

# Priorización de herramientas de ayuda a la toma de decisiones para pacientes (HATD-P)

Prioritization of patient decision aids. *Executive summary*

**INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS  
AETSA 2009 / 4**

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**



MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACIÓN



Ministerio de Ciencia e Innovación  
AIC Instituto de Estudios  
7IS de Tecnologías Sanitarias  
Instituto de Salud  
Carlos III



MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

Plan de Calidad  
Nacional  
del Sistema  
de Salud



JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

# Priorización de herramientas de ayuda a la toma de decisiones para pacientes (HATD-P)

Prioritization of patient decision  
aids. *Executive summary*

INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS  
AETSA 2009 / 4

Molina Linde, Juan Máximo

Priorización de herramientas de ayuda a la toma de decisiones para pacientes (HATD-P). Juan Máximo Molina Linde, Ana María Carlos Gil y Carmen Beltrán Calvo — Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2011.

68 p; 24 cm. (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

1. Educación del paciente / métodos I. Carlos Gil, Ana María II. Beltrán Calvo, Carmen III. Andalucía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias IV. España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad V. España. Ministerio de Ciencia e Innovación

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación y la Fundación Progreso y Salud de Andalucía

**Autores:** Juan Máximo Molina Linde, Ana María Carlos Gil y Carmen Beltrán Calvo

Edita: **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía**

Luis Montoto, 89. 4ª planta  
41007 Sevilla  
España – Spain

ISBN: 978-84-96990-86-9

NIPO: Ministerio de Ciencia e Innovación 477-11-031-3, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 860-11-188-4

Depósito Legal: SE-6952/2011

Imprime: Tecnographic, s.l.

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia

# Priorización de herramientas de ayuda a la toma de decisiones para pacientes (HATD-P)

Prioritization of patient decision  
aids. *Executive summary*

INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS  
AETSA 2009 / 4



# Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.



# Índice

Índice de tablas y figuras	9
Abreviaturas	11
Resumen ejecutivo	13
Executive Summary	17
Introducción	21
Material y Métodos	27
Selección de estudios	27
Evaluación de la calidad y síntesis de datos	28
Resultados	31
Resultados de la búsqueda	31
Resultados de la revisión	32
Resultados de la evaluación de la calidad de los estudios incluidos	45
Discusión	47
Conclusiones	49
Referencias	51
Anexos	59
Anexo I	59
Estrategias de búsqueda	59
Anexo II	61
GUÍA CASPe para evaluar un ensayo clínico	61
GUÍA CASPe para evaluar una revisión sistemática	62
Anexo III	63
Valoración crítica de los ensayos clínicos	63
Valoración crítica de las revisiones sistemáticas	64
Anexo IV	65
Artículos excluidos	65





# Índice de Tablas y Figuras

Figura 1: Flujo de referencias bibliográficas	31
Tabla 1: Incorporación de HATD en Diabetes Mellitus tipo II	34
Tabla 2: Incorporación de HATD en fibrilación auricular	37
Tabla 3: Incorporación de HATD en cáncer de mama	39
Tabla 4: Incorporación de HATD en artritis reumatoide	41
Tabla 5: Incorporación de HATD en esquizofrenia	42
Tabla 6: Incorporación de HATD en asma	43



# Abreviaturas

<b>CASPe</b>	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i> adaptadas por CASP España
<b>ECA</b>	Ensayo Clínico Aleatorizado
<b>HATD</b>	Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones
<b>HATD-P</b>	Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones para Pacientes
<b>HbA1c</b>	Hemoglobina Glicosilada
<b>IC</b>	Intervalo de Confianza
<b>OR</b>	<i>Odds Ratio</i>



# Resumen Ejecutivo

## INTRODUCCIÓN

Las HATD-P (Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones para Pacientes) son documentos cuyo objetivo es proporcionar información a los pacientes sobre diferentes opciones de tratamiento, para que éstos participen activamente en las decisiones sobre su salud, junto con el profesional, intentando favorecer la incorporación de sus preferencias en dichas decisiones.

La utilidad de las HATD-P se plantea en aquellos casos donde los profesionales disponen de varias alternativas de tratamiento para una enfermedad determinada sin claro beneficio frente a los riesgos derivados del propio tratamiento farmacológico. Es en estas situaciones donde es posible que los pacientes participen en las decisiones clínicas, considerando así el reconocimiento del derecho de los pacientes a ser informados y a poder participar en las decisiones diagnósticas y de tratamiento relacionadas con su enfermedad.

Las características de las HATD son:

- (1) describir de forma explícita las opciones de tratamiento.
- (2) proporcionar estimaciones cuantitativas de los riesgos y beneficios.
- (3) adaptar la información de forma individual para los pacientes.
- (4) proporcionar de forma implícita o explícita un contexto en el que los pacientes pueden considerar opciones de tratamiento según de sus propios valores.

Sin embargo, la incorporación de la HATD-P presenta varias dificultades. Entre las más destacadas se encuentran:

- la toma de decisiones en salud se caracteriza por su complejidad, debido a la dificultad de gestionar la incertidumbre inherente a la toma de decisiones en salud y los avances constantes de la medicina tanto en técnicas diagnósticas como en opciones terapéuticas.
- existe dificultad añadida al incorporar las opiniones y valores de los pacientes y familiares.

- es frecuente que no exista una única “mejor” opción, sobre todo al incorporar los valores que los pacientes atribuyen a los beneficios y los riesgos.
- la evidencia sobre el balance entre posibles riesgos (efectos adversos y costes) y beneficios de las diferentes opciones, en ocasiones, es de baja calidad, escasa o incluye sesgos que dificultan la integración de la información por parte del paciente.
- la formación e información a los profesionales sobre las HATD–P desarrolladas es escasa.

En este contexto la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) realizó una revisión sistemática sobre la efectividad de las HATD–P, centrándola en el tratamiento farmacológico.

## **OBJETIVOS**

- Evaluar la efectividad de las herramientas de ayuda a la toma de decisiones para pacientes en relación con tratamiento farmacológico.
- Identificar en la literatura científica los criterios de priorización utilizados para la elaboración de estas herramientas.
- Identificar en la literatura científica las barreras para la incorporación de las HATD a la práctica clínica habitual.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Para realizar la revisión sistemática de la literatura, se utilizaron diferentes estrategias de búsqueda en las siguientes bases de datos electrónicas: MedLine (Ovid); EMBASE; CINHAL; COCHRANE LIBRARY; CRD Databases (DARE, HTA, NHS EED); ECRI y HAYES, hasta mayo de 2010 y centrada en el objetivo del documento.

Se utilizó como punto de partida la revisión realizada en el año 2009 por O'Connor *et al.*, y cuya estrategia de búsqueda data de julio del 2006. Se utilizó tanto términos del tesauro como texto en lenguaje libre y búsqueda manual de artículos.

Se incluyeron ensayos clínicos con asignación aleatoria, revisiones sistemáticas y metanálisis. Sólo se limitó por fecha, actualizando la búsqueda realizada en la revisión de O'Connor *et al.* (2009). No se limitó por idioma.

Se evaluó la calidad de los estudios incluidos en la revisión como parte del proceso de lectura crítica de los estudios y extracción de resultados.

Se realizó la lectura y la síntesis cualitativa de los distintos estudios, valorando la metodología empleada en ellos mediante las escalas propuestas por el sistema de clasificación de la evidencia científica del *Critical Appraisal Skills Programme* adaptadas a español (CASPe), adecuadas para cada tipo de artículo, es decir, se utilizó CASPe para ensayos clínicos y para revisiones sistemáticas.

## **RESULTADOS**

Como resultado de la búsqueda realizada se identificaron 337 referencias; de las que se excluyeron 262 tras la lectura del título y resumen y 40 artículos por duplicidad. Se seleccionaron 35 artículos que fueron potencialmente relevantes, seleccionándose finalmente 10 artículos que fueron utilizados en la elaboración de este informe.

Para realizar la síntesis de los resultados se crearon tablas específicas donde se agruparon los resultados por patologías, se detallaron los beneficios obtenidos de la incorporación de HATD-P a la práctica clínica y las barreras para la incorporación de las mismas. Los documentos localizados se centraron en diabetes, fibrilación auricular, cáncer de mama, artritis reumatoide, esquizofrenia y asma.

## **CONCLUSIONES**

- Todas las HATD-P presentaron como característica común que se utilizaron en enfermedades que limitaban la calidad de vida de forma importante. Los documentos localizados se centraron en diabetes, fibrilación auricular, cáncer de mama, artritis reumatoide, esquizofrenia y asma.
- Actualmente se están priorizando las HATD-P centradas en tratamiento farmacológico para:
  - enfermedades con posibilidad intervención por parte del paciente en el manejo de la enfermedad.
  - enfermedades de largo tratamiento.
  - enfermedades crónicas.
  - enfermedades oncológicas.
- La incorporación de las HATD-P en tratamiento farmacológico presentaron los siguientes resultados:



- se produjo adquisición o mejora de habilidades y conocimientos sobre la enfermedad y las posibles opciones de tratamiento en aquellos pacientes que utilizaron las HATD-P.
- no se localizó evidencia científica suficiente sobre el efecto positivo en la satisfacción o en el conflicto decisional del paciente.
  - no se localizó evidencia científica sobre si la incorporación de las HATD en la práctica clínica estuvo influenciada por la gravedad de la enfermedad y el riesgo vital de los pacientes, si bien, este aspecto no fue suficientemente investigado en los estudios encontrados.
  - La información que aportan las HATD-P debe estar sustentada en la mejor evidencia científica disponible. Los datos deben presentarse claramente, adaptarse al paciente y cuantificarse los beneficios y riesgos de las diferentes opciones terapéuticas. Además, los profesionales deben incorporar a la toma de decisiones los valores y preferencias del paciente.
  - Se identificaron barreras para la incorporación de las HATD-P en la práctica clínica relacionadas con los profesionales, los pacientes y los canales de distribución destinados a su difusión.

