

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster de Iniciación a la Investigación Medicina

**Intervenciones para llevar a cabo las decisiones
compartidas en Atención Primaria**



**Universidad
Zaragoza**

AUTORA: CARLOTA CANET FAJAS

DIRECTORAS: M.TERESA DELGADO MARROQUÍ

M.VALLE CORONADO VÁZQUEZ

Junio 2017

“Un día mi abuelo me dijo que hay dos tipos de personas: las que trabajan y las que buscan el mérito. Me dijo que tratara de estar en el primer grupo: hay menos competencia ahí”.

Indira Gandhi

DIRECTORAS

M.TERESA DELGADO MARROQUÍ

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Profesora Asociada del Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

Médico Adjunto de CS Delicias Norte, sector III

Zaragoza

M.VALLE CORONADO VÁZQUEZ

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Máster en metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad
Autónoma de Barcelona (2008)

Master en Investigación por la Universidad de Huelva (2010)

Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón

INDICE

DIRECTORAS.....	- 3 -
INDICE	- 4 -
RESUMEN.....	- 6 -
INTRODUCCIÓN	- 8 -
DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	- 14 -
Razones para una revisión actualizada	- 14 -
Objetivos	- 14 -
METODOLOGÍA.....	- 15 -
Tipos de estudios.....	- 15 -
Tipo de participantes.....	- 15 -
Tipos de intervenciones	- 15 -
Tipos de medidas de resultados.....	- 15 -
Criterios de exclusión	- 16 -
Métodos de búsqueda	- 16 -
Estrategias de búsqueda	- 17 -
Resultados de la búsqueda	- 17 -
RESULTADOS.....	- 18 -
Participantes.....	- 18 -
Enfermedades en las que se hace una intervención utilizando las decisiones compartidas	- 18 -
Descripción de las intervenciones.....	- 19 -
Conflicto decisional	- 20 -
Satisfacción con la participación en la toma de decisiones	- 20 -

TIPOS DE MEDIDAS DE RESULTADOS	- 22 -
1) Resultados clínicos	- 22 -
2) Resultados en la mejora de los conocimientos	- 25 -
3) Resultados en la adherencia a los tratamientos.....	- 26 -
RIESGO DE SESGOS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS.....	- 27 -
Aleatorización.....	- 27 -
Descripción del método de aleatorización.....	- 27 -
Cegamiento	- 27 -
Enmascaramiento adecuado.....	- 28 -
Datos incompletos.....	- 28 -
Estudios excluidos	- 28 -
DISCUSIÓN	- 30 -
• Aplicabilidad de los resultados	- 32 -
• Calidad de la evidencia	- 33 -
• Discusión con otros estudios	- 35 -
• Potenciales sesgos del proceso de revisión	- 35 -
CONCLUSIONES.....	- 36 -
BIBLIOGRAFÍA	- 37 -
ANEXOS.....	- 41 -

RESUMEN

ANTECEDENTES

La toma de decisiones compartidas (TDC) es una forma de relación médico paciente aplicable a cualquier acto clínico, concretamente, cuando existe incertidumbre científica sobre los resultados de las diferentes opciones diagnósticas, terapéuticas y/o profilácticas. Se ha estudiado en enfermedades crónicas (elección de estilos de vida, adherencia al tratamiento), cáncer (mama, próstata), y en cuidados paliativos. Se encuadra en la llamada “atención centrada en el paciente” que implica organizar la atención a la salud pensando en los pacientes en vez de en los profesionales que la facilitan; las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el equipo médico y el paciente, una vez que el paciente dispone de la información necesaria.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la toma de decisiones compartidas en las consultas de Atención Primaria en cuanto a los resultados clínicos, adherencia a los tratamientos, conflicto con las decisiones, satisfacción de profesionales y pacientes con el proceso y conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de 104 artículos publicados en MEDLINE, CENTRAL y NHS, con diseño ensayo clínico aleatorizado controlado. Publicados en Inglés o Español o portugués.

RESULTADOS

De los 51 ensayos revisados, 28 han obtenido resultados clínicos estadísticamente significativos, principalmente en intensificación del tratamiento y en el cribado poblacional de cáncer de próstata y colorrectal en las consultas de Atención Primaria. Hubo diferencias significativas, mejorando la eficacia de las decisiones y disminuyendo el conflicto decisional en 7 artículos. En 14 estudios hubo una mayor satisfacción con la intervención que aplica las decisiones compartidas

La adherencia al tratamiento no ha presentado resultados estadísticamente significativos. En 9 estudios los pacientes refieren una mejoría en el conocimiento de la medicación y de la propia enfermedad, percibiendo una mayor eficacia en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

La TDC es importante como nuevo modelo de relación médico-paciente, sobretudo en el ámbito de la Atención Primaria por el alto nivel de incertidumbre que la caracteriza, habiendo mostrado ser efectiva en el cribado de cáncer de próstata y en los conflictos derivados de la prescripción de antibióticos principalmente. No podemos concluir acerca de la efectividad de la TDC en las enfermedades estudiadas, para lo que será necesario realizar más estudios.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

En la práctica clínica nos enfrentamos a diario con situaciones que requieren la toma de decisiones tanto por parte de los profesionales de la medicina como de los propios pacientes. Toda decisión, sea de la índole que sea, produce incertidumbre, siendo en el ámbito de la salud de mayor importancia por la dificultad que conlleva y las repercusiones que de ella se derivan. No podemos hablar por tanto de una decisión correcta o perfecta, pues son muchos los factores que intervienen y que varían dependiendo del contexto vital de cada paciente. Además, no todas las decisiones revisten igual trascendencia, siendo las de menor importancia las más frecuentes en la práctica diaria, por ejemplo el curar una herida, administrar antibiótico ante una infección respiratoria, utilizar un broncodilatador para tratar un broncoespasmo, etc. Pero no podemos olvidar aquellas decisiones que por el impacto que tienen en el paciente o en su entorno generan una mayor incertidumbre, interfiriendo con las necesidades, deseos y estilos de vida del paciente (1).

La toma de decisiones en la consulta médica ha sido un tema de estudio frecuente a lo largo de la historia de la medicina (2). Podemos hablar de cuatro modelos existentes en función del rol que asume el médico:

- El modelo paternalista: es el médico el que decide por el paciente, que a su vez se encuentra en una situación de inferioridad con incapacidad para tomar decisiones.
- El modelo informativo: el médico da al paciente una información detallada acerca de su enfermedad y de las opciones diagnósticas y/o terapéuticas de que se dispone. Es el paciente quién, con los datos aportados toma la decisión.
- El modelo interpretativo: el médico da a conocer al paciente la información científica necesaria para que este pueda decidir, recomendando una u otra opción según los valores del paciente.

- El modelo deliberativo, también conocido como “toma de decisiones compartidas” (TDC). Para algunos autores es el modelo ideal de relación médico paciente. En éste las decisiones se toman conjuntamente.

En esencia la toma de decisiones compartidas incluye tres elementos que la caracterizan (3):

- Intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el sanitario.
- Proceso de deliberación sobre las distintas opciones.
- Llegar a una decisión consensuada entre el facultativo y el paciente.

En los últimos años varios métodos se han desarrollado y evaluado para involucrar al paciente de forma más activa en el cuidado de su salud. Desde la OMS se recomiendan estrategias sanitarias enfocadas a la toma de decisiones compartidas, junto con la promoción del autocuidado en pacientes crónicos (4).

Corresponde a los profesionales sanitarios involucrar a los pacientes en las decisiones clínicas que les afectan, informando adecuadamente, apoyándose en la evidencia científica y adaptando la información a la capacidad de comprensión de cada paciente (5).

Todo ello precisa de un cambio en la forma tradicional de la atención de “hacer medicina”, incorporando un tipo de relación deliberativa entre el paciente o sus familiares y los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) (6), (5).

Para Elwyn la toma de decisiones compartidas se desarrolla en 5 fases (7):

1. Establecer un contexto relacional donde la perspectiva del paciente acerca de las diferentes opciones del tratamiento sea necesaria y bien valorada.
2. Tener en cuenta las preferencias de los pacientes, y que les sea permitido discutir las diferentes opciones de tratamiento.
3. Proporcionar información técnica al paciente respecto a las diversas opciones de tratamiento, sus riesgos y posibles beneficios, de una forma no sesgada, clara y simple.

4. Ayudar al paciente a sopesar los riesgos y los beneficios, y asegurarse de que sus preferencias estén basadas en hechos y no en falsas interpretaciones.

5. Compartir las recomendaciones terapéuticas con el paciente, teniendo en cuenta sus preferencias.

Por lo tanto podríamos resumir la toma de decisiones compartida como un estilo de relación entre el profesional sanitario y el paciente que se puede aplicar a todo tipo de interacción o de consulta y que puede ser de gran utilidad en la práctica clínica diaria.

La promoción de la toma de decisiones compartidas es una tarea que desde hace unos años se está poniendo en práctica, no sólo en las consultas de Atención Primaria, objeto de nuestro estudio, sino también en otros ámbitos, como servicios de Oncología con régimen ambulatorio, Unidades de Patología Neuromuscular, Unidades de Hospitalización domiciliaria o Unidades de Diálisis (8), (9) y (10).

A medida que se va avanzando en su puesta en práctica, surgen nuevas dudas que acaban siendo objeto de debate: no hay muchos estudios que demuestren su efectividad, las opiniones de los pacientes sobre preferencias, la percepción de control decisional y la confianza con su médico son diversas - (11) y (12)- , y no se sabe bien cuándo y en qué patologías o decisiones es más apropiado llevarla a cabo (13).

No resulta tarea fácil captar este fenómeno, por lo que hasta el momento no disponemos de un instrumento validado que mida las conductas observadas y por lo tanto el efecto de dicha intervención en comparación con lo que podríamos englobar bajo el término “cuidados habituales” que engloba los otros formatos tradicionales de relación médico-paciente. Este instrumento debe ser capaz de evaluar la participación en la toma de decisiones mediante técnicas de observación (directa o indirecta, mediante audios o vídeos) y contener las evaluaciones de los aspectos esenciales de la participación, es decir, el grado de implicación y satisfacción de los pacientes.

Varios autores han tratado de describir una escala que midiera este aspecto de la comunicación médico-paciente. Además de describir el proceso de la toma de decisiones compartidas en 5 enunciados, Elwyn et al (14) identificó también 8 instrumentos que, aun incluyendo componentes relacionados, se consideraron demasiado genéricos para captar este aspecto particular de la comunicación, sin

encontrar instrumentos específicamente diseñados para medir el concepto “implicar a los pacientes” en las decisiones. Su herramienta, OPTION, fue diseñada en base a los bien aceptados principios de Charles et al sobre la “toma de decisiones compartida” (15) y (16).

Posteriormente, también apoyado en los trabajos de Charles et al, Braddock et al desarrollaron el “informed decision making” (17). Éste y otros estudios, realizados en Atención Primaria y en otros ámbitos, no han obtenido resultados esperanzadores en implicación y motivación entre los propios profesionales (18).

Ruiz Moral es uno de los autores que recientemente ha propuesto la escala CICAA-D (Comunicar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar), adaptada de la ya diseñada anteriormente por el mismo autor (CICAA-CP) (19), para medir capacidades de comunicación genéricas como herramienta para cuantificar el impacto de la toma de decisiones compartidas. En su estudio, destacan un nivel bajo de participación de los pacientes, y la utilidad de la escala CICAA-Decisión como herramienta útil para valorar la promoción de la participación (20) .

