

Toma de decisiones compartidas

Shared decision making

Agustín Ciapponi*

Resumen

Todos los pacientes y médicos se ven enfrentados frecuentemente a situaciones clínicas "difíciles", en las que existe un problema de salud importante, para el cual se vislumbran estrategias de manejo con ventajas y desventajas significativas e incertidumbre en cuanto a sus resultados. En este escenario resulta importante brindar información clara sobre la naturaleza del problema, ofrecer la mejor evidencia disponible sobre las opciones de manejo disponibles, y contemplar los deseos del paciente. La toma de decisiones compartidas (TDC) alude al proceso por el cual se vinculan estos elementos para lograr un resultado de salud satisfactorio para el paciente. Existe evidencia que indica que la adopción de estas estrategias confiere beneficios no solo para los pacientes, sino también para los médicos y el sistema de salud. Sin embargo aun se requiere mayor investigación para identificar cuáles son los instrumentos o técnicas que logran un mayor involucramiento en esta práctica y que limiten las barreras existentes.

Abstract

All patients and physicians are often faced with "difficult" clinical situations, in which there is a major health problem, management strategies with significant advantages and disadvantages and uncertainty in their results. In this scenario it is important to provide clear information about the nature of the problem, offer the best available evidence on the management options and consider the patient's wishes. Shared decision making refers to the process by which these elements interact to achieve a satisfactory health outcome for the patient. Evidence suggests that the adoption of these strategies confer benefits not only for patients but for doctors and the health system. But still is needed further investigation to identify the tools or techniques that achieve greater involvement and limit the barriers related to this practice.

Palabras clave: toma de decisiones compartidas. **Key words:** shared decision making.

Ciapponi A. Toma de decisiones compartidas. *Evid Act Pract Ambul.* Ene-Mar 2012;15(1):2-4

Introducción

En algún momento de la vida, la mayoría de personas se enfrentan a decisiones difíciles que afectan su salud o la de sus familiares. Estas lo son debido a que generalmente existe más de un camino alternativo, con potenciales ventajas y desventajas, y sobre todo un alto nivel de incertidumbre en cuanto a que esperar de sus resultados finales en función del costo o inversión depositados (que no solo puede ser monetario, sino también tiempo, expectativas, sufrimiento corporal, emocional, dejar de hacer otras cosas, etc). En estos escenarios no existe a menudo una elección "correcta", ya que esta depende de muchos puntos de vista, y particularmente, de lo que resulte importante para la persona /familia involucrada.

¿Qué es una decisión médica informada?

Algunas decisiones médicas resultan bastante claras, por ejemplo: administrar antibióticos para tratar una neumonía, enyesar un brazo luego de una fractura de muñeca, u operar un abdomen agudo en caso de sospechar apendicitis. Sin embargo la práctica cotidiana esta frecuentemente expuesta a escenarios que pueden generar gran incertidumbre y a partir de los cuales se pueden tomar decisiones que condicionen un impacto más o menos significativo en las vidas de los pacientes: desde solicitar un determinado estudio diagnóstico o de rastreo (por ejemplo, una densitometría), ofrecer un determinado tratamiento para una enfermedad crónica o para mitigar un factor determinado factor de riesgo (iniciar o no tratamiento con levotiroxina en un hipotiroidismo subclínico), hasta otras como por ejemplo someterse o no a una cirugía por un dolor lumbar crónico.

Es en estos escenarios de mayor incertidumbre (a veces llamadas "condiciones sensibles a las preferencias"), donde hay que tener más en cuenta las necesidades, deseos y estilo de vida del paciente. Desafortunadamente, suele ser común que los pacientes tomen decisiones sobre tratamientos médicos sin conocimiento completo de sus opciones terapéuticas. Los profesionales de la salud deberían alentar a los pacientes a tomar una decisión en particular presentando una completa y equilibrada información de todas las opciones viables, incluyendo la opción de no hacer nada.

¿Cuál es la forma más eficiente de tomar una decisión médica?

