los pacientes coinciden en que es importante: “el médico sabe de medicina y el paciente desconoce la enfermedad”; “si el médico lo está recomendando es por algo”. Por otro lado, el profesional 1 mencionó: “creo que debe ser solo el médico” debido</p>	
--	--	---	---	---	---	---	--

	<p>4 ¿Considera que el médico debe informar con detalle los pormenores de la hospitalización al paciente? ¿Podría explicarnos por qué, ¿se le preguntó si realmente entendió la información brindada?</p>	<p>Claro que si nos deberían informar cuando se nos hospitalizan como pacientes, pero no dejan ingresar a los familiares y decían que teníamos que esperar. Hoy toca informe médico y espero que me den información.</p>	<p>Si se debe de explicar con detalles lo que tiene el paciente no y el término que nosotros podemos entenderle porque a veces el médico nos habla en sus términos y nosotros nos quedamos en el aire, me gustaría que me acompañe y le den pase a mi hija que viene para que también escuche, está restringido las visitas. A mí que me hablen fuerte que no escucho y nos expliquen bien qué es lo que pasa, que es lo que hay que hacer por decir.</p>	<p>Siempre para mí lo informa el médico, pero a veces no hay el suficiente tiempo, que tan detallado lo voy explicar y tiene que poner ese límite depende de la experiencia de cada médico sabiendo que información le va a ser útil al paciente y familiares para que decidan. A veces como médico tengo que utilizar un lenguaje diferente para que me haga entender y ahora también, el paciente al toque coge Internet Google y está indagando sobre su enfermedad sino transmites esa información, por eso veo primero como reacciona y responde y así más o menos me aseguro que me entienda.</p>	<p>Si, siempre el paciente y el familiar deben saber sobre situaciones adversas que puedan ocurrir durante la hospitalización. Muchas veces ha pasado que el paciente se cayó y el familiar se entera días después y de casualidad, entonces eso genera más problema, y tampoco es justo, que la familia y el paciente no sepa sobre los accidentes que puedan ocurrir durante la hospitalización. Sí se le pregunta al paciente si comprendió la información, a lo cual dice que sí, pero luego corroboramos que no fue así y podría causar confusión y problemas legales, hacer informes escritos y reclamos por la familia.</p>	<p>a que en caso de negarse el paciente debe firmar una "exoneración de responsabilidad, sino nos denuncian"; sin embargo, la profesional 2, está de acuerdo que sea un acuerdo entre ambos, pero afirma: "los pacientes adultos mayores no desean ser hospitalizados, pero si el caso es grave se debe informar a las instancias superiores, para forzar la hospitalización por el riesgo de muerte incluso.</p> <p>Respecto a informar con detalle los pormenores de la hospitalización, los pacientes coinciden en manifestar que no se les da detalles; uno de ellos</p>	
--	---	--	---	---	--	--	--

						<p>manifiesta: “no dejan ingresar a mis familiares y decían que deberíamos esperar”; el segundo, dice: “a veces el médico nos habla en sus términos y nosotros nos quedamos en el aire y me gustaría que mi hija también escuche, pero está restringido las visitas”. El primer médico mencionó: “no hay suficiente tiempo para informar detallado al paciente y familia, pero se tiene que usar un lenguaje diferente para que entiendan”. La segunda médica dijo: “el paciente y el familiar deben saber sobre situaciones adversas que puedan ocurrir durante la hospitalización y se corrobora si entendió la</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						información a fin de evitar confusión y problemas legales con reclamos de la familia".	
--	--	--	--	--	--	--	--

