



Intervenciones de enfermería para una toma de decisiones compartida en oncología

Nursing interventions for shared decision-making in oncology

Autora: Francisca Rebollo Cicuéndez* (1).

Tutora: Virginia La Rosa Salas (2).

* **Dirección de contacto:** franciscarebollo@hotmail.com

Enfermera de Práctica Avanzada. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid, España).

Resumen

Introducción: La Toma de Decisiones Compartida (TDC) es una competencia de enfermería que busca respetar y promover la autonomía del paciente, favorecer la relación de confianza con el profesional, mejorar el cuidado y tener a la persona como centro de su cuidado. El cáncer se está convirtiendo en una enfermedad crónica que genera incertidumbre y una continua decisión en el cuidado. Existen estudios que revelan los beneficios en la salud de una TDC a partir de una relación de confianza entre el paciente y la enfermera. **Objetivos:** Conocer las intervenciones de enfermería para una TDC en el ámbito de la oncología y diseñar un plan de implementación de intervención de enfermería para una TDC en una unidad de oncología. **Metodología:** revisión narrativa de la literatura. Se revisaron las bases de datos Pubmed y CINAHL. **Resultados:** se incluyeron cinco artículos para el análisis de los resultados: una revisión sistemática (RS) y cuatro ensayos clínicos aleatorizados (ECAs). La calidad de estos fue evaluada con el instrumento Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe). Se encontraron varias intervenciones de ayuda para la TDC dirigidas a los profesionales y a los pacientes, teniendo todas ellas en común la capacitación a los profesionales, y considerando los valores y preferencias del paciente. **Conclusiones:** Las intervenciones de ayuda para la TDC mejoran la actitud en los profesionales de enfermería, y aumenta la satisfacción del paciente en los cuidados al preservar su autonomía, aumentar su participación y mejorar la relación con el profesional, por lo que mejora un cuidado centrado en la persona.

Palabras clave

Enfermería; Decisiones compartidas; Toma de decisiones compartidas; Oncología; Participación paciente.

Abstract

Introduction: Shared Decision Making (DBT) is a nursing competence that seeks to respect and promote patient autonomy, favor the relationship of trust with the professional, improve care and, ultimately, have the person as the center of their care. Cancer is becoming a chronic disease that generates uncertainty and a continuous decision in care. There are studies that reveal the health benefits of a DBT from a relationship of trust between the patient and the nurse. **Objectives:** To know the nursing interventions for a DBT in the field of oncology and to design a plan for the implementation of a nursing intervention for a DBT in an oncology unit. **Methodology:** narrative review of the literature. We reviewed the Pubmed and CINAHL databases. **Results:** We included five articles for outcome analysis: one systematic review and four RCTs. The quality of these was assessed with the Spanish Critical Appraisal Skills Programme (CASPe) instrument. We found several interventions to help BDD aimed at professionals and patients, all of which had in common the training of professionals, taking into account the values and preferences of the patient. **Conclusions:** Interventions to help with DBT improve the attitude of nursing professionals and increase patient satisfaction in care by preserving their autonomy, increasing their participation and improving the relationship with the professional, thus improving person-centered care.

Keywords

Nursing; Shared Decisions; Shared Decision Making; Oncology; Patient Participation.

INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN

En la vida de las personas, la toma de decisiones es una constante, tanto para satisfacer las necesidades más básicas como las más complejas. Cuando las decisiones afectan a la salud y además tienen un gran impacto en la persona y familia, la incertidumbre y el conflicto ante cualquier decisión se hace mucho mayor (1).

En 2021, la Organización Mundial de la Salud (2), hizo hincapié en que los pacientes debían participar activamente en su propio tratamiento y atención, ya que esto supone un aumento de la satisfacción en la atención recibida y una mejora en el cumplimiento terapéutico y los resultados de salud (3). Además, una Toma de Decisiones Compartida (TDC) aumenta la satisfacción del paciente con las decisiones adoptadas, reduce el conflicto ante una decisión y previene la ansiedad y la depresión relacionadas con la misma (4,5,6).

La literatura muestra la existencia de distintos Modelos de TDC basados en la evidencia. Estos modelos han evolucionado desde un paradigma paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo, pasando de uno a otro en función de las necesidades del paciente (7). Un referente teórico de enfermería para el apoyo en la TDC, para disminuir el conflicto decisional, es el Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa (8) que considera el conocimiento, los valores y las expectativas de las personas y consiste en valorar en los pacientes alguna necesidad decisional, proporcionar el apoyo en la toma de decisiones y evaluar los resultados de la decisión. El Marco de Apoyo a la Decisión de Ottawa sigue las recomendaciones y recursos que son necesarios para un cuidado centrado en la persona (CCP). Este modelo se centra en los beneficios y los riesgos de la enfermedad y cómo ayudar al paciente y enfermera para conseguir una TDC. Este modelo no deja la decisión únicamente en manos del paciente, ni busca sustituir una consulta con la enfermera, sino que proporciona una guía estructurada de pasos a seguir respetando en todo momento los valores y necesidades del paciente (9). Esta guía contempla las distintas etapas del modelo.

Por otro lado, en 2022, el número de cánceres diagnosticados fue de 280.100 casos, sin embargo, la mortalidad ha descendido y la supervivencia se ha duplicado en los últimos 40 años (10). De hecho, actualmente, se puede hablar de cronicidad del cáncer gracias a los avances en el diagnóstico y tratamiento. La cronicidad y envejecimiento de los pacientes oncológicos requiere compartir con los profesionales información sobre los posibles riesgos, miedos y situaciones de incertidumbre que éstos y sus familias suelen presentar. Esto representa una carga creciente para la salud pública en términos de impacto directo en los individuos y la sociedad (11,12,13). La TDC en el paciente con cáncer es más compleja que con otros pacientes con otras patologías, ya que las consecuencias de esta enfermedad, a veces, son más severas, el tiempo para decidir optar a un tratamiento es más limitado dada la gravedad de la enfermedad y el conocimiento sobre la mejor opción por parte del paciente suele ser menor, incluso muchas veces

desconocida (14). La evidencia a este respecto es ambigua. Revisiones como la de Tariman et al. (1) y Vogel et al. (15), han mostrado la preferencia de los pacientes oncológicos por adoptar un rol compartido o activo en la toma de decisiones, y sin embargo otras como las llevadas a cabo por Jiang et al. (16) y Brom et al. (17), muestran la preferencia de una actitud, por parte del paciente, más pasivo hacia la toma de decisiones. Padilla-Garrido et al. (14), afirman que esto puede ser debido a las repercusiones que conlleva la enfermedad en todas las esferas de la vida del paciente y la complejidad para procesar la información, la edad, el nivel educativo, alfabetización en salud y/o la diversidad lingüística. Además, el propio sufrimiento y los conflictos éticos que se generan debido a la rapidez en la que se deben tomar las distintas decisiones pueden ser también la causa de esta actitud pasiva (18,19).

Por todo esto, existen intervenciones de enfermería para promover una TDC cuyo objetivo principal es ayudar al paciente y su familia a deliberar sobre las distintas opciones que se le presentan a lo largo del proceso de enfermedad oncológico, evitando posibles conflictos y/o sufrimientos (20). Esto es así ya que la TDC es una competencia que todos los profesionales de enfermería deberían aprender y ejercer para conseguir poner a la persona en el centro de su cuidado respetando su autonomía, favoreciendo la relación de confianza con el profesional y mejorando el cuidado (21,22).

OBJETIVOS

- Conocer las intervenciones de enfermería para una TDC en el ámbito de la oncología.
- Diseñar un plan de implementación de una intervención de enfermería para una TDC en una unidad de oncología.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura para dar respuesta al objetivo planteado para este Trabajo Fin de Máster (TFM).

Estrategia de búsqueda y términos utilizados

Se revisaron las bases de datos Pubmed y CINAHL, durante los meses de mayo y junio de 2023. Se utilizaron las palabras clave “enfermería”, “decisiones compartidas”, “toma de decisiones compartidas”, “oncología” y “participación paciente” con sus respectivos sinónimos traducidos al inglés, identificados de los términos MeSH, del Tesauro y de la literatura. A la hora de realizar la búsqueda se aplicaron los límites de idioma inglés y español y la búsqueda se limitó a los diez últimos años. Se emplearon los operadores booleanos (“AND” y “OR”).

La pregunta principal de esta revisión es si una intervención de TDC dirigida a enfermeras y pacientes de oncología mejora la participación del paciente en la toma de decisiones. Además, se estableció una pregunta secundaria para ver si una intervención de TDC dirigida a enfermeras y pacientes de oncología mejora alguna otra variable

secundaria (incertidumbre, conflicto decisional, etc.) que pueda impactar en la toma de decisiones.

