



Artículo Especial

Avanzando en la toma de decisiones compartida: estenosis carotídea asintomática

Advancing in shared decision making: asymptomatic carotid stenosis

Pilar Caridad Morata Barrado¹, Bader Al-Raies Bolaños², Estrella Blanco Cañibano¹, Cristina López Espada³, Javier Barreiro Veiguela⁴, Sergi Bellmunt Montoya⁵, José Gil Sales⁶, Salvador Florit López⁷. Grupo de Calidad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular

¹Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ²Hospital de Manises. Manises, Valencia. ³Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁴Hospital QuirónSalud. A Coruña. ⁵Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda, Madrid. ⁷Fundació Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Manresa, Barcelona

Resumen

En las últimas décadas ha venido produciéndose un cambio de paradigma en la relación médico-enfermo, que ha pasado de una visión paternalista a una medicina más centrada en el paciente. La toma de decisiones compartidas (TDC) es un proceso que incluye el intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el sanitario respecto a la enfermedad, la deliberación sobre las distintas opciones y, finalmente, la toma de una decisión consensuada.

Para facilitar este proceso se han desarrollado distintas herramientas mediante diversos medios y formatos (folletos, texto escrito, vídeos, aplicaciones informáticas...), utilizando en muchas ocasiones ayudas visuales tales como caras sonrientes u otros pictogramas.

Desde nuestro grupo de trabajo nos unimos a este proceso evolutivo de la práctica médica y presentamos una herramienta de ayuda visual a la TDC en el caso de pacientes con estenosis carotídea asintomática mayor del 70%. Para su realización nos hemos basado en los cates plots, que ayudan a cuantificar riesgos y beneficios de una intervención de forma estandarizada.

Abstract

In the last decades there has been a paradigm change in the doctor-patient relationship, from a paternalistic model to a patient centered medicine. Shared decision making (SDM) is a process that involves bidirectional communication between physicians and patients about the illness, different treatment options, and, through the deliberation process, reaching an agreement in the ultimate decision made.

Various different tools have been developed to promote shared decision making, through different types of support methods (leaflets, books, videos, websites or other interactive media), frequently using visual aids like smiley faces plots or other pictograms.

Our Working Group would like to join this evolutionary process. Thus, we have developed a visual aid tool to help in the decision-making process in the case of asymptomatic carotid stenosis > 70%. We have based on Cates plots that help to quantify risks and benefits of specific interventions in a standardized manner.

Palabras clave:

Toma de decisiones compartida.
Ayudas visuales.
Estenosis carotídea.

Key words:

Shared decision making. Visual aids. Carotid stenosis.

Recibido: 24/03/2019 • Aceptado: 30/05/2019

Morata Barrado PC, Al-Raies Bolaños B, Blanco Cañibano E, López Espada C, Barreiro Veiguela J, Bellmunt Montoya S, Gil Sales J, Florit López S. Grupo de Calidad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Avanzando en la toma de decisiones compartida: estenosis carotídea asintomática. *Angiología* 2019;71(5):190-193.

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00052>

Correspondencia:

Pilar Caridad Morata Barrado. Hospital Universitario de Guadalajara. C/ Donante de Sangre, s/n.
19002 Guadalajara
e-mail: cmoratabarrado@hotmail.com

Una de las mayores causas de insatisfacción de los pacientes y, por tanto, de merma en la calidad de su atención, es no ser informados apropiadamente sobre su condición y las opciones para tratarla. En los últimos años, distintas organizaciones de salud europeas recomiendan estrategias enfocadas a la toma de decisiones compartida (TDC), modelo en el que las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el profesional sanitario y el paciente. Desde el Grupo de Calidad de la SEACV somos conscientes de la importancia de este cambio de actitud y hemos querido ayudar a los profesionales angiólogos y cirujanos vasculares con una herramienta que esperamos sea de utilidad: "Ayuda visual a la decisión: estenosis carótida > 70% asintomática".

Involucrar a los pacientes en la toma de decisiones se fundamenta en la medicina centrada en el paciente. En 1984 (1) Katz acuñó por primera vez el término *shared decision making* o "toma de decisiones compartida". Está ampliamente aceptado que, en aquellas situaciones en las que haya que realizar alguna elección (acerca de un tratamiento o prueba diagnóstica), los pacientes se benefician de un apoyo adecuado de información, especialmente en aquellas situaciones en las que la evidencia de superioridad de un tratamiento sobre otro no está disponible o en las que los riesgos y los beneficios están muy igualados.

La decisión compartida incluye tres elementos esenciales (2): 1. Intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el sanitario; 2. Deliberación sobre las distintas opciones, y 3. Llegar a una decisión consensuada.

En este proceso, el médico aporta sus conocimientos y evidencia acerca de los riesgos y beneficios de una intervención diagnóstica o terapéutica, mientras que el paciente lo hace sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia con el problema de salud (3,4).

