

Enrique Bernal-Delgado

Componentes racionales e irracionales en la decisión diagnóstica en Atención Primaria, resultado de la interacción médico-paciente en un contexto determinado

I. Entre el marco conceptual y mi posición ideológica

En la actualidad, no me parece preponderante la visión paternalista, pintada por Rockwell en la época de *picket fences*; más bien veo un paciente excéntrico (por oposición a "en el centro"), la **información entre él y quien le cuida es cada vez más asimétrica y la relación de agencia adquiere especial importancia**.

Por su parte, el discurso dominante sobre el **principio de autonomía individual** en la bioética actual tiene límites que a menudo son obviados. El principio tiene como letra pequeña, "que no se deben imponer más restricciones a las preferencias individuales **que las que pueden legitimarse desde los bienes públicos (y tutelados)**". El objeto aquí es corregir los comportamientos individuales, a menudo y por lo señalado difícilmente racionales, mediante la obligatoriedad de su consumo (aseguramiento obligatorio), mediante su prohibición (drogas ilegales) o su modulación negativa (tasas o gravámenes al tabaco o al alcohol). Las externalidades positivas (el aseguramiento obligatorio las tiene) y las internalidades (el ser humano es feliz si sus pares lo son) legitiman la intervención del Estado¹.

Se está imponiendo, por tanto, un modelo pragmático, **paternalismo asimétrico**², que busca ayudar a las personas a conseguir sus objetivos protegiéndolas de sí mismas. Es asimétrico porque ayuda a aquellos más propensos a la irracionalidad. No sólo desde la economía del comportamiento, sino también desde la psicología se propone que la interacción médico-paciente en las decisiones debe cuidar que la autonomía personal no devenga en elecciones subóptimas de los individuos.

Son numerosas las causas de distorsión de las preferencias y déficit de racionalidad que merecerían tutela, según lo postulado. Repullo, en el ya citado trabajo¹, ha propuesto una taxonomía que clasificaría éstas en función de la información suministrada, el contexto de la información, mecanismos lógicos de comparación de alternativas,

condicionantes de uso de los mecanismos lógicos, valores y creencias. En la tabla 1 se recogen en detalle

Con respecto a la ayuda a la decisión o la decisión compartida, la hipótesis derivada de lo señalado plantea que, en su condición de agente de la intervención pública, el profesional sanitario, al menos tendría la obligación de facilitar las decisiones informadas, mitigando los comportamientos irracionales alrededor de la salud.

II. Ayudas a la decisión y entrevistas motivacionales: el cebo de la capacidad de elegir

Traducido de *Decision Aids and Motivational Interviewing* constituyen dos de las estrategias propuestas para incrementar la capacidad de elección^a de los pacientes en atención primaria; tratando de disminuir los comportamientos irracionales sobre el propio cuidado.

La primera está pensada para incrementar el conocimiento de los pacientes sobre las opciones alternativas, crear expectativas realistas sobre los beneficios y perjuicios de cada una y sobre los cursos de acción derivados de la elección de una u otra.³ La segunda se centra en el consejo orientado por objetivos cuyo objetivo es capacitar a las personas para que valoren pros y contras de adoptar una determinada conducta.⁴ Dos consideraciones que deben ser tenidas en cuenta y una objeción; entre las consideraciones: a) la condición previa para su utilización es disponer de un contexto facilitador; y b) no todo vale para todos: hay que acomodar la intervención a cada tipo de paciente y de profesional: hablar de decisiones, puede ser sólo positivo en determinado tipo de pacientes, o proponer la decisión compartida puede precisar experiencia en negociación por parte de quien la propone⁵. En cuanto a la objeción, se centran “demasiado” en el propio proceso de toma de decisiones más que en los posibles resultados de la misma. El medio en sí parecería justificar su uso, cuando en mi opinión, estas herramientas son una más de las disponibles para que el médico de atención primaria consiga mejores resultados en salud de su paciente.