Antes de realizar la búsqueda, se delimitaron los criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación:

Criterios de inclusión

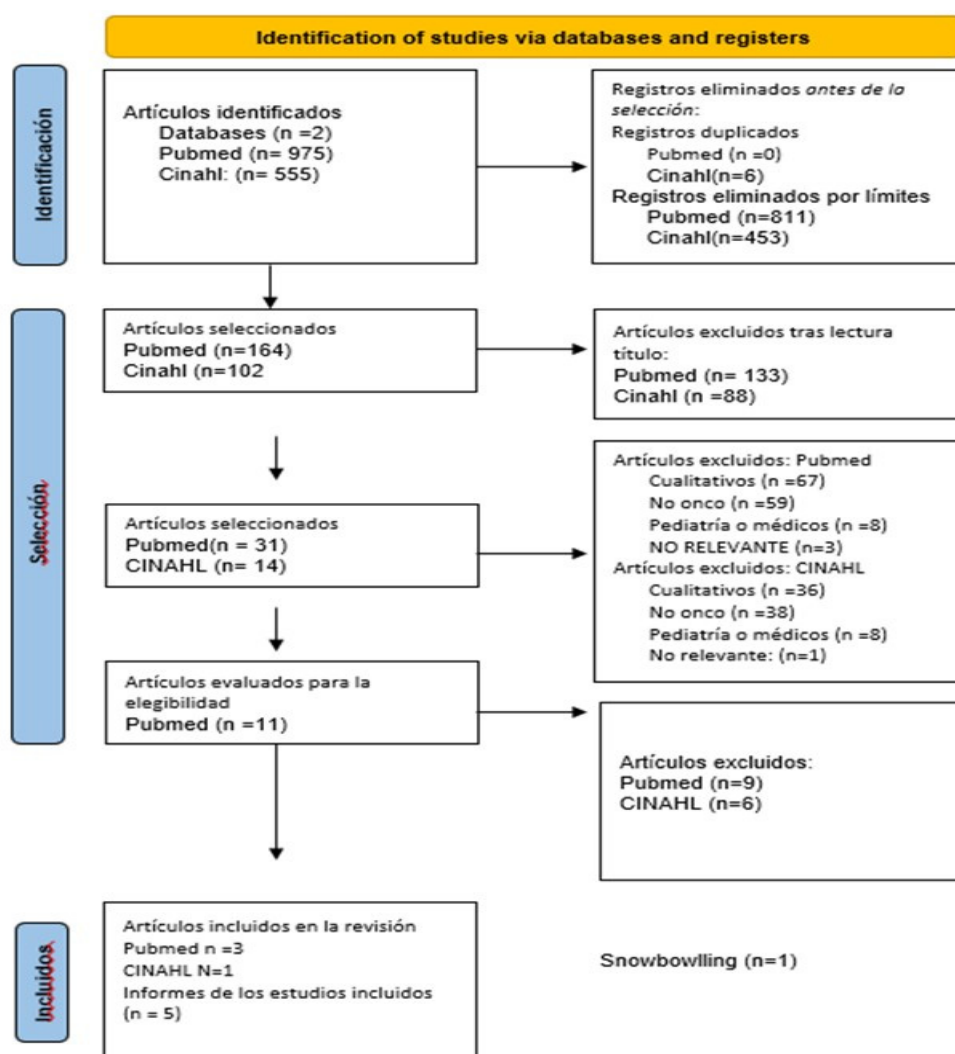
Fueron incluidos artículos que tuvieran de muestra cualquier tipo de cáncer; paliativos y pacientes en edad avanzada.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos artículos que tuvieran de muestra médicos exclusivamente; y pacientes pediátricos. Además, se excluyeron estudios cualitativos y escalas.

Proceso de selección

Una vez realizada la búsqueda, en primer lugar, se realizó un cribado de los artículos seleccionándolos por los límites, tanto de fecha de publicación como de idioma y se eliminaron los artículos que estaban duplicados en las diferentes bases de datos. Después, se procedió a la selección de los artículos por título y resumen, en base a los criterios de inclusión y exclusión. El número final de artículos (n=5) se determinó tras la lectura completa de los mismos y después de comprobar la idoneidad de estos, en base al objetivo del estudio y los criterios establecidos. Adicionalmente, se utilizó la técnica de “bola de nieve” para incluir otros artículos de interés. Finalmente, se incluyeron cuatro ECAs y una RS.



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Recurso: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>.

Evaluación de la calidad

En esta revisión narrativa se evaluó la calidad de los artículos incluidos a través de *Critical Appraisal Skills Programme* en español (CASPe) (23). Una puntuación ≤ 6 se consideró de baja calidad, de 7 a 9 moderada y ≥ 10 de alta calidad.

RESULTADOS PRINCIPALES DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA

A continuación, se pasan a describir las características metodológicas de los cinco estudios incluidos en esta revisión, así como el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones para una TDC encontradas en los mismos.

Características metodológicas de los estudios incluidos

La revisión sistemática llevada a cabo por Bonetti et al. (3), incluyó siete estudios realizados en Australia, seis en Europa, cuatro en EE. UU., cuatro en China, uno en Canadá, uno en Turquía y uno en Taiwán. Todos los estudios incluidos en esta revisión sistemática eran ECAs salvo dos que tenían un diseño cuasi experimental. La muestra de la revisión de Bonetti eran pacientes oncológicos y todas las intervenciones fueron realizadas por enfermeras. Por otro lado, de los cuatro ECAs encontrados, dos eran de EE. UU (24,25). Uno de Taiwán (26) y otro de Australia (26). La RS y tres ECAs tuvieron una calidad moderada según CASPe (3,24,25,26) y uno de una calidad alta (27).

Un total de 4557 participantes, 4259 de los 24 artículos de la RS y el resto de los cuatro ECAs incluidos, constituyó la muestra de todos los estudios incluidos en esta revisión. La edad de los participantes osciló entre los 40 y los 80 años. Todos los estudios se implementaron en un entorno hospitalario o ambulatorio.

En la RS la población oncológica más común fueron adultos con cáncer colorrectal y del tracto gastrointestinal seguido de mujeres con cáncer de mama, adultos con cáncer de vías urinarias y mujeres con cánceres ginecológicos. Tres estudios incluyeron adultos con un cáncer terminal. Dos estudios se centraron en adultos con cáncer de pulmón y uno en adultos con cáncer de cabeza y cuello.

En todos los ECAs los participantes se distribuyeron en dos grupos, por un lado, el grupo de intervención (GI) y por otro el grupo control (GC) de manera aleatoria. En el estudio de Hsiu et al. (26), la población de estudio fueron exclusivamente enfermeras, por tratarse de un programa educativo. En el resto de los estudios, la muestra estaba constituida por pacientes con cáncer de vejiga (24) o pacientes con un tumor sólido metastásico (25) ya que el estudio además de capacitar a las enfermeras, realizaban intervenciones a los pacientes. De igual manera, el estudio de Brown et al. (26), fue llevado a cabo con una población con enfermedad renal avanzada; pero las variables estudiadas fueron comparadas con aquellas obtenidas de pacientes oncológicos, motivo por el cual este estudio también fue incluido en la revisión.

Todas las intervenciones sobre TDC de los distintos estudios encontrados fueron implementadas por enfermeras del área de oncología (3,24,25,26), excepto un estudio (27) que no especifica si las intervenciones fueron llevadas a cabo por enfermeras oncológicas.

Finalmente, en la mayoría de los estudios se hicieron estimaciones para el cálculo del tamaño muestral ($n=4$), y en todos se produjeron abandonos de los participantes. Para el cálculo del tamaño muestral, Brown se basó en un estudio previo (28) encontró que el arrepentimiento de decisión se redujo significativamente en el grupo de intervención, con un poder estadístico del 90% y una tasa de error tipo 1 del 5%, la tasa de abandono no se especifica. Mohamed et al. (24), no especifica el cálculo muestral, pero sí indica que la tasa de abandono fue de un tercio de la muestra por falta de interés, tiempo limitado y mal estado físico. Los estudios incluidos en Bonetti et al. (3), tal y como lo describe en su artículo, tienen una muestra pequeña lo que dificulta la generalización de sus datos. Hsiu et al. (26), por su parte utilizó el software G*Power 3.1.9.2 para estimar el tamaño de la muestra con un alfa de 0.05 y una potencia de 0,8.

Diseño e implementación de las intervenciones

A continuación, se describe el diseño e implementación de distintas intervenciones llevadas a cabo para promover una ayuda en la TDC en los estudios incluidos en esta revisión.

Entre las intervenciones encontradas para el desarrollo de una TDC, todas tienen por objetivo la capacitación de los profesionales de enfermería para la adquisición de diferentes habilidades y conocimientos necesarias para establecer una relación enfermera paciente que facilite la TDC, junto con intervenciones de ayuda directas para el paciente (3,25,27). Sólo una intervención consistía exclusivamente en un programa formativo para enfermeras (26).