En los últimos años se han puesto en marcha distintos procedimientos o iniciativas para la TDC en distintos ámbitos. O'Connor (5) define el término "ayuda a la decisión" (*decision aids*) como aquella intervención diseñada para ayudar a las personas a tomar decisiones deliberadas y específicas, facilitando información acerca de las opciones y resultados que son relevantes para el estado de salud de una persona. Otros grupos prefieren el término más genérico *decision support interventions* (6). Son diferentes de los materiales educativos habituales sobre

la salud porque se ocupan de una manera más detallada y específica de las opciones y de los resultados de esas opciones (beneficios, riesgos e incertidumbres), basándose en una cuidadosa revisión de la evidencia.

Las opciones pueden presentarse mediante diversos medios y formatos (folletos, texto escrito, vídeos, aplicaciones informáticas...), utilizando en muchas ocasiones ayudas visuales, como caras sonrientes u otros pictogramas. Elwyn y cols. (6) definen 3 categorías de herramientas en función del momento en que se utilicen:

1. Aquellas utilizadas por los clínicos en entrevistas cara a cara: muestran la información utilizando frases cortas o gráficos, que pueden ser fácilmente compartidos durante la entrevista en la consulta. Ayudan al clínico a que haga partícipe al paciente a través de una discusión acerca de sus preferencias, pero no pueden usarse de forma independiente por los pacientes, ya que no contienen información suficiente para ser entendidas sin el apoyo del profesional sanitario. Pueden ser especialmente de ayuda en momentos en los que la decisión debe realizarse de forma rápida al influir el tiempo en los resultados terapéuticos (7).
2. Aquellas que pueden usarse independientemente de la entrevista clínica: son las que se han desarrollado mayoritariamente para utilizarse antes o después de una primera consulta para que los pacientes lleguen mejor preparados para tomar la decisión. La información debe ser comprensible, actualizada, basada en la mejor evidencia disponible y los autores tienen que informar sobre su financiación y conflicto de intereses.
3. Aquellas mediadas a través de redes sociales: hoy en día son una realidad, pero es fundamental cuestionarse si los contenidos están suficientemente basados en la evidencia o sujetos a sesgos o influencias externas.

Como angiólogos y cirujanos vasculares no podemos pasar por alto este proceso evolutivo de la práctica médica y debemos orientar a nuestros pacientes a la TDC. En este sentido se manifiestan Ubbink y Koelemay en el *European Journal of Vascular Surgery* este año (8). En el trabajo publicado por Santema y cols. (9), el 58% de los pacientes a los que se consultó acerca de aneurisma de aorta abdominal y enfermedad arterial periférica prefería una toma de decisiones compartida.

Desde el Grupo de Calidad de la SEACV hemos querido aportar una ayuda en este sentido, comenzando por una patología en la que creemos especialmente interesante la TDC: el tratamiento de la estenosis carotídea asintomática mayor del 70%. Fridman y cols. (10) publicaron en 2017 un trabajo en el que presentan también una herramienta de ayuda visual a la decisión en esta patología, pero para decantarse por endarterectomía o *stent* carotídeo. Nosotros opinamos que, inicialmente, hay que valorar si se realiza intervención quirúrgica (endarterectomía) frente al mejor tratamiento médico.

Los beneficios de la endarterectomía frente al tratamiento médico en la estenosis asintomática de carótida se validaron en los ochenta y en los noventa con varios estudios aleatorizados (11-13). Sin embargo, en los últimos años, el "mejor tratamiento médico" incluye nuevos antiagregantes y estatinas, y así el riesgo anual de ictus actual puede ser menor que en las épocas de reclutamiento de estos estudios. Así, en el metaanálisis de Hadar y cols. (14) el riesgo de ictus ipsilateral era de 1,0/100 persona-año en estudios realizados entre 2000-2010 frente al 2,3/100 persona-año en estudios de antes del año 2000. Estas cifras coinciden aproximadamente con los datos de ictus reportados por ACST y ACAS en el periodo de los últimos 5 años de seguimiento.

Teniendo esto en cuenta, y queriendo mostrar los beneficios a 10 años, únicamente hemos podi-

do basar nuestra ayuda visual en el ACST-1, con un periodo de reclutamiento más reciente y el único con seguimiento publicado a 10 años. Somos conscientes de que limitarlo a un solo ensayo aleatorizado aumenta la posibilidad de sesgos, pero esperamos ir modificándolo con futuros ensayos.