^a Recientemente un esfuerzo semántico por acercar los conceptos a su implementación, hace que cada vez sea más frecuente hablar en el mundo anglosajón de elecciones (choices), en lugar de decisiones. Éstas incorporan de forma inherente la idea de proceso cognitivo y reflexivo complejo, con posibles tareas sobre lo emocional, que se observa como una barrera insalvable. Choice, es lo que hacemos todos los días. Definitivamente prometer que vas a elegir en lugar de vas a decidir parece más atractivo.

¿Qué tal funcionan las ayudas a la decisión^b o incluso la decisión compartida?

Lo que se presenta a continuación no es una revisión sistemática de las revisiones existentes.

La revisión *Cochrane* dirigida a crear un inventario de herramientas de ayuda a la decisión,⁶ ya encontraba en 2003, 200 instrumentos, la mayor parte orientados a ayudar antes del consejo médico. Entre los ensayos que comparaban éstas con los cuidados habituales, las ayudas a la decisión mejoraban el nivel de conocimientos, facilitaban tener expectativas más realistas, disminuían los niveles de conflictos ligados a la decisión, se incrementaba el número de personas que querían adoptar un papel activo, y se reducía el número de personas que tras la intervención permanecían indecisos (los intervalos de confianza, pese a tratarse de un meta-análisis estaban relativamente cerca de los valores nulos respectivos). El uso de herramientas sofisticadas de ayuda a la decisión fue mejor que el uso de herramientas simples, para incrementar conocimientos, tener expectativas más realistas o mejorar el grado de concordancia entre los valores individuales y la elección. Las herramientas no parecieron tener efecto en cuanto a los resultados intermedios de salud. En el caso particular del cribado de cáncer de próstata, se observó reducción en su utilización pero no estadísticamente significativa [RR=0,84 (IC95% 0,68 a 1,04)] con respecto a cuidados habituales, asociación que se diluyó en la comparación con información simple. En el caso de cribado de colon (sangre oculta más sigmoidoscopia) se observó un ligero incremento de la preferencia que no fue estadísticamente significativo [RR= 1,14 (IC95% 0,7 a 1,85)]; y en el caso de test genéticos en cáncer de mama, el resultado fue inconsistente con lo esperado, y no estadísticamente significativo [RR= 0,98 (IC95% 0,7 a 1,34)].

Una propuesta específica, la comunicación individual de riesgo en programas de cribado (por oposición a la información general sobre el cribado), fue analizada mediante revisión sistemática de evidencia de 13 estudios.⁷ El resultado global (la mayor parte de los estudios se centraban en cribado de cáncer de mama) mostró una mejoría en la tasa de realización de cribado cuando los riesgos se comunicaban de forma individual, especialmente cuando estos se expresaban como variable categórica (observando los estudios, aunque la tendencia es favorable a la intervención, no se podría descartar -pese al uso de un método aleatorio- un incremento artificial de potencia estadística). Esta observación parece haberse confirmado en una reciente revisión

^b Existen innumerables herramientas. Un reciente trabajo de Morss en *Medical Care Research and Review* ofrece una revisión estructurada de las disponibles. *Instruments for Evaluating Shared Medical Decision Making Med Care Res Rev* 2007; 64: 623-649

Cochrane que actualiza el estudio señalado, y que acaba concluyendo que la comunicación personalizada de riesgos tiene un pequeño efecto en la adopción de cribado por parte de los pacientes⁸.

Por último, una reciente revisión sistemática sobre 23 ensayos, analizó el efecto del uso de ayudas a la decisión para promover la participación de los pacientes con cáncer⁹. En general, el uso de instrumentos de ayuda pareció efectivo en el incremento de conocimientos, fuera cual fuera el grupo control –cuidados habituales o mecanismos simples de ayuda a la decisión- y las percepciones de riesgo eran más claras (fiables). Con respecto a la reducción de pruebas innecesarias o incremento de pruebas necesarias, los resultados fueron variables en función del cáncer objeto de análisis y del tipo de intervención evaluada. De los 8 ensayos que analizaban el cribado de cáncer de próstata mediante PSA, 3 mostraron una reducción en la preferencia de uso. El resto no fueron distintos del valor nulo. Llama la atención, no obstante, que tras la información, entre el 38% y el 75% de los pacientes del grupo intervención preferían cribado. En cambio, cuando se trataba de preferencias por ser tratado con prostatectomía y orquiectomía, la preferencia por la intervención disminuía y la asociación era estadísticamente significativa (OR=0,65 IC95% 0,54 a 0,75)

¿Qué sabemos de la factibilidad de la decisión informada?