Hsiu et al. (26), incorpora un programa educativo cuyo objetivo principal fue que las enfermeras adquiriesen una actitud positiva para querer implementar una TDC en sus unidades de trabajo. Hsiu et al. (26), se basaron en Bohner et al. (29), que afirma que las actitudes son un estado estable que se almacena en la memoria o se basa en la información actualmente disponible para el juicio, de manera que las actitudes positivas mejoran la voluntad de practicar y la comprensión de la importancia de lo que una TDC puede proporcionar a los pacientes. Para ello, la intervención constó de contenidos teóricos y prácticos a través de la metodología de la simulación. La base teórica se impartió a través de tres actividades formativas diferentes: “charla de equipo” donde se ponían en común un caso, “charla de opción” donde se explican las opciones y “charla de decisión” donde se trata de deliberar qué es lo mejor. Además, se desarrolló una introducción a las ayudas para la toma de decisiones del paciente y su aplicación, y la implementación de TDC.

Los conceptos básicos de TDC en este estudio se desarrollaron de acuerdo con el material promocional de TDC presentado por el Ministerio de Salud y Bienestar (30). Tras los contenidos teóricos se llevó a cabo la formación práctica a través de simulaciones y juegos de rol junto con consejos de expertos.

Además, Mitchell et al. (25), realizó un ECA para ver la efectividad de un programa de capacitación (CONNECT) que consistía en una instrucción inmersiva (intensiva) de tres días sobre estrategias de cuidados paliativos basadas en evidencia para mejorar la calidad de vida y la carga de síntomas, con escenarios de juegos de roles para practicar las habilidades recién aprendidas. Las enfermeras desarrollaron planes de tratamiento informados por una guía de recursos de manejo de síntomas de cuidados, constituyendo una planificación de decisiones anticipadas (PDA), así como discusiones con el paciente sobre lo que había funcionado o no para él, en el pasado, sus expectativas y objetivos, y sus preferencias. Después de la formación y durante toda la intervención, las enfermeras recibieron apoyo continuo de una enfermera gestora de proyectos con experiencia en una TDC.

Bonetti et al. (3), incluyó en su revisión estudios donde se desarrollaban intervenciones centradas en la provisión de contenido relacionado con la salud para el paciente (entrega de información genérica de salud para que supiera más sobre su salud y poder aumentar la participación del paciente); intervenciones enfocadas en proporcionar a los pacientes contenidos únicos entregados a cada individuo (sesión informativa de preguntas y respuestas una a una para abordar las necesidades únicas, incluyendo información para un diagnóstico o tratamiento particular); intervenciones enfocadas a ayudar a los pacientes y familia a tomar decisiones sobre diferentes opciones (apoyo de decisiones personalizado); intervenciones enfocadas a capacitar a los pacientes a identificar objetivos y valores para entender como su propio comportamiento influye en su salud (apoyo motivacional, aumentar las habilidades para aumentar la autoconfianza con sesiones, coaching). Además, este autor destaca en sus intervenciones elementos como la importancia de la interacción enfermera-paciente, el comportamiento de los pacientes, conocimiento, habilidades de afrontamiento o la participación, autoeficacia y activación del paciente, así como los recursos sociales, psicológicos, físicos y de salud sobre la TDC. Finalmente, también tiene en cuenta el impacto en la calidad de vida, así como los niveles de ansiedad, depresión, carga e intensidad de tratamientos a la hora de tomar decisiones.

La intervención de apoyo a la decisión (OPTIONS) que plantea Brown et al. (27), incluía una gran cantidad de materiales para la enfermera. Entre ellos un libro de trabajo sobre la evidencia de síntomas, ingresos, capacidad funcional relacionado con la enfermedad. Todo el material también incluía educación sanitaria con folletos o seminario corto, grabación de audio para ampliar puntos clave del folleto y facilitar la comprensión de este, y una hoja de trabajo que se lleva a casa cada paciente para incluir sus valores y preferencias. Tras la entrega de todo este material se le da al paciente un mes para poder trabajarlo y volver a una consulta de enfermería un mes después. Si en esta consulta finalmente no se alcanza una decisión compartida, se vuelve a programar una consulta de enfermería a los 3 meses. Todo ello tiene como objetivo poder abordar el arrepentimiento y el conflicto decisional como dilema ético en la toma de decisiones. Finalmente, siguiendo el Marco de Apoyo a la Decisión de Ottawa las enfermeras tuvieron que completar un tutorial para poder certificar que estaban capacitadas para fomentar una TDC.

Finalmente, la intervención experiencial educativa y de capacitación del estudio de Mohamed et al. (24), buscaba tener en cuenta las expectativas, valores y preferencias del paciente para una TDC, sin olvidar el estado emocional. Además, proporcionaba información sobre el tratamiento y apoyo para mejorar el autocuidado. Los autores basaron el diseño de esta intervención en la Teoría de la autorregulación y el Marco de Apoyo a la Decisión de Ottawa. La teoría de la autorregulación tiene en cuenta las creencias de la enfermedad y tratamiento y las emociones de amenaza que esto tiene en el paciente. En base a esta evidencia se desarrolló una formación para los pacientes destinada a dar información, tratar las emociones y plantear los requisitos de autocuidado de los pacientes. La intervención consistía en repartir cuatro folletos a los pacientes junto con una lista de preguntas que les llevaría una hora contestarlas. Finalmente, recibían unas sesiones de simulación para capacitarlos en la colocación de la bolsa de estoma de una manera correcta.

En general, como se ve según lo anteriormente descrito, todos los estudios están de acuerdo que los profesionales de enfermería deben adquirir las competencias para una TDC a partir de recursos pedagógicos, como los juegos de rol (25), simulaciones (24,26,3) y el apoyo de expertos (25,26). Además, todos los autores están de acuerdo en tener en cuenta, como aspecto fundamental, los valores y preferencias de los pacientes.

Título/año/autor	Objetivo	Diseño	Muestra	Intervención
Nursing interventions to promote patient engagement in cancer care: A systematic review. Bonetti et al., (2022)	Resumir sistemáticamente las intervenciones de participación del paciente dirigidas por enfermeras para pacientes adultos diagnosticados con cáncer	Revisión sistemática	PubMed, CINAHL, Embase, Scopus, Web of Science y Cochrane Library de 2005 a 2021 24 estudios: ECAs, estudios cuasiexperimentales y de intervención.	Entrega de información de: Salud genérica; Específica del paciente; Apoyo personalizado a la decisión Apoyo motivacional. Intervenciones de participación dirigidas por enfermeras: Medidas directas de compromiso: cambio de comportamiento de los pacientes, aumento del conocimiento, habilidades de afrontamiento o la participación, autoeficacia y activación del paciente; interacción enfermera- paciente. Medidas indirectas de participación: recursos sociales, psicológicos, físicos y de salud. La calidad de vida. Ansiedad, depresión, carga e intensidad de tratamiento
Involving patients in the development and evaluation of an educational, training, and experiential intervention (ETEI) to improve muscle invasive bladder cancer treatment decision making and postoperative selfcare: A mixed methods approach. Mohamed et al., (2020)	Describir la aceptabilidad y viabilidad de una intervención experiencial educativa y de capacitación (ETEI) con la toma de decisiones.	Estudio piloto de métodos mixtos: Cualitativo +ECA Base de la Teoría de la autorregulación (SRT) y el Marco de apoyo a la decisión de Ottawa.	De conveniencia. Aleatorización 25 pacientes fueron aleatorizados a un GC (n=8) o GI (n=17).	Folleto sobre dieta y nutrición después de RC y UD y un diario de alimentos). Cuatro folletos y una lista de preguntas a los pacientes durante una consulta de 1 hora con la enfermera coordinadora de investigación.
A randomized controlled trial testing a decision support intervention for older patients with advanced kidney disease. Brown et al., (2019)	Evaluar la efectividad de una intervención de apoyo a la decisión (OPTIONS) para facilitar que la persona mayor con enfermedad renal avanzada elija un tratamiento	Ensayo controlado aleatorio pragmático. OPTIONS es una intervención de 4 semanas de duración administrada por enfermeras (Marco de apoyo a la decisión de Ottawa	Los participantes fueron asignados al azar; GI (n = 16) GC (n = 21)	OPTIONS: Libro de trabajo: RS; síntomas, ingresos, funcional. Educación sanitaria con folletos o seminario corto Grabación de audio: ampliar puntos clave del folleto y facilitar la comprensión hoja de trabajo que se lleva a casa: incluye clarificación de valores Consulta de enfermería un mes después y se no decisión 3 meses después.
Palliative care intervention (CONNECT) for patients with advanced cancer. Mitchell et al., (2023)	Para facilitar la participación del paciente.	CONNECT (ECA)		Planes de tratamiento informados por una guía de recursos de manejo de síntomas de cuidados paliativos, así como discusiones con el paciente sobre lo que había funcionado o no para él en el pasado, sus expectativas y objetivos, y sus preferencias. Después de la formación y durante toda la intervención, las enfermeras recibieron apoyo continuo de una enfermera gestora de proyectos con experiencia.
The impact of an educational program on nurses' shared decision making attitudes: A randomized controlled trial Hsiu et al., (2022)	Examinar la efectividad de un programa educativo con video de simulación situacional sobre la actitud de las enfermeras en la toma de decisiones compartidas (TDC)	ECA	100; GI (n=50) y GC (n=50)	1.programa educativo SDM 2.simulación situacional 3.vídeo de simulación *Escala de actitud de toma de decisiones compartida de enfermería (NSDMAS) *Curso de intervención de actitudes TDC de 2 unidades: conceptos básicos de TDC e instrucción TDC a través de simulaciones situacionales. *Base teórica de la intervención educativa de TDC se comunicó en un modelo de tres pasos (charla de equipo, charla de opción y charla de decisión), y se utilizó como referencia la práctica de TDC (Elwyn, 2016). En un ensayo controlado aleatorizado doble ciego multicéntrico realizado por Geiger et al. dos sesiones educativas de 3 horas que cubrieron los conceptos básicos de TDC y la enseñanza de la simulación situacional durante 2 semanas. (alta deserción) Los conceptos básicos de TDC en este estudio se desarrollaron de acuerdo con el material promocional de TDC presentado por el Ministerio de Salud y Bienestar (2018). Las 3 h de capacitación comprendieron tres unidades, a saber, los conceptos básicos de TDC, una introducción a las ayudas para la toma de decisiones del paciente y su aplicación, y la implementación de TDC.*Simulación situacional: 3 etapas *Charla de expertos. *incorporar escenarios clínicos específicos, reflexión y debriefing