# Executive Summary

**Title:** Prioritization of Patient Decision Aids (AETSA 2009 / 4)

## **Introduction**

Patient Decision Aids (PDAs) are documents aimed at providing information to patients about different treatment options so they can actively participate in decisions about their health, together with the professional, in order to encourage the incorporation of their preferences in these decisions.

The usefulness of PDAs arises in cases where professionals have several treatment options for a particular disease with no clear benefit against the risks of the drug treatment itself. It is in these situations where patients may participate in clinical decisions, thus recognizing the right of patients to be informed and to participate in the diagnostic and treatment decisions related to their disease.

The characteristics of PDAs:

- (1) they describe the treatment options explicitly.
- (2) they provide quantitative estimates of the risks and benefits.
- (3) they tailor information to individual patients.
- (4) they implicitly or explicitly provide a context in which patients can consider treatment options according to their own values.

However, the incorporation of PDAs presents several difficulties. Among the most notable are the following:

- decision-making in healthcare is characterized by its complexity, due to the difficulty of managing its inherent uncertainty coupled with the constant advances in medicine both in diagnostic techniques and therapeutic options.
- there is added difficulty in incorporating the views and values of patients and relatives.
- there is often no single “best” option, especially when incorporating the values that patients attach to the benefits and risks.
- evidence on the balance between risks (adverse effects and costs) and benefits of different options, is sometimes of poor quality, scarce

or includes biases that make it difficult for the patient to absorb the information.

- there is little training and information for professionals on the PDAs that have been developed.

In this context the Andalusian Agency for Health Technology Assessment (AETSA) conducted a systematic review of the effectiveness of PDAs, focusing on drug treatment.

## **OBJECTIVES**

- To evaluate the effectiveness of PDAs in relation to drug treatment.
- To identify, in the scientific literature, the prioritization criteria used for the production of these aids.
- To identify, in the scientific literature, the barriers to the incorporation of PDAs in regular clinical practice.

## **MATERIALS AND METHODS**

To perform a systematic review of the literature, different search strategies were used in the following electronic databases: MEDLINE (Ovid), EMBASE, CINAHL, Cochrane Library, CRD Databases (DARE, NHS EED and HTA), ECRI and HAYES, up to May 2010 and focused on the objective of the document.

The review conducted in 2009 by O'Connor et al, and their data search strategy of July 2006, was used as a starting point. Thesaurus terms, free text and manual searches of articles were used.

Randomized clinical trials, systematic reviews and meta-analyses were included. Searches were only limited by date, updating the review by O'Connor *et al.* (2009). There were no language limits.

The quality of the studies included in the review was assessed as part of the critical reading of the studies and results extraction.

The various studies were read and a qualitative synthesis made, assessing their methodology using the scales proposed for the classification of scientific evidence by the Critical Appraisal Skills Programme, adapted to Spanish (CASPe), for each type of item, i.e. CASPe was used for clinical trials and systematic reviews.

## RESULTS

The search identified 337 references, of which 262 were excluded after reading the title and abstract, and 40 were excluded for reasons of duplication. Thirty five articles were selected that were potentially relevant, and 10 articles were finally selected that were used in preparing this report.

For the synthesis of the results, specific tables were created where results were pooled by pathologies, detailing the benefits of incorporating PDAs in clinical practice and the barriers to their incorporation. The documents located focused on diabetes, atrial fibrillation, breast cancer, rheumatoid arthritis, schizophrenia and asthma.

## CONCLUSIONS

- All the PDAs presented the common feature of being used in conditions that significantly limit the quality of life. The documents located focused on diabetes, atrial fibrillation, breast cancer, rheumatoid arthritis, schizophrenia and asthma.
- Currently those PDAs are prioritized which focus on drug treatment for:
  - diseases with possible intervention by the patient in the disease management.
  - lengthy treatment of diseases.
  - chronic diseases.
  - oncological diseases.
- The incorporation of PDAs on drug treatment showed the following results:
  - the acquisition or improvement of skills and knowledge about the disease and possible treatment options occurred in those patients who used PDAs.
  - there was insufficient scientific evidence found for a positive impact on the satisfaction or the decisional conflict of the patient.
  - no scientific evidence was found on whether the incorporation of PDAs in clinical practice was influenced by the severity of the disease and the vital risk to patients, although this aspect was not sufficiently investigated in the studies found.

- The information provided by the PDAs should be supported by the best available scientific evidence. Data should be presented clearly, tailored to the patient and the risks-benefits of various treatment options quantified. In addition, the professionals should incorporate the values and preferences of the patient into decision making.
- Barriers to the incorporation of PDAs in clinical practice were identified that were related to professionals, patients and the distribution channels for their dissemination.

# Introducción

Las HATD-P (Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones para Pacientes) son documentos cuyo objetivo es proporcionar información a los pacientes sobre diferentes opciones de tratamiento, para que éstos participen activamente en las decisiones sobre su salud, junto con el profesional, intentando favorecer la incorporación de sus preferencias en dichas decisiones. (Levine, Gafni, Markham, & Macfarlane, 1992; Deber, 1994; O'Connor, 1997; Ubel, 2002; Barry, 2002 y Bungard *et al.*, 2003).

Las HATD-P surgen como consecuencia de la participación activa, cada vez más frecuente, de los pacientes en la toma de decisiones clínicas sobre su propia salud y en las políticas sanitarias (Fairhurst & May, 1995; Deyo, 2001 y Department of Health, 2004). Además, algunos autores consideran que las HATD presentan como valor añadido que la participación activa del paciente podría mejorar su calidad de vida y reducir el gasto sanitario (Kaplan, Greenfield & Ware, 1989; Stewart, 1995 y Szabo *et al.*, 1997).

La utilidad de las HATD-P se plantea en aquellos casos donde los profesionales disponen de varias alternativas de tratamiento para una enfermedad determinada sin claro beneficio frente a los riesgos derivados del propio tratamiento farmacológico. Es en estas situaciones donde es posible que los pacientes participen en las decisiones clínicas, considerando así el reconocimiento de su derecho a ser informados y a poder participar en las decisiones diagnósticas y de tratamiento relacionadas con su enfermedad (Rothert & O'Connor, 2001 y O'Leary & Scott, 2008).

Según O'Connor *et al.* (2003) las HATD (Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones) se caracterizan por:

- (1) describir de forma explícita las opciones de tratamiento,
- (2) proporcionar estimaciones cuantitativas de los riesgos y beneficios,
- (3) adaptar la información de forma individual para los pacientes,
- (4) proporcionar de forma implícita o explícita un contexto en el que los pacientes pueden considerar opciones de tratamiento según de sus propios valores (O'Connor *et al.*, 1999; Whelan *et al.*, 2002 y Whelan *et al.*, 2003).

En relación con la forma de presentación de las HATD, su tipología es variada. Se incluyen desde tutoriales interactivos basados en páginas

web, a libros de trabajo con audio-guía, cartas o folletos dirigidos a los pacientes, software específico, entrevistas y hasta presentaciones o trabajos en grupo.

O'Connor *et al.* (2003) señala que los resultados obtenidos tras la utilización de las HATD-P son superiores a las intervenciones tradicionales de educación sanitaria. Los autores señalan que las HATD-P aportan adquisición de conocimientos y mejora las expectativas, haciéndolas más realistas en relación con los beneficios y los riesgos de las alternativas. Además, consideran que podrían incrementar el interés para la participación en la toma de decisiones, pudiendo así utilizarse como ayudas a la integración social. Esto podría generar mejoras desde el punto de vista conductual y de la efectividad clínica (Murray, Burns, See, Lai, & Nazareth, 2005).

Otros autores como Hermosilla y Briones (2002), aconsejan incluir cuestionarios para determinar si los pacientes necesitan más información o asesoramiento profesional. Asimismo, señalan que en todos los casos, las HATD deben contener información de la mayor calidad científica posible, de fácil comprensión y útil para los pacientes. De igual forma, en el informe “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” del Instituto Americano de Medicina se recomienda que a los pacientes “se les proporcione la información necesaria y la oportunidad de elegir sobre las decisiones relacionadas con su salud y que por tanto, les afecta”. Los autores recomiendan la toma de decisiones compartida y el uso de HATD en la práctica clínica (*Committee on Quality of Health Care in American Institute of Medicine*, 2001).

Sin embargo, la incorporación de la HATD-P presenta varias dificultades. Entre las más destacadas se encuentran las siguientes (Elwyn & Edwards, 2001 y Akl, Grant, Guyatt, Montori, & Schünemann, 2007):

- la toma de decisiones en salud se caracteriza por su complejidad, debido a la dificultad de gestionar la incertidumbre inherente a la toma de decisiones en salud y los avances constantes de la medicina tanto en técnicas diagnósticas como en opciones terapéuticas.
- existe dificultad añadida al incorporar las opiniones y valores de los pacientes y familiares.
- es frecuente que no exista una única “mejor” opción, sobre todo al incorporar los valores que los pacientes atribuyen a los beneficios y los riesgos.
- la evidencia científica sobre el balance entre posibles riesgos (efectos adversos y costes) y beneficios de las diferentes opciones, en ocasiones, es de baja calidad, escasa o incluye sesgos que dificultan la integración de la información por parte del paciente.

- la formación e información a los profesionales sobre la utilización de las HATD–P desarrolladas es escasa.

Además, algunos autores señalan que las HATD–P podrían:

- omitir informaciones relevantes.
- ignorar áreas de incertidumbre importantes.
- tener un uso limitado.
- estar escasamente evaluada su efectividad.
- presentar escasa información sobre la conducta a seguir ante discrepancias entre profesionales y pacientes.

Estas circunstancias dificultarían a los pacientes poder alcanzar una visión equilibrada de la efectividad de los diferentes tratamientos (Man-Son-Hing *et al.*, 2000; Deyo, 2001; O'Connor *et al.*, 2003 y Sepucha & Mulley, 2009).

Igualmente, todavía se desconoce si las características de los instrumentos de decisión en cuanto a formato y contenido, pueden influir en las decisiones de los pacientes (Robinson & Thomason, 2001; O'Connor *et al.*, 2003; Légaré *et al.*, 2003 y Whelan *et al.*, 2004).

