

## **RACIONALIDAD E IRRACIONALIDAD DE MÉDICO Y PACIENTE EN EL USO DEL PSA**

Josep Casajuana – Gerente Atención Primaria Barcelona Ciudad. ICS

Cuando nos encontramos en presencia de un hombre en el que se ha descubierto un PSA elevado podemos tener la certeza de que este paciente acaba de ser incluido en una rueda que empieza ahora a girar con unas consecuencias imprevisibles. Independientemente de como ha llegado el paciente a esta situación (como parte del estudio de sintomatología prostática, o como prueba de cribado realizada a instancias del médico o del paciente), el hallazgo de un PSA por encima de los valores normales nos indica el momento de inicio de una etapa de incertidumbre, dudas y ansiedad que va a desembocar en el diagnóstico de una neoplasia de próstata, o en el mantenimiento, más o menos prolongado en el tiempo, de esa situación de incertidumbre<sup>1</sup>.

Desde hace ya bastantes años la mayoría de las recomendaciones en relación a la utilización del PSA como prueba de cribado van en la línea de informar al paciente sobre los beneficios y riesgos que esa práctica conlleva y que sea el paciente quién acabe tomando la decisión que considere oportuna dada la incertidumbre que existe sobre ello<sup>2</sup>. Se hace explícita además la recomendación de no utilizar el PSA, por ser su relación beneficio/riesgo desfavorable, en los individuos mayores de 70-75 años, o aquellos en los que la esperanza de vida sea inferior a 10 años.

A pesar de la vigencia de estas recomendaciones la práctica dista mucho de ajustarse a ello y siguen solicitándose PSA de cribado, sin informar al paciente, incluso como prueba rutinaria en las revisiones de empresa (evidente mala praxis) y también, a pesar de la recomendación en contra, en individuos de más de 70 años<sup>3</sup>.

El ejemplo del PSA nos sirve para ilustrar todo un cambio de práctica que ha empezado ya hace años a introducirse pero que evoluciona de forma muy lenta por su propia complejidad. Se trata del cambio de rol de los sujetos de la intervención médica que pasan de ser pacientes que obedecen instrucciones terapéuticas a personas que toman decisiones informadas sobre su salud. Esto, necesariamente, viene acompañado del cambio de rol del médico que pasa de ser el experto que sabe lo que necesita el paciente y que tiene una actitud de corte paternalista, a convertirse en el agente de salud del paciente que le informa de los beneficios y riesgos de las diferentes “apuestas” terapéuticas para que sea su cliente, en definitiva, quién tome la decisión sobre el “riesgo de inversión en salud” que desea asumir.

El cambio de paradigma (consecuencia del cambio social) desde la práctica centrada en la enfermedad (o en el profesional) a la práctica centrada en el paciente (sin duda esta forma de definición no escapa al eufemismo) no puede considerarse como algo novedoso, “es una nueva formulación del no hay enfermedades sino enfermos de Marañón”<sup>4</sup>. El cambio en sí no es si está centrado en el paciente o en la enfermedad, sino el hecho de dejar participar (o coger el mando) al paciente en las decisiones que le implican. Esto, aunque se asume que aporta beneficios no va a estar exento de efectos adversos.

El hecho más determinante en la necesidad de este cambio es la incertidumbre que a menudo encontramos en muchas de las decisiones médicas y la distinta valoración que

de los riesgos y beneficios hace cada individuo. Hace unos pocos años un urólogo inglés escribía una carta en el BMJ diciendo que era uno del 50% de los urólogos ingleses que no se hacían un PSA. Queda claro que el conocimiento es un elemento a la hora de tomar decisiones pero no es el único elemento.

Aunque cada vez más pacientes tienen interés en participar en las decisiones médicas (por mayor nivel educativo, más conocimientos y mayor preocupación por su salud, percepción de la salud como bien de consumo, exageradas expectativas sobre los servicios sanitarios...), no todos los pacientes quieren y/o pueden y/o deben cambiar el paradigma.

## MODELOS DE TOMA DE DECISIÓN MÉDICO-PACIENTE

En función de la interrelación que se establece entre médico y paciente, Charles<sup>5</sup> definió en 1999 3 modelos de toma de decisión: el paternalista, la decisión compartida, y la decisión informada (ver tabla 1). Aunque la propuesta de Charles estaba inicialmente pensada para decisiones de tratamiento de patología aguda hospitalaria, su modelo de decisión compartida es perfectamente aplicable en AP y en patologías crónicas, y lógicamente también para decisiones diagnósticas<sup>6</sup>.