Evaluación de las intervenciones

Efectividad de las intervenciones

Los cinco estudios encontrados identifican unas intervenciones que animan al paciente a participar en la toma de decisiones que afectan a su salud. Todas tienen efectos en el paciente o enfermera. Bonetti et al. (3), expresa como positivo la activación del paciente, autoeficacia, alfabetización de salud y mejora en la calidad de vida.

Con el programa educativo para enfermeras llevado a cabo en el estudio de Hsiu et al. (26), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el GI y GC, en cuanto a las actitudes adquiridas, pero sí se comprobó que el tiempo sí era significativo, es decir, según pasó el tiempo la actitud si encontró diferencias estadísticamente significativas, de tal forma que la puntuación media obtenida en la actitud, tras la prueba de seguimiento era 3,46 más alta que la prueba de referencia en el GI. Por su parte el estudio de Brown et al. (27), obtuvo en los pacientes un aumento estadísticamente significativo en el conocimiento para poder participar en la toma de decisiones en comparación con aquellos en el GC (60,39 vs. 27,51, $p < 0,001$), lo que indica que los participantes en el GI estaban más preparados para tomar una decisión en comparación con los que recibieron atención estándar. En el estudio de Mohamed et al. (24), el 90 % -85% de los pacientes reportaron una satisfacción mayor con los componentes educativos y de capacitación propuestos en la intervención, y el 95% recomendaron la misma a sus cuidadores informales. Al mes, un mayor número de participantes en el GI reportaron tener un mayor conocimiento sobre su enfermedad y su tratamiento (82 % frente al 50 % que el GC), contando así con una mayor información para poder participar en las posibles tomas de decisiones. Finalmente, Bonetti et al. (3), obtuvo un aumento significativo en el conocimiento de los pacientes en el GI, así como el conocimiento en la toma de decisiones (13%).

Por otro lado, el apoyo decisional reportados por aquellos autores (24,27) que emplearon el modelo de Ottawa como marco de referencia para la toma de decisiones presenta variabilidad en sus resultados.

En el estudio de Brown et al. (27), el conflicto decisional disminuye entre sus participantes del GI, es decir, deciden más rápidamente, sin embargo, aumentó la incertidumbre quizás por tener más opciones de decisión. De hecho, los participantes del GI tuvieron una incertidumbre significativamente mayor que los que recibieron atención estándar (43,75 vs. 21,43, $p = 0,05$). Sin embargo, a los 3 meses, el GI tuvo un conflicto de decisión total, significativamente menor que el grupo de atención estándar (3,00 vs. 26,00, $p = 0,05$) y el arrepentimiento por la decisión tomada no cambió en el GI ($p = 0,50$; IC 95% = -0,18-0,37), lo cual muestra el posible efecto de la intervención.

En el estudio de Mohamed et al. (24), al mes de la intervención, un mayor número de participantes, en el GI, informaron un mayor apoyo en la toma de decisiones (64 % frente al 50 %), aun informando niveles elevados de preocupaciones por el cáncer 9 (6, 12) al mes: 4 (3, 6); $P < 0,05$

en comparación con el GC (5, 12), 11; al mes: 5 (3,13), $p > 0,05$), tanto al inicio como al mes después. En este estudio, el examen del conflicto de decisiones al inicio mostró niveles moderados que no cambiaron significativamente desde el inicio hasta el mes después en la puntuación total. Este estudio no incluyó ningún ejercicio para ayudar a los pacientes a priorizar sus preferencias y valores, ni la información de la intervención experiencial educativa y de capacitación (ETEI) fue adaptada a ninguna edad o género. Además, la intervención llevada a cabo por Mohamed et al. (24), supuso que, al mes de esta, un mayor número de participantes en el grupo de intervención informaron una mejora en la comunicación médico-paciente (73 % frente a 50 %), mayor confianza (73 % frente a 50 %), mayor clarificación de valores (64 % frente a 50 %), mejor preparación para los cambios en la función sexual (55 % frente a 17 %) y reducción de la ansiedad (73%). Además, Bonetti et al. (3), obtuvo en su investigación una disminución significativa en la ansiedad y depresión (30%), y en la carga de síntomas (17%), así como un aumento significativo en la autoeficacia (21%) y satisfacción del paciente (17%) en el GI.

Mitchell et al. (25), por su parte identificó cuales eran los síntomas que los pacientes expresaban como más graves (cansancio 4,2 +- 2,9; falta de apetito 3,1 +- 2,9; baja sensación de bienestar 2,9+-2,4; somnolencia 2,6+-2,8; dolor 2,1+-2,6), como más informados (cansancio 55%; falta de apetito 42%; baja sensación de bienestar 38%) y como más abordados (cansancio 35%; falta de apetito 20%; dolor 16%). La depresión y la ansiedad fueron informadas como graves en el 20% pero abordadas en el 6%, lo que sugiere según los autores que las enfermeras de oncología pueden sentirse mejor preparadas para abordar los síntomas físicos que los psicológicos, así como que no se hubieran discutido adecuadamente en la intervención.

Brown et al. (27), evaluó el impacto de una intervención para una TDC sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) tanto en el Resumen del Componente Físico (RCF) como en el Resumen del Componente Mental (RCM). El RCF a los tres meses fue significativamente menor que al mes ($p < 0,001$; IC 95% = 2,05-6,26). Esto demostró que el tiempo redujo el RCF para el GI, aunque el tiempo no influyó en la RCM

($p = 0,49$; IC 95% = 0,52-4,19). Con respecto a RCM, la intervención no tuvo una influencia significativa en el valor medio de RCF ($p = 0,42$; IC 95 % = 3,37-7,96). En el estudio de Mohamed et al. (24), más participantes informaron al mes en el GI una mejor comunicación médico-paciente (73 % frente a 50 %), mayor confianza (73 % frente a 50 %), mejor clarificación de valores (64 % frente a 50 %), mejor preparación para los cambios en la función sexual (55 % frente a 17 %) y reducción de la ansiedad (73%).

Instrumentos de evaluación

Aunque todos los estudios incluidos en esta revisión comparten la importancia de tener en cuenta los valores y las preferencias del paciente, sólo dos estudios coinciden en el empleo de escalas validadas que tienen en cuenta el

conflicto que estos pueden tener al tener que tomar una decisión sobre su salud (24,27).

