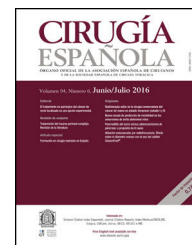




CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Carta metodológica

La decisión compartida.

La evidencia centrada en el paciente

Share decision making. Patient-centered evidence

Manuel López Cano^{a,*} y Josep M García-Alamino^{b,c}

^aUnidad de Cirugía de Pared Abdominal, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^bGrupo de Investigación Salud Global, Género y Sociedad (GHenderS), Blanquerna-Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

^cProgramme in Evidence Based Health Care, University of Oxford, Oxford, UK

La decisión compartida (*shared decision-making* [SDM]) es un proceso que propone construir una relación de confianza entre el paciente y el cirujano. Este último debe reconocer y respetar la autonomía del primero, y para esto, los pacientes deben tener un conocimiento razonable de los problemas vinculados a su tratamiento quirúrgico y las opciones terapéuticas disponibles para ellos (incluida la no intervención) con sus riesgos y beneficios asociados¹⁻³. La cirugía general es una especialidad en la que el cirujano tiene una amplia variedad de opciones de tratamiento, todas con unos resultados perioperatorios y a largo plazo potencialmente diferentes. La variación entre «cáncer» y «no cáncer», la potencial complejidad asociada a cada caso, la amplitud de la toma de decisiones por parte del cirujano, el impacto de estas en los resultados y la variedad de factores de riesgo específicos de paciente y proceso de base, enfatizan la necesidad de un SDM paciente/cirujano durante la consulta e indicación quirúrgica⁴.

La SDM engloba un proceso de comunicación bidireccional entre cirujano y paciente. El cirujano informando acerca de las condiciones generales del paciente, las opciones de tratamiento con sus respectivos perjuicios y beneficios, así como una exposición fiel de las incertidumbres de la evidencia disponible en relación con las diferentes opciones de tratamiento. Por otro lado, el paciente debe proporcionar información acerca de sus valores y preferencias en relación con las diferentes opciones terapéuticas. El objetivo es dejar que los pacientes (junto con el cirujano) evalúen y eventualmente puedan tener la opción de decidir acerca del trata-

miento quirúrgico que les será aplicado. A menudo se oye en los pasillos de los hospitales o en los congresos quirúrgicos que se ofrecen los tratamientos que se fundamentan en la mejor evidencia disponible. Pues bien, puede ser razonable recordar aquí que la propia definición de medicina basada en la evidencia (MBE) lleva claramente implícito el concepto de SDM:

«The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice. Increased expertise is reflected in many ways, but especially in more effective and efficient diagnosis and in the more thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicaments, rights, and preferences in making clinical decisions about their care»⁵.

Argumentos en contra de la SDM en cirugía

Diferentes argumentos han sido enumerados en contra de la SDM en cirugía⁴. En primer lugar, la asimetría conceptual de «conocimientos» y «autoridad social», ya que cirujano y paciente no tienen por qué tener el mismo grado de información. Además, si antes de la primera visita el paciente consulta medios de información rápidamente accesibles (por

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlpezcano@gmail.com (M. López Cano).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.10.014>

0009-739X/© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

ejemplo, internet) puede estar influido en sus preferencias, preocupaciones y expectativas (por ejemplo, valores del paciente) en direcciones en ocasiones enfocadas a otros objetivos distintos que la propia asistencia sanitaria, pudiendo potencialmente contribuir a percepciones sesgadas o irreales de su patología. En segundo lugar, la falta de «conciencia y/o «actitud» del cirujano hacia la SDM, debido a limitaciones de tiempo y recursos durante la consulta o simplemente una falta de aplicabilidad debido a las características del paciente y/o la situación clínica^{6,7}. En lo referente a nuestro país, los restos de una cultura médica «paternalista» continúan existiendo, lo que dificulta la toma de decisiones compartidas⁸.

Algunos cirujanos pueden argumentar que aplican la SDM, ya que tras una explicación del proceso a tratar y sus opciones, el paciente firma el consentimiento informado^{9,10}. Sin embargo, el consentimiento informado es una comunicación cirujano/paciente unidireccional, donde el paciente no participa de ninguna decisión sobre su tratamiento⁹.

Argumentos en favor de la SDM en cirugía

Uno de los principales argumentos en favor de la SDM es evitar el denominado «error de preferencia»¹¹. Imaginemos un paciente añoso y frágil con una hernia umbilical de 2 cm de diámetro más una diástasis de los músculos rectos del abdomen, la hernia es muy sintomática y altera por completo su calidad de vida. El cirujano puede pensar que el abordaje laparoscópico o asistido por robot puede ser el más adecuado, ya que se podrá colocar una malla en la «mejor posición» posible con una cirugía mínimamente invasiva que además permitiría solucionar la hernia y la diástasis a la vez. Sin embargo, el paciente puede querer o preferir un procedimiento lo más rápido posible, quizás con una anestesia local o regional y sin colocación de malla. Este «error de preferencia» puede determinar un tratamiento inapropiado o un sobretratamiento. La SDM facilita la alineación de la elección del tratamiento con las preferencias del paciente, ya que la SDM facilita un marco para mejorar la comunicación del cirujano en decisiones quirúrgicas al exponer la relación «mejor caso (escenario)/peor caso (escenario)»¹². Muchos cirujanos pueden pensar que en el ejemplo anterior, el «error de preferencia» sería poco probable, ya que en un paciente de esas características la opción «menos agresiva» sería la planteada, sin necesidad de un proceso de SDM. Sin embargo, eso no siempre es así, pues específicamente, las palabras que los cirujanos usamos en las conversaciones diarias enmarcan los conceptos detrás de los consejos o recomendaciones que damos a los pacientes. A veces a petición del paciente, cuando pregunta:

- Doctor, si fuera para usted o para alguien de su familia, ¿qué le recomendaría?