Tabla 1. Modelos de toma de decisiones sobre tratamiento<sup>a</sup> (Tomada de Charles)

Analytical stages	Models				
	Paternalistic	(in between approaches)	Shared	(in between approaches)	Informed
Information exchange	Flow	One way (largely) Physician → patient	Two way Physician ↔ patient		One way (largely) Physician → patient
	Direction				
	Type	Medical		Medical and personal	
	Amount <sup>b</sup>	Minimum, legally required	All relevant for decision-making		All relevant for decision-making
Deliberation		Physician alone or with other physicians	Physician and patient (plus potential others)		Patient (plus potential others)
Deciding on treatment to implement		Physicians	Physician and patient		Patient

<sup>a</sup> Illustration for an encounter focusing on the case of a (treating) physician-patient dyad. For more complex cases see text

<sup>b</sup> Minimum required.

Aunque la tendencia actual es a considerar como situación deseable la de la decisión compartida, no siempre es necesaria la implicación del paciente en la decisión. Los elementos a considerar para valorar la necesidad de implicación son: la certidumbre o incertidumbre en relación al curso de acción a seguir, y el bajo o alto riesgo que implica para el paciente. En función de ello será recomendable utilizar, según el caso, información simple, consentimiento informado o instrumentos de ayuda a la decisión (IAD)<sup>7</sup>.

La información simple al paciente se enmarca en el contexto relacional y tiene como objetivo que el paciente conozca lo que el médico ha decidido hacer. El consentimiento informado, se ajusta más a un contexto “defensivo”, en el cual el médico ya ha tomado la decisión y busca que el paciente asuma la responsabilidad si surgen problemas “previsibles”. Los IAD son los que realmente forman parte de un contexto participativo (no hay decisión tomada por el médico) y tienen como objetivo que el paciente adquiera la información suficiente para poder tomar la decisión, contando con la colaboración del médico.

Con los anteriores criterios, tal como se muestra en la tabla 2, en los casos de decisiones con riesgo bajo será suficiente una información o consentimiento simple, mientras que cuando el riesgo es alto deberíamos plantear el consentimiento informado. En caso de certeza franca en el curso de acción a seguir la decisión debe tomarla, en general, del médico, en caso de incertidumbre decisión compartida.

Tabla 2. Tomada de Whitney.

<b>RISK</b>	<b>High</b>	<p><b>Quadrant A: high risk, high certainty</b>  <b>Consent type: informed</b>  <b>Shared decision making: absent</b>  <b>Interaction: intermediate, enough for an adequately informed decision</b>  <b>Example: laparotomy for gunshot wound of abdomen</b></p>	<p><b>Quadrant B: high risk, low certainty</b>  <b>Consent type: informed</b>  <b>Shared decision making: present</b>  <b>Interaction: extensive, including discussion of patient values, preferences, hopes and fears</b>  <b>Example: mastectomy or lumpectomy plus radiation for early breast cancer</b></p>
	<b>Low</b>	<p><b>Quadrant C: low risk, high certainty</b>  <b>Consent type: simple</b>  <b>Shared decision making: absent</b>  <b>Interaction: minimal or none</b>  <b>Example: lower diuretic dose for patient with low serum potassium level</b></p>	<p><b>Quadrant D: low risk, low certainty</b>  <b>Consent type: simple</b>  <b>Shared decision making: present</b>  <b>Interaction: intermediate</b>  <b>Example: lifestyle changes vs. medication for hyperlipidemia</b></p>
		<b>Certain</b> <b>(1 clear best choice)</b>	<b>Uncertain</b> <b>(≥2 alternatives)</b>

- Zone of informed consent
- Zone of shared decision making
- Combined zone

Así pues, podemos decir que la decisión compartida o por parte del paciente tiene sentido para el manejo de situaciones que se encuentran en lo que podríamos denominar

la “zona gris” del conocimiento. Sin embargo muchas veces los blancos y los negros que manejamos, la presunta certidumbre, en realidad sólo es cierta por consenso. Tan hipertenso o normotenso es el individuo con una sistólica de 139 que con una de 141. Sin embargo nosotros empleamos la etiqueta de normotenso en el primero y de hipertenso en el segundo. La medicina, en estos casos, parece saber contar sólo hasta dos: enfermo/no enfermo<sup>8</sup>. Podría ser razonable (aparentemente) plantearle al paciente que presenta cifras entre 140 y 150, por poner un ejemplo, que decidiese el si es hipertenso o normotenso, y actuar en consecuencia. ¿Podemos proporcionarle información adecuada sobre los beneficios y riesgos de cada decisión? ¿Y el que tiene una glucemia basal de 130, o un LDL de 160? Tener una u otra etiqueta tiene un peso evidente en el curso de acción que va a seguir el profesional y, en no pocos casos, en la vivencia de estar o no “enfermo” que tiene el paciente. Puede ser una propuesta para el debate.