En el contexto de la comunicación de riesgos y la decisión compartida, un estudio con 20 médicos y 40 pacientes por médico, cuyo objetivo era identificar actitudes de los profesionales durante un ensayo de intervención en el que los profesionales eran formados en habilidades para implementar la decisión compartida, se observó receptividad de los profesionales con respecto a la incorporación de los pacientes a las decisiones, incrementándose esta actitud a lo largo del ensayo. La escasez de tiempo se reveló una restricción importante para el uso de este tipo de aproximaciones.¹⁰

Un ensayo aleatorizado sobre médicos de atención primaria, cuyo objetivo era valorar el efecto del entrenamiento en habilidades para la decisión compartida y la comunicación de riesgos individuales, reveló que el entrenamiento no mejoró los resultados de los pacientes, salvo en “horario protegido”. Las variables observadas fueron: confianza del paciente en la decisión, ansiedad, capacitación, estado de salud, satisfacción con la decisión, intención de adherirse al tratamiento y percepción de apoyo a la decisión. En “horario protegido”, una consulta especial sin interrupciones, con más tiempo de interacción, mejoraron los resultados de confianza del paciente y expectativa de adherencia a tratamiento. Nuevamente las relativas

condiciones experimentales sugieren que la decisión compartida debe restringirse a contextos donde es posible la mejora; nuevamente el tiempo, más que el entrenamiento, juega un papel importante.

El impacto de las herramientas de decisión informada o decisión compartida, sobre la adopción de cribado (resultado intermedio), es limitado o nulo en el caso de pacientes con cáncer. Las herramientas resultan aceptables culturalmente para pacientes y médicos, aunque la posibilidad de implantación es limitada.

III. ¿Cómo funciona el contexto en el que se toman decisiones sanitarias?

Una primera reflexión: la forma en la que se toman, ¿otorga la consideración de racionales a las decisiones profesionales^c?

Welch¹¹, tratando de empoderar a las personas que temen sufrir un cáncer, les facilita argumentos para que entiendan cómo se comportan los médicos, ante la prescripción de un test para cribado. El texto es una clara interpelación sobre la irracionalidad, la ignorancia y las racionalidades alternativas de las decisiones médicas. Señala las fuerzas que impelen a un médico a adoptar la decisión de cribado: el temor a perder información relevante, la satisfacción personal de poder hacer algo por los pacientes con cáncer, el dinero asociado a la práctica (no descartemos del todo este mecanismo para el caso español), y los pacientes, que tienen más confianza en las pruebas que en los médicos. El sistema también presiona en el sentido de que más vale prevenir que curar, en el interés de captar nuevos mercados (la industria proporciona cribado para casi todo) y que parte de los indicadores de calidad tienen que ver con las medidas preventivas (en España el PAPPS).

Conviene recordar que por más que los médicos tengan temor a perder información relevante (incluso el temor por la litigación creciente), y la cultura dominante basada en la promesa de que prevenir (cribar) es mejor que curar, la epidemiología clínica, señaló

^c Siempre me ha parecido racional el comportamiento de los médicos cuando deciden ser conservadores con respecto a autoprescribirse intervenciones quirúrgicas, prescribir a sus próximos o sus abogados. Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S Revisiting the most informed consumer of surgical services. The physician-patient Intl J of Technology Assessment in Health Care 1993; 9(4):505-13.