En este contexto la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) propuso al Ministerio una revisión sistemática sobre la efectividad de las herramientas en la ayuda a la toma de decisiones para pacientes, centrándola en el tratamiento farmacológico.





# Objetivos

- Evaluar la efectividad de las herramientas de ayuda a la toma de decisiones para pacientes en relación con tratamiento farmacológico.
- Identificar en la literatura científica los criterios de priorización utilizados para la elaboración de estas herramientas.
- Identificar en la literatura científica las barreras para la incorporación de las HATD a la práctica clínica habitual.



# Material y Métodos

Para realizar la revisión sistemática de la literatura, se utilizaron diferentes estrategias de búsqueda en las siguientes bases de datos electrónicas: MedLine (Ovid); EMBASE; CINHALL; COCHRANE LIBRARY; CRD Databases (DARE, HTA, NHS EED); ECRI; y HAYES, hasta mayo de 2010 y centrada en el objetivo del documento.

Se utilizó como punto de partida la revisión realizada en el año 2009 por O'Connor *et al.*, y cuya estrategia de búsqueda data de julio del 2006. Se utilizaron términos del tesauro, texto en lenguaje libre y búsqueda manual de artículos. Las estrategias de búsqueda se muestran en el Anexo I y estuvieron encaminadas a identificar estudios centrados en el objetivo del estudio. La pregunta de investigación de la que surge la estrategia de búsqueda siguió el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Outcomes/Resultados) y fue la siguiente:

- Población: pacientes con tratamiento farmacológico de cualquier tipo, sin limitación por edad o patología.
- Intervención: herramienta de ayuda a la toma de decisiones.
- Comparación: cualquiera.
- Resultados: cualquiera.

Sólo se limitó por fecha, actualizando la búsqueda realizada en la revisión de O'Connor *et al.* (2009). No se limitó por idioma.

## Selección de estudios

Para la elaboración de la revisión sistemática, se realizó la selección de los artículos mediante un primer filtrado sobre título y resumen. Se utilizaron criterios sensibles para evitar la pérdida de artículos relevantes. Por este mismo motivo, se examinó manualmente la bibliografía de los estudios incluidos en la revisión, con la finalidad de comprobar que no se perdían artículos que pudieran estar relacionados con el objetivo de la revisión.

Se limitó la selección de los documentos en función del tipo de estudio.

Se incluyeron aquellos artículos que utilizaron alguna herramienta de ayuda a la toma de decisiones para pacientes con los criterios de inclusión y exclusión utilizados que se detallan a continuación.

Los criterios de inclusión fueron:

- Tipos de estudios: se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metanálisis.
- Población: se incluyeron los estudios que reclutaron pacientes con necesidad de tomar decisiones entre opciones de tratamientos farmacológicos, para ellos mismos, para hijos menores de edad o para familiares incapacitados.
- Intervención: herramientas para la ayuda a la toma de decisiones vinculadas al tratamiento farmacológico.
- Comparación: cualquier comparación.
- Resultados: cualquier resultado.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Tipo de estudios: se excluyeron todos aquellos estudios que no fueran ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas o metanálisis.
- Población: se excluyeron aquellos estudios que reclutaron pacientes a los que se les proporcionó una HATD fuera del contexto del tratamiento farmacológico.
- Intervenciones: herramientas para la ayuda a la toma de decisiones no vinculadas al tratamiento farmacológico, como la participación en un ensayo clínico; las vinculadas a programas de educación no orientados a una decisión específica; las herramientas diseñadas con escenarios hipotéticos o las relacionadas con el consentimiento informado.
- Comparación: no se estableció ningún criterio de exclusión, es decir se admitió cualquier tipo de comparación.
- Resultados: no se excluyó ningún estudio en base a los resultados presentados.

Se excluyeron los estudios incluidos en la revisión Cochrane (O'Connor *et al.*, 2009) para evitar la duplicidad en los datos. Se incluyeron, por tanto, los estudios publicados desde la fecha de finalización de la búsqueda del informe realizado por la Cochrane (julio, 2006) hasta mayo del año 2010.

## Evaluación de la calidad y síntesis de datos

Se evaluó la calidad de los estudios incluidos en la revisión como parte del proceso de lectura crítica de los estudios y extracción de resultados.

Se realizó la lectura y la síntesis cualitativa de los distintos estudios, valorando la metodología empleada en ellos. Para realizar esta valoración, se utilizó una escala específica en función del tipo de documento analizado. En concreto, se recurrió a las escalas propuestas por el sistema de clasificación de la evidencia científica del *Critical Appraisal Skills Programme* adaptadas a español (CASPe), adecuadas para cada tipo de artículo, es decir, se utilizó CASPe para ensayos clínicos y para revisiones sistemáticas.

Para la evaluación de la validez interna de los estudios se consideraron únicamente las preguntas de eliminación y detalle que las herramientas proponen, ya que las seis primeras preguntas de CASPe para ensayos clínicos y las cinco primeras para revisiones sistemáticas valoran la validez interna de los estudios. Cuando las preguntas fueron contestadas de forma positiva se puntuaron con un 1 y en caso contrario con un 0.

Por lo tanto, en el caso de los ensayos clínicos los estudios podían obtener como máximo 3 puntos en cada uno de los dos apartados al contar con tres preguntas cada apartado, puntuación que indicaba buena calidad, en caso de que las preguntas no fueran contestadas afirmativamente se obtuvieron puntuaciones inferiores y se consideraron estudios de calidad moderada o baja.

En el caso de las revisiones sistemáticas, se podía obtener como máximo 2 puntos en el apartado de preguntas de eliminación y 3 puntos en el caso de las preguntas de detalle, puntuación que indicaba buena calidad. En caso de que las preguntas no fueran contestadas afirmativamente, se obtendrían puntuaciones inferiores y se considerarían revisiones de calidad moderada o baja en función de dichas puntuaciones.

La herramienta CASPe se adjunta en el Anexo II, también se encuentra disponible en <http://www.redcaspe.org/homecasp.asp>. La evaluación realizada se halla en el Anexo III.



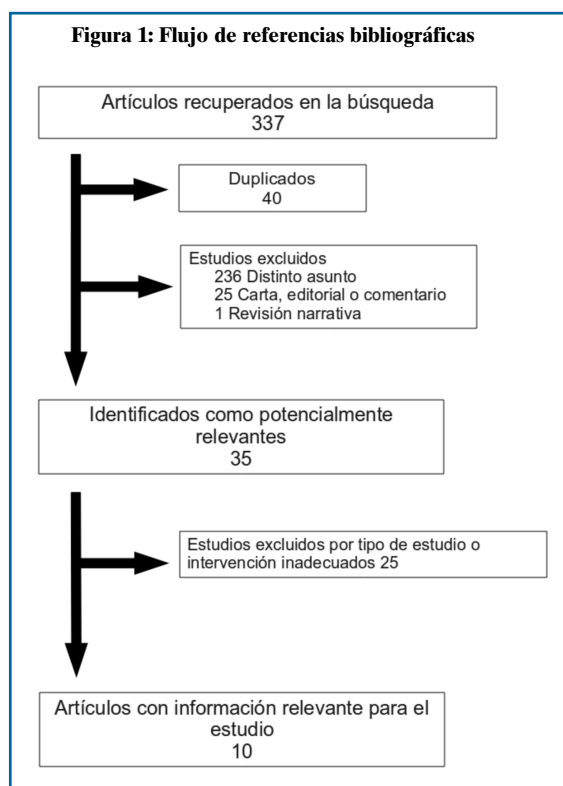
# Resultados

## Resultados de la búsqueda

La estrategia de búsqueda realizada en las distintas bases de datos permitió identificar un total de 337 referencias; de las que se excluyeron 262 tras la lectura de título y resumen y 40 artículos por duplicidad.

Se seleccionaron 35 artículos que eran potencialmente relevantes en el tema de investigación y que se recuperaron a texto completo para una valoración más detallada. Finalmente, tras esta valoración, 10 artículos fueron utilizados en la elaboración de este informe. De los 25 excluidos tras su lectura a texto completo, 1 fue una revisión sistemática (se excluyó tras comprobar que los estudios incluidos en la revisión no se ajustaba al tema de estudio), y 24 fueron estudios originales que se excluyeron por los motivos que se detallan en el Anexo IV.

En la Figura 1 se muestra el flujo de estudios obtenidos.





## Resultados de la revisión

Para realizar la síntesis de los resultados se crearon tablas específicas donde se agruparon los resultados por patologías. Se extrajeron las características de las herramientas utilizadas para la ayuda a la toma de decisiones con el objetivo de identificar las patologías que se priorizaron en la elaboración de estas herramientas y las características comunes de las enfermedades para las que se crearon las herramientas. Los documentos localizados se centraron en diabetes, fibrilación auricular, cáncer de mama, artritis reumatoide, esquizofrenia y asma. En las tablas siguientes se muestra información sobre autor y año de publicación, población, tipo de herramienta (identificación herramienta que se proporciona a los pacientes como folletos, material informático, información verbal...), intervenciones realizadas (aplicación de la HATD con los pacientes) y resultados de los estudios seleccionados.

Asimismo, en los documentos, se identificaron los beneficios obtenidos de la incorporación de HATD-P a la práctica clínica y las barreras para la incorporación de las mismas.

A continuación se muestra una breve descripción de los estudios incluidos.

Se localizaron tres estudios que trataron sobre las HATD utilizadas en pacientes **diabéticos** con tratamiento dislipémico (Weymiller *et al.*, 2007; Nannenga *et al.* 2008 y Mullan *et al.*, 2009). En estos estudios se ofrecía a los pacientes la posibilidad de participar en la decisión, de forma compartida, sobre el tratamiento farmacológico para el control de su dislipemia (hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia), incorporando información sobre la efectividad y los riesgos de los diversos tratamientos.

En relación con **fibrilación auricular** se seleccionaron 2 estudios (Holbrook *et al.*, 2007 y Thomson *et al.*, 2007) donde los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular realizaban un balance entre riesgos y beneficios potenciales de recibir tratamiento con warfarina, ácido acetil salicílico o no recibir ningún tratamiento.