No existe en la actualidad un modelo estandarizado del proceso de decisión compartida. Makoul ha realizado una revisión sistemática de los múltiples artículos al respecto<sup>9</sup> intentando, a partir de los distintos puntos que se proponen, definir un proceso más o menos estándar para la toma compartida de decisiones concretando 2 tipos de elementos: esenciales y ideales:

- elementos esenciales:
  - Definición/explicación del problema
  - Presentación de las distintas opciones
  - Discusión de pros/contras - beneficios/riesgos/costes
  - Consideración de valores y preferencias del paciente
  - Discusión de la capacidad del paciente para decidir/autoeficacia\*
  - Conocimientos del médico / recomendaciones
  - Comprobación de la comprensión
  - Explicitar la decisión o aplazarla
  - Organizar el seguimiento
- Elementos ideales
  - Información no sesgada
  - Deseo de participación
  - Existencia de evidencia
  - Acuerdo mutuo

Sin duda, un proceso de estas características requiere de unas competencias específicas, tanto del médico como del paciente, que no suelen ejercitarse en los encuentros médico-paciente habituales<sup>10</sup>. Entre las competencias del médico podríamos destacar: la capacidad para mantener con el paciente una relación de “sociedad”, el conocimiento de la evidencia disponible y su adaptación a las características del paciente, la transmisión de la información de forma sencilla, clara y no sesgada, la adaptación a las características de relación que prefiera el paciente, la habilidad de negociación con el paciente para la decisión compartida, y el llegar a acuerdos comunes sobre planes de acción a seguir. ¡Ahí es “ná”!

¿Y qué competencias debe reunir el paciente?: asumir los inconvenientes (además de las ventajas) del modelo de relación que prefiera, habilidades de comunicación para transmitir al profesional sus preferencias y valores, capacidad para comprender la información y compartir las dudas, asumir la incertidumbre que rodea a la mayoría de

decisiones, y predisposición para negociar con el profesional las decisiones y plan de acción.

Parece claro que no siempre va a ser fácil que coincidan profesionales y pacientes con el pleno de competencias. En el caso de los profesionales se trata de aspectos que deberían contemplarse en su formación y que, generalmente, están ausentes. En el caso de los pacientes es fundamental la denominada autoeficacia o eficacia personal percibida, definida como “la convicción de que uno puede actuar adecuadamente en una situación”<sup>11</sup>.

Jovell nos habla del paciente activo<sup>12</sup>: “que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad” es un concepto vinculado a empowerment: “que tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y, por lo tanto, definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida con sus médicos las decisiones que les permiten asumir esos objetivos”.

## DIFICULTADES PARA DESARROLLAR LA DECISIÓN COMPARTIDA EN LA PRÁCTICA DIARIA

Después de una sesión en el centro de salud, revisando el estado actual del conocimiento sobre el PSA como prueba de cribado, contestando múltiples preguntas, despejando algunas dudas, intentando transmitir a los profesionales la situación real de incertidumbre... no es difícil que se acerque un compañero a decirnos “me ha quedado todo menos claro que antes de la sesión”. Ante esta realidad, ¿Cómo puedo comunicar lo mismo al paciente, que está implicado directamente en las consecuencias del si o no, en unos pocos minutos de consulta?

Ésta es probablemente la primera reflexión que todos hacemos ante la recomendación de informar al paciente y que sea el quien decida. Y es que, evidentemente, la aplicación del “nuevo paradigma” implica todo un conjunto de dificultades para su implantación, tanto para el paciente como para el profesional<sup>13</sup>:

- Factores dependientes de la información: actualizada, cantidad adecuada, basada en pruebas, incorporando la experiencia del profesional.
- Factores dependientes del profesional: capacidad de empatizar, lenguaje comprensible, atención a las señales no verbales, recapitulación.
- Factores dependientes del paciente: comprender la información, formular dudas y recibir aclaraciones, conocer las consecuencias de cada opción, identificar y explicitar miedos y resistencias, valores, redes de apoyo (sociales, familiares).
- Factores dependientes del entorno laboral: consulta confortable para el paciente (silla, iluminación, etc.), sin interrupciones en la consulta (teléfono, enfermera, urgencias), presión asistencial adecuada (posibilidad de dedicar a cada paciente el tiempo que necesite), acceso a bibliografía actualizada y posibilidad de consultarla dentro del horario laboral.

