



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones para aumentar el uso de la toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud (Revisión)

Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner-Banzhoff N

Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner-Banzhoff N.

Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals

(Intervenciones para aumentar el uso de la toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD006732.

DOI: [10.1002/14651858.CD006732.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4).

www.cochranelibrary.com/es

Intervenciones para aumentar el uso de la toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud (Revisión)

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Intervenciones para aumentar el uso de la toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud

France Légaré¹, Rhéda Adekpedjou², Dawn Stacey³, Stéphane Turcotte⁴, Jennifer Kryworuchko⁵, Ian D Graham⁶, Anne Lyddiatt⁷, Mary C Politi⁸, Richard Thomson⁹, Glyn Elwyn¹⁰, Norbert Donner-Banzhoff¹¹

¹Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL), Université Laval, Quebec, Canada. ²Department of Social and Preventive Medicine, Université Laval, Quebec City, Canada. ³School of Nursing, University of Ottawa, Ottawa, Canada. ⁴Centre de Recherche du CHU de Québec (CRCHUQ) - Hôpital St-François d'Assise, Québec City, Canada. ⁵School of Nursing, The University of British Columbia, Vancouver, Canada. ⁶School of Epidemiology, Public Health and Preventative Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Canada. ⁷No affiliation, Ingersoll, Canada. ⁸Division of Public Health Sciences, Department of Surgery, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri, USA. ⁹Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK. ¹⁰Cochrane Institute of Primary Care and Public Health, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, UK. ¹¹Department of Family Medicine / General Practice, University of Marburg, Marburg, Germany

Dirección de contacto: France Légaré, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL), Université Laval, 2525, Chemin de la Canardière, Quebec, Québec, G1J 0A4, Canada. france.legare@mfa.ulaval.ca.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 7, 2018.

Referencia: Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner-Banzhoff N. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals (Intervenciones para aumentar el uso de la toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD006732. DOI: [10.1002/14651858.CD006732.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4).

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La toma de decisiones compartida (TDC) es un proceso por el cual una elección de atención médica es hecha por el paciente, sus seres queridos o ambos con uno o más profesionales de la salud. Sin embargo, todavía no se ha adoptado ampliamente en la práctica. Esta es la segunda actualización de esta revisión Cochrane.

Objetivos

Determinar la efectividad de las intervenciones para aumentar el uso de la TDC por los profesionales de la salud. Se consideraron las intervenciones dirigidas a los pacientes, las intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud y las intervenciones dirigidas a ambos.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en CENTRAL, MEDLINE, Embase y otras cinco bases de datos el 15 de junio de 2017. También se realizaron búsquedas en dos registros de ensayos clínicos y en las actas de los congresos pertinentes. Se verificaron las listas de referencias y se estableció contacto con los autores de los estudios para identificar estudios adicionales.

Criterios de selección

Ensayos aleatorizados y no aleatorizados, estudios controlados de antes y después y estudios de series de tiempo interrumpido que evalúan las intervenciones para aumentar el uso de la TDC, en los que los resultados principales se evaluaron utilizando medidas basadas en el observador o comunicadas por el paciente.

Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar previstos por Cochrane.

Para evaluar la certeza de las evidencia se utilizó GRADE.

Resultados principales

Se incluyeron 87 estudios (45.641 pacientes y 3113 profesionales de la salud) realizados principalmente en los EE.UU., Alemania, Canadá y los Países Bajos. El riesgo de sesgo era alto o incierto en el caso de la protección contra la contaminación, bajo en el caso de las diferencias en las características básicas de los pacientes e incierto en el caso de otros dominios.

Cuarenta y cuatro estudios evaluaron las intervenciones dirigidas a los pacientes. Incluían ayudas para la toma de decisiones, activación de pacientes, listas de preguntas y capacitación para los pacientes, entre otros, y se administraban solos (intervención única) o en combinación (intervención multifacética). La certeza de la evidencia fue muy baja. No se sabe si las intervenciones dirigidas a los pacientes en comparación con la atención habitual aumentan la TDC, ya sea que se midan mediante la observación (diferencia de medias estandarizada (DME) 0,54, intervalo de confianza (IC) del 95%: -0,13 a 1,22; 4 estudios; N = 424) o que se informen por los pacientes (DME 0,32, IC del 95%: 0,16 a 0,48; 9 estudios; N = 1386; diferencia de riesgo (DR) -0,09, IC del 95%: -0,19 a 0,01; 6 estudios; N = 754), reducir el arrepentimiento de la decisión (DME -0,10; IC del 95%: -0,39 a 0,19; 1 estudio; N = 212), mejorar la calidad de vida física (DME 0,00; IC del 95%: -0,36 a 0,36; 1 estudio; N = 116) o la calidad de vida relacionada con la salud mental (CdV) (DME 0,10, IC del 95%: -0,26 a 0,46; 1 estudio; N = 116), afectan la duración de la consulta (DME 0,10, IC del 95%: -0,39 a 0,58; 2 estudios; N = 224) o el coste (DME 0,82, IC del 95%: 0,42 a 1,22; 1 estudio; N = 105).