Aunque no es uno de los objetivos de este estudio, nos parece interesante nombrar la importancia una vez más de la docencia “hecha vida” en la práctica clínica diaria. En un estudio realizado por Ruiz Moral et al (21) en España, se evaluó la diferencia entre un grupo de residentes que recibieron formación específica en la toma de decisiones compartida y otro grupo que no recibió ninguna formación dirigida a ello; no hubo diferencias entre ambos grupos en las habilidades de comunicación entre los residentes, resaltando que las diferencias percibidas en una y otra consultas según les atendiera un residente del grupo control o del grupo intervención, fue no por haber sido sujetos de la intervención sino por lo aprendido con su tutor al pasar consulta, el tiempo que dedicaban a cada paciente y el empeño a nivel estructural, no sólo del médico tutor responsable del residente, en la implantación de la toma de decisiones compartidas.

Formar a los profesionales para que pueden llevar a cabo estas funciones en su práctica clínica diaria requiere programas específicos para hacerlos conocedores y capaces, paso necesario para aumentar la utilización de la toma de decisiones compartidas en la consulta. De la mejora en la capacitación del profesional depende el que sepa involucrar

al paciente para decidir si quiere asumir parte de la responsabilidad al decidir, dejar que el médico le explique, que haya una interacción entre ambos, y acabar decidiendo respetando la autonomía del paciente y teniendo en cuenta sus preferencias, o bien ofrecerle la opción de “cuidados habituales” siguiendo uno de los otros tres modelos de decisión. Una inversión en programas de formación adecuados a los profesionales facilita la implementación de la toma de decisiones compartidas (22) .

Hablamos de herramientas o estrategias de apoyo a la TDC refiriéndonos a aquellos instrumentos diseñados específicamente para facilitar el desarrollo de la autonomía del paciente de forma adecuada y proporcionarle la información suficiente sobre las opciones diagnósticas y terapéuticas, así como los resultados clínicos disponibles (23). También incluye aquellas herramientas al alcance de los médicos, que sin sustituir la consulta, faciliten el desarrollo de las opciones y sus explicaciones. Hay múltiples formatos de herramientas: las clásicas infografías, viñetas, informaciones escritas, audios, vídeos...Contamos además con los recursos que la tecnología pone al servicio de la medicina, por lo que no podemos despreciar la ayuda que algunas herramientas pueden aportar al proceso deliberativo. A través de aplicaciones informáticas, e incluso las redes sociales, que están colaborando en la propagación de la TDC así como creando nuevas formas de interacción médico-paciente, de las que aún es pronto para poder hablar acerca de la efectividad y la validez de las informaciones que transmiten y el impacto que irradian.

También a nivel nacional e internacional varios organismos han presentado, y siguen trabajando en ello, proponiendo modelos de herramienta de ayuda a la TDC (24). Destaca la estrategia diseñada en 2006 por el Ottawa Decision Support FrameWork, que basado en la evidencia, habla de tres elementos: 1. Identificar los factores determinantes que influyen en la decisión tanto en el paciente, como en el médico; 2. proporcionar soporte necesario, adaptado al paciente, a través del consejo, las herramientas específicas y ofreciéndole orientación en la decisión; y 3. Evaluar el proceso de decisión y los resultados. Otras estrategias, son la del Mayo Clinic, que ha desarrollado herramientas en distintos formatos pensadas para el médico, en prevención de riesgo cardiovascular, osteoporosis, diabetes mellitus, depresión...; el Option Grids (incluye herramientas en castellano), el MED-DECS, (incluye herramientas

en castellano), el Health Dialog/Informed Medical Decisions Foundation, el NHS, y Healthwise, entre otras.

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de los artículos que se han publicado en referencia a ello que recojan los tratamientos o actividades preventivas utilizando como intervención las decisiones compartidas en Atención Primaria.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Razones para una revisión actualizada

La toma de decisiones clínicas lleva aparejada un cierto grado de incertidumbre, siendo ésta una característica de la medicina (25).

Las decisiones compartidas se han utilizado tanto en el diagnóstico, tratamiento y cribado de enfermedades en Atención Primaria, mejorando la satisfacción de los pacientes al recibir mayor información y participación en las decisiones (4) .

Hasta la fecha no se ha realizado ninguna revisión de ensayos clínicos que tengan como intervención la toma de decisiones compartidas en el ámbito de la Atención Primaria.

Objetivos

Evaluar la efectividad de la toma de decisiones compartidas en las consultas de Atención Primaria en cuanto a los resultados clínicos, adherencia a los tratamientos, conflicto con las decisiones, satisfacción de profesionales y pacientes con el proceso y conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad.

Como objetivos secundarios se plantean la descripción de las enfermedades donde se ha realizado toma de decisiones compartidas, las herramientas utilizadas para las decisiones, los profesionales implicados y la duración del encuentro clínico.

METODOLOGÍA

Tipos de estudios

Para llevar a cabo esta revisión se han seleccionado ensayos clínicos que utilizan como intervención la toma de decisiones compartidas en el entorno de la Atención Primaria, publicados en cualquier fecha, en inglés, español o portugués.

Tipo de participantes

Se han seleccionado para esta revisión los ensayos clínicos que incluyen pacientes atendidos en las consultas de atención primaria para actividades de tratamiento, prevención o promoción de la salud en enfermedades agudas o crónicas.

Tipos de intervenciones

Para esta revisión se han considerado las intervenciones diseñadas para ayudar a tomar decisiones compartidas entre profesionales y pacientes sobre las distintas opciones de tratamiento, actividades preventivas o de promoción de la salud.

Se consideran en el grupo control las intervenciones diferentes a las decisiones compartidas, como los cuidados habituales o cualquier otra no asociada con este modelo de relación clínica.

Tipos de medidas de resultados

-Tipos de enfermedades en las que se ha utilizado la toma de decisiones compartidas para la elección entre tratamientos, medidas preventivas o de promoción de la salud.

-Profesionales implicados y tiempo empleado en el proceso de decisiones compartidas

-Herramientas de apoyo a las decisiones.

-Resultados clínicos de la intervención.

- Adherencia a los tratamientos.
- Conocimientos de los pacientes de las diferentes opciones de tratamiento.
- Efectos adversos derivados de la intervención.
- Conflicto con la decisión, definido como la incertidumbre del paciente sobre el curso de acción a tomar cuando la elección implica un riesgo o un desafío a sus valores o preferencias.
- Satisfacción de profesionales y pacientes con el proceso de toma de decisiones

Criterios de exclusión

Se excluirán aquellos estudios que no tengan la publicación a texto completo, los protocolos de estudio sin resultados publicados, los estudios que no sean ensayos clínicos aleatorizados controlados y los realizados en un ámbito diferente a la atención primaria.

Métodos de búsqueda

Para localizar estudios primarios se han consultado las siguientes bases de datos en el período comprendido enero-febrero de 2017:

- MEDLINE vía Pubmed.
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL).
- NHS Economic Evaluation Database.

Además, se han buscado estudios secundarios y guías de práctica clínica utilizando los términos “Shared decision making” AND “Primary care” en las siguientes fuentes de información: Centres for Reviews and Dissemination (CRD), Red Internacional de Agencias de Evaluación (INAHTA), National Guideline Clearinghouse, Guidelines International Network.

Estrategias de búsqueda

MEDLINE

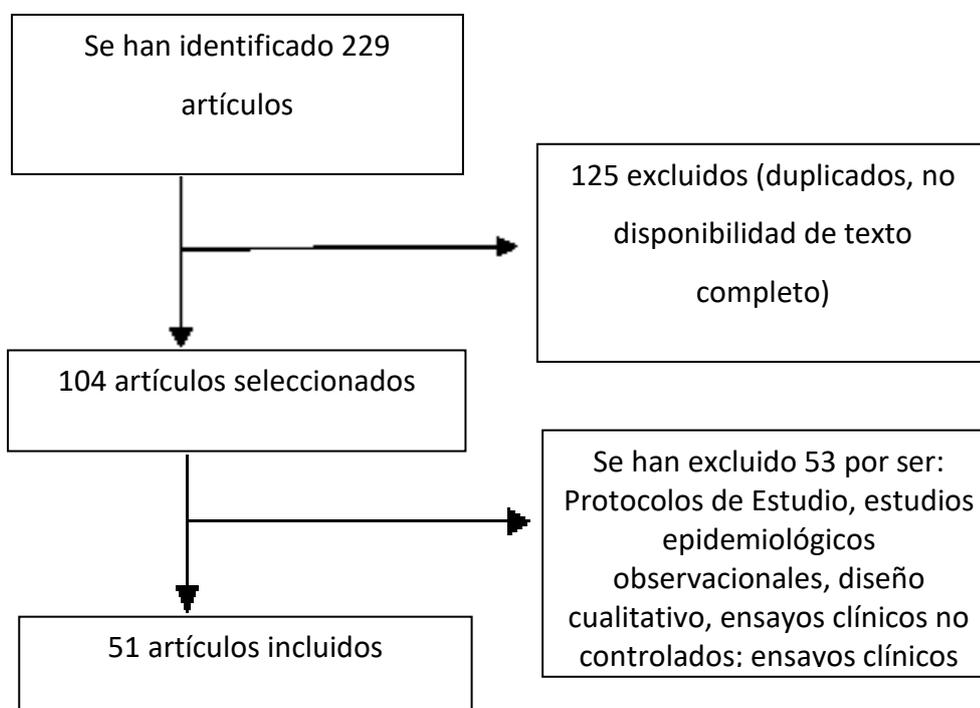
"Decision Making"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh] AND (Randomized Controlled Trial[ptyp] OR "before and after"[tiab]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])

Cochrane Central Register of Controlled Trials, NHS Economic Evaluation Database
"Shared decision making" AND "Primary care"

Resultados de la búsqueda

Se han identificado 229 artículos, de los que se seleccionaron 104 y se incluyeron 51, hasta la fecha de realización de la búsqueda en diciembre de 2016.

Las fechas de publicación de los ensayos van desde mayo de 1999 el más antiguo, a abril de 2016 el más reciente.



RESULTADOS

Participantes

El número de participantes aleatorizados en los 51 ensayos clínicos ha sido de 24.777, con un rango que va de 29 a 5.599 personas. Solo en dos ensayos la edad de los participantes era inferior a 18 años (Ficks et al. 2015; Legare F, et al. 2012).

Enfermedades en las que se hace una intervención utilizando las decisiones compartidas

En la mayoría de los ensayos clínicos las decisiones compartidas se usaron en el cribado de distintas patologías.

En 9 estudios se realizó un screening con PSA en el cáncer de próstata (Lewis, et al. 2015; Wilkes A, et al. 2013; Myers R, et al. 2010; Tomko K, et al. 2014; Sheridan, SL et al. 2012; Leader A, et al. 2012; Kripalani, S et al. 2007; Krist, AH et al. 2007), en 3 un screening del cáncer colorrectal y otros cánceres (Price-Haywood, EG et al. 2014; Schroy III, PC et al. 2012; Schroy, et al. 2011), y 6 en el cribado de los factores de riesgo cardiovascular (Buhse et al. 2015; GryHarmsen C, et al. 2014; Eckman MH, et al. 2012; Krones, MD et al. 2008; Koelewijn-van Loon, et al. 2009; Krones et al. 2009).

