

VII REUNIÓN CIENTÍFICA AEETS

Sevilla, 17 de noviembre de 2006

**¿CÓMO CONJUGAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS
DISTINTOS AGENTES EN LOS DISTINTOS NIVELES DE LA
TOMA DE DECISIONES?**

¿A QUIÉN BENEFICIA LA TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES CLÍNICAS EN LA CONSULTA?



Antonio Montaña Barrientos
Médico de Familia
CS Ronda Histórica
Sevilla
amontanob@medynet.com

NOTA ACLARATORIA PRELIMINAR

PACIENTE: *“Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica”.*

Diccionario de la lengua española, Vigésima segunda edición. Real Academia Española, 2003

En la actualidad se emplean diversos términos para designar al “receptor” de la atención clínica: paciente, usuario, ciudadano, cliente ...

Personalmente el término ***paciente*** me parece adecuado e incluso honroso: llevar los sufrimientos que conllevan los problemas de salud con paciencia es en mi opinión una virtud – la paciencia no es en modo alguno incompatible con una actitud activa, contraria a la resignación; durante mi exposición **utilizaré exclusivamente este término.**

OBJETIVO BÁSICO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

- ❑ **Mejorar, conservar o restablecer la salud del paciente.**

(Mejorar, conservar y/o restablecer aquellos aspectos de la salud del paciente que puedan mejorarse, mantenerse o restablecerse de acuerdo con el nivel del conocimiento científico-técnico actual)