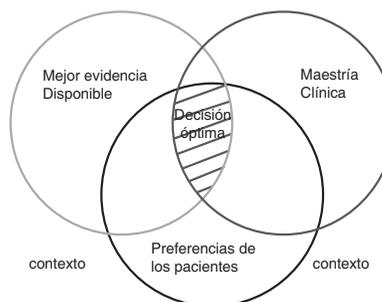
Hay un creciente entusiasmo en involucrar a los pacientes como "socios" del cuidado de su salud, en especial al considerar prácticas preventivas y ante el abordaje de problemas crónicos, ambos temas centrales de la tensión primaria de la salud. Sin embargo deben encontrarse medios eficaces para implicar a los individuos en el proceso de toma de decisiones¹.

La figura 2 representa ajustadamente el concepto de cómo alcanzar una decisión óptima, la cual surge de integrar: a) la mejor evidencia disponible (sobre riesgo/beneficio) procedente de la investigación clínica; b) la pericia o maestría clínica, y; c) las preferencias del paciente. Este modelo es coincidente con el de la buena práctica de la salud basada en la evidencia.

Sólo la integración de estos componentes, tomando además en consideración el contexto social, familiar, económico, cultural y científico-asistencial, asegura una adecuada toma de decisiones. Ninguna decisión debiera tomarse considerando solo alguno de los dominios aislados.

Dada la necesidad de sopesar posibles beneficios y daños, la necesidad de orientación del paciente será cada vez más desafiante a medida que aumenten las opciones terapéuticas².

Figura 1: Elementos para una eficiente toma de decisión compartida.



Modificado de Haynes et al. *Evidence-Based Medicine* 2002;7:36-38.

* Agustín Ciapponi [Servicio Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires] agustin.ciapponi@hospitalitaliano.org.ar

¿En qué consiste y cuáles son los pasos de la toma de decisiones compartidas?

Una efectiva toma de decisiones compartidas (TDC) es definida como el mejor curso de acción ante la evidencia científica actual, los recursos sanitarios, las circunstancias clínicas y las preferencias del paciente³. Puede entenderse también como el proceso por el cual un médico (u otro profesional de la salud) brinda información personalizada a un paciente sobre la naturaleza del problema que lo aqueja, las alternativas posibles de intervención o tratamiento, el espectro de resultados esperable y la incertidumbre circundante; y donde el paciente, por su parte, comunica sus valores y la importancia relativa (en términos de beneficios y daños) que él o ella les otorga a los aspectos discutidos, para posteriormente realizar una elección conjunta junto a su médico⁴⁻⁷.

A pesar de que la TDC representa un complejo conjunto de comportamientos que deben ser alcanzados por ambos integrantes de la díada medico-paciente⁸, es posible especificar las conductas que ambas partes deben adoptar^{9,10}. Una revisión sistemática identificó nueve comportamientos esenciales que resumen los elementos clave en un modelo integrador de TDC (ver cuadro 1)¹¹. En este número de Evidencia se discute en detalle la evaluación de la capacidad del paciente para la toma de decisiones y se detalla una herramienta práctica para tal fin.

Cuadro 1: puntos clave del proceso de toma de decisiones compartidas.

1. Definir y explicar el problema de salud.
2. Presentar opciones.
3. Discutir los pros y contras (beneficios, riesgos, costos).
4. Aclarar los valores o preferencias del paciente.
5. Discutir la capacidad del paciente.
6. Presentar el conocimiento existente sobre el tema y hacer recomendaciones.
7. Revisar y eventualmente mejorar la comprensión del paciente.
8. Tomar una decisión o explícitamente aplazarla (pero no dejar de abordar la toma de decisión).
9. Organizar el seguimiento.

¿Quiénes se benefician con el proceso de TDC?