Respecto a la elaboración de HATD en el **cáncer de mama** se encontraron 2 estudios (Siminoff, Gordon, Silverman, Budd, & Ravdin, 2006 y Vodermaier *et al.*, 2009) que mostraban como opciones el tratamiento quimioterápico frente al tratamiento quirúrgico y las diferentes opciones de tratamiento adyuvante para que el personal sanitario, conjuntamente con los pacientes, tomaran la decisión incorporando las necesidades, preferencias y valores de los propios pacientes.

Asimismo, se halló un estudio que trataba sobre **artritis reumatoide** (Thompson, Goldszmidt, Schwartz, & Bashook, 2010) y la opción de los pacientes de decidir sobre la incorporación, a su tratamiento base, de metotrexato.

Se localizó un estudio (Hamann, Cohen, Leucht, Busch, & Kissling, 2007) en pacientes diagnosticados de **esquizofrenia** a los que se les informó sobre los riesgos y beneficios más habituales de los antipsicóticos y de sus efectos secundarios con el objetivo de decidir conjuntamente el plan terapéutico en función de sus necesidades.

Por último, se obtuvo un estudio (Wilson *et al.*, 2010) donde se describía la toma de decisiones compartida en relación con el tratamiento de pacientes con **asma** mal controlada.

Los resultados extraídos de los estudios anteriormente mencionados se muestran a continuación en las Tablas 1-6.

<b>Tabla 1: Incorporación de HATD en Diabetes Mellitus tipo II</b>						
<b>Autor (Año)</b>	<b>Población</b>	<b>Tipo de HATD</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados medidos</b>	<b>Resultados</b>	
Weymiller <i>et al.</i> (2007)	52 pacientes (intervención) + 46 pacientes (control).	"Elección de estatinas" con folleto personalizado vs. folleto estándar.	Folleto personalizado. Cada folleto incluía nombre, factores de riesgo cardiovascular, estimación personalizada del porcentaje de riesgo cardiovascular. Se realice un balance entre las ventajas e inconvenientes de iniciar tratamiento farmacológico.  CONTROL: folleto habitual de la clínica Mayo sin tener en cuenta las características específicas de cada paciente.	Adquisición de habilidades y conocimiento, conflicto decisional y adherencia al tratamiento a los 3 meses.	Los pacientes que recibieron HATD tuvieron mayores habilidades y conocimientos y menos conflictos decisionales. A los 3 meses, los pacientes del grupo intervención (HATD) presentaron tendencia a mejorar la adherencia al tratamiento (OR= 1,4; IC del 95%= 0,8-2,4) aunque sin significación estadística. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la adherencia al realizar el análisis ajustado por sexo, riesgo cardiovascular, y número de medicamentos (OR= 1,9; IC del 95%= 0,4-9,8).	

<b>Tabla 1: Incorporación de HATD en Diabetes Mellitus tipo II (Continuación)</b>						
<b>Autor (Año)</b>	<b>Población</b>	<b>Tipo de HATD</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados medidos</b>	<b>Resultados</b>	
Mullan <i>et al.</i> (2009)	48 pacientes intervención) + 37 pacientes (control).	HATD compuesta por 6 tarjetas para la elección de fármaco vs. atención habitual.	HATD ad hoc para la elección farmacológica. Permite debatir las ventajas e inconvenientes de iniciar tratamiento. Se realiza mediante la presentación de 6 tarjetas que describen los posibles efectos sobre: "Cambio de Peso", "Hipoglucemia", "Reducción de HbA1c", "Rutina diaria", "Monitorización" y "Efectos secundarios" CONTROL: atención clínica habitual y folleto habitual de la clínica Mayo.	Adquisición de habilidades y conocimiento sobre las diferentes opciones terapéuticas en la diabetes, conflicto decisional, nivel de participación del paciente, y adherencia al tratamiento.	Los pacientes con HATD presentaron una mejora en la adquisición de habilidades y conocimiento, y mayor participación en la toma de decisiones sobre el tratamiento. No hubo diferencias significativas en el conflicto decisional. A los 6 meses de seguimiento, ambos grupos referían mejor adherencia al tratamiento, con cumplimiento de la prescripción farmacológica por casi la totalidad de los pacientes, pero sin ningún impacto significativo en los niveles de HbA1c.	

<b>Tabla 1: Incorporación de HATD en Diabetes Mellitus tipo II (Continuación)</b>						
<b>Autor (Año)</b>	<b>Población</b>	<b>Tipo de HATD</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados medidos</b>	<b>Resultados</b>	
Nannenga <i>et al.</i> (2008)	52 pacientes con información personalizada (intervención) + 46 pacientes con información general (control).	“Elección de estatinas” con folleto personalizado vs. folleto estándar.	Folleto personalizado. Cada folleto incluía nombre, factores de riesgo cardiovascular, estimación personalizada del porcentaje de riesgo cardiovascular. Se realizaba un balance entre las ventajas e inconvenientes de iniciar tratamiento farmacológico  CONTROL: folleto habitual de la clínica Mayo sin tener en cuenta las características específicas de cada paciente.	Adquisición de habilidades y conocimiento, conflicto decisional y confianza del paciente en el médico.	La utilización de HATD se asoció con la adquisición de habilidades y conocimiento (OR= 1,3, IC del 95%= 1,1-1,6), y descenso del conflicto decisional (OR= 1,5, IC del 95%= 1,2 -1,9). Tras ajustar por las características del paciente, los resultados obtenidos muestran una tendencia a mejorar la confianza en el médico cuando se incorpora las HATD, aunque sin significación estadística (OR= 1,77; IC al 95%= 0,94 - 3,35).	

<b>Tabla 2: Incorporación de HATD en fibrilación auricular</b>						
<b>Autor (Año)</b>	<b>Población</b>	<b>Tipo de HATD</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados medidos</b>	<b>Resultados</b>	
Holbrook <i>et al.</i> (2007)	98 pacientes mayores de 65 años, aleatorizados en seis grupos, con un diseño factorial 3 x 2 (ensayo aleatorizado distribuido en 27 pacientes en el grupo 1, 37 en el grupo 2 y 34 en el grupo 3.	Cuestionario, folleto, cinta de audio, software interactivo, gráfico de sectores o pictograma.	Grupo 1: cuestionario Grupo 2: folleto + cinta de audio Grupo 3: software interactivo. Cada grupo se dividió en 2, a los que se les presentó la información en forma de gráfico de sectores o con pictograma. Cada paciente recibía información sobre 3 opciones terapéuticas: A (warfarina), B (ácido acetil-salicílico) y C (no tratamiento).	Adquisición de habilidades y conocimiento, satisfacción del paciente y conflicto decisional.	El 96% de los participantes reconoció la adquisición de habilidades y conocimiento ( $p < 0.01$ ), independientemente del formato de presentación. Los pacientes mostraron aumento en la satisfacción y señalaron descenso en el conflicto decisional. Las puntuaciones en comprensión (puntuación máxima 10) aumentaron en un 3,1 de media ( $p < 0,01$ ) después de la incorporación de al HATD con independencia del formato. El 96% de los participantes consideró que la ayuda a la toma de decisión les ayudó a hacer su elección de tratamiento. La identificación y el aporte de información sobre el fármaco provocó cambio en la elección un 36% de los participantes ( $p < 0,01$ ).	

<b>Tabla 2: Incorporación de HATD en fibrilación auricular (Continuación)</b>					
<b>Autor (Año)</b>	<b>Población</b>	<b>Tipo de HATD</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados medidos</b>	<b>Resultados</b>
Thomson <i>et al.</i> (2007)	Pacientes mayores de 60 años con fibrilación auricular crónica no valvular o fibrilación auricular paroxística en tratamiento con warfarina o subdiarios de recíbrila: 69 pacientes (intervención) + 67 pacientes (control).	HATD informada tras la consulta vs. información en formato papel en la consulta.	INTERVENCIÓN: presentación personalizada, en formato electrónico, con los beneficios y riesgos del tratamiento farmacológico con warfarina. CONTROL: información clínica habitual, basada en la evidencia, en formato papel.	Conflicto decisional, ansiedad, conocimiento, utilización de servicios de atención primaria y hospitalaria y resultados de salud.	El conflicto decisional fue menor en el grupo con ayuda la toma de decisión informatizada que se administraba inmediatamente después de la consulta, con una diferencia media de -0,18 (IC 95%=-0,34 a -0,01) y a los 3 meses de -0,15 (IC 95%=-0,37 a -0,06). Los síntomas de ansiedad disminuyeron en el momento posterior a la intervención -4,57 (IC 95%=-6,30 a -2,84), no hubo evidencia que esta reducción fuese diferente entre los dos grupos. La adquisición de conocimiento aumento escasamente(los autores no ofrecen datos), a los 3 meses los pacientes se situaron en los niveles previos a la intervención, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la utilización de servicio de atención primaria y atención hospitalaria.