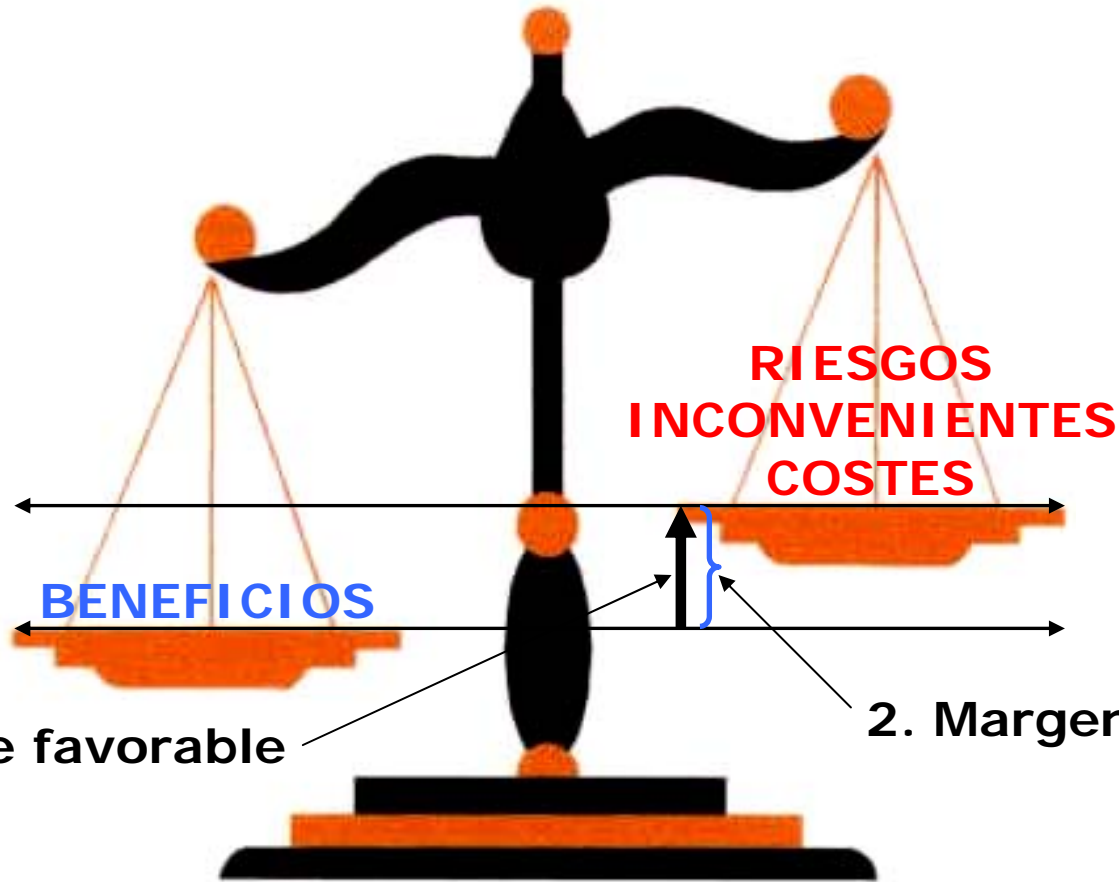
ADECUACIÓN: UN PROBLEMA DE PONDERACIÓN

- Indudablemente muchas de las **intervenciones clínicas** de que disponemos aportan **beneficios** ...
... pero esas mismas intervenciones no están exentas de **riesgos** ... y también tienen **inconvenientes** y **costes**.
- La **adecuación** aparece así como un **problema de ponderación**.

INTERVENCIÓN CLÍNICA ADECUADA: TRES CRITERIOS

1. Existe un **grado razonable de certeza** de que el **balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes** es **favorable**.
2. El balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes es favorable en una **cuantía suficiente** como para que se juzgue que merece la pena aplicarla.
3. No existe **ninguna otra intervención** alternativa para la que tengamos un grado razonable de certeza de que su **balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes** es **aún mejor** [→ intervención *más adecuada*].

INTERVENCIÓN CLÍNICA ADECUADA: TRES CRITERIOS



1. Balance favorable

2. Margen suficiente

3. Ninguna otra intervención
con mejor balance

INTERVENCIÓN CLÍNICA ADECUADA

El **uso** de una intervención clínica se considera **adecuado** cuando existe una **certeza razonable** de que su **balance beneficios / riesgos, inconvenientes y costes** es el **más favorable** de entre todas las opciones disponibles.

ADECUACIÓN = REALIZACIÓN DE JUICIOS

1. Existe un **grado razonable de certeza** de que el **balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes** es favorable.

JUICIOS DE TIPO TÉCNICO



Medicina basada en la evidencia

ADECUACIÓN = REALIZACIÓN DE JUICIOS

JUICIOS DE TIPO BIOGRÁFICO (PERSONAL)

2. El balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes es favorable en una **cuantía suficiente** como para que se juzgue que merece la pena aplicarla.
3. No existe **ninguna otra intervención** alternativa para la que tengamos un grado razonable de certeza de que su **balance** beneficios/riesgos, inconvenientes y costes es **aún mejor** [→ intervención *más adecuada*].

Making Choices

Treatments to
Prevent Stroke in
Patients with
Atrial Fibrillation



A Decision Aid for Patients

Atrial Fibrillation Decision Aid Group

F. McAlister MD MSc FRCPC, Internal Medicine, Epidemiology

A. Laupacis MD MSc FRCPC, Internal Medicine, Epidemiology

M. Man-Son-Hing MD MSc FRCPC, Geriatric Medicine, Epidemiology

A. O'Connor RN PhD, Nursing, Epidemiology

J. Biggs RN, Nursing

E. Drake BA MHA, Health Care Research

G. Wells PhD, Biostatistics

I. Graham MA PhD, Medical Sociology

Ottawa Health Decision Centre, Clinical Epidemiology Unit



¿A QUIÉN BENEFICIA LA TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES CLÍNICAS EN LA CONSULTA?

SUPUESTO CLÍNICO

Dolores R.M. es una mujer de 67 años, maestra jubilada, casada. Lleva una vida activa y su estado de salud es bueno, en general, aunque hace algo más de un mes se le ha diagnosticado fibrilación auricular.