hace mucho tiempo las debilidades en el manejo de la escasa información disponible para decidir (o informar a un paciente), especialmente en el entorno de la atención primaria; destacan: a) entender la realidad como sucesos inequívocos -0 o 1-; b) aplicación de la representatividad heurística olvidando la baja prevalencia de sucesos semejantes al vivido; c) la creencia de que existen condiciones patognomónicas y que estas son frecuentes; d) la ignorancia de las exiguas probabilidades preprueba que impiden el diagnóstico de seguridad, agravado por la tendencia irrefrenable a utilizar las pruebas "en paralelo" en lugar de "en serie"; e) la eterna confianza en el ensayo clínico aleatorio para dirigir las decisiones clínicas en pacientes distintos; f) la imposibilidad de constatar qué sucede con mis decisiones (los NNT o NNP son demasiado grandes para mi cupo incluso para mi vida profesional); g) la escasa consideración a los principios que deben regir la actuación médica y la situación contextual en la que las decisiones se toman^d.

Señalo aparte el alarmante olvido sobre el valor real de una prueba de cribado (el caso que nos ocupa, PSA en cribado de cáncer de próstata resulta paradigmático). Las condiciones de uso apropiado (nadie puede alegar ignorancia 25 años después de su publicación¹²) señalan como condición indispensable que la historia natural de la enfermedad sea conocida, que ésta permita encontrar una ventana entre el diagnóstico precoz posible y el diagnóstico clínico habitual, y que el descubrimiento permita modificar la historia natural de la enfermedad sin riesgo para los pacientes (hay tratamiento efectivo y seguro). A menudo (demasiado a menudo) se ignora que no todas las pruebas diagnósticas valen, puesto que los efectos derivados de los falsos positivos y los falsos negativos, pueden no ser asumibles ni sanitaria (pequeños riesgos individuales derivados de la aplicación de cirugía tras cribado, aplicados a un número grande de personas, son una tragedia en lo poblacional), ni socialmente (el coste marginal de una ronda de cribado puede ser tan grande como infinito, tendiendo el beneficio marginal a cero).

A partir del estudio sistemático de variaciones de la práctica médica Wennberg y una pléyade de seguidores^e ha permitido sistematizar un modelo de análisis de los sistemas sanitarios, que en resumen, diferencia los servicios sanitarios en: a) servicios conducidos por la evidencia clínica; b) servicios influenciados por la oferta y; c) servicios influenciados por las preferencias. Obviamente, como cualquier taxonomía, tiene claroscuros y matices, que no hacen sino enriquecer el cuerpo de la idea.

^d En Sox HC, Blatt M, Higgins MC, Marton KI Medical Decision Making, Butterworth-Heinemann editors. Newton, MA 1988 pueden encontrarse numerosas ideas.

^e La trayectoria completa está disponible en www.dartmouthatlas.com

Según este modelo -cuya hipótesis fundamental fue acuñada como la hipótesis de la incertidumbre- aquellas "tecnologías" ^f para las que existen suficientes pruebas de su efectividad y seguridad, sobre las que la controversia en su utilización es baja, presentarán variaciones en la práctica "pequeñas". En este caso, las decisiones médicas serían conducidas por la evidencia y sólo la ignorancia individual o institucional o las limitaciones al acceso a las mejores tecnologías explicarían variaciones más amplias de lo esperado.

No es el caso de aquellas "tecnologías" para las que la incertidumbre es mayor (incluso la norma), o sobre las que la controversia de uso, no cesa (como el caso que nos ocupa). En estas situaciones, las variaciones de práctica serán amplias, más amplias que en el grupo anteriormente descrito. Y en este caso, los factores de la oferta, afectarán de forma muy potente, al comportamiento del profesional sanitario. ¿Cuáles son los factores de la oferta que influirían en las decisiones médicas? Los incentivos organizativos (carrera profesional que no distingue profesionales virtuosos de los que no lo son), la disponibilidad de recursos (número de médicos de determinada especialidad), los incentivos económicos (pagar por acto las intervenciones quirúrgicas) y la "fascinación tecnológica" ¹³ (en ausencia de otros incentivos, tendencia a utilizar la última tecnológica como medio para adquirir el reconocimiento de sus pares).