Un creciente cuerpo de investigación muestra que tanto los pacientes como los médicos se benefician cuando los primeros estén bien informados y participan activamente en decidir cómo se va a tratar o manejar su propio estado de salud. Cuando los pacientes se sienten mejor informados sobre el proceso de decisión es más frecuente que sus decisiones coincidan con sus propias preferencias, valores y preocupaciones. Estos pacientes son más proclives a adherir al tratamiento y muchas veces califican más positivamente su salud después del tratamiento. La participación de los pacientes en la TDC puede estar asociada con resultados favorables de salud^{12,13}, aun cuando los pacientes parezcan no participar del proceso¹⁴⁻¹⁶.

¿Por qué los decisores en salud promoverían la TDC?

Los decisores reconocen la participación del paciente como un derecho¹⁷ y perciben el proceso de TDC como deseable debido a su potencial para: a) reducir el uso excesivo de opciones no claramente asociadas con beneficios (por ejemplo, el rastreo de cáncer prostático)¹⁸, b) mejorar el uso de opciones claramente beneficiosas (por ejemplo, el manejo de factores de riesgo cardiovascular)¹⁹, c) reducir las variaciones injustificadas en la práctica asistencial²⁰, y d) contribuir a la sustentabilidad del sistema sanitario²¹.

¿Cuáles son las barreras y facilitadores de la TDC?

La TDC aún no ha sido ampliamente aplicada en la práctica clínica^{22,23}. Una revisión sistemática (que incluyó 38 estudios) investigó las barreras y facilitadores que influyen en la TDC en la práctica clínica según la percepción de profesionales de la salud²⁴. La misma concluyó que las tres barreras más frecuentes son: la falta de tiempo (22/38 estudios), la inaplicabilidad de la intervención relacionada a características de los pacientes (18/38), y la inaplicabilidad dada por la situación clínica (16/38). Por otro lado identificó que los tres facilitadores más frecuentes son: la motivación profesional (23/38), el impacto positivo de la intervención en el proceso clínico (16/38), y el impacto positivo de la intervención sobre los resultados de los pacientes (16/38). Por otro lado, señaló que en los dos años entre la primera publicación de esta revisión²⁵ y su posterior actualización²⁴, se incluyeron diez estudios sobre aplicación de TDC en la práctica clínica, lo cual sugiere un interés sostenido en el tema.

¿Desean los pacientes tomar un rol activo en la toma de decisiones?

Sin dejar de reconocer que hay una gran variabilidad dependiendo de factores como la cultura, la edad y el nivel educativo, entre otros, varias encuestas han demostrado que a una significativa proporción de pacientes le gustaría jugar un papel activo en las decisiones relativas a su salud²⁶.

Aunque el tipo de problema de salud puede influir en el nivel de control sobre la toma de decisiones que desean los pacientes^{27,28}, estos se reconocen cada vez más como los mejores “jueces” de sus propios valores²⁹.

¿Qué intervenciones podrían mejorar la TDC?

Las intervenciones diseñadas para cambiar el comportamiento de los profesionales de salud pueden tomar diferentes formas. Las mismas pueden incluir, pero no limitarse, a la distribución de material educativo impreso, reuniones educativas (es decir, la formación de profesionales de la salud)³⁰⁻³², auditoría y devolución (brindando un resumen del resultado clínico de la atención de salud durante un período determinado de tiempo), recordatorios (ya sea verbalmente, en papel o en una pantalla de computadora) e intervenciones mediadas por los pacientes (cualquier intervención destinada a cambiar el comportamiento de los profesionales sanitarios a través de interacciones con los pacientes)^{33, 34}, tales como entrenamiento (“coaching”) de pacientes para la toma de decisión^{16, 35}.

¿Cómo funcionaría una intervención para mejorar la TDC?

La literatura sobre el cambio de conducta en los profesionales sanitarios³⁶ y sobre cambio de comportamientos complejos³⁷ permiten hacer algunas hipótesis sobre los mecanismos por los cuales algunas intervenciones podrían apoyar la TDC. Por ejemplo, la distribución de material educativo impreso puede mejorar la actitud hacia la adopción de comportamientos relacionados con la TDC mediante el refuerzo de las creencias subyacentes relevantes de los profesionales relacionados con su intención de adoptar la TDC.