No padece hipertensión arterial, o disfunción ventricular izquierda, ni ha sufrido embolia arterial o ictus previos.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Atrial Fibrillation Decision Aid Group. Making Choices. Treatments to Prevent Stroke in Patients with Atrial Fibrillation. Physician's Manual. Ottawa Health Decision Centre, Clinical Epidemiology Unit, 1996

RISK	No Therapy	Aspirin	Warfarin
A. LOW < 65 years old, no hypertension, no left ventricular dysfunction (clinically or on echocardiogram), no previous TIA/stroke/systemic arterial embolism.	2%	1.5%	1%
B. MEDIUM 65-75 years old, no hypertension, no left ventricular dysfunction (clinically or on echocardiogram), no previous TIA/stroke/systemic arterial embolism.	4%	3%	2%
C. HIGH <75 years old, and hypertension or left ventricular dysfunction (clinically or on echocardiogram) <u>OR</u> > 75 years old without risk factors	12%	9%	4%
D. VERY HIGH >75 years old, and hypertension or left ventricular dysfunction (clinically or on echocardiogram) <u>OR</u> Any age and previous TIA/stroke/systemic arterial embolism.	20%	16%	7%

The figures represent the risk of stroke over two years of follow-up

¿A QUIÉN BENEFICIA LA TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES CLÍNICAS EN LA CONSULTA?

SUPUESTO CLÍNICO

(continuación)

Su **riesgo de sufrir un ictus** en los dos años próximos si no toma medicación es **4 %** (por cada 100 pacientes 2 sufrirán un ictus leve y otros 2 uno severo).

Existen 2 alternativas de tratamiento que disminuyen el riesgo de sufrir un ictus pero aumentan el de padecer una hemorragia severa y tienen algunos otros inconvenientes: **aspirina** y **warfarina**.

Si toma **aspirina** su riesgo de **ictus leve o severo** es **3 %** y el de hemorragia severa **0'5 %**. Adicionalmente podrá sufrir dolor de estomago o ardores.

Si toma **warfarina** su riesgo de **ictus leve o severo** es **2 %** y el de hemorragia severa **4 %**. Adicionalmente tendrá mayor facilidad para sufrir hematomas, requerirá controles regulares en sangre, evitar algunos alimentos, limitar la ingesta de alcohol a 1-2 vasos al día y restringir las actividades que aumenten el riesgo de sangrado.

Tanto aspirina como warfarina se toman diariamente.

SUPUESTO CLÍNICO (pros y contras)

	RIESGO DE ICTUS	RIESGO DE HEMORRAGIA SEVERA	INCONVENIENTES
SIN MEDICACIÓN	4 %	-	-
CON ASPIRINA	3 %	0'5 %	<ul style="list-style-type: none">▪ Posibilidad de dolor de estómago o ardores.▪ Tomar la medicación diariamente.
CON WARFARINA	2 %	4 %	<ul style="list-style-type: none">▪ Mayor facilidad para sufrir hematomas.▪ Controles periódicos en sangre.▪ Limitar la ingesta de alcohol.▪ Restringir las actividades que aumenten el riesgo de sangrado.▪ Tomar la medicación diariamente.

¿A QUIÉN BENEFICIA LA TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES CLÍNICAS EN LA CONSULTA?

Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial

The ACTIVE Writing Group on behalf of the ACTIVE Investigators*

Lancet 2006; 367: 1903-12

Summary

Background Oral anticoagulation therapy reduces risk of vascular events in patients with atrial fibrillation. However, long-term monitoring is necessary and many patients cannot achieve optimum anticoagulation. We assessed whether clopidogrel plus aspirin was non-inferior to oral anticoagulation therapy for prevention of vascular events.

Methods Patients were enrolled if they had atrial fibrillation plus one or more risk factor for stroke, and were randomly allocated to receive oral anticoagulation therapy (target international normalised ratio of 2·0–3·0; n=3371) or clopidogrel (75 mg per day) plus aspirin (75–100 mg per day recommended; n=3335). Outcome events were adjudicated by a blinded committee. Primary outcome was first occurrence of stroke, non-CNS systemic embolus, myocardial infarction, or vascular death. Analyses were by intention-to-treat. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT00243178.

Results The study was stopped early because of clear evidence of superiority of oral anticoagulation therapy. There were 165 primary events in patients on oral anticoagulation therapy (annual risk 3·93%) and 234 in those on clopidogrel plus aspirin (annual risk 5·60%; relative risk 1·44 (1·18–1·76; p=0·0003). Patients on oral anticoagulation therapy who were already receiving this treatment at study entry had a trend towards a greater reduction in vascular events (relative risk 1·50, 95% CI 1·19–1·80) and a significantly (p=0·03 for interaction) lower risk of major bleeding with oral anticoagulation therapy (1·30; 0·94–1·79) than patients not on this treatment at study entry (1·27, 0·85–1·89 and 0·59, 0·32–1·08, respectively).