Ventajas y Desventajas

<p>5 ¿Podría explicarnos respecto a las ventajas del tratamiento según el diagnóstico?</p>	<p>El día de hoy estoy en ayunas, me dijeron que en la tarde me han dado cita y van a colocar un drenaje externo de la bilis, justo ahorita me están poniendo medicamentos que pasan en la vena para la fiebre y la infección, no me han explicado, pero supongo que ese es mi tratamiento.</p>	<p>Claro, los médicos tuvieron que explicarnos las ventajas primero para hacerme el bypass en la pierna derecha para que se salve esa pierna porque ya que con la izquierda que está negro ya no había nada que hacer y creo que me van a amputar.</p>	<p>no tanto de hacerlo así, generalmente lo que hago es para aliviarlo, pero uno presupone que el tratamiento que se indica es lo que debe darse, pero cuando yo veo alguna duda o molestia de parte del paciente o familiar quizás ahí recién entro un poco a enfatizar con porcentajes, ya que muchas enfermedades dependen de otras especialidades como gastroenterología, radiología ,cirugía y oncología médica, ellos a veces responden interconsulta virtual, no ven ni explican al paciente que está internado en mi servicio.</p>	<p>Yo creo que se debería explicar siempre las ventajas y depende del grado de respuesta de cada paciente tanto eficacia como reacciones adversas que pueda tener dicha medicación que son los antibióticos para controlar la infección y no haga sepsis. También por ejemplo al usar quimioterápicos, si bien te pueden alargar más la vida en un proceso de cáncer, pero puede que sufras los peores efectos adversos, teniendo consecuencias fatales en el primer o segundo mes de ciclo quimioterápico.</p>	<p>Respecto a las ventajas del tratamiento según el diagnóstico que tienen: el paciente 1 refirió que no le habían explicado el médico al respecto, “pero supongo que ese es mi tratamiento, por eso hoy me quedé en ayunas para que en la tarde me coloquen el drenaje en la bilis y los medicamentos en la vena”. El paciente2 refiere que sí se le explicó y consistía en “hacerme la arteriografía de mis piernas por eso primero me han hecho el bypass en el lado derecho y la izquierda no había nada que hacer y de repente me deban amputar” En tanto los médicos, uno de ellos médico 1 no explica mucho</p>	<p>Es importante que se expliquen en detalle las ventajas y desventajas del tratamiento a realizar con los pacientes, para ello es importante identificar e involucrar al familiar responsable como testigo, médicos de piso en sus horarios, así como a las otras especialidades que también están a cargo del paciente para que respondan las consultas de manera presencial y expliquen las opciones con criterio científico enfatizando en los resultados , pronóstico y seguimiento respectivo .Así como a la institución y sistema que brinda servicios de salud deben garantizar sus referencias, citas y medicamentos disponibles.</p>
<p>6. ¿Respecto a las desventajas del tratamiento, ¿Cuáles son?</p>	<p>No sé cuáles son las desventajas y no me han informado, será porque no</p>	<p>yo tengo más complicaciones me dijeron, si otra vez debo ingresar a sala de</p>	<p>sobre las desventajas por ejemplo en caso de usar un tratamiento A y usar otro</p>	<p>Sí se les explica y deben firmar un consentimiento informado ,pero la realidad es que lo debe hacer el que</p>		

		<p>escucho bien y hoy vendrá mi nieta a conversar con el doctor, quizás a ella le digan algo.</p>	<p>operaciones, pueda que no salga porque sufro del corazón, me ha dado un infarto reciente y me dializan por la diabetes. La parte médica nos informó bien, pero en el caso de la autorización para la anestesia eso si se requiere de una firma y yo no deseo que me ampute la pierna ahora.</p>	<p>tratamiento B, ambos con reacciones secundarias. ahora que siempre se le explica claramente los riesgos que hay y si no toma el tratamiento está realmente perdiendo la oportunidad, si está en contra le hago firmar en la historia su negación, en el papel de consentimiento informado queda la constancia de ello y debe estar registrado en la historia clínica electrónica donde hay un vacío para este punto.</p>	<p>hace el procedimiento o cirugía. Las desventajas depende de la variabilidad biológica, pueden presentar reacciones adversas desde una hipersensibilidad o alergia, hasta toxicidad en el hígado, riñón, cerebro con los medicamentos que se usen y esto se da con el más simple medicamento o la cirugía más compleja, a veces y con el covid últimamente los cirujanos y otros especialistas inter consultores que están a cargo del caso no van en forma presencial, responden vía remota y no ven ni conversan con los pacientes sobre las desventajas que supone el tratamiento médico o quirúrgico que</p>	<p>detalle, salvo que haya duda “entro un poco a enfatizar con porcentajes porque son las otras especialidades que deberían explicarles esas ventajas cuando realicen su procedimiento o tratamiento, en tanto la otra participante médica 4 opina que sí se debería explicar siempre y va a depender de la respuesta de cada paciente con respecto a eficacia y efectos adversos de los tratamientos recibidos.</p> <p>En relación a las desventajas que son comunicadas durante su estadía en hospitalización, el paciente 1 desconoce cuáles son y “hoy vendrá mi nieta a conversar con el</p>	
--	--	---	--	---	--	---	--