Una reciente revisión sistemática concreta las barreras y los facilitadores más frecuentemente percibidos o declarados por los profesionales para implementar en la práctica la decisión compartida<sup>14</sup>:

- Las 4 barreras más frecuentes: tiempo escaso, no aplicable por características del paciente, tipo de situación clínica, preferencias de los pacientes
- Los 3 facilitadores: motivación del médico, impacto positivo en el proceso, resultados en el paciente

## EL PROCESO DE REFLEXIÓN/DECISIÓN DEL PACIENTE

Está bien documentada la tendencia a sobreestimar ampliamente los beneficios de pruebas de cribado como mamografía y PSA<sup>15</sup>. Es probable que la forma de presentar los resultados pueda ayudar a ello, si bien el factor de mayor peso puede atribuirse a la “cultura general” que hay alrededor de la prevención y a una especie de mimetismo con los más arraigados “programas de la mujer”. De hecho parece que los profesionales, igual que otras fuentes de información tienen escaso impacto en ajustar a la realidad la percepción que tienen los pacientes sobre el beneficio de esas pruebas.

En nuestro medio, a pesar de que más del 85% de los pacientes tiene la creencia de que el cribado del cáncer de próstata evita muertes, menos de un 50% saben que el PSA se determina mediante un análisis de sangre, en general desconocen su fiabilidad y las posibles consecuencias de un resultado positivo. Es decir, el cribado es una práctica relativamente extendida pero la población diana tiene un conocimiento insuficiente para tomar cualquier tipo de decisión<sup>16</sup>.

El proceso de reflexión del paciente puede ser: intuitivo (“sentir” que esa opción es mejor), relativo (esto vale 10 veces más que esto) o absoluto (con cifras concretas)<sup>17</sup>.

El conjunto de conocimientos del paciente está constituido por la información que ha recibido, pero pasada por el tamiz de sus ideas preconcebidas y experiencias previas. Es muy difícil informar de forma convincente de ideas contrarias a las que están muy arraigadas, por ejemplo que la prevención puede entrañar peligro serio para el individuo.

Los conocimientos y valores del paciente elaboran la parte racional de la decisión, pero deben considerarse también los elementos de irracionalidad que modularan la decisión final: tensión emocional (miedo, incertidumbre, perplejidad), dependencia del grupo (no podría soportar las preguntas/reproches), preferencias inconscientes (incoherencia entre imagen y personalidad), factores externos imprevistos y/o graves (acontecimientos vitales estresantes), escasa empatía en la relación profesional (desconfianza), necesidad de minimizar el conflicto (de valores, desgaste emocional).

No es infrecuente que ante la presencia de incertidumbre el paciente decline en el médico la toma de la decisión. Algunos autores opinan que “el médico no debe nunca hacer una elección por el paciente, incluso cuando el paciente busca eso del médico. El médico debe asegurarse de que el paciente dispone para la decisión de una información razonable para él y que comprende las implicaciones y consecuencias de su decisión. Hablar de decisión médica informada parece una forma mejor de usar las palabras que cuando hablamos de decisión compartida.

Una cuestión adicional, aún no extensamente estudiada, son las vivencias del paciente, una vez tomada la decisión. ¿Queda satisfecho, tranquilo, o quizá preocupado?, ¿Se

arrepiante de la decisión tomada. Se han desarrollado 2 cuestionarios adhoc para facilitar el estudio y análisis de estos factores: la escala de satisfacción con la decisión (6 ítems) y la escala de conflicto decisional (5 ítems). En este texto no vamos a abordar específicamente esta temática.

## LA IMPORTANCIA FUNDAMENTAL DE COMUNICAR LA INFORMACIÓN

Si disponer de tiempo es un elemento estructural fundamental, la capacidad de comunicar es, quizá, la competencia fundamental del profesional para un proceso de toma de decisión compartida. Es conocido que la comunicación de baja calidad y la no consideración de la perspectiva del paciente representan la causa principal de los litigios por mala praxis y las reclamaciones subsiguientes en medicina<sup>18</sup>.