Conclusion Oral anticoagulation therapy is superior to clopidogrel plus aspirin for prevention of vascular events in patients with atrial fibrillation at high risk of stroke, especially in those already taking oral anticoagulation therapy.

¿A QUIEN CORRESPONDEN LOS JUICIOS DE TIPO BIOGRAFICO?

¿A QUIEN CORRESPONDE EL JUICIOS SOBRE SI LOS BENEFICIOS DE UNA DETERMINADA INTERVENCIÓN SUPERAN SUS RIESGOS, INCONVENIENTES Y COSTES EN UNA CUANTÍA SUFICIENTE COMO PARA QUE MEREZCA LA PENA APLICARLA?

RESPUESTA TRADICIONAL: "EL JUICIO CORRESPONDE AL MÉDICO"

- Tradicionalmente los médicos clínicos han asumido (y la sociedad les ha asignado) la responsabilidad de:
 - Mantenerse bien informados acerca de los beneficios, los riesgos, los inconvenientes y los costes de las diferentes opciones de actuación médica ante un determinado problema de salud (juicios técnicos).
 - Juzgar el valor de las mismas y decidir la que mejor se ajusta a las necesidades del paciente.



MODELO PATERNALISTA
MODELO INTERPRETATIVO

RESPUESTA ALTERNATIVA: "EL JUICIO CORRESPONDE AL PACIENTE"

- En la actualidad, y cada vez más, se contempla al paciente como el **mejor experto para juzgar el valor de los resultados de las distintas opciones de actuación ante el problema de salud que le aqueja.**