Estas escalas validadas son la escala de conflicto decisonal (8) y la escala de arrepentimiento de decisión (incertidumbre, sentirse informado, claridad de valores, apoyo en la TDC), basado en el modelo de las expectativas de valor de Martin Fishbein (31). Además, otros instrumentos fueron empleados para evaluar el impacto que tiene la TDC en el paciente o enfermera. Algunos ejemplos de esto son las escalas utilizadas por Hsiu et al. (26), que utilizan la escala de actitud de toma de decisiones compartida de enfermería de Lin et al. (32), que evalúa los atributos de la actitud, la comunicación empática y el dominio de aprendizaje, con una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.90. Otras encuestas validadas (Edmonton Symptom Assessment System) como la empleada por Mitchell et al. (25), fueron usadas para evaluar los síntomas que más se informan o preocupan al paciente para poder decidir juntamente con la enfermera los cuidados a seguir en un PDA, las escalas de calidad de vida CVRS (27).

Por su parte la intervención OPTIONS del estudio de Brown et al. (27), se evaluó utilizando los Estándares Internacionales de Ayudas para la Decisión del Paciente (33).

La falta de escalas validadas para determinados aspectos más subjetivos hace que se empleen encuestas *ad hoc* como la escala para examinar las creencias de autoeficacia usada por Mohamed et al. (24).

DISCUSIÓN

La presente revisión narrativa ha permitido conocer las diferentes intervenciones para una TDC entre la enfermera y el paciente en el ámbito de la oncología. Aunque los estudios tienen intervenciones en común, también demuestran una gran variedad en cuanto al uso de las distintas metodologías, así como al diseño, implementación y evaluación de sus intervenciones.

Todos los artículos proponen intervenciones para capacitar a enfermeras para una TDC usando contenidos teóricos y prácticos, siendo la simulación la intervención práctica que más se repite.

En cuanto a las **características metodológicas de los estudios**, es importante destacar que el número de participantes de los diferentes estudios es muy variado, como variable es la geografía. Esto puede limitar la generalización de los hallazgos a otros entornos, por las diferencias culturales, socioeconómicas, accesos a la atención sanitaria que esto supone. Sin embargo, el diseño utilizado en los distintos estudios garantiza en cierta medida, la generalización de los resultados obtenidos.

Además, el diseño e implementación de las intervenciones refleja una gran variedad, a pesar de tener todas como objetivo común la capacitación para una TDC. Las intervenciones variaron desde programas educativos al paciente y enfermera hasta otras más complejas en la que se tienen en cuenta aspectos más vivenciales y/o más prácticas. Además, se encontraron variaciones en cuanto al número de sesiones, duración y tipo de fidelidad empleada en las dife-

rentes intervenciones de simulación, predominando los juegos de roles, solos o combinados con otro tipo de actividad.

Entre las intervenciones centradas en clarificar valores y preferencias del paciente, los autores lo hacen de maneras muy distintas. Unos usan un listado de preguntas (24), otro una hoja de trabajo con grabación de audio (27), así como el *coaching* y apoyo motivacional (3). Incluso existen futuros estudios, como el protocolo diseñado por Gabbard et al. (34), en el que la autorreflexión será la manera en la que los pacientes clarifican sus valores y preferencias. Brown et al. (27), en este sentido mejoró el conocimiento de los pacientes sobre los beneficios y los riesgos de sus decisiones, pero no de la CVRS y, no pudo determinar si disminuye el conflicto de decisión y el arrepentimiento de decisión. Todos los estudios ponen de manifiesto cómo los valores y preferencias del paciente, pueden plantear conflictos éticos; por lo tanto, la capacitación en bioética y el uso de un método de deliberación para aceptar las opciones más prudentes como sugieren algunos estudios (35), evita el sufrimiento, en términos de incertidumbre para el paciente y en términos de *burnout* para el profesional (36).

En cuanto a las **intervenciones centradas en la provisión de una mejor información relacionada con la salud**, destaca la llevada a cabo en el estudio de Mohamed et al. (24), usando folletos y preguntas a los pacientes, proporcionando una información precisa, creando expectativas realistas y una menor preocupación, mayor confianza y autocontrol. Brown et al. (27), con sus intervenciones fue capaz de mejorar significativamente el conocimiento de los participantes sobre los beneficios y el riesgo de las decisiones sobre su salud, sin embargo, no hubo ningún efecto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Finalmente, no se pudo determinar si se disminuyó el conflicto de decisión y arrepentimiento de decisión quizás por la influencia del tiempo, la incapacidad para comprender la información o la edad del paciente. Además, algunos autores plantean que a menor satisfacción más arrepentimiento.

Por otro lado, **las acciones planificadas entre la enfermera y el paciente para la atención de los cuidados** han mejorado el abordaje de síntomas por parte de las enfermeras y pacientes (25).

Las intervenciones para capacitar a los profesionales han mejorado las actitudes de éstas. Para Price las actitudes se pueden formar gradualmente con el tiempo como parte del desarrollo personal. El vídeo de simulación en aula en esta intervención aumentó la satisfacción y el conocimiento, siendo los roles negativos los que generaban mayor reflexión (37). Los contenidos teóricos impartidos sobre conceptos básicos relacionados con la TDC, así como las simulaciones clínicas (26,27), se basan en estudios previos (38) simulaciones en el aula y simulaciones situacionales (39) que utilizan juego de roles en entornos clínicos reales.

En este sentido la adquisición de habilidades, conocimientos y actitudes por parte de las enfermeras para una TDC ayudan a que el apoyo decisonal prestado a los pacientes tenga en cuenta las etapas del Modelo de Ottawa

tal como lo hacen Mohamed et al. (24) y Brown et al. (27). Según, Mosqueda et al. (40) estas etapas son:

- **Valoración de las necesidades decisionales**, los autores de los cinco artículos incluidos en esta intervención dan información y educación sanitaria a los pacientes sobre su enfermedad, posibles tratamientos y/o cuidados, así como los riesgos y beneficios de las diferentes opciones usando folletos, seminarios cortos o listas de preguntas. De esta manera lo hacen Bonetti et al. (3) En este primer encuentro la relación de confianza entre ambos favorece una interacción enfermera-paciente que es crucial en cuanto a cómo maneja la información y la confianza que se da en la relación (41,42).
- **Proporcionar apoyo decisional**, lo cual implica la receptividad del paciente, así como sus características, proporcionar las diferentes alternativas con los beneficios y riesgos, clarificar los valores y preferencias, así como tener en cuenta el contexto para poder así entender la realidad del paciente en cuanto a su experiencia y su vivencia (43). DE Los escenarios de casos, juegos de roles (3,25,26) informes, autorreflexión y hojas de ruta (3).
- **Facilitar el progreso en las etapas de TDC**, autores como Mitchell et al. (25), plantean una PDA para proporcionar a los pacientes y sus sustitutos la oportunidad de discutir sus objetivos, valores y prioridades para la atención. Según Prat (7), a TDC es más eficaz cuando se ha establecido previamente una PDA, la cual define como “un proceso de relación asistencial entre una persona y los profesionales de la salud que permite construir de forma compartida la estrategia para abordar y resolver las decisiones ...” La PDA permite afrontar la incertidumbre y con ello el conflicto decisional, incorporado éste como diagnóstico NANDA en los años 90 y definido como: “incertidumbre sobre el curso de acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgos, pérdida o supone un reto para los valores personales” (44).

Atendiendo a las características de cada uno de ellos, no se ha encontrado un único estudio que demuestre la efectividad de una intervención de ayuda de TDC que garantice una decisión compartida entre la enfermera y el paciente que sea la adecuada y no produzca un conflicto, ni arrepentimiento, a la vez que aumente la satisfacción en la atención y mejore la calidad de vida. Además, el uso de los instrumentos de evaluación en los distintos estudios ha sido muy variable. Conocer este impacto permitiría capacitar al paciente y enfermera a tomar una decisión gracias al establecimiento de una relación enfermera-paciente llena de confianza y seguridad.

Sobre todo, se puede afirmar que los hallazgos encontrados en esta revisión indican que las intervenciones para la ayuda de una TDC sobre las enfermeras mejoran tanto la actitud de las enfermeras que las aplican, así como los beneficios en los pacientes en términos de satisfacción y control de síntomas. Por un lado, la enfermera se encuentra en una excelente posición para recopilar información relacionada con las preferencias de tratamiento de los pacientes y me-

jorar la calidad de la toma de decisiones pues, promueven, defienden y protegen los derechos, la salud y la seguridad de sus pacientes (20). En definitiva, son las enfermeras las que se encuentran en una situación privilegiada para conocer a los pacientes y sus familias. Entre las distintas competencias de las enfermeras se encuentra la toma de decisiones clínicas, de manera implícita para emitir juicios en la valoración integral del paciente, pero, requiere formación continua. Por lo tanto, es necesario un entrenamiento y mentorización de los profesionales para adquirir las competencias que permitan informar de los beneficios y riesgos de las distintas opciones, sobre la manera de manejar la perspectiva del paciente que le ayude a éste a decidir conjuntamente sin tener que experimentar un arrepentimiento posterior (7,45).