En los casos que como en el apartado anterior, la incertidumbre es la norma, las preferencias de los individuos tendrían el valor de modular el efecto de los factores de la oferta sobre la decisión médica. Desafortunadamente, las preferencias no se muestran habitualmente, pero este sería el lugar en el que la decisión informada alcanzaría su pleno sentido.

Tomemos como ejemplo la variabilidad en la cirugía curativa por cáncer para debatir la hipótesis de la incertidumbre¹⁴. En la imagen se observa la distinta variación entre procedimientos. De la muy escasa, observada para cánceres como el de mama, colorrectal, estómago o laringe, para los que existen suficientes pruebas de que la cirugía es curativa, a los cánceres sobre próstata, pulmón o esófago para los que las pruebas son controvertidas.

Tomemos sólo la prostatectomía. Como se observa, los factores de la oferta (aproximados por los recursos por mil habitantes), en ausencia de preferencias, explicarían parte de los diferenciales de las tasas. En el continuo de la distribución nacional, las áreas del tercer tercil siempre tienen tasas estandarizadas por edad, mayores que las áreas del primer tercil.

^f Entiéndase servicios, procedimientos quirúrgicos o diagnósticos

Sin embargo, queda alguna duda sobre las preferencias, derivada del hecho de que en el mapa de España (figura 3), se observa un cierto gradiente nordeste-suroeste en las tasas, que convive con un gradiente económico pro-áreas ricas (ciudades) (Índice de Gini=0,16). ¿Es la oferta o son las preferencias? Podrían ser las segundas y deberíamos asumir que los varones que viven en zonas urbanas, con gradiente económico alto y con mayor nivel de instrucción prefieren ser intervenidos. O por el contrario, señalar que estas personas, por estar cerca de los servicios de primera línea (áreas con alta renta corresponden a áreas urbanas, y en este caso particular, tener más capacidad de exposición a la incertidumbre o a la ignorancia), reciben más cribado oportunista (la alternativa del doble aseguramiento también es mayor) o tienen más acceso a las últimas tecnologías (el cirujano con más manos en prostatectomía radical reduce el riesgo de complicaciones aunque la intervención no sea necesaria).

Tasas estandarizadas de intervenciones de cirugía oncológica en escala logarítmica de media 0.