Un ejemplo llamativo de la importancia de la forma de comunicar es el caso de un paciente joven con un tumor testicular y una metástasis cerebral cuyo oncólogo, para informarle del tratamiento quimioterápico que pensaba hacerle lo describió así: ““Voy a matarte. Cada día, voy a matarte, y después voy a devolverte la vida. Vamos a machacarte con quimio, y después otra vez, y otra vez. No vas a ser capaz ni de poder andar. Prácticamente tendremos que enseñarte a andar de nuevo cuando hayamos acabado de hacerte todo”. El paciente decidió prescindir de los servicios de este médico y ponerse en manos de otro profesional. Y, por lo visto, no le fue nada mal.

La información es el elemento clave de la toma de decisión por parte del paciente. Del mismo modo en que la forma de presentar los resultados numéricos de los ensayos clínicos influye de forma significativa en la percepción que tienen los profesionales de la eficacia de un determinado tratamiento<sup>19,20</sup>, parece evidente que la forma de presentar los resultados a los pacientes va a influir en su percepción y, subsiguientemente, en su decisión.

Así por ejemplo, los resultados del reciente ensayo publicado en el NEJM<sup>21</sup> que demostraba un efecto positivo del cribado de PSA se pueden presentar de muy diferentes formas. Pongámonos por un momento en el lugar de un hombre de 60 años al que le informamos de los resultados de realizarse un cribado con PSA. Nuestro médico nos dice: “Si usted se somete al PSA...”:

- Va a reducir un 20% su riesgo de morir por cáncer de próstata en los próximos 9 años
- Va a disminuir en 0,03 por mil su riesgo anual de morir por cáncer de próstata
- Puede ser el hombre, entre 33.000, que se salvará de morir este año de cáncer de próstata
- Puede ser el hombre, entre 1408, que al cabo de 9 años retrasará poco más de un año su muerte por cáncer de próstata
- Puede ser uno de los 48 hombres, entre 1408, que serán “innecesariamente” diagnosticados de cáncer de próstata y sometidos al tratamiento correspondiente para poder evitar (retrasar) la muerte de un individuo
- Tiene una probabilidad 48 veces mayor de resultar perjudicado que beneficiado. Si resulta ser el beneficiado retrasará su muerte por cáncer de próstata poco más de un año. Si resulta ser perjudicado será etiquetado de cáncer de próstata,

tratado y probablemente con secuelas de incontinencia urinaria e impotencia durante el resto de su vida

Para terminar esta precisa exposición, nuestro médico podría decirnos: ...”Y todo ello si hacemos casos del ensayo clínico europeo, porque si vamos a ver los resultados del ensayo americano<sup>22</sup> no hay ningún beneficio”.

Lógicamente, no siempre los profesionales se ponen de acuerdo sobre de que hay que informar a los pacientes, y estos tampoco tienen claro de qué desean ser informados. De todos modos, la comprensión de los datos numéricos va a resultar demasiado compleja para algunos pacientes, en cuanto a su comprensión y a su manejo para tomar decisiones. Aparecen aquí 2 cuestiones ¿Cómo informan los médicos sobre las consecuencias de la decisión? ¿Cómo ayudan a los pacientes a usar esa información para decidir?

### ¿ES REALMENTE POSIBLE LA DECISIÓN COMPARTIDA?

La experiencia propia en la consulta, en relación a los pacientes que solicitan cribado con PSA es que la gran mayoría de ellos salen de la consulta después de asumir la opción de no realizarse la prueba (algunos de ellos inmensamente felices dado que habían llegado hasta la consulta por “inducción conyugal” sin que el cáncer de próstata les preocupase en modo alguno). Tamaño éxito en la comunicación es, sin duda, fruto de un sesgo en la información que suministro que aparentemente, no está exenta de mis propios apriorismos. Inevitablemente los profesionales tendemos a inclinar la balanza informativa hacia el platillo que consideramos más importante<sup>23</sup>.

El peso de la información facilitada por el médico puede ser muy relevante en la toma de la decisión. Así, aunque 2/3 partes de los pacientes prefieren la decisión compartida, más de la mitad consideran como la información más relevante para decidir la opinión del médico<sup>24</sup>. Por ello nos planteamos la duda de si realmente se puede compartir la decisión o, por el contrario, si el médico interviene en ella, el “peso de la autoridad” va a condicionarla completamente.