Por todo lo anterior, parece estar justificada la necesidad de diseñar e implementar una intervención en el ámbito de la enfermería oncológica para ayudar al paciente a tomar una decisión compartida. Esto adquiere especial interés ya que en España no existe una estrategia nacional, ni en la normativa legal ni en los currículos formativos de los profesionales, para promover la TDC en la práctica clínica, ni se considera ésta un requisito para mejorar la calidad de los servicios sanitarios (45) a diferencia de países como EE. UU. o Canadá (20).

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO SANITARIA DEL ESTUDIO

Esta revisión pone de manifiesto la relevancia científica y socio sanitaria de las intervenciones encontradas. Es por esto, que se presenta una propuesta de mejora con el modelo de implementación JBI Model of Evidence-based Healthcare (47). Este modelo de implementación, se estructura en 7 fases para desarrollar e implementar una intervención para una TDC, basada en la evidencia científica, que favorezca la participación del paciente en su cuidado en una unidad de oncología, que se resumen a continuación.

Primera fase de planificación, se lleva a cabo una identificación del problema en un Servicio de Oncología de un Hospital de tercer nivel donde se atienden pacientes con diagnóstico de cáncer sólido. Se hace una descripción del contexto y se plantean los objetivos así como los cambios que se quieren implementar. Ante las múltiples decisiones que se tienen que tomar, el profesional de enfermería termina delegando la decisión en los facultativos sin ningún tipo de implicación, bien por falta de conocimientos, por dudar responsabilidad, por hacer el bien al paciente incluso, para evitar el burnout por compasión. A pesar de esto, en un estudio realizado en la unidad respecto al manejo de los principales efectos inmunomediados, los pacientes expresan palabras de gratitud cuando son guiados y cuidados por enfermeras que sí se implican en la toma de decisiones (48).

Dada la complejidad de las situaciones en las que el profesional de enfermería de esta unidad se encuentra envuelta, en muchos casos existe un gran conflicto decisional y una gran incertidumbre, tanto en pacientes como familiares, sobre cuál es la mejor opción que deben tomar. Esta situación, pone de manifiesto la necesidad de implementar

intervenciones de ayuda para una TDC entre el profesional de enfermería y sus pacientes.

Segunda fase de evaluación inicial y plan de implementación identificando las barreras y facilitadores existentes.

Tercera fase, de auditoría en la que se contrasta la práctica habitual con la práctica basada en la evidencia, que se describe a continuación:

En la práctica habitual, generalmente, los pacientes que son atendidos en la consulta de enfermería son derivados por los oncólogos cuando ven la necesidad de apoyo emocional, refuerzo educativo, realización de curas, administración de algún tratamiento, resolución de dudas, entre otras. Sin embargo, esta derivación no se hace de una manera sistemática tras la primera consulta, sino que depende del criterio del facultativo. En este encuentro la enfermera valora al paciente en todas sus esferas detectando cuáles, y cómo son las necesidades que tienen que abordar desde cuándo empezar tratamiento, cuál será el más adecuado, cuántas veces se debe realizar una cura, si debería continuar trabajando, cuándo sabrá que debe darse un descanso, hasta infinitas cuestiones que el paciente nos plantea en búsqueda de ayuda. Las diferentes alternativas que aparecen ante una misma situación se van eligiendo gracias a la escucha activa, teniendo los conocimientos y la expertis en la materia y escuchando nuevamente cuáles son las preferencias, los valores, el contexto social y económico del paciente y su familia. La mayoría de las veces, la toma de decisiones se deja en manos de los facultativos por todo lo anteriormente expuesto.

Sin embargo, la evidencia dice que los profesionales de enfermería suelen ser los defensores de los pacientes, brindan información oportuna y confiable y ayudan a aclarar las inquietudes que pueden tener los pacientes y sus familiares y son en muchos casos, realmente las personas que atienden necesidades de los pacientes (26).

Sin embargo, se necesita más formación por parte del profesional como afirman autores como Warzyniec et al. (49), para aumentar su nivel de conocimiento, promover actitudes positivas hacia TDC y mejorar su adaptabilidad y habilidades de comunicación en el tratamiento del cáncer.

Existe gran variabilidad en cuanto cuáles son los mejores recursos educativos para implementar el programa, desde teóricos hasta experienciales como simulaciones, vídeos o juego de rol. Sí parece haber un consenso en los estudios en cuanto al contenido que éstos deben tener. Estos programas deben basarse en un modelo teórico, como puedan ser la carta de Ottawa.

La evidencia dice que la intervención más efectiva requiere capacitar y entrenar a los profesionales a través un programa educativo y de entrenamiento, y además intervenciones basadas en un modelo que respete la autonomía del paciente y con base metodológica en la carta de Ottawa que tiene en cuenta el conflicto decisional, la incertidumbre y las preferencias y valores de la persona. Para poder introducir el cambio en el que podamos hacer uso adecuado de TDC y por ello hacer del CCP una constante en la humanización se hace necesario trabajar con todo el

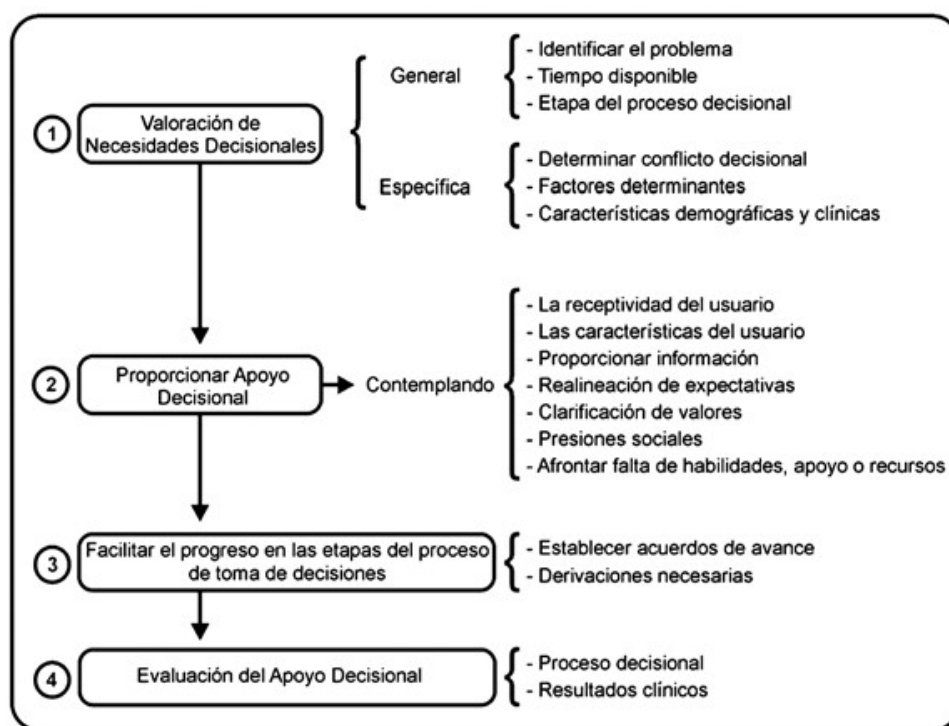
equipo multidisciplinar, generando una cultura de cuidados donde todos tengan los mismos objetivos y metas. Además, es importante adaptar las herramientas al paciente en cuanto a su nivel educativo y de alfabetización, si fuese necesario se emplearán pictogramas o dibujos cuando no sepan leer o escribir y se facilitarán los recursos necesarios cuando no dispongan de ellos véase económicos o sociales.

Intervenciones de ayuda de TDC

La primera estrategia sería la capacitación del personal de enfermería a través de un programa formativo con una parte teórica y una parte práctica. Que en todo momento seguirá el contenido mínimo del Modelo de Ottawa que incluye:

- a) **Valoración de las necesidades:** se enseñará a la enfermera a hacer una adecuada valoración del paciente para detectar sus necesidades. Después, ambos deben pensar acerca de las deficiencias que deben ser compensadas para llegar a tomar una buena decisión. Se realizará:
 - **Valoración general:** orientada a identificar y clarificar el problema decisional, el porqué de la predisposición hacia una determinada opción, determinar el tiempo disponible para tomar la decisión y la etapa del proceso de toma de decisión en el que se encuentra el paciente, lo cual influirá en la receptividad para discutir la información y la decisión.
 - **Valoración específica:** dirigida a determinar la existencia de conflicto decisional y a identificar los factores que pueden incidir en la toma de decisión, como el conocimiento acerca de las opciones, el valor otorgado a las distintas opciones y la participación de otros en el proceso decisional. Otro aspecto para indagar son las características demográficas y clínicas del paciente, ya que ellas van a incidir en su participación la decisión, lo que se debe tener en cuenta para el apoyo decisional.
- b) **Proporcionar apoyo decisional:** A través de las intervenciones diseñadas para ayudar a las personas a tomar una decisión específica y deliberar entre las opciones (incluyendo no hacer nada), para proporcionar (como mínimo) información sobre las opciones y resultados relevantes para su salud. Incluye preparar al paciente y al profesional para la toma de decisión. También requiere estructurar el seguimiento; habitualmente su implementación tiende a disminuir la incertidumbre, potenciando una participación más activa del paciente e incrementando la toma de decisión efectiva. Este apoyo debe contemplar:
 - **La receptividad del paciente:** las estrategias de intervención se deben adaptar a la a la etapa del proceso decisional en la que se encuentre el paciente.
 - **Características del paciente:** las intervenciones deben considerar sus características personales y clínicas. Además, debe ser flexible al grado de participación que la persona desea tener en la toma de decisión, para lo cual es necesario identificar el perfil del paciente respecto al “control decisional”, el que puede ser: activo, colaborativo o pasivo.