En 6 ensayos se determinó el efecto de las herramientas de ayuda a las decisiones sobre el tratamiento de la diabetes (Bailey, 2016; Perestelo-Perez, et al. 2015; Buhse et al. 2015; Branda, ME et al. 2013; Legare, F et al. 2013; Sieber, W et al. 2012) ; 3 en la depresión (Aljumah and Hassali 2015; LeBlanc et al. 2015; Loh, A et al. 2007), 5 en enfermedades crónicas en general (Lewellyn et al. 2014; Kennedy, A et al. 2013; Rasmussen, C; Williams, M 2002; Elwyn, G et al. 2004; Maly, RC et al. 1999), 2 en insuficiencia respiratoria aguda (Legare F, et al. 2012; Legare F, et al. 2010), 2 en el uso de antibióticos (Giguère, A et al. 2012; LeBlanc et al. 2011), 2 en la mejora de la comunicación (Talen, MR et al. 2011; Williams, N; Ogden, J 2004), y 1 respectivamente en cada proceso de los siguientes: asma pediátrica (Ficks et al. 2015), osteoporosis (Montori et al. 2011), patología del tracto urinario inferior (Wolters, R et al. 2004), cardiopatía isquémica (Eckman, MH et al. 2012), HTA (Tinsel, I et al. 2013), paliativos

(Wagner, CJ et al. 2010) , cáncer de piel (Alden 2014), lumbalgia (Patel, S et al. 2014), uso de NSAID (Miller, M et al. 2014), prescripción de antidiisipémicos (GryHarmsen, C, et al. 2014), obesidad (Osunlana et al. 2015), uso de opiáceos (Sullivan, et al. 2006).

Descripción de las intervenciones

En 16 ensayos clínicos las herramientas de ayuda a las decisiones (HAD) se utilizaron en la elección, intensificación, seguimiento y optimización de los tratamientos.

Algunas intervenciones utilizan HAD interactivas para optimizar o intensificar los tratamientos (Bailey, 2016, Ficks et al. 2015, Aljumah and Hassali 2015).

En otras se trata de una carta o cita en consulta (Lewis, et al. 2015).

Sesiones sobre el uso de opiáceos (Sullivan, et al. 2006).

Guías electrónicas (Kaner, E et al. 2007).

Clases para aumentar las habilidades clínicas (Hoffman, T et al. 2014).

HAD en entrevista clínica (Rasmussen, C; Williams, M 2002)

HAD en el uso de antibióticos (Legare, F et al 2012, Legare, F et al. 2013).

Uso de vídeos y procesos asistenciales para la toma de decisiones en la consulta (Deen, D et al. 2011), y en prevención secundaria cardiovascular (Eckman, MH et al. 2012).

Herramienta con datos numéricos sobre riesgo cardiovascular y uso de hipolipemiantes (GryHarmsen, C et al. 2014).

Información escrita o vía web (Tomko, K et al. 2014).

En 9 de ellos las herramientas de ayuda a la toma de decisiones se utilizaban en el screening de cáncer de próstata con determinación del Antígeno Prostático Específico (PSA). En 6, para el control de factores de riesgo cardiovascular.

La intervención que se realiza en el grupo control de todos los ensayos es la de “cuidados habituales”, excepto uno donde se compara una HAD en el uso de opiáceos con el material escrito (Sullivan et al. 2006).

Conflicto decisional

El efecto de la intervención para disminuir el conflicto decisional solo se valora en 15 estudios.

En un ensayo donde se utiliza la HAD en la elección del tratamiento de la depresión (LeBlanc et al 2015), la intervención mejoró el conflicto decisional en médicos y paciente, pero los resultados solo fueron significativos en los primeros.

Hubo diferencias significativas, mejorando la eficacia de las decisiones y disminuyendo el conflicto decisional en: Deen D, et al 2011, en Alden 2014 para el tratamiento del cáncer de piel, Branda ME et al, 2013 para la intensificación del tratamiento de la DM2, Legare F et al, 2013 en el uso de antibióticos para las infecciones respiratorias, Thomson RC et al, 2007 para decidir el inicio de ACO, Krist AH, et al 2007 en el screening de PSA, Legare F, et al 2010 en el uso de antibióticos.

En Krones, MD et al. 2008 para la prevención del riesgo cardiovascular, en Montori et al. 2011 para la intensificación del tratamiento de la osteoporosis, en Legare, F et al. 2012 para el uso de antibióticos en la infección respiratoria alta, en GryHarmsen C, et al. 2014 para la prescripción de estatinas según el riesgo cardiovascular y en Myers, R et al. 2010 en el cribado con PSA, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos.

Satisfacción con la participación en la toma de decisiones

La satisfacción fue valorada en 26 ensayos.

En 14 estudios hubo una mayor satisfacción con la intervención que aplica las decisiones compartidas (Perestelo-Perez, et al. 2015, Aljumah and Hassali 2015, LeBlanc et al. 2015, LeBlanc et al. 2011, Sullivan et al. 2006, Krones, MD et al. 2008, Wilkes, A et al. 2013, Loh, A et al. 2007, Thomson, RC et al. 2007, Krist, AH et al. 2007, Swenson, SL et al. 2004, Elwyn, G et al. 2004, Williams, N; Ogden, J 2004, Wolters, R et al. 2004, Maly, RC et al. 1999).

En GryHarmsen, C et al. 2014, Patel, S et al. 2014, Alden 2014, Branda, ME et al. 2013, Sheridan, SL et al. 2012, Eckman, MH et al. 2012 y Schroy et al. 2011 la satisfacción fue semejante en el grupo intervención y en el control. Las diferencias no eran significativas.

Y en Montori et al. 2011 la satisfacción fue mayor en el grupo control, aunque no había diferencias significativas.

TIPOS DE MEDIDAS DE RESULTADOS

1) Resultados clínicos

De los 51 artículos incluidos en el estudio, 28 han obtenido resultados clínicos estadísticamente significativos, que son los que se describen a continuación. Del resto de artículos, 20 han obtenido resultados de interés clínico pero no han alcanzado grado de significación estadística, y en 2 de ellos no se incluían en los objetivos del estudio variables clínicas excepto la satisfacción en el uso de la TDC, variable que hemos analizado de forma independiente.

La principal variable analizada que está asociada a una actitud activa del paciente y su implicación en la toma de decisiones en la consulta es la participación de los pacientes en el grupo intervención. Ésta muestra resultados positivos en la totalidad de los estudios, si bien sólo en 13 de los 51 (25.49%) artículos incluidos en el estudio ha sido estadísticamente significativa (Lewis et al. 2015; Wilkes, A et al. 2013; Deen, D et al. 2011; Sieber, W et al. 2012; Myers, R et al. 2010; Alden 2014; Branda, ME et al. 2013; Legare, F et al. 2013; Talen MR, et al 2011; Krist, AH et al. 2007, Elwyn, G et al. 2004; Krones et al. 2009; Kripalani S et al 2007).

En 13 de los 51 estudios, se ha revisado el tratamiento del paciente en el contexto de la toma de decisiones clínicas en la consulta, valorando las opciones terapéuticas y ajustando los tratamientos o intensificándolos si fuera necesario (Bailey, 2016; Ficks et al. 2015; Aljumah and Hassali 2015; Kaner, E et al. 2007; Kennedy, A et al. 2013; LeBlanc et al. 2011; Sullivan et al. 2006; Montori et al. 2011; Patel. S et al. 2014; Alden 2014; Branda, ME et al. 2013; Tinsel. I et al. 2013; Loh, A et al. 2007); valorando la necesidad de antibioterapia (Legare, F et al. 2013; Legare, F et al. 2012; Legare, F et al 2010); el iniciar terapia dislipémica según niveles de colesterol (Perestelo-Perez et al. 2015; GryHarmsen, C et al. 2014) o iniciar tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular (Thomson, RC et al. 2007).

Un número no desdeñable de estudios han valorado la TDC en la inclusión de los pacientes en programas de cribado poblacional, o el sometimiento voluntario a pruebas de screening en el cáncer de próstata y en el cáncer colorrectal (Schroy et al. 2011; Lewis et al. 2015; Myers, R et al. 2010; Tomko, K et al. 2014; Price-Haywood, EG et al. 2014; Sheridan, SL et al. 2012; Leader, A et al. 2012; Kripalani, S et al. 2007; Krist, AH et al. 2007; Wilkes, A et al. 2013; Schroy III, PC et al. 2012) .

Es mayor el número de estudios en los que se explica al paciente la no conveniencia de considerar el valor del PSA como parámetro diagnóstico de neoplasia de próstata, en concreto en 8 de los 11 artículos que tienen como objetivo el cribado poblacional y donde una mejoría de los conocimientos acerca del cáncer de próstata en la población masculina a partir de los 50 años debería correlacionarse con un descenso en el número de biopsias de próstata solicitadas desde Atención Primaria (Lewis et al. 2015; Myers, R et al. 2010; Tomko, K et al. 2014; Sheridan, SL et al. 2012; Leader, A et al. 2012; Kripalani, S et al. 2007; Krist, AH et al. 2007; Wilkes, A et al. 2013).

Dos estudios presentan resultados significativos en el cribado de cáncer colorrectal, que a diferencia del de próstata, sí que se relaciona con un aumento en la solicitud de estudios endoscópicos de forma significativa (Schroy III, PC et al. 2012; Schroy et al. 2011).

El seguimiento de la propia enfermedad, o el buen control de los parámetros clínicos que indican una actitud pro activa en el paciente, así como el tener acceso al médico de cabecera para poder consultarle dudas acerca de la medicación o de la patología que se padece, sobretodo en enfermedades crónicas como la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus o la dislipemia, suponen 6 de los 51 artículos (Buhse et al. 2015; Krones, MD et al. 2008; Wilkes, A et al. 2013; Sieber, W et al. 2012; Loh, A et al. 2007; Maly, RC et al. 1999).

El otro objetivo con menor proporción que predomina en los estudios revisados, en los que se analiza de forma significativa, es la variable “prevención de la enfermedad cardiovascular” y la consideración de los factores de riesgo cardiovasculares introduciendo cambios en el estilo de vida o la prevención primaria/secundaria, en sólo

5 de 51 artículos revisados (Buhse et al. 2015; Krones, MD et al. 2008; Koelewijn-van Loon, et al. 2009, Krones et al. 2009).

Por último, el objetivo que consta entre los más frecuentes, es la valoración de distintas herramientas que facilitan al médico la exposición de la enfermedad y sus características, así como la evaluación de las habilidades clínicas más valoradas por los pacientes o en cuidados paliativos. Este objetivo lo encontramos en 6 de los 51 artículos (Hoffman, T et al. 2014; Tomko, K et al. 2014; Wagner, CJ et al. 2010; Maly, RC et al. 1999; Williams N, Ogden J 2004).

En 9 estudios los pacientes refieren una mejoría en el conocimiento de la medicación y de la propia enfermedad, percibiendo una mayor eficacia en la toma de decisiones (Bailey 2016; Aljumah and Hassali 2015; Sullivan et al. 2006; Krones, MD et al. 2008; Branda, ME et al. 2013; Alden 2014; Krist, AH et al. 2007; Wagner, CJ et al. 2010; Perestelo-Perez et al. 2015).

Estos estudios han sido llevados a cabo en su mayoría por médicos de Atención Primaria, y otros por Enfermería. Destaca un artículo dirigido desde el departamento de Farmacia que atiende un área de salud y que se ha incluido en la revisión ya que aporta información acerca de la prescripción y adherencia al tratamiento, pues son los principales responsables de su dispensación al paciente (Aljumah and Hassali 2015).

Solo en dos de los artículos revisados se ha valorado el tiempo de consulta empleado en la TDC y en el grupo control, sin mostrar diferencias significativas en ninguno de los dos estudios (LeBlanc et al. 2015; Kaner, E et al. 2007).

La presentación y exposición a los pacientes por parte de los profesionales de las distintas opciones terapéuticas de forma clara y ordenada, es uno de los análisis que se ha realizado en 5 artículos con resultados significativos (Williams N, Ogden J 2004; Sullivan et al. 2006; Loh, A et al. 2007; Talen, MR et al. 2011).