No se sabe con certeza si las intervenciones dirigidas a los pacientes, comparadas con las intervenciones del mismo tipo, aumentan la TDC, ya sea que se midan por observación (DME 0,88; IC del 95%: 0,39 a 1,37; 3 estudios; N = 271) o que se informen por los pacientes (DME 0,03, IC del 95%: -0,18 a 0,24; 11 estudios; N = 1906); (DR 0,03, IC del 95%: -0,02 a 0,08; 10 estudios; N = 2272); afectan a la duración de la consulta (DME -0,65, IC del 95%: -1,29 a -0,00; 1 estudio; N = 39) o a los costes. No se informó de datos sobre el arrepentimiento de decisión, la calidad de vida relacionada con la salud física o mental.

Quince estudios evaluaron intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud. Incluyeron reuniones instructivas, material de formación, visitas de divulgación educativa y recordatorios, entre otros. La certeza de la evidencia es muy baja. No se sabe con certeza si estas intervenciones, comparadas con la atención habitual, aumentan la TDC sea que se midan mediante la observación (DME 0,70; IC del 95%: 0,21 a 1,19; 6 estudios; N = 479) o que se informen por los pacientes (DME 0,03; IC del 95%: -0,15 a 0,20; 5 estudios; N = 5772); (DR 0,01; IC del 95%: -0,03 a 0,06; 2 estudios; N = 6303); reducir el arrepentimiento de la decisión (DME 0,29; IC del 95%: 0,07 a 0,51; 1 estudio; N = 326), afectar la duración de la consulta (DME 0,51; IC del 95%: 0,21 a 0,81; 1 estudio; N = 175), el coste (no hay datos disponibles) o la CdV relacionada con la salud física (DME 0,16; IC del 95%: -0,05 a 0,36; 1 estudio; N = 359). La CdV relacionada con la salud mental puede mejorar ligeramente (DME 0,28, IC del 95%: 0,07 a 0,49; 1 estudio, N = 359; evidencia de certeza baja).

No se sabe con certeza si las intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud en comparación con las intervenciones del mismo tipo aumentan la TDC, ya sea que se midan por observación (DME -0,30; IC del 95%: -1,19 a 0,59; 1 estudio; N = 20) o que se informen por los pacientes (DME 0,24; IC del 95%: -0,10 a 0,58; 2 estudios; N = 1459), ya que la certeza de la evidencia es muy baja. No había suficiente información para determinar el efecto sobre el arrepentimiento de la decisión, la CdV relacionada con la salud física o mental, la duración de la consulta o los costes.

Veintiocho estudios dirigidos tanto a pacientes como a profesionales de la salud. Las intervenciones utilizaron una combinación de intervenciones mediadas por el paciente y dirigidas por profesionales de la salud. En base a la evidencia de baja certeza, no se sabe si estas intervenciones, comparadas con la atención habitual, aumentan la TDC, ya sea que se midan por observación (DME 1,10; IC del 95%: 0,42 a 1,79; 6 estudios; N = 1270) o que se informen por los pacientes (DME 0,13; IC del 95%: -0,02 a 0,28; 7 estudios; N = 1479); (DR -0,01; IC del 95%: -0,20 a 0,19; 2 estudios; N = 266); mejoran el estado físico (DME 0,08, -0,37 a 0,54; 1 estudio; N = 75) o la CdV relacionada con la salud mental (DME 0,01, -0,44 a 0,46; 1 estudio; N = 75), afectan la duración de la consulta (DME 3,72; IC del 95%: 3,44 a 4,01; 1 estudio; N = 36) o los costes (no se dispone de datos) y pueden hacer poca o ninguna diferencia en el arrepentimiento de la decisión (DME 0,13; IC del 95%: -0,08 a 0,33; 1 estudio; evidencia de baja certeza).

No se sabe con certeza si las intervenciones dirigidas tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud en comparación con las intervenciones del mismo tipo aumentan la TDC, ya sea que se midan mediante la observación (DME -0,29; IC del 95%: -1,17 a 0,60; 1 estudio; N = 20); (DR -0,04; IC del 95%: -0,13 a 0,04; 1 estudio; N = 134) o que se informen por los pacientes (DME 0,00; IC del 95%: -0,32 a 0,32; 1 estudio; N = 150), ya que la certeza de la evidencia fue muy baja. No había suficiente información para determinar el efecto sobre el arrepentimiento de la decisión, la CdV relacionada con la salud física o mental, la duración de la consulta o los costes.