Nuestro lenguaje debe reflejar nuestros valores profesionales, pero los objetivos propios del paciente deben ser nuestro enfoque y nuestra tarea es fomentar la autoeficacia/ autocuidado de cada paciente. Los errores en el lenguaje, incluso involuntarios, dificultan dar vida a estos valores y pueden «desfigurar» los consejos que brindamos¹³. Además,

los sesgos en la toma de decisiones (muchos de ellos inconscientes y con poco control por parte del cirujano) pueden influenciar nuestro enfoque de la decisión de forma definitiva¹⁴.

En línea con lo anterior, los cirujanos tenemos una tendencia a focalizar más en los beneficios que en los perjuicios de nuestras intervenciones (tratamientos). El beneficio de una intervención desde la perspectiva del cirujano puede no «compensar» los efectos perjudiciales y expectativas valorados por el paciente. Especialmente cuando incluso lo valoramos con medidas de resultado de interés para el paciente (*patient reported outcomes*). Un ejemplo característico de esto último es la preferencia de calidad de vida sobre cantidad de vida cuando se plantea un tratamiento quimioterápico paliativo en una enfermedad neoplásica diseminada¹⁵.

Finalmente, los datos de estudios observacionales parecen indicar que la SDM para la toma de decisiones de buena calidad podrían ofrecer cierto nivel de protección médico-legal. Sin embargo, se necesitan más datos empíricos para determinar el impacto de la SDM en los litigios evitables¹⁶. Aun así, en el contexto de un resultado adverso, el uso de la SDM puede afectar las percepciones de culpa y/o responsabilidad por parte de los pacientes¹⁷.

Sumario

En nuestra opinión, la SDM se debería considerar como un proceso obligatorio a implementar en todos los procedimientos quirúrgicos aplicados a cada paciente individual. Debe ser una práctica independiente del nivel de evidencia disponible sobre los beneficios y/o daños de las opciones de tratamiento, e independiente de la incertidumbre entre la comunidad quirúrgica experta sobre si un tratamiento será beneficioso. La SDM requiere de formación, pedagogía y cambio de actitud para muchos cirujanos y pacientes. En nuestra opinión, su concepto y enseñanza debería formar parte esencial y obligatoria no solo de los estudios del grado de medicina y cirugía, sino también de todos aquellos grados universitarios que se relacionen con la toma de decisiones en los cuidados de salud de las personas.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mulsow JJ, Feeley TM, Tierney S. Beyond consent-improving understanding in surgical patients. *Am J Surg*. 2012;203:112-20.

2. de Mik SML, Stubenrouch FE, Balm R, Ubbink DT. Systematic review of shared decision-making in surgery. *Br J Surg*. 2018;105:1721-30.
3. Pieterse AH, Stiggelbout AM, Montori VM. Shared Decision Making and the Importance of Time. *JAMA*. 2019;322:25-6.
4. Ubbink DT, Hageman MGJS, Legemate DA. Shared Decision-Making in Surgery. *Surg Technol Int*. 2015;26:31-6.
5. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>.
6. Maes-Carballo M, Martín-Díaz M, Mignini L, Khan KS, Trigueros R, Bueno-Cavanillas A. Evaluation of the Use of Shared Decision Making in Breast Cancer: International Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:2128. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18042128>.
7. Loftus TJ, Filiberto AC, Li Y, Balch J, Cook AC, Tighe PJ, et al. Decision analysis and reinforcement learning in surgical decision-making. *Surgery*. 2020;168:253-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2020.04.049>.
8. Herreros B, Benito M, Gella P, Valenti E, Sánchez B, Velasco T. Why have Advance Directives failed in Spain? *BMC Med Ethics*. 2020;21:113. <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-020-00557-4>.
9. Childress JF, Childress MD. What Does the Evolution From Informed Consent to Shared Decision Making Teach Us About Authority in Health Care? *AMA J Ethics*. 2020;22:E423-9. <http://dx.doi.org/10.1001/amajethics.2020.423>.
10. Beach MC, Sugarman J. Realizing shared decision-making in practice. *JAMA*. 2019;322:811-2.
11. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 2012;345:e6572. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6572>.
12. Taylor LJ, Nabozny MJ, Steffens NM, Tucholka JL, Brasel KJ, Johnson SK, et al. A Framework to Improve Surgeon Communication in High-Stakes Surgical Decisions: Best Case/Worst Case. *JAMA Surg*. 2017;152:531-8. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2016.5674>.
13. Ring DC, Dobbs MB, Gioe TJ, Manner PA, Leopold SS. Editorial: How the Words We Use Affect the Care We Deliver. *Clin Orthop Relat Res*. 2016;474:2079-80. <http://dx.doi.org/10.1007/s11999-016-4993-y>.
14. García-Alamino JM, López Cano M. Bias in surgery. Do and act, that's the key. *Cir Esp*. 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.05.008>.
15. Shrestha A, Martin C, Burton M, Walters S, Collins K, Wyld L. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psychooncology*. 2019;28:1367-80. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.5054>.
16. Durand MA, Moulton B, Cockle E, Mann M, Elwyn G. Can shared decision-making reduce medical malpractice litigation?. A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:167. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0823-2>.
17. Schoenfeld EM, Mader S, Houghton C, Wenger R, Probst MA, Schoenfeld DA, et al. The Effect of Shared Decision making on Patients' Likelihood of Filing a Complaint or Lawsuit: A Simulation Study. *Ann Emerg Med*. 2019;74:126-36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.11.017>.