En gran parte de los estudios la intervención se ha llevado a cabo en pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus o la cardiopatía isquémica, las infecciones respiratorias altas y del tracto urinario inferior bajo, valorando el uso de antibióticos de forma adecuada en las infecciones o la prevención primaria y secundaria en dichas enfermedades.

En general, no se han encontrado pruebas convincentes de que existan diferencias en la percepción de una mejoría del estado de salud entre el grupo de pacientes donde se utilizaron algunas de las herramientas para la toma de decisiones compartidas, y aquellos grupos en los que se siguieron los cuidados habituales en la consulta.

En algunos estudios se han comparado distintas herramientas para la TDC (Tomko, K et al. 2014; Kaner, E et al. 2007; Ficks et al. 2015; Eckman, MH et al. 2012). Solo en uno de ellos la información que se ofrecía a los pacientes desde la web era preferida a cualquier tipo de información escrita que se les hiciera llegar por carta o se les diera en mano (Tomko, K, et al. 2014).

Variables como la disminución del número de visitas al médico motivadas por el propio paciente, la mejora en la percepción de los factores de riesgo cardiovascular, o la valoración positiva en el papel del médico como informador e interlocutor han sido registradas en algunos de los estudios, sin ser las variables principales en ninguno de ellos, a pesar de haber mostrado resultados estadísticamente significativos.

En ninguno de los estudios se han descrito efectos adversos de una medicación en relación o como objetivo de la TDC.

2) Resultados en la mejora de los conocimientos

En varios de los artículos se ha estudiado la mejoría de los conocimientos de los pacientes acerca de su tratamiento y su enfermedad. Han mostrado resultados estadísticamente significativos en la mejora de los conocimientos acerca de la patología que padecen, tanto en aquellos ensayos cuyo objetivo eran los cribados de screening poblacionales, como en los que perseguían favorecer la importancia de la prevención primaria y secundaria.

Únicamente 8 de los 51 artículos han demostrado resultados estadísticamente significativos en términos generales de mejora de conocimiento (Perestelo-Perez et al. 2015; Bailey 2016; Sullivan et al. 2006; Wagner, CJ et al. 2010; Sieber, W et al. 2012; Krist, AH et al. 2007; Talen, MR et al. 2011; Krones, MD et al. 2008). Un 50% recoge una

mejoría percibida, ya sea de forma subjetiva por los propios pacientes en la consulta o a través de encuestas, o bien de forma más objetiva por los propios profesionales durante los encuentros. Lo que refleja un mayor conocimiento de las características de la enfermedad que padecen, en la mayor parte de los casos enfermedades crónicas.

3) Resultados en la adherencia a los tratamientos

Son pocos los estudios en los que el análisis de la adherencia al tratamiento haya presentado un valor significativo. Sólo en 2 de los 51 artículos revisados (Montori et al. 2011; Aljumah and Hassali 2015), a pesar de que en la gran mayoría de ellos era una de las principales variables a estudio.

RIESGO DE SEGOS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Aleatorización

En los 51 ensayos incluidos en esta revisión se hizo una aleatorización de los participantes.

Descripción del método de aleatorización

En 10 ensayos no se describe el método de aleatorización (Bailey et al. 2016, Osunlana et al. 2015; Sullivan et al. 2006; Kaner, E et al. 2007; Kennedy, A et al. 2013; Rasmussen C, Williams M 2002; Schroy III, PC et al. 2012; Giguère, A et al. 2012; Tinsel, I et al. 2013; Leader, A et al. 2012; Krones, et al. 2009).

Cegamiento

En 41 ensayos no se realizó un doble ciego: Bailey et al. 2016; Lewellyn et al. 2014; Buhse et al. 2015; Perestelo-Perez, et al. 2015; Lewis et al. 2015; Osunlana et al. 2015; Leblanc et al. 2015; Leblanc et al. 2011; Sullivan, SL et al. 2006; Krones, MD et al. 2008; Kaner, E et al. 2007; Kennedy, A et al. 2013; Wilkes, A et al. 2013; Hoffman, T et al. 2014; Montori et al, 2011; Rasmussen C, Williams M 2002; Koelewijn-van, Loon et al. 2009; Legare, F et al. 2012; Deen, D et al. 2011; Gry Harmsen, C et al. 2014; Sieber, W et al. 2012; Myers, R et al. 2010; Tomko, K et al. 2014; Miller, M et al. 2014; Alden 2014; Price-Haywood, EG et al. 2014; Schroy III, PC et al. 2012; Giguère, A et al. 2012; Légaré, F et al. 2013; Wagner, CJ et al. 2010; Tinsel, I et al. 2013; Eckman, MH et al. 2012; Leader, A et al. 2012; Talen, MR et al. 2011; Kripalani, S et al. 2007; Krist, AH et al. 2007; Swenson, SL et al. 2004; Schroy et al. 2011; Légaré, F et al. 2010; Williams N, Ogden J 2004; Krones et al. 2009.

Enmascaramiento adecuado

En 35 ensayos no se describían las condiciones de enmascaramiento: Bailey et al. 2016; Perestelo-Perez, et al 2015; Osunlana et al 2015; Leblanc et al, 2011; Sullivan, SL et al. 2006; Kaner, E et al. 2007; Kennedy, A et al. 2013; Rasmussen C, Williams M 2002; Legare, F et al. 2012; Deen, D et al. 2011; Gry Harmsen, C et al. 2014; Sieber, W et al. 2012; Tomko, K et al. 2014; Miller, M et al. 2014; Patel, S et al. 2014; Alden 2014; Price-Haywood, EG et al. 2014; Schroy III, PC et al. 2012; Giguère, A et al. 2012; Branda, ME et al. 2013; Légaré, F et al. 2013; Wagner, CJ et al. 2010; Tinsel, I et al. 2013; Eckman, MH et al. 2012; Leader, A et al. 2012; Talen, MR et al. 2011; Kripalani, S et al. 2007; Krist, AH et al. 2007; Swenson, SL et al. 2004; 45; Elwyn, G et al. 2004; Schroy, et al. 2011; Légaré, F et al. 2010; Williams N, Ogden J 2004; Krones et al. 2009; Thomson, RC et al. 2007.

Datos incompletos

En 29 de los artículos revisados no constaba el número de pacientes que eran retirados del ensayo o bien que lo abandonaban de forma voluntaria, ni las causas de los mismos: Bailey et al. 2016; Lewellyn et al. 2014; Lewis, et al 2015; Osunlana et al. 2015; Sullivan, SL et al. 2006; Kaner, E et al. 2007; Kennedy, A et al. 2013; Rasmussen C, Williams M 2002; Deen, D et al. 2011; Gry Harmsen, C et al. 2014; Sieber, W et al. 2012; Myers, R et al. 2010; Tomko, K et al. 2014; Alden 2014; Schroy III, PC et al. 2012; Légaré, F et al. 2013; Wagner, CJ et al. 2010; Eckman, MH et al. 2012; Leader, A et al. 2012; Talen, MR et al. 2011; Kripalani, S et al. 2007; Loh, A et al. 2007; Krist, AH et al. 2007; Swenson, SL et al. 2004; Elwyn, G et al. 2004; Schroy, et al. 2011; Williams N, Ogden J 2004; Krones et al. 2009; Maly, RC et al. 1999.

Estudios excluidos

De los 53 artículos excluidos tras su lectura, 23 se han descartado por ser Protocolos de Estudio y que por lo tanto no pueden aportarnos resultados; 16 son estudios epidemiológicos observacionales, de cohortes en su mayoría; 3 artículos tienen un diseño cualitativo; 3 son ensayos clínicos pero no controlados; y 8 de los artículos

excluidos son ensayos clínicos pero no realizados en el ámbito de la Atención Primaria, principalmente por servicios de Oncología, Cirugía, Nefrología y Psiquiatría.

DISCUSIÓN

Esta revisión incluye 51 artículos en los que se ha estudiado la efectividad de la toma de decisiones clínicas compartidas en las consultas de atención primaria para el tratamiento y prevención de diferentes patologías, comparando la intervención con un grupo control al que se aplicaban lo que englobamos bajo el concepto de “cuidados habituales”. Sólo en uno, el ensayo valoraba dos grupos de profesionales entrenados en TDC pero utilizando dos herramientas distintas (Deen, D et al. 2011).

Como ya se ha visto, la toma de decisiones conjuntas podríamos describirla como un proceso por el que se posibilita a los profesionales y a los propios pacientes, respetando y considerando sus valores y preferencias, su implicación en las decisiones diagnósticas o terapéuticas, apoyadas en la mejor evidencia. Para valorar su efectividad, nos hemos fijado en primer lugar en los escenarios clínicos en que tenían lugar los estudios, y que han presentado resultados estadísticamente significativos, es decir, en los que se ha demostrado efectividad en el uso de la TDC. La mayoría de ellos han sido realizados en cribado poblacional de cáncer, principalmente en cáncer de próstata.

En una publicación reciente (26), entre otras muchas ya mencionadas, se plantea la toma de decisiones clínicas compartidas como opción cuando hay incertidumbre a la hora de hacer una recomendación sobre la conveniencia o no de someterse a un test de screening desde la consulta de Atención Primaria, teniendo en cuenta las características individuales del paciente, como es el caso del Antígeno Prostático Específico, PSA (26). Con lo cual los resultados de nuestra revisión concuerdan y demuestran la importancia progresiva que va cobrando la toma de decisiones clínicas en la literatura científica actual y en la aplicabilidad clínica posterior en screening poblacionales.

También, en menor número, se ha estudiado el cribado poblacional para otros tipos de cánceres como el cáncer colorrectal, en el que el dilema del médico es menor que en el test de PSA frente a la solicitud de sangre oculta en heces (SOH), que ofrece menor conflicto decisional ya que un resultado positivo no justificable obliga a solicitar un estudio endoscópico.

Las mejoras en ajuste, intensificación y revisión de la indicación en el tratamiento también han sido objeto en varios de los ensayos clínicos revisados demostrando su efectividad. Entre las patologías que se han estudiado, las más frecuentes han sido las enfermedades crónicas, sobre todo la diabetes mellitus y las dislipemias, y en menor medida la depresión.

Se ha estudiado el uso y prescripción adecuada de la antibioterapia en el tratamiento de infecciones respiratorias o del tracto urinario; lo que se corresponde con una actividad propiamente de Atención Primaria y que está siendo objetivo de una de las últimas campañas lanzadas desde la OMS, dado el aumento en la resistencia a los antibióticos detectada a nivel mundial (27).

Son pocos los estudios que han demostrado una disminución del conflicto decisional usando la TDC, siendo más frecuente esta reducción entre los profesionales que entre los pacientes.

La falta de tiempo es percibida por la mayoría de los profesionales médicos como obstáculo para poder llevar a cabo la TDC en las consultas diarias, (28) y (29) sin haber encontrado diferencias significativas en nuestra revisión, de lo que no podemos concluir, con los datos disponibles, que ejercer la TDC comporte una dedicación mayor de tiempo. Probablemente la formación y experiencia del médico sea un factor determinante.

A pesar de la motivación de los pacientes para participar en los estudios, los resultados obtenidos en las variables estudiadas no han alcanzado una relevancia estadística. Lo cual puede explicarse por la baja potencia estadística de gran parte de los estudios evaluados.

La adherencia al tratamiento ha sido una de las variables con resultados inferiores a los esperados, a pesar de estar presente en muchos de los ensayos. No podemos concluir que la TDC haya sido efectiva en cuanto a la mejora del cumplimiento terapéutico. Puede deberse a la escasez de muestra analizada.