En parte para paliar esta influencia, y para facilitar el manejo de la información por parte del paciente se han desarrollado experiencias, denominadas de *coaching*, en las que un profesional sanitario, en general una enfermera, que no va a participar en la decisión, recibe en consulta al paciente para intentar contestar preguntas y resolver dudas en relación al tema en el que posteriormente deberá tomar la decisión<sup>25</sup>.

### LOS INSTRUMENTOS DE AYUDA A LA DECISIÓN

Una herramienta que va a ayudar en buena parte a salvar algunas de las dificultades más importantes del proceso de decisión compartida son los denominados instrumentos de ayuda a la decisión.

Se trata de documentos informativos, en distinto soporte, con la información necesaria, presentada de forma aséptica, sencilla y comprensible para la mayoría de los pacientes

de forma que les permita adquirir la información suficiente para poder tomar una decisión fundamentada en sus propios criterios.

Los IAD tales como panfletos y vídeos, que describen las opciones, son diseñados para ayudar a las personas a conocer las opciones, considerar la importancia personal de los posibles beneficios y daños y participar en la toma de decisiones. Una revisión de los ensayos disponibles sobre IAD<sup>26</sup> encontró que las ayudas en la decisión mejoran el conocimiento sobre las opciones de las personas, crean expectativas realistas de sus beneficios y daños, reducen las dificultades de la toma de decisiones e incrementan la participación en el proceso. No parecen tener un efecto sobre la satisfacción con la toma de decisiones o sobre la ansiedad.

Las personas consideradas para participar en un cribado que reciben información individualizada de riesgos tienen mayor probabilidad de participar en el cribado. Sin embargo, no hay suficientes pruebas para indicar si las personas a las que se les proporciona información individualizada de riesgos toman decisiones más informadas. La provisión de información de riesgos más detallada a las personas a veces puede ocasionar tasas más bajas de participación en el cribado<sup>27</sup>.

Se han desarrollado unos criterios consensuados, mediante metodología Delphi, para evaluar la calidad de los IAD<sup>28</sup>, y hay propuestas de metodología estandarizada para su construcción y validación.

## LA EXPERIENCIA DE DESARROLLO DE UN IAD SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

En el caso del PSA se dan muchas circunstancias:

- La recomendación de compartir la decisión está extendida
- Hay incertidumbre en la relación beneficio/riesgo y el riesgo es muy alto.
- Hay un bombardeo de inputs favorables al PSA
- La práctica real está alejada de las recomendaciones
- Las recomendaciones son muy difíciles de aplicar en el día a día de una consulta (especialmente problemas de tiempo, conocimientos y sesgo de información)

Este conjunto de circunstancias nos animó a desarrollar un IAD para la utilización en nuestras consultas. El diseño de todo el proceso se muestra en la figura 1. El trabajo contó con una ayuda a la investigación de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

