

EDITORIAL

La toma de decisiones compartida: una mirada hacia el futuro de la práctica médica de calidad en el cáncer de mama



Shared decision-making: Looking towards the future of high-quality medical practice in breast cancer

El cáncer de mama (CM) es la neoplasia más frecuente y el primer motivo de muerte por cáncer en el sexo femenino. La morbimortalidad ha disminuido en los últimos años debido al diagnóstico temprano y a la aplicación de tratamientos multidisciplinarios y personalizados, lo que conlleva sopesar y elegir en cada caso entre un amplio abanico de recursos y esquemas diagnóstico-terapéuticos. El plan estratégico ideal para una paciente será el que mejor satisfaga sus necesidades y expectativas, y su diseño debe basarse en un diagnóstico correcto, no solo de su enfermedad, sino también de las circunstancias, preferencias y valores de esa paciente¹. Es aquí donde la toma de decisiones compartida (TDC), entendida como «un enfoque en el que el médico y el paciente comparten la mejor evidencia disponible y donde el paciente recibe apoyo para considerar opciones y tomar decisiones sobre el proceso de acuerdo a sus preferencias y valores»², adquiere vital importancia. La paciente diagnosticada de CM debe tomar decisiones complejas en un periodo de tiempo limitado y a menudo con evidencias incompletas, pero, además, en este último año, la COVID-19 ha impactado en nuestra sociedad y ha amenazado con desbordar nuestro sistema sanitario, dificultando especialmente la comunicación y la atención personalizada. Esto ha generado un incremento de decisiones difíciles en las que es imperativo involucrar a los pacientes, creando así un papel único para la TDC.

La TDC ha sido globalmente aceptada desde su aparición, ya que aumenta la eficiencia del proceso de atención de los pacientes², y actualmente su uso se está incrementando de forma exponencial en la práctica³. Adquiere especial relevancia cuando existen diversas opciones de tratamiento, asociadas a un desenlace probable muy similar, pero que

pueden producir resultados muy diferentes según las preferencias y valores del paciente.

Se ha demostrado que aumenta la satisfacción del usuario, su percepción del riesgo y su adherencia al tratamiento⁴, y reduce las demandas por mala praxis⁵. Además de ser una obligación legal⁴, es una exigencia ética y una firme recomendación de las asociaciones profesionales^{6,7}. En EE. UU., por ejemplo, ha sido adoptada como una prioridad a investigar por el Patient-Centered Outcomes Research Institute.

Los principales facilitadores reportados por parte de los profesionales de la salud para el uso de la TDC son la percepción de mejora de la calidad de la atención médica y de los resultados tras su puesta en práctica⁸. No obstante, en la actualidad presenta dificultades para su implementación⁸, por lo que su uso es irregular e insuficiente. Su estudio mediante revisiones sistemáticas y metaanálisis es aún escaso, y esta falta de conocimiento es una barrera conocida para su implementación. Una revisión sistemática⁹ recientemente realizada por nuestro grupo demostró que la TDC está pobremente tratada en las guías de práctica clínica y los consensos de tratamiento del CM, a pesar de que numerosos estudios demuestran sus ventajas. Por ejemplo, un estudio desarrollado por Hack et al. demostró en 205 mujeres diagnosticadas de CM que aquellas pacientes que habían participado activamente en la TDC durante el seguimiento de su enfermedad mejoraban sustancialmente su calidad de vida al final del proceso³. Entre las barreras que se han reportado para su correcto uso están la falta de formación de los facultativos y, especialmente, la falta de medios y recursos⁸. No existen pruebas de que, en comparación con la atención habitual, se requiera más tiempo para parti-

cipar en la TDC, pero, dado que es uno de los principales problemas para su adecuada implementación, varios autores han recomendado que la TDC se reserve para decisiones susceptibles a las preferencias y valores del paciente¹⁰, y otros han propuesto su uso cuando existe incertidumbre clínica o similitud en los resultados¹¹. Por otra parte, la falta de formación de los profesionales puede hacer que se prejuzgue el deseo de los pacientes de participar activamente en la TDC⁸. Se ha demostrado que para favorecer la implementación de la misma, es necesario fomentar el uso de herramientas de ayuda en la toma de decisiones: «intervenciones que apoyan a los pacientes en la toma de decisiones, proporcionando información sobre las opciones y los beneficios/daños asociados, y ayudando a aclarar la congruencia entre las decisiones y los valores y preferencias personales»¹². Algunos estudios demuestran que las explicaciones de riesgo y beneficio indicadas por los médicos son en muchos casos insuficientes, pero aumentar la disponibilidad y el uso rutinario de las herramientas de ayuda en la toma de decisiones ayuda a los pacientes a participar de manera más significativa en la TDC¹².