<b>Tabla 3: Incorporación de HATD en cáncer de mama</b>						
<b>Autor (Año)</b>	<b>Población</b>	<b>Tipo de HATD</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados medidos</b>	<b>Resultados</b>	
Siminoff <i>et al.</i> (2006)	Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadio I-III y que habían completado su tratamiento:	HATD informatizada (Adjuvant!) vs. folleto.	<p><b>INTERVENCIÓN:</b> software "Adjuvant" que proporcionaba a los pacientes, datos sobre la efectividad de la terapia adyuvante (mortalidad).</p> <p><b>CONTROL:</b> folleto con información general sobre la terapia adyuvante, beneficios/riesgos y opciones terapéuticas. No se proporcionaba a los pacientes ningún dato sobre la efectividad de la terapia adyuvante (mortalidad).</p>	Influencia del estadije de la enfermedad en la toma de decisiones adquisicionales de habilidades y conocimiento e influencia del formato de la información.	<p>Los pacientes que utilizaron la HATD y presentaron un estadije de la enfermedad menor, con un tamaño tumoral inferior a <math>\leq 2</math> cm (OR= 0,12; p= 0,02) y ausencia de ganglios positivos (OR= 0,11; p &lt; 0,0001) optaron por la terapia adyuvante en menor medida que el grupo control (OR= 0,32; p= 0,02).</p> <p>El grupo que utilizó la herramienta informatizada Adjuvant! valoró la información proporcionada como más útil que el grupo que recibió información mediante folleto.</p> <p>Los pacientes que no recibieron terapia adyuvante eligieron realizar un papel de decisor primario (el 46.3 %) mientras que por los pacientes que optaron por la terapia adyuvante (48,2%) (p= 0,01) eligieron la toma de decisiones sobre el tratamiento de su enfermedad, de forma compartida.</p>	



<b>Tabla 3: Incorporación de HATD en cáncer de mama (Continuación)</b>						
<b>Autor (Año)</b>	<b>Población</b>	<b>Tipo de HATD</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados medidos</b>	<b>Resultados</b>	
Vodermaier <i>et al.</i> (2009)	Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, sin especificar estadiaje: 74 pacientes (intervención) + 78 pacientes (control).	Información en la consulta (duración: 20 minutos) más información en formato papel vs. atención habitual (los autores no precisan la duración habitual de la consulta)	INTERVENCIÓN: HATD que proporcionaba a los pacientes información sobre las opciones de tratamiento (quirúrgico y/o quimioterápico). Se les informó mediante consulta de 20 minutos más información en formato papel. CONTROL: atención dispensada por el facultativo en la consulta habitual.	Satisfacción del paciente, conflicto decisonal, adherencia al tratamiento.	Ambos grupos (intervención y control) presentaron igual grado de satisfacción, los resultados de mejora no presentaron diferencias estadísticamente significativas (83% en el grupo intervención y 83,3 % en el grupo control con $p=0,97$ ). Los pacientes presentaron mejoría en el conflicto decisonal pero sin significación estadística. La incorporación de la HATD en el grupo intervención no tuvo resultados significativamente estadísticos sobre adherencia al tratamiento, ni sobre la percepción de participación activa en la toma de decisiones.	

<b>Tabla 4: Incorporación de HATD en artritis reumatoide</b>						
<b>Autor (Año)</b>	<b>Población</b>	<b>Tipo de HATD</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados medidos</b>	<b>Resultados</b>	
Thompson <i>et al.</i> (2010)	Pacientes con artritis reumatoide: 52 pacientes (intervención) + 48 pacientes (control).	Folleto con información gráfica y escrita vs. folleto únicamente con información escrita. A los dos grupos se les proporcionó información sobre incorporación al tratamiento de base de metotrexato.	<b>INTERVENCIÓN:</b> se facilitó un folleto con información gráfica e información escrita <b>CONTROL:</b> folleto con sólo información escrita.	Comprensión mediante pruebas de recuerdo a los 7 días de la intervención. Satisfacción del paciente.	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con la comprensión sobre la incorporación de metotrexato al tratamiento al comparar el folleto con información gráfica y escrita y el folleto que sólo presentó información escrita ( $p=0.93$ ) tanto inmediatamente después de su lectura y después de una semana. Se mostró mayor satisfacción del paciente con la información gráfica añadida a la información escrita, así como de la información más llamativa de forma estadísticamente significativa (los autores no aportan p ni intervalo de confianza).	

<b>Tabla 5: Incorporación de HATD en esquizofrenia</b>						
<b>Autor (Año)</b>	<b>Población</b>	<b>Tipo de HATD</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados medidos</b>	<b>Resultados</b>	
Hamann et al. (2007)	107 pacientes entre 18 y 65 años.	Folleto con información sobre las opciones farmacológicas vs. atención habitual.	<p><b>INTERVENCIÓN:</b> folleto con información sobre los riesgos y beneficios de las diferentes opciones terapéuticas. Información gráfica con los antipsicóticos más comunes y sus efectos secundarios.</p> <p><b>CONTROL:</b> atención clínica habitual.</p>	Satisfacción, adherencia, rehospitalización, estado general del paciente y adquisición de conocimiento.	La satisfacción general, las actitudes hacia el tratamiento, y la percepción fueron obtenidas mediante una estimación de los datos, siendo superior en el grupo intervención. 42% de los pacientes realizó cumplimiento terapéutico a los seis meses y del 54% a los 18 meses (no se aportan datos sobre IC ni p). Se observó relación entre incumplimiento terapéutico y rehospitalización a los 6 y 18 meses del estudio (p=0.04).	

**Tabla 6: Incorporación de HATD en asma**

Autor (Año)	Población	Tipo de HATD	Intervención	Resultados medidos	Resultados
Wilson <i>et al.</i> (2010)	Pacientes con asma mal controlada y escasa adherencia al tratamiento: Tres grupos con 204 pacientes cada grupo entre 18 y 70 años de edad.	Información escrita de las opciones terapéuticas en relación con los niveles de gravedad vs. información escrita de las opciones terapéuticas y los niveles de gravedad de la enfermedad vs. programa educativo impartido por profesionales sanitarios para el autocontrol.	Grupo 1: realizan toma de decisiones <b>compartida</b> tras información en folleto sobre tratamiento farmacológico. Grupo 2: toma de decisión por el <b>facultativo</b> según protocolo. Grupo 3: autocontrol de los síntomas mediante <b>programa educativo</b> impartido por profesionales sanitarios (no médicos).	Adherencia terapéutica, satisfacción, calidad de vida, uso de servicios de atención médica, uso de agonistas $\beta_2$ , régimen antiinflamatorio, Duración y calidad de la intervención, estimación de costes, decisión de tratamiento, función pulmonar.	Al año de seguimiento, en comparación con el programa educativo, los pacientes que participaron en la toma de decisiones compartida presentaron: una mayor adherencia terapéutica (0,67 vs. 0,46, $p=0,0001$ ), uso de agonistas $\beta_2$ de acción prolongada (0,51 vs. 0,40; $p=0,0225$ ), una mayor dosis para el control de los síntomas (10,9 vs. 5,2, $p=0,0001$ ) y resultados clínicos significativamente mejores (calidad de vida relacionada con el asma, uso de atención médica, uso de medicamentos de rescate, control del asma y función pulmonar). En el segundo año, en comparación el programa educativo, la decisión clínica compartida mostró resultados significativamente inferiores en el uso de medicamentos de rescate. En comparación con la toma de decisiones por el facultativo, la toma de decisiones compartida presentó mayor adherencia terapéutica (0,67 vs. 0,59; $p=0,03$ ) y mayor utilización de agonistas $\beta_2$ de acción prolongada (0,51 vs. 0,41, $p=0,0143$ ); así como una mayor dosis para el control de los síntomas (10,9 vs. 9,1; $p=0,005$ ), mejores resultados en todas las medidas clínicas pero sin significación estadística.

Se observó que las publicaciones localizadas evaluaron las HATD–P contemplando los siguientes resultados:

1. adquisición de habilidades y conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad.
2. conflicto decisional generado por la incertidumbre.
3. satisfacción de los pacientes tras la incorporación de las HATD–P.
4. utilización de recursos sanitarios.

Actualmente se están priorizando las HATD–P centradas en tratamiento farmacológico para:

- enfermedades con posibilidad de autocontrol o de intervención por parte del paciente en el manejo de la enfermedad.
- enfermedades que limitaban la calidad de vida de forma importante
- enfermedades crónicas.
- enfermedades de largo tratamiento.
- enfermedades oncológicas.

La incorporación de las HATD–P en tratamiento farmacológico presentaron los siguientes resultados:

- se produjo adquisición o mejora de habilidades y conocimientos sobre la enfermedad y las posibles opciones de tratamiento en aquellos pacientes que utilizaron las HATD.
- no se localizó evidencia científica suficiente sobre el efecto positivo en la satisfacción o en el conflicto decisional del paciente, tras la incorporación de las HATD en la práctica clínica.
- no se localizó evidencia científica sobre si la incorporación de las HATD en la práctica clínica estuvo influenciada por la gravedad de la enfermedad y el riesgo vital de los pacientes, si bien, este aspecto no fue suficientemente investigado en los estudios encontrados.

Los documentos seleccionados señalaron que la información que aportan las HATD–P debe estar sustentada en la mejor evidencia científica disponible (Hermosilla y Briones, 2002). Los datos deben presentarse claramente, adaptarse al paciente y cuantificarse los riesgos-beneficios de las diferentes opciones terapéuticas. Además, los profesionales deben incorporar a la toma de decisiones los valores y preferencias del paciente. Para ello, es necesario proveer a los profesionales de las habilidades y herramientas que les ayuden a conocer e incorporar las preferencias de los mismos.

Se identificaron como criterios de calidad de las HATD–P los siguientes:

- habilidad clínica en el asesoramiento a pacientes y familiares.
- supervisión del profesional durante el proceso de la toma de decisiones.
- facilitación de vías clínicas para la difusión e incorporación de las HATD–P que implementen las decisiones.

Las barreras identificadas en la bibliografía, relacionadas con la incorporación de las HATD–P en la práctica clínica, fueron:

- resistencia al cambio y actitudes dispares de los pacientes relacionadas con la incorporación de HATD.
- implementación inadecuada.
- resistencia institucional y de los profesionales sanitarios a los cambios en las rutinas.
- escasez de tiempo, en la práctica clínica habitual, para informar a los pacientes sobre el uso adecuado y la utilidad de las HATD–P.
- falta de apoyo a los profesionales.
- ausencia de incentivos para los profesionales sanitarios que incorporan las HATD.

## Resultados de la evaluación de la calidad de los estudios incluidos

Se realizó la evaluación de todos los estudios incluidos mediante la herramienta CASPe. El desglose de las puntuaciones de la evaluación de la calidad de cada estudio se encuentra en el Anexo III. La calidad de los estudios incluidos fue moderada.

A pesar de que ningún estudio fue cegado para los pacientes, no se consideró que este aspecto pudiera afectar a la validez interna de los estudios, debido a que la naturaleza de las intervenciones dificultaba el cegamiento completo.