Encuentro clínico = encuentro entre expertos



**TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA
ELECCIÓN INFORMADA**

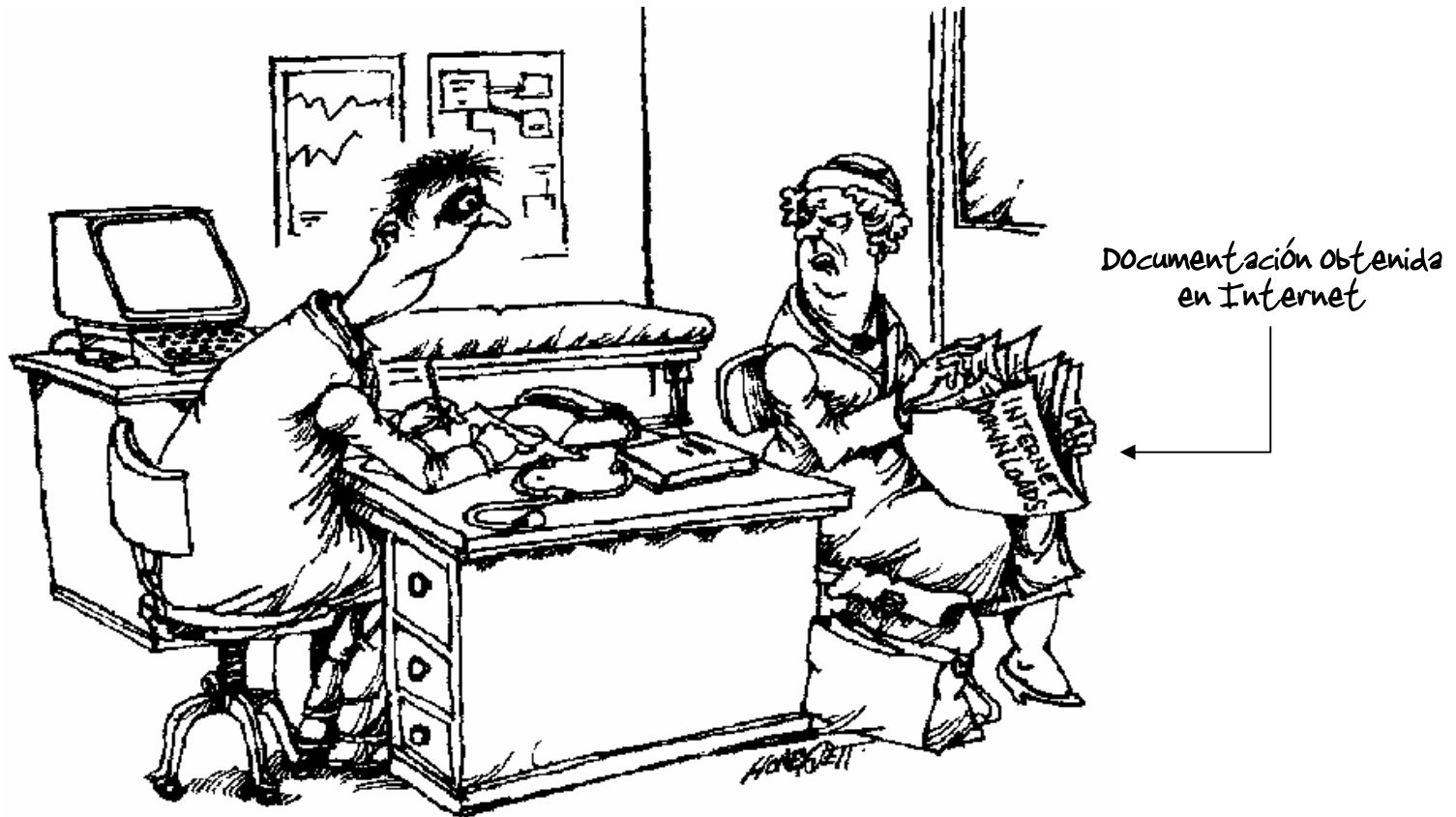
MODELOS DE TOMA DE DECISIONES EN EL ENCUENTRO MÉDICO-PACIENTE

Charles C et al. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999;319:780-782

ASPECTO ANALIZADO		MODELO PATERNALISTA	ENFOQUE INTERMEDIO	MODELO COMPARTIDO	ENFOQUE INTERMEDIO	MODELO INFORMADO
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN	FLUJO	Unidireccional (en gran medida)		Bidireccional		Unidireccional (en gran medida)
	DIRECCIÓN	Médico ↓ paciente		Médico ↓ ↑ paciente		Médico ↓ paciente
	TIPO	Médica		Médica y personal		Médica
	CANTIDAD MÍNIMA	Exigencias legales		Cualquier cosa relevante para la decisión		Cualquier cosa relevante para la decisión
DELIBERACIÓN		Médico sólo o con otros médicos		Médico y paciente (+ otros en potencia)		Médico y paciente (+ otros en potencia)
¿QUIÉN DECIDE QUÉ TRATAMIENTO APLICAR?		Médicos		Médico y paciente		Paciente

¿A QUIÉN BENEFICIA LA TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES CLÍNICAS EN LA CONSULTA?

LOS PACIENTES ADOPTAN UNO DE ESOS MODELOS (DE FORMA MÁS O MENOS EXPLÍCITA Y CON INDEPENDENCIA DE QUE LO RECONOZCAMOS O NO)



“ LO SIENTO DOCTOR, PERO DE NUEVO HE DE DISSENTIR ”

¿A QUIÉN BENEFICIA LA TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES CLÍNICAS EN LA CONSULTA?

¿A QUIÉN BENEFICIA LA TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES?

- En una primera aproximación, los primeros y principales beneficiados de este enfoque serían los pacientes: teóricamente al menos las intervenciones clínicas se adecuarían más a sus necesidades personales ...

... pero ... ¿podrían beneficiarse también los médicos?

¿POR QUÉ SON INFELICES LOS MÉDICOS?

Smith R. Why are doctors so unhappy. *BMJ* 2001;322:1073-1074

- Causas complejas.
- Entre las razones señaladas se encontraban las **expectativas exageradas de los pacientes** sobre la capacidad de la medicina (y los médicos) para resolver sus problemas (a menudo fomentadas por los propios médicos y los políticos).