					planean.	doctor y quizás a ella le digan”, caso contrario el paciente 2 refirió que sí se le informó bien la parte médica,” sufro del corazón y me dializan por la diabetes y no deseo ahora que se me ampute la pierna izquierda para ello se requiere mi firma “ En tanto los dos médicos convergen que sí se les explica claramente y deben firmar un documento llamado consentimiento informado, pero si estarían en desacuerdo “están perdiendo una oportunidad “, además insisten que las otras especialidades comprometidas deben explicar las desventajas “no van en forma presencial y responden vía remota sin
7. ¿Se deben informar las opciones de manejo de la enfermedad durante la hospitalización para despejar dudas? ¿Por qué?	considero que es muy necesario la discusión esos minutos de conversación entre paciente y médico para poder tener conocimiento de lo que uno tiene y que me harán, pues por mi edad no creo que me hagan mucho.	Se debería despejar las dudas con el paciente y familiar, por qué si tenemos toda esta información de lo que se va a hacer y las opciones posibles que existen. En mi caso si me informaron muy rápido, pero en la cirugía del bypass solamente firmó mi hija la autorización.	yo no suelo dar dos o tres opciones porque eso puede perjudicar a los colegas de otras especialidades que a veces también son de manejo conjunto, en mi parecer el paciente pueda tomar a mal dicha indicación, también existen otros factores como el nivel social, si tiene o no familiares o cuidadores que lo apoyen. El formato de consentimiento informado lo dejo que el especialista que va a realizar dicho procedimiento o cirugía sería el que le explique.	Si, porque así el médico podrá tomar una mejor decisión en base a los deseos del paciente, respetando su autonomía y en este caso de no operarse, salvo emergencia, pero igual como se ha infartado hace poco he solicitado la evaluación por el cardiólogo y él decidirá si está apta o no en su riesgo quirúrgico, dejando sus recomendaciones también para explicarle a la paciente y familiares.		
8. ¿Considera que es importante la discusión entre paciente/médico sobre el seguimiento y pronóstico?	Claro que es importante ver cómo vamos a continuar con el tratamiento. Después cuando me den de alta	Si es importante porque tiene que haber seguimiento de que es lo que va a pasar después de que salga de hospitalización	Si es importante la discusión entre el paciente y el médico sobre su seguimiento y su pronóstico. Digamos un paciente con un	Por su puesto, ya que el paciente podrá tener más claro su panorama de salud como es la diabetes y sus complicaciones en el tiempo, y así		