No se observaron pérdidas significativas durante el seguimiento y cuando se produjeron se realizó un análisis por intención de tratar.



# Discusión

Ante situaciones con balance beneficio-riesgo, sin beneficio indudable para el paciente frente a los posibles riesgos derivados del propio tratamiento, sería necesario que los profesionales ofrecieran a los pacientes su participación en las decisiones clínicas.

La incorporación a la práctica clínica de HATD-P podrían ampliar los conocimientos que los pacientes poseen sobre su propia enfermedad, sobre las diferentes opciones de tratamientos, los posibles beneficios y riesgos que se derivan de interrumpir o iniciar un tratamiento y la adquisición de habilidades en el manejo sobre su enfermedad. En definitiva, consistiría en proveer a los pacientes de la información necesaria para poder participar de forma activa en la toma de decisiones relacionadas con su propia enfermedad.

La incorporación de estas herramientas podría mejorar la atención sanitaria, sobre todo de aquellos pacientes con enfermedades que limitan su calidad de vida de forma significativa, con posibilidad de autocontrol o que podrían beneficiarse de la adquisición de habilidades y conocimiento del manejo de la enfermedad.

Sin embargo, la incorporación de estas herramientas presenta dificultades ya que en el contexto de la atención sanitaria, la toma de decisiones es compleja para los profesionales por la propia incertidumbre que va unida de forma intrínseca a las decisiones clínicas y esta complejidad aumenta, cuando los profesionales tienen, además, que incorporar a la decisión de tratar a un paciente, las preferencias de éstos. Si a esta situación se añade que las preferencias, las necesidades y los valores del paciente pueden evolucionar, dando lugar a cambios con el tiempo o a medida que las condiciones de salud se modifican, se puede considerar que la incorporación requiere de elementos facilitadores que ayuden a los profesionales a utilizar las HATD-P en la práctica clínica diaria.

Sin embargo, no todos los profesionales están de acuerdo en incorporar al paciente en la toma de decisiones. Algunos autores señalan la necesidad de priorizar la efectividad de la decisión basándola en las recomendaciones de guías de práctica clínica frente a los valores o creencias de los pacientes, es decir, basar la efectividad de la decisión en la buena decisión. Según Wittmann-Price & Fisher (2009) esto ocurre porque “médicos y pacientes no necesariamente piensan de forma igual”.

Al pensar en las decisiones, los clínicos tienden a confiar en la teoría de la utilidad, que utiliza la estadística para analizar la probabilidad de buenos resultados. Los pacientes y sus familiares son más propensos a



pensar dirigidos por la teoría de procesamiento de información, que focaliza en los factores cognitivos y variables afectivas como los valores y preferencias (Pierce & Hicks, 2001). Las HATD-P acortan esa brecha mediante la incorporación de ambas teorías en su diseño, sin embargo, algunos autores siguen considerando que los profesionales, formados a tal efecto, son quienes deben elegir entre las posibilidades existentes en ese momento y reflexionan sobre la relevancia de seleccionar adecuadamente las patologías y los pacientes para los que las decisiones compartidas mediante HATD serían útiles mientras que otros autores defienden el derecho a la propia autonomía del paciente y su capacidad de decidir sobre los aspectos relacionados con su enfermedad.

Algunos estudios como el de Mullan *et al.* (2009) sobre la incorporación de la HATD en el tratamiento no mostró diferencias significativas en el control de la enfermedad ni en la adherencia al tratamiento. Probablemente sea debido a que las HATD están escasamente estudiadas.

Sería necesario conocer si las HATD son susceptibles de ser incorporadas a todas las patologías y a todos los pacientes del sistema sanitario o por el contrario la mayor efectividad podría encontrarse seleccionando tanto patologías como pacientes diana.

Asimismo, sería necesaria generar investigación para determinar cómo el uso de HATD afecta a los costes de atención médica. En un ensayo clínico aleatorio realizado por Murray *et al.* (2001) se estudiaron los efectos de la incorporación de una HATD a pacientes candidatas de recibir terapia de reemplazo hormonal para los síntomas de menopausia. No se hallaron diferencias significativas de costes entre los pacientes que utilizaron HATD y los que no (medido en tiempo del personal, materiales educativos y los gastos de tratamiento).

También se han identificado áreas de incertidumbre acerca de cuáles son los criterios apropiados para valorar la eficacia de estas herramientas (Kennedy, 2003) y si la satisfacción del paciente, la adherencia referida (no real), la cuantificación del conflicto decisional, son resultados que nos trasladan la efectividad real de las HATD.

# Conclusiones

- Las herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartidas han aumentado en número, encontrándose muchas disponibles especialmente en algunas áreas, aunque todavía existen grandes áreas de incertidumbre relacionadas con ellas.
- Todas las HATD–P presentaron como característica común que se utilizaron en enfermedades que limitaban la calidad de vida de forma importante. Los documentos localizados se centraron en diabetes, fibrilación auricular, cáncer de mama, artritis reumatoide, esquizofrenia y asma.
- Actualmente se están priorizando las HATD–P centradas en tratamiento farmacológico para:
  - ✓ enfermedades con posibilidad intervención por parte del paciente en el manejo de la enfermedad.
  - ✓ enfermedades de largo tratamiento.
  - ✓ enfermedades crónicas.
  - ✓ enfermedades oncológicas.
- Las publicaciones localizadas se centraron en los siguientes aspectos de las HATD–P:
  - ✓ adquisición de habilidades y conocimientos de la enfermedad.
  - ✓ conflicto decisional generado por la incertidumbre.
  - ✓ Satisfacción.
  - ✓ utilización de recursos sanitarios.
- La incorporación de las HATD–P en tratamiento farmacológico presentaron los siguientes resultados:
  - ✓ se produjo adquisición o mejora de habilidades y conocimientos sobre la enfermedad y las posibles opciones de tratamiento en aquellos pacientes que utilizaron las HATD–P.
  - ✓ no se localizó evidencia científica suficiente sobre el efecto positivo en la satisfacción o en el conflicto decisional del paciente, tras la incorporación de las HATD en la práctica clínica.
  - ✓ no se localizó evidencia científica sobre si la incorporación de las HATD en la práctica clínica estuvo influenciada por la gravedad de la enfermedad y el riesgo vital de los pacientes, si bien, este aspecto no fue suficientemente investigado en los estudios encontrados.

- Los documentos seleccionados señalaron que la información que aportan las HATD–P debe estar sustentada en la mejor evidencia científica disponible, los datos deben presentarse claramente, adaptarse al paciente y cuantificarse los beneficios-riesgos de las diferentes opciones terapéuticas. Además, los profesionales deben incorporar a la toma de decisiones los valores y preferencias del paciente. Para ello, es necesario proveer a los profesionales de las habilidades y herramientas que les ayuden a conocer e incorporar las preferencias de los mismos.
- Se identificaron como criterios de calidad de las HATD–P los siguientes:
  - ✓ habilidad clínica en el asesoramiento a pacientes y familiares.
  - ✓ supervisión del profesional durante el proceso de la toma de decisiones.
  - ✓ facilitación de vías clínicas para la difusión e incorporación de las HATD–P que implementen las decisiones.
- Las barreras identificadas en la práctica clínica, fueron:
  - ✓ resistencia al cambio y actitudes dispares de los pacientes relacionadas con la incorporación de HATD.
  - ✓ sistemas de distribución inadecuados.
  - ✓ resistencia institucional y de los profesionales sanitarios a los cambios en las rutinas.
  - ✓ escasez de tiempo, en la práctica clínica habitual, para informar a los pacientes sobre el uso adecuado y la utilidad de las HATD–P.
  - ✓ falta de apoyo a los profesionales.
  - ✓ ausencia de incentivos para los profesionales sanitarios que incorporan las HATD.

# Referencias

Ahmed, S. F., Smith, W. A., & Blamires, C. (2008). Facilitating and understanding the family's choice of injection device for growth hormone therapy by using conjoint analysis. *Archives of Disease in Childhood*, *93*, 110-114.

Akl, E. A., Grant, B. J., Guyatt, G. H., Montori, V. M., & Schünemann, H. J. (2007). A decision aid for COPD patients considering inhaled steroid therapy: development and before and after pilot testing. *BMC Medical Informatics Decision Making*, *7*, 12.

Barry, M. J. (2002). Health decision aids to facilitate shared decision making in office practice. *Annals of Internal Medicine*, *136*, 127-135.

Breslin, M., Mullan, R. J., & Montori, V. M. (2008). The design of a decision aid about diabetes medications for use during the consultation with patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, *73*, 465-472.

Bungard, T. J., Ghali, W. A., McAlister, F. A., Buchan, A. M., Cave, A. J., Hamilton, P. G.,...Tsuyuki, R. T. (2003). The relative importance of barriers to the prescription of warfarin for nonvalvular atrial fibrillation. *Canadian Journal of Cardiology*, *19*, 280-284.

Butow, P. N., Solomon, M., Young, J. M., Whelan, T., Salkeld, G., Wilson, K.,... Tattersall, M. H. (2006). Consumer impact of an interactive decision aid for rectal cancer patients offered adjuvant therapy. *Colorectal Disease*, *8*, 676-682.

Carling, C. L., Kristoffersen, D. T., Montori, V. M., Herrin, J., Schünemann, H. J., Treweek, S.,...Oxman, A. D. (2009). The effect of alternative summary statistics for communicating risk reduction on decisions about taking statins: a randomized trial. *PLoS Medicine*, *6*, e1000134.

Chiew, K. S., Shepherd, H., Vardy, J., Tattersall, M. H., Butow, P. N., Leighl, N. B. (2008). Development and evaluation of a decision aid for patients considering first-line chemotherapy for metastatic breast cancer. *Health Expectations*, *11*, 35-45.

Chilton, F., Collett, R. A. (2008). Treatment choices, preferences and

decision-making by patients with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care*, 6, 1-14.