MÉDICOS Y PACIENTES: REDACTANDO DE NUEVO EL CONTRATO FALSO

Smith R. *Why are doctors so unhappy. BMJ* 2001;322:1073-1074

- **El falso contrato: la visión del paciente.**
 - La medicina moderna puede hacer cosas asombrosas: puede resolver muchos de mis problemas.
 - Usted, como médico, puede indagar en mi interior y averiguar qué es lo que no funciona.
 - Usted sabe todo lo que es necesario saber.
 - Usted puede resolver mis problemas, incluso los sociales.
 - Por eso le otorgamos un alto estatus y un buen salario.

MÉDICOS Y PACIENTES: REDACTANDO DE NUEVO EL CONTRATO FALSO

Smith R. *Why are doctors so unhappy. BMJ* 2001;322:1073-1074

- **El falso contrato: la visión del médico.**
 - La medicina moderna no es omnipotente.
 - Aún peor, es peligrosa.
 - No puedo resolver todos los problemas, especialmente los problemas sociales.
 - No lo sé todo, pero si sé lo difíciles que son muchas cosas.
 - El balance entre proporcionar beneficios y ocasionar daños es muy delicado.
 - Lo mejor es que no haga nada respecto a todo lo anterior, si no quiero decepcionar a mis pacientes y perder mi estatus.

MÉDICOS Y PACIENTES: REDACTANDO DE NUEVO EL CONTRATO FALSO

Smith R. *Why are doctors so unhappy. BMJ* 2001;322:1073-1074

□ El nuevo contrato:

- Tanto los pacientes como los médicos tienen conocimientos que aportar.
- La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida.
- La medicina tiene capacidades limitadas, particularmente para resolver los problemas sociales, y no está exenta de riesgos.
- Los médicos no lo saben todo: necesitan ponderar las decisiones y que se les apoye psicológicamente.
- Médicos y pacientes estamos juntos en este “negocio”.
- Los pacientes no pueden desentenderse de sus problemas abandonándolos simplemente en manos a los médicos.
- Los médicos deberían reconocer abiertamente sus limitaciones.
- Los políticos deberían abstenerse de hacer promesas disparatadas y concentrarse en la realidad.

Consejería de Salud
Agencia de Evaluación de Tecnologías
Sanitarias de Andalucía
Informe de Evaluación

**Ayuda a los usuarios en la toma de
decisiones relacionadas con su salud**

**Herramientas disponibles y síntesis de la
evidencia científica**

Teresa Hermosilla-Gago y Eduardo Briones Pérez de la Blanca

Sevilla, septiembre 2002

Informe 4 / 2002



Luis Montoto 89, 4ª Planta
41071 Sevilla
ESPAÑA - SPAIN
Teléfono +34 955006838, Fax +34 955006845
Email: aetsa.csalud@juntadeandalucia.es

ALGUNAS CONCLUSIONES DEL INFORME DE AETSA

Hermosilla-Gago T, Briones Pérez de la Blanca E. Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con la salud. AETSA, 2002.

- Los estudios realizados (especialmente los ensayos controlados) para evaluar la aplicación de las herramientas de ayuda a la toma de decisiones frente a la práctica habitual han demostrado que:
 - Mejoran el conocimiento del paciente en relación al problema de salud, las opciones disponibles y los resultados de las mismas, y hacen que tengan **expectativas más realistas** sobre los posibles efectos de las diferentes opciones.
 - Reducen la pasividad en la toma de decisiones y algunos elementos del conflicto decisional (sentirse desinformado, inseguro y sin apoyo en la toma de decisiones).
 - Tienen un efecto variable sobre la elección concreta de opciones de cribado o tratamiento, aunque existe una tendencia a que los pacientes opten por opciones más conservadoras.

CONCLUSIÓN

- ❑ Indudablemente quedan muchos aspectos por aclarar respecto a los pros y los contras de la toma compartida de decisiones clínicas (tanto sobre el proceso como sobre los resultados).
- ❑ Hacer más transparentes y explícitos los juicios técnicos y personales sobre el balance beneficios / riesgos, inconvenientes y costes de las distintas opciones de actuación ante un problema de salud encierra la potencialidad de beneficiar a los dos protagonistas principales del encuentro clínico: pacientes y médicos.
- ❑ Los médicos deberían acercarse a la toma compartida de decisiones clínicas con esta perspectiva.