		<p>debo tener un seguimiento que para decirle a mis hijos y especialmente a mi nieta que me cuida en casa. Ellos quieren que me quede en Lima para mis controles porque los médicos conocen mi caso.</p>	<p>sobre todo si es una paciente diabética que tiene que tener un control y eso no lo maneja el médico, mi familia son los que tienen que seguir esas las normas y trámites sobre cuándo va a ser próxima cita, las citas son muy largas, si hay que tramitar alguna referencia, sobre los medicamentos que debe usar, sobre los signos de alarma que hay que saber si en caso hay que regresar a emergencia.</p>	<p>cáncer que requirió cirugía, quimioterapia, radioterapia o solo controles de imágenes, entonces sería ya la familia responsable y el hospital que deben velar por sus citas, referencias y atenciones médicas que reciba, eso va más con el sistema de seguro de salud funcione.</p>	<p>puedan dar la aceptación sobre los posibles tratamientos y controles invasivos, no invasivos que requiera en su seguimiento ambulatorio por consultorio externo, siendo necesario que el familiar tramite sus referencias, citas que no sean alejadas y el sistema administrativo del hospital donde pertenece debe garantizarlo sino es una oportunidad perdida después de todo lo que uno avanzó en hospitalización.</p>	<p>conversar con el paciente”</p> <p>Respecto a que si se debe informar las opciones de manejo: los dos pacientes consideran que sí es necesario los minutos donde se les expliquen las opciones posibles que existen y despejar las dudas,” pues a mi edad avanzada no creo que me hagan mucho”, en mi caso sí me informaron muy rápido y en mi cirugía solo autorizó y firmó mi hija”. Finalmente, si es importante esta conversación médico paciente sobre el seguimiento: los 4 participantes consideran que sí es muy importante esta discusión para información de pasos a seguir posterior al alta,</p>	
--	--	--	---	---	---	--	--

						<p>pero enfatizan que es necesario involucrar para a los familiares y el sistema de salud," ellos quieren que me quede en Lima por que los médicos conocen mi caso"," mi familia tiene que seguir los trámites como citas y referencias" ,"el sistema de salud y el hospital se demoran mucho, hay que hacer largas colas o no hay cupos ,al contrario debe garantizar el seguimiento directo y que las citas no sean tan alejadas después de todo lo que avanzó en hospitalización"</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

Decisión final	9. ¿Podría explicarnos cuáles son sus expectativas sobre las decisiones compartidas en hospitalización?	Bueno me parece importante doctor, pero el día de hoy lo único que me han comentado que en la tarde me llevarán a colocarme un drenaje en la bilis que está obstruida y estoy haciendo fiebre por una infección que si no se controla con los antibióticos puede hacerse generalizada.	Las expectativas son como toda persona que salga recuperada, si no se puede ya pues que me lleven a mi casa con mi familia, a veces la recuperación se hace en casa bajo el control del médico, porque cuando el paciente está muchos días en el hospital se deprime yo quiero irme y se respete mi decisión cuando este estable.	Yo veo en los en los pacientes que ingresan y me doy una idea general de lo que lo que tiene el paciente según el estado de gravedad y luego también en la visita médica trato de hablar con ellos en cuanto a la toma de decisiones, se sugiere, pero no entro en un acuerdo ni negocio muchas veces los pacientes y familiares tienen otros tipos de aspiraciones incluso ideas de tratamiento o cosas que no ofrecemos ni están	Las expectativas son buenas, porque todo estará más claro si se llega a un acuerdo, y el paciente estará conforme con su proceso de atención médica en su hospitalización.	Respecto a la explicación de las expectativas de los pacientes en relación a decisiones compartidas: los pacientes opinaron que son buenas para su recuperación de la enfermedad que padecen, en tanto el médico 1 refiere que no entra en acuerdo "muchas veces los pacientes y familiares tienen otras ideas y no ofrecemos terapias que no estén avaladas científicamente", en comparación con la médica 2	Finalmente, para explicar claramente al paciente sobre sus expectativas, se debe escuchar sus temores, respetando su autonomía e involucrarlo en la toma de decisiones compartidas, es importante la presencia familiar responsable, también horarios disponibles, momentos de conversaciones necesarias que sean destinados a esta función por el médico, evitando sobrecargarlos en su labor asistencial, complementándose un marco legal de la