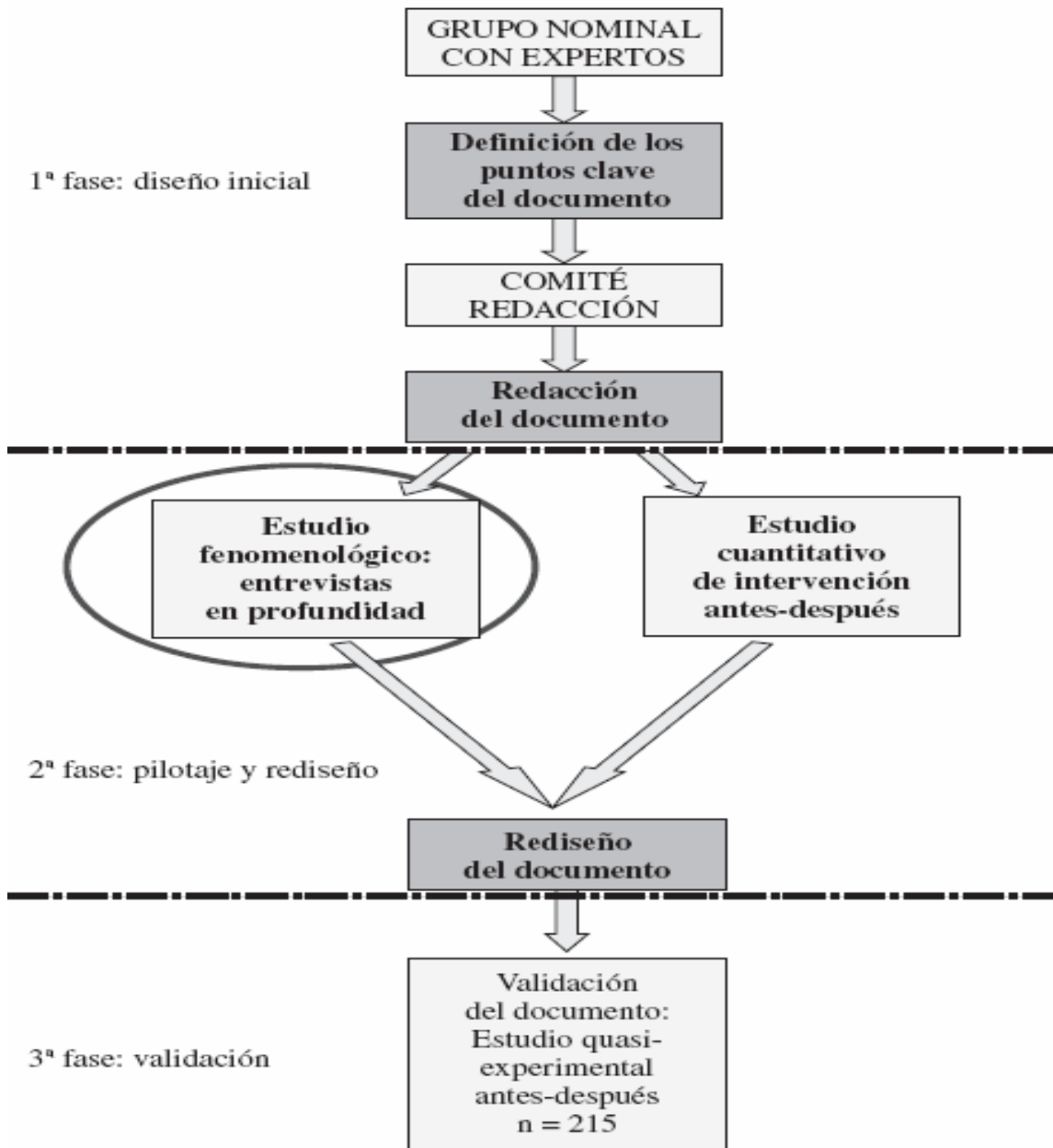
Nos planteamos en una primera fase definir cual es la información que debe conocer el paciente para poder tomar una decisión sobre el cribado del cáncer de próstata. Esto se realizó con una metodología de grupo nominal en la que participaron como expertos: 3 médicos de familia, 2 urólogos, 1 epidemióloga, 1 oncólogo, 1 cirujano oncológico y 1 radioterapeuta oncológico. Este grupo definió las ideas clave que debían transmitirse a un paciente para que pudiese tomar una decisión con información suficiente.

Una vez concretadas las ideas clave el grupo investigador redactó y diseñó un documento que expresase esas ideas de una forma clara, comprensible y no sesgada, y un test de conocimientos (tipo verdadero/falso) para comprobar la adquisición de

conocimientos. El contenido del documento fué aprobado por los expertos que habían participado en el grupo nominal.

El IAD se pilotó mediante una metodología cualitativa (7 entrevistas en profundidad) y una metodología cuantitativa (un pequeño estudio de intervención antes-después aplicando el test de conocimientos).

Figura 1. Diseño del estudio DECIDIU-PSA (Tomado de Fernández de Sammamed<sup>29</sup>)



A partir de los resultados del pilotaje se realizaron algunas modificaciones en el instrumento, se rediseño y se realizó el estudio del campo a una muestra de 215 individuos. Se consideraba que el IAD cumplía su finalidad si más del 70% de los

sujetos adquirirían, después de la utilización del instrumento, más del 70% de las ideas clave (10 o más sobre 14).

Antes de la administración del IAD sólo el 10,7% de los pacientes “aprobaba” el examen, mientras que después se alcanzó el 71,6%<sup>30</sup>. Se consideró válido el IAD, tanto en su versión en catalán como en castellano y está disponible en la página web de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Versión en castellano

[http://www.camfic.org/grups\\_treball/docs/Urologia/decidiu\\_cast3blau\\_gran.pdf](http://www.camfic.org/grups_treball/docs/Urologia/decidiu_cast3blau_gran.pdf)

Versión en catalán

[http://www.camfic.org/grups\\_treball/docs/Urologia/decidiu\\_cat3blau\\_gran.pdf](http://www.camfic.org/grups_treball/docs/Urologia/decidiu_cat3blau_gran.pdf)