La principal limitación a la hora de estudiar la efectividad de esta intervención, es no disponer de una variable que sea capaz de medirla, o instrumentos que recojan las conductas observadas en pacientes y médicos antes y después de utilizar la toma de decisiones en su consulta.

- Aplicabilidad de los resultados

Tras el análisis de los resultados, donde mayor efectividad ha demostrado la toma de decisiones compartidas ha sido en programas de cribado poblacional. Programas que tienen un gran desarrollo en la Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.

El programa de detección precoz de cáncer colorrectal y el de cáncer de mama llevan años implantados en la CCAA y, aunque éste último no ha sido objeto específico de estudio en ninguno de los artículos revisados, nos parece que podría ser interesante en próximos trabajos estudiar la aplicación de la toma de decisiones compartidas antes de someterse a las mamografías incluidas en el programa de screening, dado los resultados recientemente publicados que ponen en duda su conveniencia (30), (31), (32).

La incidencia de cáncer de próstata en España en 2015 fue de 33.370 casos nuevos (33), inferior al de colo-recto y superior al de mama. Las tasas de respuesta al tratamiento muestran resultados favorables, pero es en el diagnóstico donde podemos intervenir desde las Consultas de Atención Primaria, ya que hay una falta de evidencia en relación al papel del PSA como parámetro predictor del cáncer de próstata (34).

En una revisión reciente, acaban concluyendo que es necesario un cambio en las estrategias de prevención del cáncer de próstata y el papel del PSA (35). Con la TDC, se garantiza que tanto los médicos como los pacientes están bien informados acerca de los potenciales beneficios y perjuicios del test de PSA (36).

En EEUU, un estudio publicado refleja que casi 2/3 de los pacientes varones incluidos en el mismo (>3000) no habían hablado acerca del PSA en sus consultas con el médico (37) . Tras las publicaciones más recientes que muestran preocupación por el no descenso de la mortalidad debida a cáncer de próstata, a pesar del aumento en el número de test de PSA y Biopsias que se realizan, una de las alternativas podría ser incorporar las preferencias del paciente en la toma de decisiones, y fomentar una mayor implicación por su parte, dándoles la oportunidad de expresar sus valores, respetando

la opinión del facultativo, y facilitándoles, en definitiva, el asumir su rol de paciente, haciendo efectivo el principio de autonomía. Podemos valernos de alguna de las herramientas descritas previamente como apoyo.

Con la TDC es más probable que las decisiones tomadas sean de alta calidad, es decir, que las pruebas diagnósticas o tratamientos que se indiquen sean reflejo de la consideración de las preferencias personales de cada paciente (38).

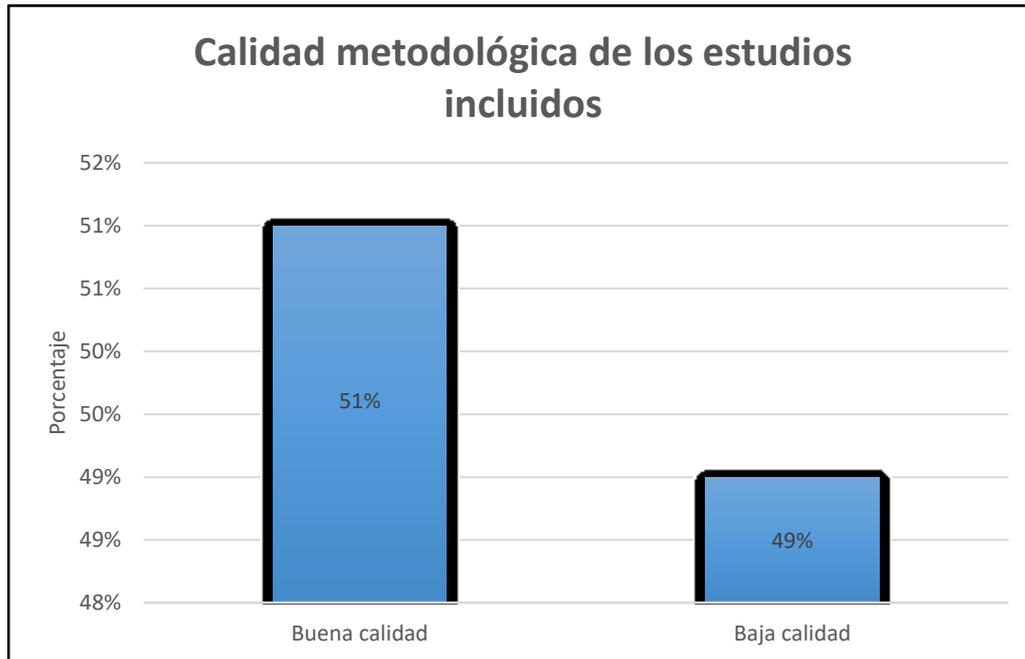
Una de las herramientas que podría ayudarnos sería la que *Ankerst y Hoefler* publicaron en 2014 (39), para calcular en la misma consulta con el paciente, el riesgo estimado de bajo vs alto grado (Gleason > 7) de cáncer de próstata, incorporando el PSA libre, facilitando la individualización de los factores de riesgo del paciente, su implicación y conocimiento de la validez del test, y estimulando una actitud de escucha y de implicación por su parte, previo a la deliberación.

En definitiva, la TDC puede ser tenida en cuenta como estrategia en las consultas de Atención Primaria, para valorar los beneficios y perjuicios de solicitar un test de PSA a aquellos varones, a los que se ha informado bien previamente para que puedan elegir lo más correcto para ellos (36).

- Calidad de la evidencia

La calidad de las pruebas presentadas en esta revisión se evaluó según la escala de Jadad (40).

De los 51 artículos que cumplían los criterios de inclusión en el estudio, 26 puntúan 3 o más de 3 en la Escala de Jadad, lo que implica una buena calidad metodológica de los estudios incluidos.



La principal razón para una baja calidad de la evidencia es la presencia de sesgos. Los más frecuentes son la ausencia de enmascaramiento y de condiciones adecuadas para el mismo.

La mayor evidencia se encuentra en 16 estudios (Ficks, et al 2015; Aljumah and Hassali 2015; Sheridan, SL et al, 2012; Loh, A ET AL 2007; Wolters R, et al 2004; Maly RC, et al 1999; Buhse et al. 2015; Leblanc et al. 2015; Krones, MD et al. 2008; Wilkes, A et al. 2013; Hoffman, T et al. 2014; Montori et al. 2011; Koelewijn-Van Loon, et al. 2009; Patel, S et al. 2014; Branda, ME et al. 2013; Thomson, RC et al. 2007).

- Discusión con otros estudios

En una revisión sistemática sobre la TDC en distintas patologías y distintos ámbitos clínicos se encuentran resultados similares en nuestro estudio en cuanto a las patologías valoradas, y las variables estudiadas (adherencia al tratamiento y conocimientos). La principal diferencia es la duración de los ensayos que se revisaban que abarcaban períodos más largos en el tiempo, por lo que se medía también el efecto a largo plazo (41).

No se han encontrado trabajos en los que la efectividad de la toma de decisiones compartidas muestre superioridad respecto a los cuidados habituales.

- Potenciales sesgos del proceso de revisión

Hemos intentado reducir los posibles sesgos en la revisión de los ensayos clínicos, haciendo una selección de los estudios y extracción de los datos por dos autores independientes.

CONCLUSIONES

- La toma de decisiones compartidas es efectiva en el cribado de determinados tipos de cáncer, sobretodo en el cáncer de próstata, que además precisa de un enfoque diferente a como se venía realizando en estos momentos dado que hay evidencia de que el screening implantado no ha dado los resultados clínicos esperados.
- En cuanto a su utilización para decidir el tratamiento, ésta adquiere especial relevancia en la adecuación del tratamiento antibiótico por su frecuencia de prescripción en Atención Primaria y la importancia de hacer un uso racional de los mismos.
- Es importante la TDC como un nuevo modelo de relación médico-paciente en un ámbito sanitario como es la Atención Primaria donde los diagnósticos clínicos y los tratamientos se aplican con alto nivel de incertidumbre.
- Para poner en marcha la toma de decisiones compartidas es necesario establecer programas formativos para los profesionales con el objetivo de darles a conocer las herramientas disponibles y su aplicación en la práctica clínica diaria.
- No podemos concluir acerca de la efectividad de la TDC en las enfermedades estudiadas, para lo que será necesario realizar más estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. De T. Toma de decisiones compartidas con el paciente. Ciapponi A. 2012;15(1):2–4.
2. Emanuel E. Cuatro_modelos_relacion_M-P.
3. Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. Patient Educ Couns [Internet]. 2006 Aug 1 [cited 2017 Jan 28];62(2):205–11. Available from: <http://www.pec-journal.com/article/S0738399105002247/fulltext>
4. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? 2008;
5. Moral RR. La participación del paciente en la toma de decisiones: cuestiones controvertidas y una propuesta integradora y práctica. FMC Form médica Contin en atención primaria [Internet]. 2011;18(4):205–11. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072\(11\)70083-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(11)70083-4)
6. Luis a, Gavila E. Atención Primaria ´n del paciente en la toma de decisiones en atencio. 2013;42(5).
7. 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(10):1361–7.
8. Clínica G, Galega S, Interna DM. Decisiones compartidas en la enfermedad avanzada Shared decision-making in advanced disease. 2013;4(4):157–60.
9. Henselmans I, Van Laarhoven HW, Van der Vloodt J, De Haes HC, Smets EM. Shared decision making about palliative chemotherapy: A qualitative observation of talk about patients preferences. Palliat Med [Internet]. 2016.
10. Geurts JW, Willems PC, Lockwood C, Kleef M Van, Kleijnen J, Dirksen C. Patient expectations for management of chronic non- - cancer pain : A systematic review. 2016;(November):1–17.

11. Mckinstry B. General practice. 2000;(October):867–71.
12. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. Patient Educ Couns. 2006;61(3):319–41.
13. Bekker B. Shared decision-making: the debate continues. 2005;95–6.
14. Elwyn G, Edwards A, Mowle S, Wensing M, Wilkinson C, Kinnersley P, et al. Measuring the involvement of patients in shared decision-making : a systematic review of instruments. 2001;43.
15. 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(5):651–61.
16. Charles CATHY. S H A R E D D E C I S I O N - M A K I N G IN THE M E D I C A L ENCOUNTER : WHAT DOES IT MEAN ? (OR IT TAKES AT LEAST TWO TO TANGO). 1997;44(5):681–92.
17. Braddock CH, Fihn SD, Levinson W, Jonsen AR, Pearlman RA. How Doctors and Patients Discuss Routine Informed Decision Making in the Outpatient Setting. 1995;339–45.
18. Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W, Page P. in Outpatient Practice Time to Get Back to Basics. Jama. 1999;282(24):2313–20.
19. Cicaa E. Escala “CICAA.”
20. Ruiz Moral, M; Peralta Munguia, L; Pérula de Torres, LA; Gavilán Moral, E; Loayssa Lara J. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. Atención Primaria. 2010;42(5):257–65.
21. Ruiz Moral R, Rodriguez Salvador JJ, Perula de Torres L, Prados Castillejo JA. Effectiveness of a clinical interviewing training program for family practice residents: A randomized controlled trial. Fam Med. 2003;35(7):489–95.
22. Stiggelbout AM, Weijden TV d., Wit MPTD, Frosch D, Legare F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. Bmj

[Internet]. 2012;344(jan27 1):e256–e256. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e256>

23. Ciencia DE, Sanidad DE, Igualdad E. Herramienta de Ayuda para la Toma de Decisiones compartida en cáncer de mama Herramienta de Ayuda para la Toma de Decisiones compartida en cáncer de mama.

24. INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.

25. Loayssa Lara JR, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. Atención Primaria [Internet]. 2001;28(8):560–4. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656701704489>

26. Givler DGA. Health Screening. In: StatPearls Publishing. Treasure Island (FL: StatPearls;

27. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. WHO Press [Internet]. 2015;1–28. Available from: http://www.who.int/drugresistance/global_action_plan/en/

28. Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. 2013;33:60–4.

29. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: Formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(SUPPL.1):158–61.

30. Services H, Northwest P, Health O, Nelson HD, Cantor A, Humphrey L, et al. Number 124 Screening for Breast Cancer : A Systematic Review to Update the 2009 U . S . Preventive Services Task Force Recommendation. 2012;(124).

31. Raichand S, Dunn AG, Ong M, Bourgeois FT, Coiera E, Mandl KD. Conclusions in systematic reviews of mammography for breast cancer screening and associations with review design and author characteristics. 2017;1–8.

32. Moshki M, Shahgheibi S, Taymoori P, Moradi A, Roshani D, Holt CL. Psychometric properties of the mammography self-efficacy and fear of breast cancer scales in Iranian women. 2017;1–9.

33. Las cifras del cáncer en España 2017. Depósito Legal: M-2172-2017. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
34. Suspected cancer : recognition and referral. 2015;(June).
35. Lee DJ, Mallin K, Graves AJ, Chang SS, Penson DF, Resnick MJ, et al. Recent changes in prostate cancer screening practices and prostate cancer epidemiology. J Urol [Internet]. 2017; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28552708><http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002253471774517X>
36. Barry MJ, Simmons LH. Prevention of Prostate Cancer Morbidity and Mortality. Med Clin North Am [Internet]. 2017;101(4):787–806. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712517300329>
37. Han PKJ, Kobrin S, Breen N, Joseph DA, Li J, Frosch DL, et al. National Evidence on the Use of Shared Decision Making in Prostate-Specific. 2013;306–14.
38. Sepucha KR, Jr FJF, Jr AGM. Centered Care : The Need For. 2004;
39. Ankerst DP, Hoefler J, Bock S, Goodman PJ, Vickers A, Hernandez J, et al. NIH Public Access. 2015;83(6):1362–8.
40. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the Quality of Reports of Randomized Clinical Trials : Is Blinding Necessary ? 1996;12(January 1995):1–12.
41. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, De Weert GH, Sensky T, Van Der Staak CPF, De Jong CAJ. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. Psychother Psychosom. 2008;77(4):219–26.

ANEXOS

APPENDIX

Jadad scale for reporting randomized controlled trials

Many of the chapters in this book have reported the quality of the randomized trials using elements from one scale.¹ The main advantages of this scale are that:

- 1 it is easy to use;
- 2 it contains many of the important elements that have empirically been shown to correlate with bias; and
- 3 it has known reliability and external validity.

In order to avoid duplication, the elements of scale are presented in full here (Table A1).

It should be noted that there are other factors that are important in describing the quality of reporting and these have been formally incorporated into the

CONSORT (**C**onsolidated **S**tandards of **R**eporting **T**rials) checklist.² For example, some of the chapters make reference to blinding of allocation, *a priori* sample size calculation and statistical adjustment for multiple testing.

Some quality issues are unique to a particular problem. For example, it is impossible to blind the patient or caregivers to treatment group when epidural analgesia is given to one group (and not the other) for labor pain. Therefore another method, such as a written protocol, is necessary to minimize bias for that particular set of randomized controlled trials. Clinical trials that involve administration of a specialized test

Table A1 Jadad scale for reporting randomized controlled trials.

Item	Maximum points	Description	Examples
Randomization	2	1 point if randomization mentioned	is "The patients were randomly assigned into two groups"

		1 additional point if the method of randomization is appropriate	The randomization was accomplished using a computer-generated random number list, coin toss or well-shuffled envelopes
		Deduct 1 point if the method of randomization is inappropriate (minimum 0)	The group assignment was accomplished by alternate assignment, by birthday, hospital number or day of the week
Blinding	2	1 point if blinding is mentioned	"The trial was conducted in a double-blind fashion"
		1 additional point if the method of blinding is appropriate	Use of identical tablets or injectables, identical vials Use of tablets with similar looks but different taste
		Deduct 1 point if the method of blinding is inappropriate (minimum 0)	Incomplete masking
An account of all patients	1	The fate of all patients in the trial is known. If there are no data the reason is stated	"There were 40 patients randomized but the data from 1 patient in the treatment group and 2 in the control were eliminated because of a break in protocol"

or procedure should report the training of the individuals in the procedure.

It should also be noted that there is no scale in common use to assess non randomized (cohort and case-controlled) trials.

References

1 Jadad AR, Moore RA, Carroll D, *et al.* Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Control Clin Trials* 1996;**17**:1–12.

2 Altman DG, Schulz KF, Moher D, *et al.* The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. *Ann Intern Med* 2001;**134**:663–

Tabla 1. Análisis de los estudios incluidos con la Escala de Jaded

ESTUDIO, AÑO	ESTUDIO ALEATORIZADO	MÉTODO ALEATORIZACIÓN	DOBLE CIEGO	MÉTODO CEGAMIENTO	ABANDONOS Y RETIRADAS	TOTAL
1. BAILEY ET AL. 2016	1	0	0	0	0	1
2. FICKS, ET AL. 2015	1	1	1	1	1	5
3. LEWELLYN ET AL 2014	1	1	0	1	0	3
4. BUHSE ET AL 2015	1	1	0	1	1	4
5. PERESTELO-PEREZ, ET AL 2015	1	1	0	0	1	3
6. ALJUMAH AND HASSALI 2015	1	1	1	1	1	5
7. LEWIS, ET AL 2015	1	1	0	1	0	3
8. OSUNLANA ET AL 2015	1	0	0	0	0	1
9. LEBLANC ET AL 2015	1	1	0	1	1	4
10. LEBLANC ET AL, 2011	1	1	0	0	1	3
11. SULLIVAN SL, ET AL. 2006	1	0	0	0	0	1
12. KRONES, MD ET AL. 2008	1	1	0	1	1	4
13. KANER, E ET AL. 2007	1	0	0	0	0	1
14. KENNEDY, A ET AL. 2013	1	0	0	0	0	1
15. WILKES, A ET AL. 2013	1	1	0	1	1	4
16. HOFFMAN, T ET AL. 2014	1	1	0	1	1	4

17. MONTORI ET AL, 2011	1	1	0	1	1	4
18. RASMUSSEN C, WILLIAMS M 2002	1	0	0	0	0	1
19. KOELEWIJN-VAN LOON, ET AL. 2009	1	1	0	1	1	4
20. LEGARE, F ET AL. 2012	1	1	0	0	1	3
21. DEEN, D ET AL. 2011	1	1	0	0	0	2
22. GRY HARMSSEN, C ET AL. 2014	1	1	0	0	0	2
23. SIEBER, W ET AL. 2012	1	1	0	0	0	2
24. MYERS, R ET AL. 2010	1	1	0	1	0	3
25. TOMKO, K ET AL. 2014	1	1	0	0	0	2
26. MILLER, M ET AL. 2014	1	1	0	0	1	3
27. PATEL, S ET AL. 2014	1	1	1	0	1	4
28. ALDEN 2014	1	1	0	0	0	2
29. PRICE-HAYWOOD, EG ET AL. 2014	1	1	0	0	1	3
30. SCHROY III, PC ET AL. 2012	1	0	0	0	0	1
31. GIGUÈRE, A ET AL. 2012	1	0	0	0	1	2
32. BRANDA, ME ET AL. 2013	1	1	1	0	1	4
33. LÉGARÉ, F ET AL. 2013	1	1	0	0	0	2
34. WAGNER, CJ ET AL. 2010	1	1	0	0	0	2
35. TINSEL, I ET AL. 2013	1	0	0	0	1	2
36. SHERIDAN, SL ET AL. 2012	1	1	1	1	1	5
37. ECKMAN, MH ET AL. 2012	1	1	0	0	0	2

38. LEADER, A ET AL. 2012	1	0	0	0	0	1
39. TALEN, MR ET AL. 2011	1	1	0	0	0	2
40. KRIPALANI, S ET AL. 2007	1	1	0	0	0	2
41. LOH, A ET AL. 2007	1	1	1	1	0	4
42. THOMSON, RC ET AL. 2007	1	1	1	0	1	4
43. KRIST, AH ET AL. 2007	1	1	0	0	0	2
44. SWENSON, SL ET AL. 2004	1	1	0	0	0	2
45. ELWYN, G ET AL. 2004	1	1	1	0	0	3
46. SCHROY, ET AL. 2011	1	1	0	0	0	2
47. LÉGARÉ, F ET AL. 2010	1	1	0	0	1	3
48. WILLIAMS N, OGDEN J 2004	1	1	0	0	0	2
49. KRONES ET AL. 2009	1	0	0	0	0	1
50. WOLTERS, R ET AL. 2004	1	1	1	1	1	5
51. MALY, RC ET AL. 1999	1	1	1	1	0	4

JADAD ≥ 3 : BUENA CALIDAD METODOLÓGICA

Tabla 2. Resultados de los estudios

Autor	Sujetos (nº, edad, % varón)	Enfermedad Profesional	Grupos	HAD	Resultados (clínicos, conocimiento, adherencia)	Conflicto	Satisfacción
Bailey, 2016	225, 52 a, 45,3%	DM II MF y Endocrinos	G1: Uso de HDA G2: Cuidados habituales	HAD interactiva para intensificación del tratamiento	Mejor conocimiento medicación (35% vs 9,9%), autoeficacia en decisiones (3,7 vs-7,9) P<0,001	Menos conflicto decisional (22,2 vs-7,5) p<0.001	No valorada
Ficks et al. 2015	60; 8.3a,	Asma Pediatras AP	G1: padres uso EHR (portal MyAsthma) G2: cuidados habituales	HAD interactiva entre padres y médicos para conocer los síntomas, optimizar tratamiento.	Buena aceptación (92%) del Portal MyAsthma por parte de padres con niños con Asma moderada-grave; el número de visitas médicas fue menor en el G1 (0 VS 4%), así como hospitalizaciones (8 vs 29 2%) o visitas a Neumólogo o a su Pediatra, (31 vs 44% y 62 vs 67% respectivamente). Adherencia:	No medido	No valorada

					50% del G1 -> 5 meses. P>0.007 No significativo.		
Lewellyn et al. 2014	165, 46 a	Enfermos crónicos MF	G1: Enfermos crónicos /sanos divididos según información escrita-verbal. G2: Enfermos crónicos /sanos	HAD en la esfera psicológica como elemento clave para el concepto calidad de vida de forma individualizada que comporta cambios en el "sentirse mejor" subjetivamente.	Influencia de la información individualizada en la visión subjetiva de la QoL que provoca cambios a nivel psicológico en el "estar bien".	No medido	No medido
Buhse et al 2015	154,54.5 a.	DM II Endocrinos, Educadores en diabetes	G1: sesiones específicas sobre prevención de	HAD en la prevención de IAM en pacientes DM II.	Clínicos: grupo intervención, G1, la demanda de estatinas aumentó a los 6 m respecto al grupo control (91.4%vs 83.8, p 0.203), en el cese del tabaco en G1 fue 50% y grupo	No medido	No medido cuantitativamente: pero en las encuestas de autoevaluación