				<p>avalados científicamente.</p> <p>tomar la decisión si yo creo que depende bastante del nivel cultural del paciente y que te entiendan. El miedo es porque piensan que existe más alternativas cuando no se le explica bien, no se le hizo lo que se informó por internet u otro médico le ofreció o solo se le ofrece un único tratamiento y surge la desconfianza. También el paciente tiene el derecho de negarse a dicho tratamiento.</p>	<p>No hay temor, todo estaría más claro si se explica adecuadamente y genere seguridad.</p> <p>Es lo más importante porque es su salud, y el paciente definirá lo que desea o no sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico</p>	<p>que informar en forma clara y entendible “se llega a un acuerdo, el paciente estará conforme” En relación, a los temores de tomar decisiones compartidas: ambos pacientes tienen temor a complicarse en el hospital y “no salir del hospital vivo”, enfatizando a la familia quien decida también esta decisión compartida “hemos llegado con mis hijos en no operarme por el momento porque tengo infarto del corazón”, en cambio el médico 1 opina que depende del nivel cultural del paciente para que lo entiendan “el miedo es porque no se le explica bien y piensan que hay otras alternativas que</p>	<p>institución de salud u hospital que respalde dichas decisiones compartidas en el formato de consentimiento informado integrado en la nueva historia clínica evitando así reclamos ,denuncias posteriores por parte de otros familiares.</p>
<p>10. ¿Podría explicarnos cuáles son sus temores sobre las decisiones compartidas en hospitalización?</p>	<p>no me dan informe de mi caso, no escucho bien. Necesito que le den pase a mi nieta para saber qué es lo que el médico le dice y mantenga informado a mí y mis hijos en casa. Tengo miedo complicarme y no salir del hospital vivo.</p>	<p>los temores son varios sobre cómo es en una persona que tiene muchas complicaciones, estoy usando oxígeno, entonces hay que tener mucho cuidado sobre todo con esa infección que tengo en el pie y esté controlada, la diálisis que recibo y ahora el infarto cardiaco. Hemos llegado a la conclusión con mis hijos de no operarme por el momento.</p>	<p>yo creo que es importante que ellos nos expliquen porque creo también que hay que respetar la opinión del paciente.</p>	<p>considero que es importante, siempre el médico responsable actúa de manera científica y según el criterio de cada uno, pero no puedo asumir algo que yo considero incorrecto y me</p>	<p>Es lo más importante porque es su salud, y el paciente definirá lo que desea o no sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico</p>	<p>que informar en forma clara y entendible “se llega a un acuerdo, el paciente estará conforme” En relación, a los temores de tomar decisiones compartidas: ambos pacientes tienen temor a complicarse en el hospital y “no salir del hospital vivo”, enfatizando a la familia quien decida también esta decisión compartida “hemos llegado con mis hijos en no operarme por el momento porque tengo infarto del corazón”, en cambio el médico 1 opina que depende del nivel cultural del paciente para que lo entiendan “el miedo es porque no se le explica bien y piensan que hay otras alternativas que</p>	<p>institución de salud u hospital que respalde dichas decisiones compartidas en el formato de consentimiento informado integrado en la nueva historia clínica evitando así reclamos ,denuncias posteriores por parte de otros familiares.</p>
<p>11. ¿Qué opina sobre el involucramiento e incorporación de la opinión del paciente para la toma de la decisión final compartida?</p>	<p>es importante, pero no me han pedido mi opinión acá, en mi caso como persona de la tercera edad ya no escucho bien y deseo entonces que mi familiar que</p>						

		viene más tarde se le explique qué es lo que está pasando.		pueda traer consecuencias legales como denuncias más adelante.		vió en internet o le ofreció otro médico” ,mientras la otra médica 2 opina que “no hay temor si se explica adecuadamente”  Con relación sobre incorporar la opinión del paciente en la toma de decisiones, los cuatro participantes opinaron que es importante, pero en el caso del paciente 1 refiere que no le han pedido su opinión “como soy de la tercera edad y no escucho bien vendrá mi familiar a conversar con el médico que es lo que me está pasando” , Mientras que el paciente 2 opina que se debe respetar la opinión del paciente. El médico 1 resalta que actúa de	
--	--	--	--	--	--	---	--