- **Proporcionar información sobre la situación de salud, opciones y resultados:** presentando todas las opciones viables, los potenciales beneficios y daños, los resultados esperados en cada opción. La forma de entregar esta información debe ser apropiada a las necesidades de cada paciente, ya sea por un profesional, por escrito o a través de multimedia, siempre verificando su comprensión.
 - **Realineación de expectativas:** esto debe hacerse cuando las probabilidades percibidas por el paciente no concuerdan con los pros y los contras existentes para su situación. Para ello se debe entregar la información de probabilidades de los resultados de manera que la persona pueda imaginárselas e identificarse con la situación.
 - **Clarificación de valores:** el paciente debe comprender cómo el resultado de cada opción lo afectará física, emocional y socialmente. De tal manera que tenga la oportunidad de juzgar que es lo que más les importa tanto de los riesgos como de los beneficios. Puede resultar adecuado realizar discusiones de grupo o presentar ejemplos de personas que tienen diferentes valores y que toman diferentes decisiones.
 - **Presiones sociales:** primero se debe evaluar lo percibido por el paciente, centrándose en las personas que son realmente significativas y en aquellos aspectos que son importantes en la decisión que se está tomando, posteriormente afrontar las fuentes relevantes de presión invitándolos a participar de las discusiones deliberativas con el apoyo de un mediador.
 - **Afrontar la falta de habilidades, apoyo o recursos:** el profesional de enfermería debe ayudar al paciente a acceder y adquirir aquellos aspectos faltantes. En algunos casos deben ser derivados a otros profesionales de salud, grupos de apoyo, servicios voluntarios, u otros
- c) **Facilitar el progreso en las etapas del proceso de toma de decisión:** se refiere a ir estableciendo acuerdos respecto de la elección de opciones con el paciente y realizar compromisos para dar pasos hacia su implementación. Además, realizar las coordinaciones para derivar a otros profesionales de ser necesario. Etapa del proceso decisional en la que se encuentre el paciente.
- d) **Evaluación del apoyo decisional:** debe dirigirse a dos áreas, al proceso decisional y a los resultados clínicos. Respecto del proceso decisional, esta evaluación considera que una buena decisión es aquella que las personas realizan informadamente, consistentes con sus valores personales, sobre expectativas realistas, son llevadas a cabo y concluyen con la expresión de satisfacción de los participantes. En relación con los resultados clínicos, se espera que sean favorables, sin embargo, reconoce que pueden ser variables debido a la incertidumbre científica, o al equilibrio entre riesgos y beneficios, por lo que es posible que buenas decisiones igual puedan llevar a malos resultados clínicos. Como se puede apreciar, este modelo teórico abarca todas las etapas del proceso decisional y señala claramente los elementos que se deben considerar para su implementación.



Fuente: Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa (O'Connor et al., 2022).
Recurso: <https://decisionaid.ohri.ca/docs/das/gado.pdf>.

Programa educativo para las enfermeras

- a) **Contenido teórico:** Se establecerán cuatro sesiones de una hora cada una, en la que se introducirá o ampliará su formación referente a: práctica basada en la evidencia, bioética, coaching, comunicación, valoración holística del paciente.
- b) **Contenido práctico:**
- Una sesión con el Comité de Ética durante la que se expongan casos que requieren cierta deliberación y discusión entre diferentes profesionales.
 - Evaluación de simulaciones situacionales durante una sesión.
 - Desarrollar narrativas experienciales en la práctica diaria que ayuden al pensamiento crítico y deliberativo sobre lo que se ha hecho.

Intervenciones de ayuda de TDC para el paciente

- a) Se dará información preferiblemente escrita de las opciones posibles, así como de los riesgos y beneficios con la mayor evidencia disponible. Según protocolos del hospital se dará educación sanitaria oral y escrita de efectos adversos de los tratamientos y cuidados de manera individualizada.

- b) Se resolverán dudas de la información recibida.
- c) Se valorará al paciente con escucha activa y fortalecimiento de la relación interprofesional:
- Situación susceptible de varias opciones de acuerdo con las necesidades detectadas y planificación anticipada de la atención
 - Preocupaciones, incertidumbre, contexto, valores y preferencias, situación clínica, se pedirá al paciente que haga una narrativa de su vivencia y /o grabación en audio, para que el paciente pueda expresar su vivencia.
 - Escribirá en un papel los aspectos positivos y negativos, así como los riesgos y beneficios de cada alternativa, concretamente la guía de apoyo Decisional de Ottawa
- d) Si no hay resolución inmediata, se hará llamada telefónica en la que se preguntará por la opción elegida, o se emplazará nueva consulta presencial
- e) Puesta en común con el equipo multidisciplinar si fuera necesario.
- f) Disponer de la consultoría de departamento de bioética o su defecto Comité de Ética, así como de la EPA.
- g) Registros adecuados en historia clínica.

Guía de Apoyo Decisional de Ottawa

Para personas que enfrentan decisiones difíciles en el área social o de la salud
Esta Guía incluye cuatro pasos:

1. Aclarando su decisión.

¿Qué decisión está tomando usted?

¿Cuál es la razón por la que tiene que tomar esta decisión?

¿Para cuándo tiene que estar tomada la decisión?

¿En qué etapa está, respecto a esta decisión?

☐ No ha pensado acerca de las opciones ☐ Cerca de tomar la decisión

☐ Está considerando las opciones ☐ Ya tomó la decisión

2. Explorando su decisión.

Información

Haga una lista de las opciones y para cada una escriba los mayores beneficios y los mayores riesgos que usted conoce.

Valoración (lo importante para usted)

Utilice estrellas (*) para mostrar el grado de importancia que tiene para usted cada beneficio y cada riesgo. 5 estrellas significan "mucho". Ninguna estrella significa que eso no es tan importante para usted.

Certidumbre

Considere la opción cuyos beneficios son los más importantes para usted y que tengan la mayor probabilidad de ocurrencia. Deje de lado la opción que tenga los riesgos que más le preocupan.

	Razones para elegir esta opción (Beneficios/Ventajas/Pros)	Cuán importante es Utilice 0 a 5 ★ s	Razones para no elegir esta opción (Riesgos/Desventajas/Contras)	Cuán importante es Utilice 0 a 5 ★ s
Opción #1				
Opción #2				
Opción #3				

¿Cuál opción prefiere? ☐ #1 ☐ #2 ☐ #3 ☐ No estoy seguro (a)

Apoyo

¿Quién, además de usted, participa en la decisión?

¿Cuál es la opción preferida por esa persona?

¿Esa persona, lo(a) presiona? ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No

Esa persona ¿De qué manera puede ayudarla?

¿Qué papel prefiere desempeñar al tomar la decisión?

☐ Prefiere compartir la decisión con...

☐ Prefiere decidir después de escuchar diferentes opiniones...

☐ Prefiere que otros decidan...

¿Con quién o quiénes?

3. Identificando lo que necesita para tomar la decisión.

Información	¿Conoce los beneficios (lo positivo) y los riesgos (lo negativo) de cada opción?	☐ Sí ☐ No
Valoración (lo que es importante para usted)	¿Tiene claridad acerca de cuáles beneficios y riesgos son los que más le preocupan?	☐ Sí ☐ No
Apoyo	¿Tiene suficiente apoyo y consejo para tomar la decisión?	☐ Sí ☐ No
Certidumbre	¿Se siente segura respecto a cuál es la mejor opción para usted?	☐ Sí ☐ No

The SURE Test © 2008 O'Connor & Légaré.

Las personas que contestaron "NO" a una o más de las preguntas anteriores tienden a: retrasar su decisión, cambiar de opinión, arrepentirse de la decisión tomada o culpar a otros si hubiera malos resultados. Por lo tanto, es importante trabajar en los pasos dos y cuatro, pues ambos se focalizan en sus necesidades.