La formación de profesionales a través de reuniones educativas puede aumentar la percepción de los profesionales de su auto-eficacia, uno de los principales factores determinantes de la conducta³⁸. Las intervenciones mediadas por pacientes, tales como estrategias específicas de entrenamiento en la toma de decisiones han demostrado mejorar el conocimiento del paciente¹⁶, pudiendo proporcionar a los pacientes más recursos para participar en este tipo de proceso. Esto es importante porque los profesionales de la salud tienden a juzgar mal el deseo de los pacientes y su capacidad para participar en la toma de decisiones^{24, 25}. Por lo tanto, es de esperar que cuanto

más informados estén los pacientes, más van a participar en las decisiones con su profesional de la salud y los profesionales de la salud a su vez se verán estimulados a modificar su comportamiento y adoptar la TDC. Si la TDC es verdaderamente deseable, se debe hacer más para entender no sólo los factores que dificultan o facilitan su implementación en la práctica clínica, sino también que se apliquen las intervenciones basadas en la evidencia que fomenten la adopción de los comportamientos relacionados con TDC por parte de los profesionales sanitarios.

¿Hay evidencias de que las intervenciones aumenten la TDC?

Una revisión sistemática identificó cinco ensayos clínicos aleatorizados llevados a cabo en la atención ambulatoria: tres de atención primaria y dos de atención especializada³⁸. Cuatro de los estudios fueron dirigidos a médicos y uno a enfermeras. En sólo dos de los cinco estudios la intervención tuvo una asociación estadísticamente significativa con la adopción de estrategias de TDC por parte de los profesionales de la salud. En el primero de estos dos estudios la utilización de una herramienta de decisión durante la consulta, en comparación con la entrega de un panfleto informativo, mostró una diferencia de riesgo estandarizada estadísticamente no significativa de 1,06 (IC95% 0,62 a 1,50) a favor del involucramiento activo del médico en el proceso de TDC (medido a través de la puntuación de las conductas observadas por terceros en entrevistas grabadas). En el segundo estudio, que comparó una intervención multidisciplinaria (distribución de material educativo, reunión educativa, auditoría y devolución) contra la modalidad

de atención habitual (grupo control), se obtuvo aun mejores resultados: diferencia de riesgo estandarizada de 2,11 (IC95% 1,30 a 2,90). Este fue el único estudio que evaluó barreras antes de la elaboración de su intervención multidisciplinaria. Los resultados de esta revisión Cochrane no nos permiten llegar a conclusiones firmes acerca de los tipos de intervención más eficaces para aumentar la adopción de la TDC por los profesionales sanitarios. Tanto la formación profesional, como las el uso de intervenciones conjuntas con pacientes (Ej. uso de decisión aid tools) pueden ser importantes. Sin embargo, dada la escasez de evidencia, quienes como nosotros, motivados por el impulso ético de aumentar la TDC en la práctica clínica, tendremos que sopesar los costos y beneficios potenciales de las intervenciones, así como llevar adelante estudios bien diseñados que evalúen, de una manera objetiva y estándar, intervenciones para la adopción por parte de los profesionales sanitarios de estrategias de TDC.

Reflexiones finales

Resumiendo la TDC no sólo parece éticamente preferible sino también hay crecientes evidencias de beneficios para pacientes, médicos e incluso para los sistemas de salud. Aunque la mayoría de los pacientes prefieren participar activamente en las decisiones relativas a su salud, la práctica formal de la TDC es aun infrecuente. Numerosas estrategias han mostrado incrementarlas y el desafío será aplicarlas para empezar a modificar las conductas de una manera sostenida.