Choe, H. M., Stevenson, J. G., Streetman, D. S., Heisler, M., Sandiford, C. J., & Piette, J. D. (2007). Impact of patient financial incentives on participation and outcomes in a statin pill-splitting program. *The American Journal of Managed Care*, 13 (6 Part 1), 298-304.

Committee on Quality of Health Care in American Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press.

Cordasco, K. M., Asch, S. M., Bell, D. S., Guterman, J. J., Gross-Schulman, S., Ramer, L.,...Mangione, C. M. (2009). A low-literacy medication education tool for safety-net hospital patients. *American Journal of Preventive Medicine*, 37 (6 Suppl 1), S209-S216.

Cunningham, V. L. (2008). The outcome wheel: a potential tool for shared decision-making in ischemic stroke thrombolysis. *CJEM. Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 10, 545-551.

Deber, R. B. (1994). Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, 151, 423-427.

Deegan, P. E., Rapp, C., Holter, M., & Riefer, M. (2008). Best practices: a program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. *Psychiatric Services*, 59, 603-605.

Department of Health. (2004). *Better information, better choices, better health: Putting information at the centre of health*. London: Department of Health.

Deyo, R. A. (2001). A key medical decision maker: the patient. *BMJ. British Medical Journal*, 323, 466-467.

Elwyn, G., & Edwards, A. (2001). *Evidence based patient choice*. Oxford: Oxford University Press.

Entwistle, V., Prior, M., Skea, Z. C., & Francis, J. J. (2008). Involvement in treatment decision-making: its meaning to people with diabetes and implications for conceptualisation. *Social Science and Medicine*, 66, 362-375.

Fairhurst, K., & May, C. (1995). Consumerism and the consultation: the doctor's view. *Family Practice*, *12*, 389-391.

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2007). Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 992-997.

Heesen, C., Kasper, J., Köpke, S., Richter, T., Segal, J., & Mühlhauser, I. (2007). Informed shared decision making in multiple sclerosis—inevitable or impossible? *Journal of the Neurological Science*, *259*, 109-117.

Hermosilla, T., & Briones, E. (2002). Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Holbrook, A., Labiris, R., Goldsmith, C. H., Ota, K., Harb, S., & Sebaldt R.J. (2007). Influence of decision aids on patient preferences for anticoagulant therapy: a randomized trial. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, *176*, 1583-1587.

Issa, A. M., Hutchinson, J., Tufail, W., & Tenorio, J. (2009). Understanding the clinical utility and adoption of pharmacogenomics: A quantitative analysis of patient decision-making. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, *18* (Suppl 1), S161.

Juraskova, I., Butow, P., López, A., Seccombe, M., Coates, A., Boyle, F.,...Forbes, J. F. (2008). Improving informed consent: pilot of a decision aid for women invited to participate in a breast cancer prevention trial (IBIS-II DCIS). *Health Expectations*, *11*, 252-262.

Kalra, S., Kalra, B., Sharma, A., & Saluja, S. (2009). Shared decision making in osteoporosis: Improvement through education. *Bone (New York)*, *44* (Suppl 2), S444.

Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E. Jr. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, *27*, S110-S127.

Kennedy, A. D. (2003). On what basis should the effectiveness of decision aids be judged? *Health Expectations*, *6*, 255-268.

Kremer, H., & Ironson, G. (2007). People living with HIV: sources of information on antiretroviral treatment and preferences for involvement in

treatment decision-making. *European Journal of Medical Research*, *12*, 34-42.

Légaré, F., Dodin, S., Stacey, D., Leblanc, A., & Tapp, S. (2008). Patient decision aid on natural health products for menopausal symptoms: randomized controlled trial. *Menopause International*, *14*, 105-110.

Légaré, F., O'Connor, A. M., Graham, I. D., Wells, G. A., Jacobsen, M. J., Elmslie, T., & Drake, E. R. (2003). The effect of decision aids on the agreement between women's and physicians' decisional conflict about hormone replacement therapy. *Patient Education and Counseling*, *50*, 211-221.

Levine, M. N., Gafni, A., Markham, B., & MacFarlane, D. (1992). A bedside decision instrument to elicit a patient's preference concerning adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Annals of Internal Medicine*, *117*, 53-58.

Lin, G. A., Aaronson, D. S., Knight, S. J., Carroll, P. R., & Dudley, R. A. (2009). Patient decision aids for prostate cancer treatment: a systematic review of the literature. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, *59*, 379-390.

Mahone, I. H. (2008). Shared decision making and serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, *22*, 334-343.

Man-Son-Hing, M., Laupacis, A., O'Connor, A. M., Hart, R. G., Feldman, G., Blackshear, J. L., & Anderson, D. C. (2000). Development of a decision aid for atrial fibrillation who are considering antithrombotic therapy. *Journal of General Internal Medicine*, *15*, 723-730.

Markman, M., Markman, M. R., Belland, A., & Petersen, J. (2006). Profile of ovarian cancer patients seeking information from a web-based decision support program. *Journal of Women's Health*, *15*, 312-318.

Mullan, R. J., Montori, V. M., Shah, N. D., Christianson, T. J., Bryant, S. C., Guyatt, G. H.,...Smith, S. A. (2009). The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, *69*, 1560-1568.

Murray, E., Burns, J., See, T. S., Lai, R., & Nazareth, I. (2005). Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, CD004274.

Murray, E., Davis, H., Tai, S. S., Coulter, A., Gray, A., & Haines, A.

(2001). Randomized controlled trial of an interactive multimedia decision aid on hormone replacement therapy in primary care. *BMJ. British Medical Journal*, 323, 490-493.

Nannenga, M. R., Montori, V. M., Weymiller, A. J., Smith, S. A., Christianson, T. J., Bryant, S. C.,... Guyatt, G. H. (2009). A treatment decision aid may increase patient trust in the diabetes specialist. The Statin Choice randomized trial. *Health Expectations*, 12, 38-44.

O'Connor, A. M., Bennett, C. L., Stacey, D., Barry, M., Col, N. F., Eden, K. B.,...Rovner, D. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, CD001431.

O'Connor, A. M., Rostom, A., Fiset, V., Tetroe, J., Entwistle, V., & Llewellyn-Thomas, H. (1999). Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: Systematic review. *BMJ. British Medical Journal*, 319, 731-734.

O'Connor, A. M., Stacey, D., Entwistle, V., Llewellyn-Thomas, H., Rovner, D., Holmes-Rovner, M.,...Jones J. (2003). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, CD001431.

O'Connor, A. M. (1997). Consumer/patient decision support in the new millennium: where should our research take us? *Canadian Journal of Nursing Research*, 29, 7-19.

O'Leary, K., & Scott, S. D. (2008). Supporting consumers' access to research: how nurses can help patients use evidence to make medical decisions. *Nursing for Womens Health*, 12, 476-479.

Pierce, P. F., & Hicks, F. D. (2001). Patient decision-making behavior: an emerging paradigm for nursing science. *Nursing Research*, 50, 267-274.

Robinson, A., & Thomason, R. (2001). Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care*, 10 (Suppl 1), i34-i38.

Rothert, M. L., & O'Connor, A. M. (2001). Health decisions and decision support for women. *Annual Review of Nursing Research*, 19, 307-324.



Sepucha, K., & Mulley, A. G., Jr. (2009). A perspective on the patient's role in treatment decisions. *Medical Care Research and Review*, 66 (1 Suppl), 53S-74S.

Sepucha, K. R., Ozanne, E. M., Partridge, A. H., & Moy, B. (2009). Is there a role for decision aids in advanced breast cancer? *Medical Decision Making*, 29, 475-482.

Sheppard, V. B., Figueiredo, M., Cañar, J., Goodman, M., Caicedo, L., Kaufman, A.,... Mandelblatt J. (2008). Latina a Latina: developing a breast cancer decision support intervention. *Psycho-oncology*, 17, 383-391.

Siminoff, L. A., Gordon, N.H., Silverman, P., Budd, T., & Ravdin, P. M. (2006). A decision aid to assist in adjuvant therapy choices for breast cancer. *Psycho-oncology*, 15, 1001-1113.

Slot, K. B., & Berge, E. (2009). Thrombolytic treatment for stroke: patient preferences for treatment, information, and involvement. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 18, 17-22.

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.

Szabo, E., Moody, H., Hamilton, T., Ang, C., Kovithavongs, C., & Kjellstrand, C. (1997). Choice of treatment improves quality of life. A study on patients undergoing dialysis. *Archives of Internal Medicine*, 157, 1352-1356.

Thompson, A. E., Goldszmidt, M. A., Schwartz, A. J., & Bashook, P. G. (2010). A randomized trial of pictorial versus prose-based medication information pamphlets. *Patient Education and Counseling*, 78, 389-393.

Thomson R. G., Eccles M. P., Steen I. N., Greenaway J., Stobbart L., Murtagh M. J., & May, C. R. (2007). A patient decision aid to support shared decision-making on anti-thrombotic treatment of patients with atrial fibrillation: randomised controlled trial. *Quality & Safety in Health Care*, 16, 216-223.

Timmermans, D. R., Ockhuysen-Vermey, C. F., & Henneman, L. (2008). Presenting health risk information in different formats: the effect on participants' cognitive and emotional evaluation and decisions. *Patient Education and Counseling*, 73, 443-447.

Ubel, P. A. (2002). Is information always a good thing? Helping patients make “good” decisions. *Medical Care*, *40* (9 Suppl), V39-V44.

Vodermaier, A., Caspari, C., Koehm, J., Kahlert, S., Ditsch, N., & Untch, M. (2009). Contextual factors in shared decision making: a randomised controlled trial in women with a strong suspicion of breast cancer. *British Journal of Cancer*, *100*, 590-597.

Weymiller, A. J., Montori, V. M., Jones, L. A., Gafni, A., Guyatt, G. H., Bryant, S. C.,... Smith, S. A. (2007). Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, *167*, 1076-1082.

Whelan, T., Levine, M., Willan, A., Gafni, A., Sanders, K., Mirsky, D.,... Dubois, S. (2004). Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery: a randomized trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *292*, 435-441.