Conclusiones de los autores

No se sabe con certeza si las intervenciones para aumentar el uso de la TDC por parte de los profesionales de la salud son efectivas porque la certeza de la evidencia es baja o muy baja.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Una revisión de las actividades para ayudar a los profesionales de la salud a compartir las decisiones sobre el cuidado de sus pacientes

¿Cuál es el objetivo de esta revisión?

Los profesionales de la salud a menudo no involucran a sus pacientes en la toma de decisiones sobre su cuidado. Con la toma de decisiones compartida, los profesionales de la salud informan a los pacientes sobre sus opciones y los invitan a elegir la opción que refleje lo que es importante para ellos, incluida la opción de no proceder con el tratamiento. Se dice que la toma de decisiones compartida es deseable porque se acepta la participación del paciente como un derecho y los pacientes en general quieren más información sobre su estado de salud y prefieren tomar un papel activo en las decisiones sobre su salud. El objetivo de esta revisión fue averiguar si las actividades para aumentar la toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud son eficaces o no. Ejemplos de estas actividades son los programas de formación, la entrega de folletos o los recordatorios por correo electrónico. Los investigadores Cochrane recopilamos y analizamos todos los estudios pertinentes para responder a esta pregunta y encontramos 87 estudios.

Mensajes clave

Existe una gran variedad de actividades para aumentar la toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud, pero no se puede confiar en cuál de estas actividades funciona mejor porque la certeza (o la confianza) de la evidencia se ha evaluado como muy baja.

¿Qué se estudió en la revisión?

Esta revisión examinó los 87 estudios que probaron qué tipo de actividades funcionan mejor para ayudar a los profesionales de la salud a involucrar más a sus pacientes en la toma de decisiones sobre su atención. También se examinó el efecto de estas actividades en el arrepentimiento de la decisión, la calidad de vida relacionada con la salud física o mental, la duración de la consulta y el coste.

Los estudios eran tan diferentes que estas actividades eran difíciles de comparar.

En primer lugar, se dividieron los estudios en los que se utilizaron observadores externos para medir la toma de decisiones compartida y los que utilizaron pacientes para medir la toma de decisiones compartida.

A continuación, se dividieron los estudios en los que se examinaron las actividades a) sólo para los profesionales de la salud (p.ej., la formación), b) sólo para los pacientes (p.ej., dándoles una ayuda para la decisión, que es un folleto en el que se explican las opciones y se les invita a pensar en sus valores y preferencias), y c) tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes (p.ej., la formación más una ayuda para la decisión).

Finalmente, se subdividió cada una de estas tres categorías en estudios que compararon la actividad con los cuidados habituales y estudios que compararon la actividad con otra actividad.

También se examinó cuán segura eran la evidencia del resultado principal (la medida en que los profesionales de la salud involucran más a sus pacientes en la toma de decisiones sobre su atención) y los resultados secundarios (arrepentimiento de la decisión, calidad de vida relacionada con la salud física o mental, duración de la consulta y coste) de interés.

¿Cuáles son los resultados principales de la revisión?

Cuarenta y cuatro estudios analizaron las actividades sólo para los pacientes, mientras que 28 estudios analizaron las actividades tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes, y 15 estudios analizaron las actividades sólo para los profesionales de la salud.

Si bien los estudios en las tres categorías habían probado muchas actividades diferentes para aumentar la toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud, en general no se puede confiar en la eficacia de estas actividades porque la certeza de la evidencia era débil. Ello se debe a que había muchas fuentes posibles de error (p.ej., no asegurarse de que las actividades ensayadas no se proporcionaran también a los grupos de comparación), y a menudo la presentación de los resultados era deficiente (es decir, no se proporcionaba suficiente información para juzgar la calidad de la evidencia).

Aunque fue difícil llegar a conclusiones firmes, se puede decir que, en comparación con la ausencia total de actividad, las actividades para los profesionales de la salud pueden mejorar ligeramente la calidad de vida relacionada con la salud mental, pero no hacen ninguna diferencia, o muy poca, con la calidad de vida relacionada con la salud física (dos estudios). También se puede decir que las actividades dirigidas tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes pueden hacer poca o ninguna diferencia en el arrepentimiento de la decisión (un estudio).

¿Cuán actualizada está esta revisión?

Se buscaron estudios publicados hasta junio de 2017.