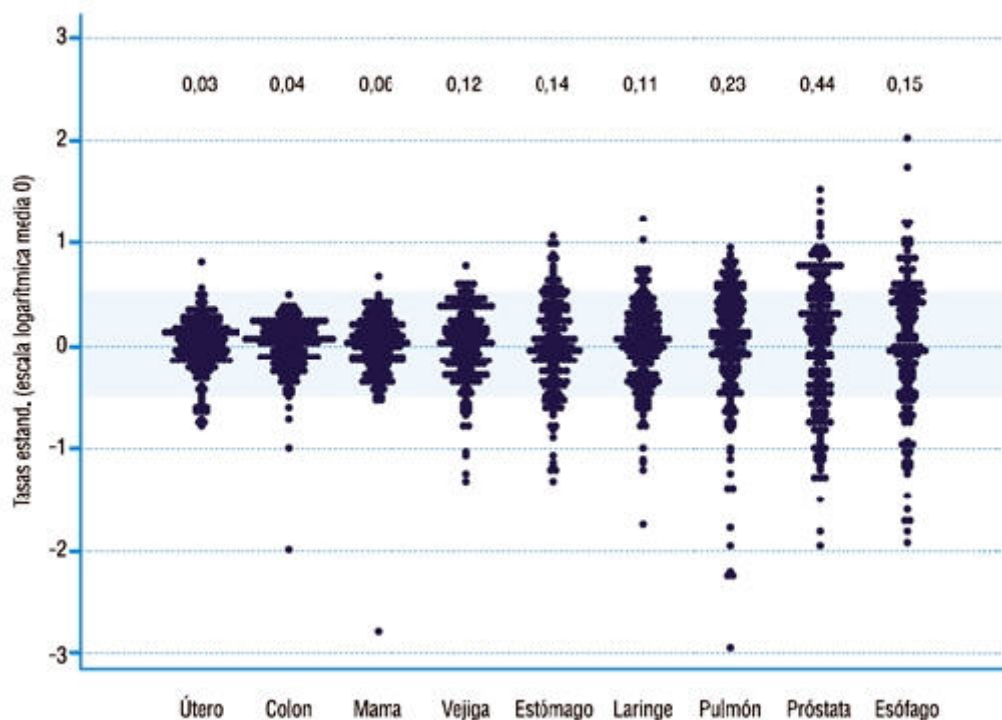


Figura 1. Tasas estandarizadas de intervenciones curativas sobre cáncer

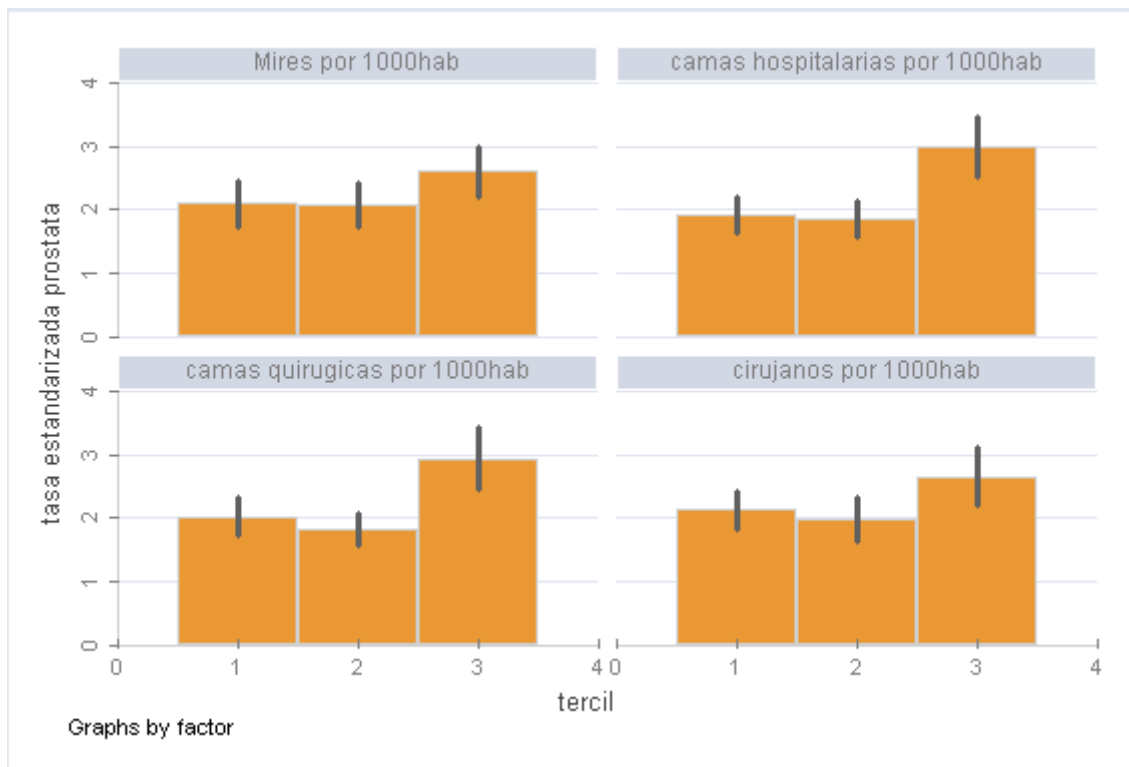


Figura 2. Factores de la oferta

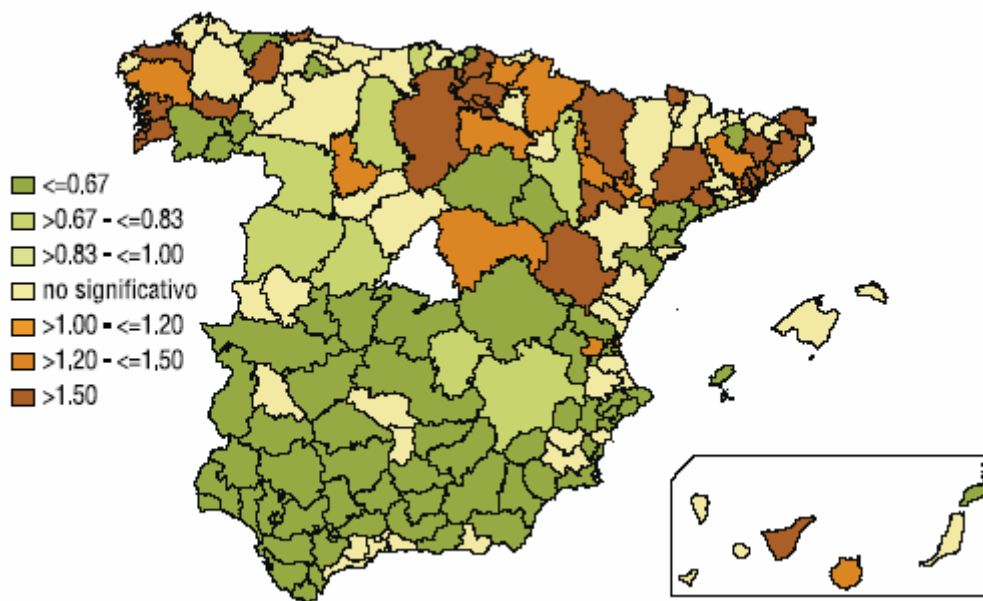


Figura 3. Razón de incidencia estandarizada

Según la hipótesis de la incertidumbre, las amplias variaciones en prostatectomía por cáncer de próstata, descartada la edad como factor asociado, se podrían explicar por factores de la oferta, ignorancia médica con respecto a la esperanza en el PSA, una idea

distorsionada de necesidad abonada por la seguridad en que ser atendido en hospitales urbanos, con alto volumen de cirugía, es una garantía y una inadecuada expresión de preferencias.

Una última consideración: una sola tecnología puede reunir los tres tipos de servicios: condicionados por la evidencia, por la oferta o por las preferencias. Imaginemos la lista de espera de artroplastia de rodilla: encontraremos individuos para los que la puntuación de WOMAC⁹ resulta inequívoca sobre el curso de acción; habrá los que están completamente sanos (no refieren dolor o incapacidad funcional que justifique su estancia en la lista) y habrá una zona central en la que la incertidumbre sobre ventajas e inconvenientes de la cirugía, legitimaría al menos la decisión informada.

Desde la aproximación de Wennberg, la enseñanza aprendida se resume en que: la ayuda a la decisión será más pertinente (y efectiva) en las situaciones que hemos descrito como situaciones de incertidumbre.

En las situaciones para las que la evidencia sobre los cursos de acción está clara, la obligación del profesional sanitario es actuar, explicando las razones que mueven la decisión y modulando posibles comportamientos irracionales del individuo (no querer tratamiento hipolipemiente después de infarto).

Algunos clásicos ejemplos, muestran como en estas zonas tibias, en las que los factores de la oferta influyen si no median las preferencias, la decisión informada disminuyó las tasas de cirugía "injustificada". Fue el caso de las tasas de histerectomía en mujeres del cantón suizo de Ticino, donde la exposición a una campaña informativa en medios de masas sugiriendo la necesidad de segunda opinión, cambio la tendencia y redujo las tasas con respecto al cantón vecino que hacía de grupo control¹⁵; o el caso de la disminución en la tasa de RTU en hiperplasia de próstata en una HMO americana, que partiendo de tasas bajas de cirugía, éstas cayeron un 40% tras un programa de decisión compartida¹⁶.

