

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	“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 Jadad

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

Tabla 2. Resultados de los estudios

Autor	Sujetos (nº, edad,% varón)	Enfermedad Profesionales	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 Peditras 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 Peditra, (31 vs 44% y 62 vs 67% respectivamente). Adherencia: 50% del G1 -> 5 meses. P>0.007 No significativo.	No medido	No valorada
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	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

				que comporta cambios en el "sentirse mejor" subjetivamente.			
Buhse et al 2015	154,54.5 a.	DM II Endocrinos, Educadores en diabetes	G1: sesiones específicas sobre prevención de IAM (Uso de HDA) G2: sesiones genéricas sobre estrés y FR (cuidados habituales)	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 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.	No medido	No medido cuantitativamente: pero en las encuestas de autoevaluación se recogió que las herramientas de ayuda a la TDC no fueron bien ejecutadas.
Perestelo -Perez, et al. 2015	168, DM II, >18 a	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 a sin estatinas p=0.01, o con estatinas p=0.08.	No medido	Satisfacción p=0.01.
Aljumah and Hassali 2015	195; 18-60 a	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 al tto (5,99 vs 4,94). Las tres con p <0.001.	No valorado.	Satisfacción medida con p significativa, G1 88,71 vs G2 82,89.

Lewis, et al 2015	2550; 50-75 a, 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 G2:equipo cuidados habituales	Herramienta en la HAD: modelo de las 5As en Obesidad.	Adherencia: solo 24%. .	No valorado	No valorado
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 G2 : cuidados habituales	HAD en intensificación tratamiento	Proporción de médicos que prefieren tomar la decisión médico + paciente mayor que paciente solo.	No valorado.	Satisfacción 97.5%.
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 G2: guías papel – cuidados habituales	HAD intensificación tto.	El tiempo de consulta utilizando un medio informático es de 10 minutos, mayor que usando las guías en papel. No diferencias significativas en la dominancia del lenguaje verbal sobre el no verbal entre ambos grupos.	No valorado.	No valorado.
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 tto	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.
Rasmuss en C, Williams M 2002	278; 60 a ; 227 varones	Crónicos MF	G1: herramientas de ayuda HAD en la entrevista clínica G2: cuidados habituales entrevista clínica	HAD en intensificación de la entrevista clínica en la consulta – efectividad de la entrevista clínica-.	Resultados no significativos entre ambos grupos	No valorado	No valorado

Koelewijn-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 arrepentimiento 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 de 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-.	Uso palabras o datos numéricos en la prescripción de dislipémicos según RCV con	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	No resultados estadísticamente significativos.

			G2: plantear riesgo CV según nivel colesterol utilizando POL – HAD, herramienta-cuidado habitual	colesterol \geq 155 –límite inferior- *Riesgo/beneficios en terapia preventiva dislipémica.		estadísticamente 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	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

			G2: cuidados habituales				
Patel, S et 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	Uso adecuado ab MF	G1: formación en HAD.	Formar a los MF en HAD, test de validación acerca	Uso ab en G1 fue menor que en G2, sin diferencias estadísticamente significativas.	No valorado	No valorado

	varones (19)		G2: control habitual	de técnicas, formación específica uso ab....			
Branda, ME et al. 2013	110; 57.6 a; 63 varones (69.3%)	DM2 MF	G1: HAD en intensificación tto G2: cuidados habituales	HAD en intensificación tto	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% G1 vs 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, RR 2.79, IC 95% (1.56-3.47), estadísticamente significativo.	No valorado.	Satisfacción de los pacientes no significativa, no aumento participación en HAD: G1 RR 0.96 IC 95%
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 comunicación médico-paciente	Diferencias estadísticamente significativas entre grupo intervención, G1: 4,02 vs grupo 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	No valorado	No valorado

					<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 G2:cuidados habituales	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 3.08 intención de cumplir el tto, 1.22.		Satisfacción mayor en G1 con diferencias estadísticamente 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