			IAM (Uso de HAD) G2: sesiones genéricas sobres estrés y FR (cuidados habituales)		control, G2, 58.3 con una diferencia negativa, y una $p=1$; en el control de TA y HbA1C es prácticamente igual (67.65 vs 70%, $p=0.856$ (95,8% vs 85,7%, $p=0.046$). 50% G1 demostraron aumento percepción del riesgo CV asociado a la DM II.		se recogió que las herramientas de ayuda a la TDC no fueron bien ejecutadas.
Perestelo -Perez, et al. 2015	168, DM II, >18 años	DM II MF	G1: Uso de HDA G2: Cuidados habituales	HAD en la decisión de tomar o no estatinas.	Mejoría en conocimientos en G1 $p=0.001$; percepción de riesgo a 10 años sin estatinas $p=0.01$, o con estatinas $p=0.08$.	No medido	Satisfacción $p=0.01$.
Aljumah and Hassali 2015	195; 18-60 años	Depresión Farmacéuticos que trabajan en psiquiátrico	G1: HAD + cuidados habituales G2: cuidados habituales	HAD interactiva para intensificación del tratamiento	Grupo intervención: diferencias significativas en la satisfacción con el tratamiento (88,71 vs 82,89 g control, con $p<0.001$); también en la confianza en la medicación (35,36 vs 38,12), y en la adherencia	No valorado.	Satisfacción medida con p significativa, G1 88,71 vs G2 82,89.

					al tto (5,99 vs 4, 94). Las tres con p <0.001.		
Lewis, et al 2015	2550; 50-75 años, varones	PSA screening MF	G1: HAD en tres modelos: carta, cita en consulta, o ambas G2: cuidados habituales	HAD en screening de PSA	Grupo intervención vs grupo control: resultados no esperados, solicitud PSA en G1 54% vs 65% en G2, con una p= 0,008. Adherencia al programa de HAD fue baja, entre 6-16%. Sin diferencias en el uso de los tres modelos de HAD. En G1, el número de pacientes que solicitaron PSA a los 12 m fue mayor que en G2 (30,5%vs 21%), contrario a la hipótesis inicial. Participación: mayor en G1: 57% vs 41%, con p = 0.02.	No medido	No medido
Osunlana et al. 2015	58	Obesidad Enfermería AP	G1: HDA	Herramienta en la HAD: modelo	Adherencia: solo 24%. .	No valorado	No valorado

			G2:equipo cuidados habituales	de las 5As en Obesidad.			
LeBlanc et al. 2015	297; 43.5 a; 97 varones (33%)	Depresión MF	G1: HAD siguiendo la herramienta DMC (elección medicación antidepressiva-cuestionario). G 2: cuidados habituales	Validez de la DMC como herramienta para la TDC.	No diferencias en adherencia, tiempo de consulta o mejoría de la sintomatología depresiva entre ambos grupos.	Conflicto Pacientes: en G1 mejoró el conflicto decisional frente G control 80% vs 75%, p 0,2. Médicos: G1 80% vs G control 68%, p<0.001.	Satisfacción: Pacientes: RR 1,25, p= 0.81 en G1, vs RR 2.4 en G2, P=0.002 Médicos: G1 RR 1.64, p 0.02).
LeBlanc et al. 2011	39; 48 a; 19 varones (48,7%)	Uso ab MF	G1: HAD en intensificación tratamiento	HAD en intensificación tratamiento	Proporción de médicos que prefieren tomar la decisión médico + paciente mayor que paciente solo.	No valorado.	Satisfacción 97.5%.

			G2 : cuidados habituales				
Sullivan, et al. 2006	45;	Uso opiáceos MF	G1: sesiones sobre uso opiáceos con HAD G2: : material por escrito	HAD para intensificación tratamiento analgésico con opiáceos en pacientes crónicos	Grupo intervención, G1: 73% refieren haber adquirido mayor seguridad en uso opiáceos y su planteamiento ante el paciente, con una p <0.05 en todas las variables.	No valorado	Satisfacción en G1 fue mayor, con una p=0,002.
Krones, MD et al. 2008	1132; 58,8 a; varones 43.8%	RCV MF	G1: HAD en RCV G2: cuidados habituales en factores de RCV	HAD en la prevención de FRCV: eficacia en cambios en estilo de vida, satisfacción....	Agradecimiento y convicción acerca de los FRCV en G con HAD: p<0.001. No diferencias significativas en cambios de estilo de vida en el seguimiento posterior.	Conflicto decisiones: no diferencias significativas.	Satisfacción mayor en G1: , con p <0.001
Kaner E et al. 2007	29;72 a; 55,2% varones	Uso ACO en ACxFA MF	G1:guías electrónicas– HAD	HAD intensificación tto.	El tiempo de consulta utilizando un medio informático es de 10 minutos, mayor que usando las guías en papel. No diferencias	No valorado.	No valorado.

			G2: guías papel –cuidados habituales		significativas en la dominancia del lenguaje verbal sobre el no verbal entre ambos grupos.		
Kennedy A, et al. 2013	5599; >75 a, 46,5%	Crónicos MF	G1: HAD G2:cuidados habituales	HAD intensificación tto	No diferencias significativas entre ambos grupos en variables de interés:	No valorado.	No valorado.
Wilkes A, et al. 2013	581; 63 a,	PSA screening MF	G1:HAD en screening PSA utilizando dos herramientas distintas: “activación del paciente” o “sólo HAD”. G2:cuidados habituales	HAD en seguimiento y screening.	No diferencias significativas entre resultados entre los grupos. En G1 con “activación del paciente” presentó % mayor debate sobre el screening 65%, vs 41% G1 solo HAD y 31% G2, p <0.01. El G1 con “activación” era más neutro en sus recomendaciones 50%, vs 33% y 15%, p <0.05.	No valorado	Alta en los 3 grupos: 32% en total.

Hoffman T, et al (2014)	107;	Estudiantes universitarios MF	G1: HAD – clases de formación al respecto- G2: cuidados habituales	HAD en habilidades clínicas en la consulta	Mejoría de las habilidades clínicas de los estudiantes en ambos grupos.	No valorado	No valorado.
Montori et al, 2011	100; 67 a;	Osteoporosis MF	G1: HAD G2: cuidados habituales	HAD en intensificación	Mejoría discreta en la adherencia farmacológica a bifosfonatos, G1> G2, con una p 0,009.	Similar en ambos grupos: G1: 13.3, G 2 10.9, con una p 0,725.	Mayor satisfacción en G2, pero no estadísticamente significativo.
Rasmussen C, Williams M 2002	278; 60 a ; 227 varones	Crónicos MF	G1: herramientas de ayuda HAD en la entrevista clínica G2: cuidados habituales	HAD en intensificación de la entrevista clínica en la consulta – efectividad de la	Resultados no significativos entre ambos grupos.	No valorado	No valorado

			entrevista clínica	entrevista clínica-			
Koelewijk n-van Loon, et al 2009	615;	Riesgo CV Enfermería AP	G1: HAD G2: cuidados habituales	HAD en prevención FRCV.	Manejo adecuado ansiedad: estadísticamente significativo mayor en G1: 176 vs 131. Percepción del riesgo, mayor en G1 3.6, estadísticamente significativo, p <0.001.	Confianza en la toma de decisiones: mayor G2 39.9 vs G1: 39.1, con p <0.001.	Satisfacción mayor G2 37.9 vs G1 35.4.p <0.001.
Legare, F et al. 2012	359; 41.6 a adultos/ niños 4.85; varones 28.2%	IRA MF	G1: HAD en uso ab G2: cuidados habituales	HAD en uso de ab en IRA	Decisión de usar ab: G1 52.2%, G2 27.2%, RR 0.48, IC 95% (0.34-0.68). Resultados estadísticamente significativos en la implicación de los pacientes en G1, p<0.01.	No diferencias significativas en conflicto decisional, ni arrepentimien to tras decisión tomada (p 0.29).	No valorado

Deen, D et al. 2011	279; 45 a; 103 varones	Pacientes sanos MF Preventiva	G1: *HAD modelo DA- video *HAD modelo PAI-consulta *HAD modelo PAI+DA G2: cuidados habituales	HAD en toma decisiones en la consulta. Compara dos herramientas distintas de la TDC.	Mayor Activación de pacientes, implicación en la TDC en G1 PAI+DA: con una $p < 0.05$.	Eficacia decisión tomada, $p > 0.0001$ G1.	No valorado
Gry Harmsen, C et al. 2014	240; 56.4 a; 47.5 5 varones	DLP MF	G1: plantear riesgo CV con datos numéricos RAR- Herramienta HAD- G2: plantear riesgo CV según	Uso palabras o datos numéricos en la prescripción de dislipémicos según RCV con colesterol ≥ 155 -límite inferior-	Uso estatinas a los 3 meses de la intervención, con POL -G2: RAR 5.4% vs RAR 25% (devolvieron la medicación, o sea, se fían más de los datos numéricos) con una OR 8,3 IC 95%, (2-34.6). No estadísticamente significativo.	Confianza del 4.17 con un IC 95% (4-4.34) en G1 y 4.05 en IC 95% (3.89-4.22) en G2, no estadísticamente	No resultados estadísticamente significativos.

			nivel colesterol utilizando POL – HAD, herramienta-cuidado habitual	*Riesgo/beneficios en terapia preventiva dislipémica.		nte significativas.	
Sieber, W et al. 2012	941; 58.3 a; 437 varones	DM2 MF	G1: HAD en seguimiento patología crónica G2: cuidados habituales	HAD en la iniciativa personal de seguimiento por parte de los pacientes	Diferencias estadísticamente significativas en G2, donde los mismos pacientes solicitaron cita a los 3 meses: 46% vs 35% p <0.001.; y auto solicitaron controles de HbA1C G2 43% VS g1 26% P <0.05.	No valorado	No valorado
Myers R, et al 2010	313; 56.5 a	Screening PSA MF Enfermería AP	G1: HAD en screening PSA G2: cuidados habituales	HAD en screening	No diferencias significativas en solicitud PSA entre ambos grupos. Diferencia significativa en uso de HAD en G1: 2.4, y G2 3, RR 1.3, IC 95% (1.03-1.64).	No estadísticamente significativos, p 0.620.	No valorado.

Tomko, K et al. 2014	1879; 56.91 a	Screening PSA MF	G1: HAD: utilizando información escrita o vía web G2: cuidados habituales	HAD en screening-seguimiento	Valora sobre todo entre ambas formas de HAD: web HDA es mayor, 68.2% preferida vs información escrita, 61.9%, p <0.01.	No valorado.	Satisfacción en G1: tanto en información escrita-HAD 81.8%, y web-HAD 64.8%.
Miller, M et al 2014	347; 68.7 a; 188 varones (26.78%)	Uso AINE MF	G1: HAD en informar riesgo toma NSAID G2: cuidados habituales	HAD en prevención riesgo asociado a medicación	No diferencias significativas en las variables a estudio: conciencia riesgo asociado a la toma de AINE, implicación activa de los pacientes.	No valorado	No valorado
Patel, Set al. 2014	148;	Lumbalgia MF FISIO	G1: HAD en elección tto G2: cuidados habituales	HAD en elección tto	Resultados test de Morris (mide afectación calidad de vida por el dolor): 2, 3 con IC 95%. (0.08-4.47).No significativo.	No valorado	Satisfacción: G1 67%, g2: 53%. RR 1.28 IC 95% (0.79-2.03). No significativo.