						manera científica y no puedo asumir algo incorrecto que me pueda traer consecuencias legales”	
12 ¿Podría describir cuáles son los motivos para aceptar esta decisión compartida final entre médico y paciente?	bueno es la única opción supongo lo del drenaje, para que lo hagan, aún no firmo, he pedido que venga a firmar mi nieta y le den más informe a ella sobre lo que me harán y de paso el resultado de resonancia que me tomaron hace 2 días.	bueno la decisión se tomó en base a mi opinión y también por la confianza que hay con el médico porque me dieron las dos opciones, las ventajas de la operación y las desventajas por el infarto reciente, por la diálisis y la diabetes que tengo y era riesgoso en este momento amputarme la pierna, salvo empeore y	En mi experiencia el paciente dice generalmente que sí y acepta, es decir por la confianza que tiene con el médico y sólo debe haber un familiar legal responsable sino después viene otro que nunca vino y exige ,para ello me aseguro que realmente me haya entendido, pues este proceso demora y debería darse un tiempo para dicho propósito, ya que	La información siempre debe ser clara y transparente para ambos lados, especialmente para el lado del paciente, que es la persona que está sufriendo.	Finalmente, a los motivos de aceptar, rechazar o aplazar una decisión: el paciente 1 opinó que supone que es la única opción, pero no ha firmado aún “he pedido que venga mi nieta para que le den más informe sobre lo que me harán “, en cambio la paciente debió aplazar su cirugía por las comorbilidades que presenta “han		

			regrese por emergencia.	a veces no hay tiempo y debemos tipear en la historia clínica electrónica que nos desgasta las recetas, evoluciones médicas de todos los demás pacientes y encima paso solo la visita a 20 pacientes.		decidido respetar mi autonomía de no amputarme salvo que empeore". Y los médicos refieren que generalmente los pacientes aceptan si la información brindada es clara y genera seguridad en los pacientes, "me aseguro que hayan entendido y este proceso demora y no tenemos tiempo cuando estoy solo a veces debo tipear las evoluciones, recetas y dar informes al final "	
13. ¿Podría describir cuáles son los motivos de no aceptar esta decisión compartida final, teniendo que aplazarla o rechazarla?	la única manera de no aceptarlo sería que yo no lo acepte y no de mi autorización y firme ello, pero si el médico lo dice que es necesario es por algo ya él es el profesional.	En mi caso, los médicos han decidido consensualmente respetar mi autonomía como paciente y el momento de tomar la decisión es por hoy un manejo conservador por todo lo que tengo,	Al estar acá internados no tanto lo rechazan ,pueden aplazarla ,pero yo creo una de las causas de que el paciente rechaza es porque considera que alguien le puede ayudar más ,que otros médicos hasta lo pueden curar , por eso no	No tengo motivos, estoy de acuerdo con la decisión tomada y compartida finalmente con la paciente.	Además, el médico1 recalca a su parecer que aún el país la cultura y educación influyen y no está preparado para esta toma de decisiones compartidas, requiriendo un marco legal que lo ampare para no		

			<p>luego veremos. Aplazaré mi decisión y no voy permitir que se me ampute mi pierna izquierda.</p>	<p>aceptan o aplazan el tratamiento que se les ofrece porque piensan que puede haber uno mejor ,yo considero que otro factor importante es la cultura ,venir al hospital ,tomar las pastillas ,piensan que no van a mejorar y me parece que en el país ,osea Perú todavía no está tan desarrollado para poder tomar decisiones compartidas con los pacientes y se tendría que haber un marco normativo legal que nos permita dejarle autonomía y los médicos no seamos denunciados más adelante.</p>		<p>ser denunciados”</p>	
--	--	--	--	--	--	-------------------------	--