## BIBLIOGRAFÍA

- 
- <sup>1</sup> Casajuana J, Aragonès R, Ariza F. Significado clínico de un PSA elevado. FMC. 2004; 11: 604-13.
  - <sup>2</sup> Lin K, Lipsitz R, Millar T, Janakiraman S. Benefits and harms of prostate-specific antigen screening for prostate cancer: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008; 149: 192-9.
  - <sup>3</sup> Lu-Yao G, Stukel TA, Yao SL. Prostate-specific antigen screening in elderly men. *J Natl Cancer Inst.* 2003; 95: 1792-7.
  - <sup>4</sup> Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten Primaria.* 2009; 41: 285-7.
  - <sup>5</sup> Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* 1999; 49: 651-61
  - <sup>6</sup> Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit context of general practice. *Patient Educ Couns.* 2006; 62: 205-11.
  - <sup>7</sup> Whitney SN, Mcguire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med.* 2003; 140: 54-9.
  - <sup>8</sup> Casajuana J, Laporte JR. Condicionantes, necesidades y prioridades en investigación en atención primaria. En: Diógene E. Guía de investigación clínica en atención primaria. Ed. Mayo. Barcelona. 2005.
  - <sup>9</sup> Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns.* 2006; 60: 301-12.
  - <sup>10</sup> Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ.* 1999; 319: 766-9.
  - <sup>11</sup> Millaruelo Trillo JM, Martín Moreno F. Toma de decisiones compartidas con el paciente. *Revista Clínica Electrónica de Atención Primaria.* Artículo 17.
  - <sup>12</sup> Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2006; 38: 234-7.
  - <sup>13</sup> Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordovás Casaurrán R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir?. *Aten Primaria.* 2008; 40: 97-9.
  - <sup>14</sup> Légaré 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.

- 
- <sup>15</sup> Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *J Natl Cancer Inst.* 2009; 101: 1216-20.
- <sup>16</sup> Fabregas M, Guix L, Aragonès R, Casajuana J, Ballester M, por el grupo DECIDIU-PSA. ¿Conocen los varones de 50-70 años la efectividad, los beneficios y los riesgos del cribado del cáncer de próstata? *Aten Primaria.* 2008; 40: 357-61.
- <sup>17</sup> McNutt RA. Shared medical decision making. *JAMA.* 2004; 292: 2516-8.
- <sup>18</sup> Beckman H, Markakis K, Suchman A, Frankel R. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med.* 1994; 154: 1365-70.
- <sup>19</sup> Brotons C, Moral I, Rivera A, Cascant P, Iglesias M, Permanyer-Miralda G et al. La influencia de presentación de los resultados en ensayos clínicos sobre la eficacia de una intervención y la intención de prescribir fármacos para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55: 1042-51.
- <sup>20</sup> Smith R. Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. *PLoS Med.* 2005; 2: e138. doi:10.1371/journal.pmed.0020138
- <sup>21</sup> Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized european study. *N Engl J Med.* 2009; 360: 1320-8.
- <sup>22</sup> Andriole GL, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, Fouad MN et al, for the PLCO Project Team. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med.* 2009; 360: 1310-9.
- <sup>23</sup> Clements A, Watson E, Rai T, Bukach C, Shine B, Austoker J. The PSA testing dilemma: GP's reports of consultations with asymptomatic men: a qualitative study. *BMC Family Practice.* 2007; 8: 35.
- <sup>24</sup> Mazur DJ, Hickam DH, Mazur MD, Mazur MD. The role of doctors opinion in shared decision making: what does shared decision making really mean when considering invasive medical procedures?. *Health Expectations.* 2005; 8: 97-102.
- <sup>25</sup> O'Connor AM, Stacey D, Légaré F. Coaching to support patients in making decisions. *BMJ.* 2008; 336: 228-9.
- <sup>26</sup> 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 Ayudas para personas que deben decidir sobre tratamientos o cribajes (screening) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- <sup>27</sup> Edwards AGK, Evans R, Dundon J, Haigh S, Hood K, Elwyn GJ Comunicación personalizada de riesgos para la toma de decisiones informada sobre la participación en pruebas de detección (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- <sup>28</sup> Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ.* 2006; 333:417-22.
- <sup>29</sup> Fernández de Sammamed Santos MJ, Ballester Torrens M, Ariza González F, Casajuana Brunet J. Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata. Estudio mediante entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81: 289-305.
- <sup>30</sup> Casajuana J, Alsina C, Aragonès R, Ariza F, Bobé F, Fàbregas M et al, Grup Investigador del projecte DECIDIU-PSA. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. 2006. 24: 117-121.