Para crear la ayuda visual nos hemos basado en los *caters plots* (<http://www.nntonline.net>), que ayudan a cuantificar riesgos y beneficios de una intervención de forma estandarizada. Han sido ampliamente utilizados en distintas especialidades. Consisten en figuras que muestran distintas proporciones de 4 categorías de caras sonrientes para comparar visualmente 2 opciones de tratamiento: caras verdes para pacientes con buenos resultados tras el procedimiento, rojas para pacientes con malos resultados, amarillas para pacientes a los que el tratamiento ha cambiado su categoría de mal resultado a buen resultado, y verdes con un aspa para pacientes en los que el tratamiento causa un evento adverso y cambia su categoría de buen resultado a mal resultado.

En nuestro caso, con la intención de simplificar la figura, hemos utilizado caras azules que indican aquellos pacientes en las que no se produce el evento (ictus/muerte en este caso), caras rojas en las que sí hay evento y caras verdes en las que el tratamiento (en este caso la endarterectomía) ha cambiado la categoría: de presentar evento a no presentarlo (Fig. 1).

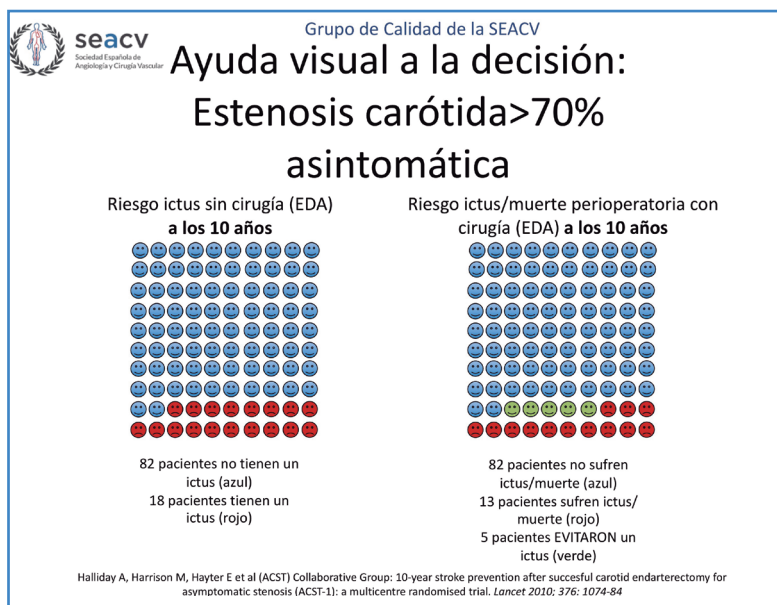


Figura 1. Ayuda visual a la decisión: estenosis carótida >70% asintomática: mejor tratamiento médico frente a endarterectomía.

Como Grupo de Calidad de la SEACV, creemos que la TDC debe pasar a formar parte de la práctica clínica diaria y que sea adoptada tanto por la comunidad sanitaria como por los pacientes. En este sentido, desde nuestra sociedad científica queremos facilitar este proceso de forma que se incorpore a los procedimientos de trabajo habituales en nuestra especialidad. Para ello hemos comenzado con esta herramienta de ayuda visual a la toma de decisión en la estenosis carotídea severa asintomática, con la idea de ir extendiéndola a otras áreas de la cirugía vascular. Esperamos que sea útil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Katz J. *The silent world of doctor and patient*. New York: The Free Press. 1984.
2. 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.
3. Bosch JM. La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. *Aten Primaria* 2012;44:385-6.
4. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012;26(S):158-61.
5. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review) Issue 1. Chichester (UK): John Wiley & Sons. 2004.
6. Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, et al. Investing in deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions. *Med Decis Making* 2010;30:701-11.
7. Tokunboh I, Vales Montero M, Zopelaro Almeida MF, et al. Visual Aids for Patient, Family, and Physician Decision Making About Endovascular Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke. *Stroke* 2018;49(1):90-7.
8. Ubbink DT, Koelemay MJW. Shared Decision Making in Vascular Surgery. Why Would You? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2018;56:750.
9. Santema TBK, Stoffer EA, Kunneman M, et al. What are the decision-making preferences of patients in vascular surgery? A mixed-methods study. *BMJ Open* 2017;7:e013272. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013272
10. Fridman S, Saposnik G, Sposato LA. Visual Aids for Improving Patient Decision Making in Severe Symptomatic Carotid Stenosis. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2017;26:2888-92.
11. Hobson R, Weiss D, Fields W, et al. for the Veterans' Affairs Cooperative Study Group. Efficacy of carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis. *N Eng J Med* 1993;328:221-7.
12. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. *JAMA* 1995;273:1421-8.
13. Halliday A, Harrison M, Hayter E, et al. 10-year stroke prevention after successful carotid endarterectomy for asymptomatic stenosis (ACST-1): a multicentre randomised trial. *Lancet* 2010;376:1074-84.
14. Hadar N, Raman G, Moorthy D, et al. Asymptomatic carotid artery stenosis treated with medical therapy alone: temporal trends and implications for risk assessment and the design of future studies. *Cerebrovasc Dis* 2014;38:163-73.