Por otra parte, numerosos autores han propuesto estrategias para la promoción y aplicación práctica de la TDC. Uno de los modelos planteados se basa en 3 pasos: informar de que hay diversas opciones disponibles; proporcionar información más detallada sobre las mismas, y, finalmente, explorar las preferencias del paciente y alentarle a establecer sus propios objetivos¹³. Otra propuesta se basa en establecer unos objetivos acordes con las preferencias del paciente y traducirlos en planes de tratamiento reales¹⁴. Finalmente, algunas de las estrategias que se han planteado para incentivar su uso han sido asumir que la TDC es un indicador de calidad de una buena atención sanitaria¹⁵, así como incentivar de alguna manera a los profesionales a utilizarla¹⁶.

En suma, el objetivo de la TDC es respetar la autonomía de los pacientes sin detrimento de su beneficio, brindando una atención de calidad acorde con sus valores y preferencias. Ello implica el desarrollo de equipos multidisciplinares con elevado nivel científico-técnico, excelente coordinación, continuidad asistencial y comunicación con el paciente, y una revisión permanente de los resultados en el marco de un programa de mejora continua. A día de hoy, es probable que la mayoría de los pacientes finalmente no quieran o no sepan participar muy activamente en la toma de decisiones, pero esto en ningún caso nos exime del deber de desarrollar un sistema sanitario capaz de ofrecer esta posibilidad sin disminuir la calidad y la eficiencia. La implementación de la TDC en la atención del CM constituye un camino muy exigente, requiere formación, recursos y tiempo, pero, sobre todo, requiere un equipo particularmente capacitado, comprometido y orientado a la satisfacción del paciente. La práctica de la TDC en la atención del cáncer se ha propuesto como elemento crucial para conseguir el cambio de rumbo de un sistema en crisis hacia la excelencia y la sostenibilidad². Efectivamente, la TDC es un camino muy exigente, pero cabe preguntarse: ¿existe otro camino?

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Acebal Blanco M, Alba Conejo E, Alvarez Benito M, Bayo Lozano E, del Río Urenda S, Dotor Gracia M. *Cáncer de mama: proceso asistencial integrado*. 3.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2011.
2. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: Consider all the consequences. *Implement Sci*. 2016;11:114.
3. 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*. 2006;15:9-19.
4. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom*. 2008;77:219-26.
5. Schoenfeld EM, Mader S, Houghton C, Wenger R, Probst MA, Schoenfeld DA, et al. The effect of shared decisionmaking on patients' likelihood of filing a complaint or lawsuit: A simulation study. *Ann Emerg Med*. 2019;74:126-36.
6. Asociación Española contra el Cáncer. Datos cáncer de mama 2019. AECC; 2019 [consultado 22 Dic 2020]. Disponible en: https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Datos-cancer-mama.2019_0.pdf
7. International Shared Decision Making Society [Internet]. ISDM Society; 2020 [consultado 22 Dic 2020]. Disponible en: www.isdmsociety.org
8. 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*. 2008;73:526-35.
9. Maes-Carballo M, Muñoz-Núñez I, Martín-Díaz M, Mignini L, Bueno-Cavanillas A, Khan KS. Shared decision making in breast cancer treatment guidelines: Development of a quality assessment tool and a systematic review. *Health Expect*. 2020;23:1045-64.
10. O'Connor AM, Wennberg JE, Legare F, Llewellyn-Thomas HA, Moulton BW, Sepucha KR, et al. Toward the 'tipping point': Decision aids and informed patient choice. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26:716-25.
11. Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med*. 2004;140:54-9.
12. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4:CD001431.
13. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27:1361-7.
14. Gillick MR. Re-engineering shared decision-making. *J Med Ethics*. 2015;41:785-8.
15. Xu RH, Cheung AWL, Wong ELY. The relationship between shared decision-making and health-related quality of life among patients in Hong Kong SAR, China. *Int J Qual Health Care*. 2017;29:534-40.

16. Holmes-Rovner M, Valade D, Orlowski C, Draus C, Nabozny-Valerio B, Keiser S. Implementing shared decision-making in routine practice: Barriers and opportunities. *Health Expect.* 2000;3:182–91.

Marta Maes-Carballo^{a,b,*}, Manuel Martín-Díaz^c
y Luciano Mignini^d

^a *Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Cirugía General, Complejo Universitario Hospitalario de Ourense, Ourense, España*

^b *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada, Granada, España*

^c *Hospital Básico Santa Ana, Motril, Granada, España*

^d *Unidad de Mastología, Grupo Oroño, Rosario, Argentina*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.maes.md@gmail.com
(M. Maes-Carballo).