Conclusiones

Los sanitarios, en su papel de agente público tendrían la obligación de facilitar las decisiones saludables y corregir los comportamientos irracionales del individuo y las poblaciones; convendría, por tanto,

⁹ El **WOMAC** es un instrumento diseñado para medir dolor, rigidez, función física y actividades asociadas con la cadera y la rodilla, en pacientes con osteoartritis.

que los profesionales dispusiesen de ayudas para mitigar la irracionalidad de su propio comportamiento y del de sus pacientes.

Las pruebas sobre la utilidad de las herramientas de ayuda a la decisión en los cuidados de pacientes con cáncer tienen poco impacto para algunas de las medidas relevantes (reducción de uso de procedimientos innecesarios como PSA) y aunque la aceptabilidad de los médicos parece asegurada, barreras como las restricciones de tiempo, y un limitado o nulo impacto sobre los resultados del paciente, serían obstáculos mayores para su implementación.

En las situaciones de incertidumbre sobre el mejor curso de acción a proponer al paciente (muy mayoritarias en la práctica), y hasta que la inversión en formación, ajuste de roles (cambio de cultura), e infraestructuras inteligentes esté disponible, será imprescindible no profundizar en los incentivos que facilitan que los factores de la oferta *campen a sus anchas*.

Bibliografía

¹ Repullo JR Políticas tutelares asimétricas: conciliando preferencias individuales y sociales en Salud Pública. *Gac Sanit* 2009; 23: 342-47

²Loewenstein G, Brennan T, Volpp KG. Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *JAMA*.2007;298:2415–7.

³ O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, *et al*. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2: CD001431.

⁴ Bekker HL, Hewison J, Thornton JG. Understanding why decision aids work: linking process with outcome. *Patient Educ Couns* 2003; 50(3): 323–329.

⁵ Louise D Bryant, Nicola Bown, Hilary L Bekker and Allan House The lure of patient choice *Br J Gen Pract* 2007; 823-6

⁶ O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tait V, Tetroe J, Fiset V, Barry M, Jones J. Decision Aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.

⁷ Edwards A, Unigwe S, Elwyn G, Hood K Effects of communicating individual risks in screening programmes: Cochrane systematic review. *BMJ* 2003

⁸ Edwards AGK, Evans R, Dundon J, Haigh S, Hood K, Elwyn GJ. Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD001865. DOI: 10.1002/14651858.CD001865.pub2

⁹ Stacey D, Samant R; Benett C Decision Making in Oncology: A review of Patient Decision Aids to support patient participation. *CA Cancer J Clin* 2008; 58: 293-304

¹⁰ Edwards A, Elwyn G Involving patients in decision making and communicating risk: a longitudinal evaluation of doctors' attitudes and confidence during a randomized trial

Journal of Evaluation in Clinical Practice 2004 (10); 431-437(7)

¹¹ Gilbert H Welch Should I be tested for Cancer? Maybe not and here is why. University of California Press, , Ltd. Berkeley and Los Angeles, California 2004

¹² Sackett DL, Haynes RB,, Tugwell P Clinical Epidemiology: a Basic Science for Clinical Medicine Sackett DL, Haynes RB,, Tugwell P, 1985.

¹³ Peiro S, Bernal-Delgado E. ¿A que incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? Gac Sanit. 2006; 20 (supl. 1):110-116

¹⁴ Oliva G, Allepuz A, Kotzeva A, Tebé C, Bernal Delgado E, Peiró S, *et al.* Variaciones en hospitalizaciones por cirugía oncológica en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2009; 4(1): 241-72 (disponible en www.atlasvpm.org)

¹⁵ Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Gutzwiller F, Spinelli A, Pedrinis E, Repetto F. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. Lancet, 1988 Dec 24-31; 2(8626-8627):1470-3.

¹⁶ The Quality of Medical Care in the United States: A report on the Medicare Program. The Dartmouth Atlas of Health Care 1999. The Trustees of Dartmouth College 1999.