Whelan, T., Sawka, C., Levine, M., Gafni, A., Reyno, L., Willan, A.,...Bodendorfer, I. (2003). Helping patients make informed choices: a randomized trial of a decision aid for adjuvant chemotherapy in lymph node-negative breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, *95*, 581-587.

Whelan, T. M., O'Brien, M. A., Villasis-Keever, M., Robinson, P., Skye, A., Gafni, A.,...Gauld, M. (2002). *Impact of Cancer-Related Decision Aids*. (Evidence Report/Technology Assessment Number 46. AHRQ Publication No. 02-E004). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Wilson, S. R., Strub, P., Buist, A. S., Knowles, S. B., Lavori, P. W., Lapidus, J.,...Better Outcomes of Asthma Treatment (BOAT) Study Group. (2010). Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *181*, 566-577.

Wittmann-Price, R. A., & Fisher, K. M. (2009). Professional Development: Patient Decision Aids: Tools for Patients and Professionals. *The American Journal of Nursing*, *109*, 60-63.



# Anexos

## Anexo I

### Estrategias de búsqueda

#### MEDLINE

- 1 Pamphlets/
- 2 Decision Making/
- 3 Decision Support Techniques/
- 4 Decision Making, Computer-Assisted/
- 5 Decision Support Systems, Clinical/
- 6 Decision Support Systems, Management/
- 7 or/1-6
- 8 Patient Participation/
- 9 7 and 8
- 10 ((decision\* or choic\* or choos\* or education) and (informed or patient\* or shar\*)) and (tool? or aid? or pamphlet? or making or participation\*).ti.
- 11 dt.fs.
- 12 9 or 10
- 13 limit 12 to yr="2006 -Current"
- 14 11 and 13

#### EMBASE

- 1 'decision making'/mj OR 'clinical decision making'/mj OR 'decision support system'/mj OR 'medical decision making'/mj OR 'publication'/mj
- 2 'patient decision making'/de OR 'patient participation'/de OR 'patient education'/de
- 3 #1 AND #2
- 4 decision\*:ti OR choic\*:ti OR choos\*:ti OR education:ti AND (informed:ti OR patient\*:ti OR shar\*:ti) AND (tool?:ti OR aid?:ti OR support?:ti OR pamphlet?:ti OR making:ti OR participation\*:ti)
- 5 'drug therapy'/exp
- 6 #3 OR #4 AND #5
- 7 #6 AND [embase]/lim AND [2006-2010]/py

## **CINHAL**

- 1 (MH “Decision Making”) or (MH “Decision Making, Clinical”) or (MH “Decision Support Techniques+”) OR (MH “Pamphlets”) OR (MH “Decision Support Systems, Management”)
- 2 (MH “Decision Making, Patient”) OR (MH “Consumer Participation”)
- 3 S1 and S2
- 4 TI (decision\* OR choic\* OR choos\* OR education) AND (informed OR patient\* OR shar\*) AND (tool? OR aid? OR support? OR pamphlet? OR making OR participation\*)
- 5 (MH “Drug Therapy+”)
- 6 (S3 OR S4) AND S5

## **COCHRANE LIBRARY**

“(decision\* OR choic\* OR choos\* OR education) AND (informed OR patient\* OR shar\* OR people) AND (tool? OR aid? OR support? OR pamphlet? OR making OR participation\*) in Record Title

## **CRD Databases (DARE, HTA, NHS EED)**

“(decision\* OR choic\* OR choos\* OR education) AND (informed OR patient\* OR shar\* OR people) AND (tool? OR aid? OR support? OR pamphlet? OR making OR participation\*) in Record Title AND drug\* or treatment

## **ECRI**

“shared decision” OR “patient decision making” or “patient participation”

## **HAYES**

“shared decision” OR “patient decision making” or “patient participation”

## Anexo II

### GUÍA CASPe para evaluar un ensayo clínico

<b>¿Son válidos los resultados del ensayo?</b>	
<b>A. Preguntas de eliminación</b>	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida? Una pregunta debe definirse en términos de: La población de estudio La intervención realizada Los resultados considerados	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos? ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
3. ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él? ¿El seguimiento fue completo? ¿Se interrumpió precozmente el estudio? ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron asignados?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
<b>B. Preguntas de detalle</b>	
4. ¿Se mantuvieron ciegos al tratamiento los pacientes, los clínicos y el personal del estudio? Los pacientes Los clínicos El personal del estudio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo? En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
6. ¿Al margen de la intervención en estudio, los grupos fueron tratados de igual modo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>

# GUÍA CASPe para evaluar una revisión sistemática

<b>¿Son válidos los resultados de la revisión sistemática?</b>	
<b>A. Preguntas de eliminación</b>	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido? La población de estudio. La intervención realizada. Los resultados considerados	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuados? ¿Se dirige la pregunta al objeto de la revisión? ¿Tiene un diseño apropiado para la pregunta?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
<b>B. Preguntas detalladas</b>	
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y relevantes? ¿Qué bases de datos bibliográficas se han usado? Seguimiento de las referencias. Contacto personal con expertos. Búsqueda de artículos no publicados. Búsqueda de estudios en idiomas distintos al inglés.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado” ¿era razonable hacer eso? Los resultados de los estudios eran similares entre sí. Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados. Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>

## Anexo III

### Valoración crítica de los ensayos clínicos

ESTUDIO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Suma P1-P3/ P4-P6
Nannenga <i>et al.</i> (2008)	1	1	1	1	1	1	3/3
Hamann <i>et al.</i> (2007)	1	1	0	0	1	1	2/2
Thomson <i>et al.</i> (2007)	1	1	1	0	1	1	3/2
Holbrook <i>et al.</i> (2007)	1	1	1	0	1	1	3/2
Thompon <i>et al.</i> (2010)	1	1	0	1	1	1	2/3
Vodermaier <i>et al.</i> (2009)	1	1	0	0	1	1	2/2
Weymiller <i>et al.</i> (2007)	1	1	1	0	1	1	3/2
Siminoff <i>et al.</i> (2006)	1	0	1	0	1	0	2/1
Mullan <i>et al.</i> (2009)	1	1	1	1	1	1	3/3
Wilson <i>et al.</i> (2010)	1	1	1	0	1	1	3/2

*P1-P2-P3: Se refieren a las tres preguntas clave de la escala CASPe (claridad de la pregunta –P1- adecuación de la aleatorización –P2- y adecuación del seguimiento –P3). P4-P5-P6: Se refieren a las tres preguntas de detalle de la escala CASPe (enmascaramiento –P4- similitud de los grupos al inicio del ensayo –P5-, tratamiento similar de los grupos de comparación –P6-).*

*La P4 se contesta como SI cuando hay al menos 2 de los 3 enmascaramientos posibles y como NO cuando hay solo 1 de los 3.*



## Valoración crítica de las revisiones sistemáticas

ESTUDIO	P1	P2	P3	P4	P5	Suma P1-P2/ P3-P5
O'Connor <i>et al.</i> (2009)	1	1	1	1	1	2/3

*P1-P2: Se refieren a las dos preguntas clave de la escala CASPe (claridad del tema de la revisión –P1–, y búsqueda de artículos adecuados –P2–).*

*P3-P4-P5: Se refieren a las tres preguntas de detalle de la escala CASPe (estudios importantes y relevantes incluidos –P3–, calidad de los estudios valorada –P4–, y resultado “combinado” de los distintos estudios –P5–).*

## Anexo IV

### Artículos excluidos

ARTÍCULO	MOTIVO PRINCIPAL DE EXCLUSIÓN
Cordasco <i>et al.</i> (2009)	No se tomaban decisiones sobre opciones de tratamiento. La herramienta presentada es educativa
Carling <i>et al.</i> (2009)	Los escenarios planteados son hipotéticos
Slot & Berge (2009)	No se adecúa al tipo de estudio
Breslin, Mullan & Montori (2008)	No se adecúa al tipo de estudio y trata sobre la creación de una HATD
Timmermans, Ockhuysen-Vermeij, & Henneman (2008)	No se adecúa al tipo de estudio y los escenarios planteados son hipotéticos
Cunningham (2008)	No se adecúa al tipo de estudio y sólo presenta una HATD
Deegan, Rapp, Holter & Riefer (2008)	No se adecúa al tipo de estudio
Chilton & Collett (2008)	No se adecúa al tipo de estudio
Chiew <i>et al.</i> (2008)	No se adecúa al tipo de estudio
Ahmed, Smith & Blamires (2008)	No se adecúa al tipo de estudio
Entwistle, Prior, Skea, & Francis (2008)	No se adecúa al tipo de estudio
Choe <i>et al.</i> (2007)	No es una HATD

<b>ARTÍCULO</b>	<b>MOTIVO PRINCIPAL DE EXCLUSIÓN</b>
Kremer & Ironson (2007)	No se adecuía al tipo de estudio
Mahone (2008)	No se adecuía al tipo de estudio
Akl <i>et al.</i> (2007)	No se adecuía al tipo de estudio
Butow <i>et al.</i> (2006)	No se adecuía al tipo de estudio
Heesen <i>et al.</i> (2007)	No se adecuía al tipo de estudio
Issa, Hutchinson, Tufail & Tenorio (2009)	No se adecuía al tipo de estudio
Juraskova <i>et al.</i> (2008)	No se adecuía al tipo de estudio y los escenarios planteados son hipotéticos
Kalra, Kalra, Sharma & Saluja (2009)	No se adecuía al tipo de estudio
Légaré, Dodin, Stacey, Leblanc, & Tapp (2008)	No se adecuía al tipo de estudio
Lin, Aaronson, Knight, Carroll, & Dudley (2009)	Revisión sistemática que incluía 3 ECAs de los cuales 2 eran anteriores a la fecha de búsqueda y 1 no trataba sobre el objetivo de esta revisión
Markman, Markman, Belland, & Petersen (2006)	No se adecuía al tipo de estudio
Sepucha, Ozanne, Partridge, & Moy (2009)	No se adecuía al tipo de estudio
Sheppard <i>et al.</i> (2008)	No se adecuía al tipo de estudio







9 788496 990869

Precio: 10 €