“No hay decisión sobre mí, sin mí”

Referencias

1. Change Foundation. Consumers and Canadian health care trending analysis 2004. The Change Foundation in partnership with IBM Business Consulting. 2005;27.
2. Woolf SH, Chan EC, Harris R, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med.* Aug 16 2005;143(4):293-300.
3. Sackett DL. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol.* Feb 1997;21(1):3-5.
4. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ.* Sep 18 1999;319(7212):766-771.
5. Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. *CMAJ.* Aug 21 2001;165(4):438-439.
6. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* Mar 1997;44(5):681-692.
7. Elwyn G, Edwards A, Kinnerley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract.* Jun 1999;49(443):477-482.
8. LeBlanc A, Kenny DA, O'Connor AM, Legare F. Decisional conflict in patients and their physicians: a dyadic approach to shared decision making. *Jan-Feb 2009;29(1):61-68.*
9. Frosch DL, Legare F, Fishbein M, Elwyn G. Adjuncts or adversaries to shared decision-making? Applying the Integrative Model of behavior to the role and design of decision support interventions in healthcare interactions. *Implement Sci.* 2009;4:73.
10. Legare F, Graham ID, O'Connor AC, et al. Prediction of health professionals' intention to screen for decisional conflict in clinical practice. *Health Expect.* Dec 2007;10(4):364-379.
11. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns.* Mar 2006;60(3):301-312.
12. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(1):CD007297.
13. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(4):CD003267.
14. Hack TF, Degner LF, Watson P, Sinha L. Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psychooncology.* Jan 2006;15(1):9-19.
15. Carlsen B, Aakvik A. Patient involvement in clinical decision making: the effect of GP attitude on patient satisfaction. *Health Expect.* Jun 2006;9(2):148-157.
16. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(3):CD001431.
17. Straub C, Nebling T, Muller H. Translating research into practice: a German sickness fund supporting patient participation. *Patient Educ Couns.* Dec 2008;73(3):544-550.
18. Evans R, Edwards A, Brett J, et al. Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. *Patient Educ Couns.* Jul 2005;58(1):13-26.
19. O'Connor AM. Using decision aids to help patients navigate the "grey zone" of medical decision-making. *CMAJ.* May 22 2007;176(11):1597-1598.
20. Wennberg JE. Practice variation: implications for our health care system. *Manag Care.* Sep 2004;13(9 Suppl):3-7.
21. Coulter A. Engaging patients in their healthcare. How is the UK doing relative to other countries. Oxford: Picker Institute Europe. 2006.
22. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care.* Apr 2003;12(2):93-99.
23. Guimond P, Bunn H, O'Connor AM, et al. Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills. *Patient Educ Couns.* Jul 2003;50(3):235-245.
24. Legare F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns.* Dec 2008;73(3):526-535.
25. Gravel K, Legare F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci.* 2006;1:16.
26. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns.* Jun 2006;61(3):319-341.
27. McKeown RE, Reininger BM, Martin M, Hoppmann RA. Shared decision making: views of first-year residents and clinic patients. *Acad Med.* May 2002;77(5):438-445.
28. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ.* Oct 7 2000;321(7265):867-871.
29. O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expect.* Jun 2003;6(2):97-109.
30. Sullivan MD, Leigh J, Gaster B. Brief report: Training internists in shared decision making about chronic opioid treatment for noncancer pain. *J Gen Intern Med.* Apr 2006;21(4):360-362.
31. Weiner JS, Cole SA. ACare: a communication training program for shared decision making along a life-limiting illness. *Palliat Support Care.* Sep 2004;2(3):231-241.
32. Elwyn G, Edwards A, Hood K, et al. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Fam Pract.* Aug 2004;21(4):337-346.
33. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. Data collection checklist. <http://www.epoc.cochrane.org>. Accessed 2011-09-11.
34. Patient mediated interventions: theoretical issues. International Society of Technology Assessment in Health Care Meeting. York, United Kingdom: NHS Center for Reviews and Dissemination. 1995.
35. Stacey D, O'Connor AM, Graham ID, Pomey MP. Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence-based patient decision support in a nursing call centre. *J Telemed Telecare.* 2006;12(8):410-415.
36. Godin G, Belanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci.* 2008;3:36.
37. Michie S, Fixsen D, Grimshaw JM, Eccles MP. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implement Sci.* 2009;4:40.
38. Legare F, Ratté S, Stacey D, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(5):CD006732.