Alden 2014	452; 52.8 a; 223 varones (49.3%)	Ca piel MF	G1: HAD en tto ca piel G2: cuidados habituales	HAD en elección tto	Deseo de saber mayor en G1, con una p <0.001, valor 0.307.	Confianza en la decisión tomada, 0.409 en G1, con una p <0.001.	Resultados no significativos.
Price-Haywood EG et al. 2014	168	Screening ca en ptes Analfabetos MF	G1: HAD en screening ca G2: Cuidados habituales	HAD en programas screening en ptes analfabetos	No significativos en ninguno de los 3 programas de screening – CCR, mama, cérvix-: no mejora de los conocimientos de los pacientes acerca del cribado en población analfabeta.	No valorado	No valorado
Schroy III, PC et al. 2012	825; <65 a, 415 varones	Screening CCR MF	G1: HAD en screening G2: cuidados screening habituales	HAD en programas de screening	Sometimiento a pruebas completas de screening, mayor en G1: 34.2% vs 26.4% a los 6 y 12 m, con una p 0.049. No resultados con diferencias estadísticamente significativas en preferencia de pacientes entre G1 y G2.	No valorado.	No valorado.

Giguère, A et al. 2011	39; 49 a; 495 varones (19)	Uso adecuado ab MF	G1: formación en HAD. G2: control habitual	Formar a los MF en HAD, test de validación acerca de técnicas, formación específica uso ab....	Uso ab en G1 fue menor que en G2, sin diferencias estadísticamente significativas.	No valorado	No valorado
Branda, ME et al. 2013	110; 57.6 a; 63 varones (69.3%)	DM2 MF	G1: HAD en intensificación G2: cuidados habituales	HAD en intensificación G2: cuidados habituales	G1 más interactivos en la consulta: 77 % vs 45% p 0.001. Mayor grado de involucración en las decisiones en G1 50 vs 28%, p =0.01.	Mayor conocimiento a la hora de decidir: 57% vs 33% p =0.002	Similar en ambos grupos.
Legare, F et al. 2013	270; 35.22 a; 56% varones (178.2)	DM2 MF	G1: HAD en uso ab G2: cuidados habituales	HAD en uso ab en infecciones respiratorias	G1 pacientes más activos en la toma de decisiones, 67% vs 49.2% p=0.04. Uso ab en G1 fue menor que en G2, p <0.001.	Menor conflicto decisional con mayor rol activo en decisiones por parte del	

						paciente p<0.04.	
Wagner, CJ et al. 2010	400; 63 a; 359 varones (97%)	Paliativos MF	G1: HAD en cuidados paliativos G2: cuidados habituales	HAD en comunicación cuidados paliativos	Expresaron mayor facilidad para exponer sus preferencias, en el grupo intervención, G1 con una p<0.05. Y conocimiento de su enfermedad, 78% G1vs 20% grupo control, G2, con una p <0.001.	No valorado.	No valorado.
Tinsel, I et al. 2013	1120; 64.4 a; 512 varones (45.7%)	HTA MF	G1: HAD en tto antiHTA G2: cuidados habituales	HAD en intensificación tto	Diferencias no significativas, mayor cifra TA en grupo intervención. Mayor participación grupo intervención.	No valorado	No valorado
Sheridan et al. 2012	630; 57.5 a; 340 varones (54%)	PSA Screening MF	G1: HAD en toma decisión screening G2: cuidados habituales	HAD en screening PSA	Disminución tasas screening en grupo intervención, G1, RR 0.79, con IC 95% (0.50-0.97), estadísticamente significativo. Determinación de que PSA screening es una decisión personal,	No valorado.	Satisfacción de los pacientes no significativa, no aumento participación en HAD: G1 RR 0.96 IC 95%

					RR 2.79, IC 95% (1.56-3.47), estadísticamente significativo.		
Eckman, MH et al. 2012	170, 59.9 a 66 varones (38.8%)	CI MF	G1: literatura escrita en HAD + vídeo G2: cuidados habituales	HAD en prevención secundaria enfermedad CV	Grupo intervención, G1, aumento ejercicio, 42% G1 vs 36% en grupo control, G2, p 0.41; y pérdida de peso, 44% vs 52%, respectivamente, p= 0.31. No diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.	No valorado	En ambos grupos, G1: 98%, G2: 96%.
Leader, A et al. 2012	146; 56 a	PSA screening MF	G1: HAD G2: cuidados habituales	HAD en screening PSA: herramientas de medida	El ítem más frecuente en la HAD es el compartir la información (74%); y el menos el compromiso a la hora de aclarar las preferencias (3.4%). No significativo. Fiabilidad del test a la hora de medir la HAD, 0.90.	No valorado	No valorado
Talen, MR et al. 2011	208; 48 a; 53 varones (26%)	Comunicación MF	G1: HAD G2.: cuidados habituales	HAD como mejora herramienta	Diferencias estadísticamente significativas entre grupo intervención, G1: 4,02 vs grupo	No valorado	No valorado

				comunicación médico-paciente	control, G2 3.74 en mejoría de la relación médico-paciente: actitud de los pacientes 4.7 vs 4.3 con $p < 0.005$; herramientas que facilitan la comunicación 4.6 vs 4.4, con $p < 0.01$, y conocimientos de los pacientes $p < 0.05$.		
Kripalani, S et al. 2007	250	PSA Screening MF	G1: HAD en toma decisiones G2: cuidados habituales	HAD en screening PSA	Más discusión en G1: 54% vs 37.3% G2; inician conversación PSA más los del G1, 43.8%, vs 9.7% con $p < 0.01$; y aumento petición PSA test 13.2%.	No valorado	No valorado
Loh, A et al. 2007	105; 45.25 A; 120 VARONES (29.7%)	Depresión MF	G1: HAD G2: cuidados habituales	HAD en seguimiento y tto	Mayor efectividad al facilitar el médico la entrevista, estadísticamente significativa, con una $p 0.028$, en G1	No valorado	Satisfacción mayor en G1, $p 0.014$

Thomson RC et al. 2007	109; 73, 4 a; varones 61 (56%)	FA MF	G1: HAD en decisión tto ACO G2: cuidados habituales	HAD en decisión inicio o no ACO	No valorado.	Menor conflicto decisional en G1 post visita médico, $p=0,036$.	Satisfacción mayor G1, con un IC 95%.
Krist, AH et al. 2007	497; 57 a	PSA MF	G1: HAD en screening G2: cuidados habituales	HAD en screening PSA	G1 mayor conocimiento: 69% vs 54% con $p < 0.002$. En ambos grupos, el 36% refería igual importancia en la toma de decisiones como pacientes. Screening disminuyó en G1 85.55 vs G control 94%, con $p 0.04$	Papel activo en la toma de decisiones G1 55%, vs 46% G control.	G1: mayor participación en toma de decisiones.
Swenson, SL et al. 2004	418, 39 a; 112 varones (45%)	MF	G1: HAD en consulta G2: cuidados habituales	HAD vs cuidados habituales	No valorado.	No valorado	69% prefieren HAD.

Elwyn, G et al. 2004	566	ACxFA, HBP, Metrorragias MF	G1: HAD en seguimiento G2: cuidados habituales	HAD relación médico-paciente	Mayor implicación G1 en la toma de decisiones IC 95%, p <0.001.	No valorado	Mayor satisfacción G. Intervención, p <0.001.
Schroy et al. 2011	665; 57 a; 266 varones (40%)	Screening CCR MF	G1: HAD en decisiones y participación screening G2: cuidados habituales	HAD en screening CCR	G1 prefiere test de screening, 75% vs 68% G2, con una p <0.05.		G1 prefieren HAD, en un 53%. No significativo.
Legare, F et al. 2010	459, 32 a; 135 varones (29%)	IRA MF	G1: HAD en toma ab G2:cuidados habituales	HAD en toma de ab	Uso ab disminuyó en G1, 49% vs 335, p 0.08	Menor conflicto en G1.	
Williams N, Ogden J 2004	62; 33.2 a; 17 varones (28.3%)	Lenguaje adecuado MF	G1:adecuación del lenguaje- HAD en toma decisiones	HAD como medida de uso lenguaje adecuado.	Con diferencias estadísticamente significativas en G1: alivio del sufrimiento, IC 95% 3.59, relación médico-paciente 3.95; comodidad en la comunicación con el médico		Satisfacción mayor en G1 con diferencias estadísticamente

			G2:cuidados habituales		3.08 intención de cumplir el tto, 1.22.		significativas 10.83.
Krones et al. 2009	1132; 58.85 a; 496 varones (43.8%)	Prevención RCV MF	G1: prevención FRCV utilizando HAD G2: cuidados habituales	HAD en prevención primaria y secundaria	Actitud más positiva en G1 tanto para Prevención primaria como secundaria: 3.78 vs 3.68 en G2, con una p = 0.019. Pacientes G1 y G2 en prevención secundaria dan más importancia al control de FRCV.	No valorado	No valorado
Wolters, R et al. 2004	151; 65 a; 151 varones	Síntomas TRU Bajo MF	G1: HAD en toma decisiones G2: cuidados habituales	HAD en toma decisiones	G1 perciben mayor autonomía en su decisión, y apoyo en su proceso de enfermedad. Resultados no estadísticamente significativos.		Mayor satisfacción G1.

Maly RC, et al 1999	205; 53.5 a; 86 varones (41.95%)	Crónicos MF	G1: HAD en toma decisiones y seguimiento G2 : cuidados habituales	HAD en seguimiento ptes crónicos	Grupo intervención mejoría relación con su médico, 83.6. Diferencias significativas en percepción mejora estado salud en general, p= 0.001.	Mayor satisfacción en grupo intervención, con una p<0.05.
----------------------------	--	----------------	--	--	---	---

RCV; FRCV riesgo cardiovascular, factores de; MF médicos de familia; DM diabetes mellitus; DLP dislipemia; Ca cáncer; tto tratamiento; Ptes pacientes; HAD herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas; TDC toma de decisiones compartidas; FR factor/es de riesgo; Ab antibiótico; AP Atención Primaria; IRA infección respiratoria alta; ACO anticoagulante oral

Tabla 3. Causas de exclusión de los estudios

Protocolo de estudio	Avent et al. 2016; Rietjens J et al. 2016; Allaire, AS et al. 2011; LeBlanc A, et al. 2012; Drewelow, E et al. 2012; LeBlanc A, et al. 2013; Tapp H et a. 2014; Campbell-Scherer, DL et al. 2014; Wu, R et al. 2014; Metz, MJ et al. 2015; Berger-Hoger, B et al. 2015; Hasler, S et al. 2015; Yu, CH et al. 2015; Buhse, S et al. 2015; Legare, F et al. 2015; Snowden, A et al. 2015; Anderson, RT et al. 2014; Marrin, K et al. 2014; Geiger, F et al. 2011; Patel, S et al. 2011; Koelewijn-van Loon, MS et al. 2008; Legare, F et al. 2007; Den Ouden, H et al. 2015
No realizado en AP	Bemhard J, et al. 2011; Vodermaier, A et al. 2009; Harter et al. 2015; Mi-Kyung, Song et al. 2015; O'toole, E et al. 2009; Agha, Z et al. 2009; Joosten, EAG et al. 2009; Winters, Z.E et al. 2014;
Estudio observacional	Bauer, AM et al. 2014; Keller, H et al. 2013; Fullwood et al. 2013; Mackey, A et al. 2011; Jordan, D et al. 2013, Clever, SL et al. 2006; Causarano, N et al. 2015; Kasper, J et al. 2011; Behrend, L et al. 2011; Mc Queen, A et al. 2009; Young, HN et al. 2008; Briel, M et al. 2007; Krist, AH et al. 2007; Woolf, SH et al. 2005; Edwards, A et al. 2004; Longo, MF et al. 2006
Estudio cualitativo	Tiedje, K et al. 2012; Brown, I et al. 2014; Edwards, A et al. 2005
Ensayo clínico no controlado	Ludman, E et al. 2000; Alden, DL et al. 2012; Edwards, A et al. 2004