4. Planeando los siguientes pasos basándose en sus necesidades.

Sus necesidades

Cosas que podría hacer

Información

Si usted siente que no tiene suficiente información

- ☐ Infórmese sobre las opciones y cuán posibles son los beneficios y los riesgos
- ☐ Haga una lista de preguntas.
- ☐ Considere dónde encontrar las respuestas (ejemplo: biblioteca, profesionales de salud, consejeros).

Valores

Si no está seguro sobre cuáles beneficios o riesgos son los que más le preocupan

- ☐ Revise la cantidad de estrellas que puso en la balanza para ver lo que es más importante para usted.
- ☐ Busque personas que sepan lo que significa haber experimentado los beneficios y riesgos.
- ☐ Converse con otros que hayan tomado la decisión.
- ☐ Lea historias sobre lo que es más importante para otros.
- ☐ Converse con otros sobre lo que es más importante para usted.

Apoyo

Si usted siente que no tiene suficiente apoyo

- ☐ Converse sus opciones con una persona que para usted sea confiable (por ejemplo: profesionales de salud, consejeros, familiares, amigos).
- ☐ Averigüe qué tipo de ayuda está disponible para usted, para apoyarlo en su elección (por ejemplo: dinero, transporte, cuidado de niños).

Si usted siente que otras personas lo presionan hacia una opción específica

- ☐ Focalícese en las opiniones de aquellas personas que le importan más.
- ☐ Comparta su Guía con otras personas.
- ☐ Pregunte a otros para completar esta Guía. Encuentre áreas de acuerdo. Cuando esté en desacuerdo con los planteamientos, decida obtener más información. Cuando usted no esté de acuerdo con lo que es más importante, respete y considere la opinión de los otros. Escuche a la otra persona sobre lo que es más importante para ella.
- ☐ Encuentre una persona neutral que les ayude a usted y a las otras personas involucradas en la decisión.

Otros factores que hacen DIFÍCIL la decisión

Escriba cualquier otra cosa que usted necesite:

Cuarta fase de evaluación del impacto y sostenibilidad.

Para evaluar la efectividad de la implementación de la intervención para una TDC se va a usar la Escala de arrepentimiento de la decisión TDC Q-9 versión española (46) y la Escala de conflicto de la decisión (50). Estas escalas se pasarán antes de la implementación y al mes.

Para evaluar el impacto en el paciente se pasará la encuesta CVRS encuesta de salud SF-36V2 (51). Además, se revisarán el número de derivaciones de pacientes a la consulta de enfermería, y se tendrá en cuenta los estándares internacionales de ayuda para la decisión del paciente (IPDAS).

Además, se realizarán encuestas de satisfacción tanto de los pacientes como de las enfermeras implicadas en la implementación, así como a sus familiares, una vez al año. Para ello, se elaborará una encuesta *ad hoc* establecida por la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) y cuestionarios de experiencia del paciente PREMs

Los estudios han evidenciado mejoría en el control de síntomas, en el conflicto decisional, así como en el arrepentimiento y la calidad de vida relacionada con la salud, al preservar la autonomía del paciente y favorecer su participación en la toma de decisiones, además su experiencia con relación a los profesionales de enfermería y la institución también aumenta el nivel de satisfacción.

Para evaluar el impacto en la organización se medirán indicadores como: demandas de los pacientes de atención urgente, ingresos no programados y resolución de procesos complejos en consulta de enfermería. Por otro lado, la unidad está implicada en varios procesos de acreditación, que cuenta con indicadores de calidad, entre los que se encuentra la derivación a consulta de enfermería.

Dentro de las organizaciones, no deben olvidarse los propios profesionales. Por lo tanto, conocer el grado de *burnout*, puede ser un indicador que permita monitorizar el impacto que la atención al paciente oncológico conlleva en la salud de los profesionales. Conocer este impacto puede ser necesario al menos una vez al año, para poder establecer estrategias de mejora que minimicen el riesgo de enfermar entre los profesionales del área de oncología médica, pues es una de las áreas hospitalarias, donde esta enfermedad profesional es prevalente.

Implementación de estrategias que faciliten la sostenibilidad

Tras esta evaluación se llevarán a cabo entrevistas con pacientes y enfermeras clave profundizando sobre su experiencia en la implementación de esta intervención, viabilidad de sostenibilidad en el tiempo, siguientes pasos a seguir, etc. Posterior a estas entrevistas, se elaborarán las distintas estrategias de sostenibilidad.

Sesiones conjuntas multidisciplinarias: Será necesario establecer una periodicidad para realizar sesiones conjuntas, que permitan una mejora en las relaciones interpersonales e interprofesionales. En estas reuniones, que generalmente son acordadas una sesión cada tres meses, puede ser útil, realizar un recordatorio de la implantación, y dar

resultados de su impacto. Así como, ver los objetivos que se van cumpliendo y cuáles de ellos necesitan una mejora.

Mantener contacto constante con Comité de Ética y Comité de Calidad.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta propuesta de implementación se presentará a la Supervisor de la unidad y Adjunta de Área, así como todas aquellas personas necesarias. Se solicitará evaluación al Comité de Ética y tras aprobación autorización al centro tras previo asesoramiento por la unidad de investigación, para posible proyecto de investigación que ponga de manifiesto los resultados de la intervención. Si se llevase a cabo se informaría a los pacientes de forma verbal y escrita y se pediría su consentimiento informado. Respetando el principio de Justicia, los participantes no recibirán un trato de favor, ni aquellos que rehúsen, un menoscabo en su atención. En todo momento se respetará la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (52).

REFLEXIONES FINALES

El paciente oncológico en todo su proceso se encuentra amenazado por el miedo y la incertidumbre, más en las primeras etapas. La incertidumbre es la falta de seguridad, de confianza o de certeza sobre algo (53), aparece en situaciones en las que no tenemos control total de la situación, en las que nos faltan respuestas e información, y nos puede generar inquietud, inseguridad, estrés, ansiedad e incluso miedo. Este sentimiento es la antítesis del decidir, el cual requiere confianza y seguridad para escoger la opción más adecuada. En este contexto, la persona se encuentra en un momento de vulnerabilidad.

La toma de decisiones es un proceso de selección de una acción entre varias alternativas posibles en el abordaje de una situación clínica (54). En el medio hospitalario es la enfermera la que tiene la seguridad y la confianza, así como la experiencia del manejo de los cuidados, pero es el paciente el que “vive” el proceso de enfermedad, y junto con sus circunstancias, su experiencia es la que determina cómo ha de ser ese manejo de cuidados. Por eso, la toma de decisiones debe ser compartida, porque requiere tener el conocimiento que da seguridad en los cuidados, pero teniendo en cuenta cómo puede ser el resultado de beneficio- riesgo en el paciente, según sean sus valores y sus preferencias. Ayudar al paciente a tomar la decisión más adecuada en función de lo que sabemos supone informarle para que él también pueda conocer.

La reflexión previa a una decisión conlleva en ocasiones, entrar en conflictos que hay que resolver, conflictos con los valores y preferencias del paciente y con los riesgos y beneficios de la decisión adoptada. Más allá de la resolución de conflictos desde una perspectiva de la bioética principialista, está la bioética deliberativa aristotélica de la virtud y con ella la adopción de estrategias en la toma de decisiones donde la EPA adquiere un rol fundamental (41).

La persona es única, y para poder darle una atención centrada en la persona tenemos que contar con ella y que decida lo mejor, pero para ello es fundamental escuchar, para entender; y en caso de que su decisión no sea la adecuada, nosotros debemos poder realizar *coaching* para ayudar a que el paciente le dé un sentido a su experiencia y poder manejar adecuadamente sus cuidados y también no caer en *burnout* por compasión, ante decisiones que no compartamos, pero que debemos respetar (11,12,13).

Hamric et al. (55), ya planteó diferentes estrategias para la toma de decisiones, concretamente definiendo ésta como una competencia implícita de la EPA junto con otras, que transversalmente se conjugan como son el *coaching*, la práctica clínica directa, la consulta, la investigación, el liderazgo profesional y la colaboración.

Por lo tanto, una EPA, como agente de cambio que lleva implícita la competencia de toma de decisiones clínicas, es fundamental para que el resto de los profesionales incorporen esta competencia en su día a día y podamos decir que el cuidado centrado en la persona es posible porque somos personas que cuidamos de personas.

Autores como Hsiu et al. (26), reconocen como la TDC es un proceso clave para un CCP, pues implica un proceso de intercambio de información y comunicación colaborativo donde las enfermeras actúan como defensoras de la unicidad de cada paciente ayudando, entre otras cosas, a aclarar la incertidumbre y a aliviar el sufrimiento que estas situaciones llevan consigo. Los profesionales sanitarios deben animar a los pacientes a centrarse en su propia atención sanitaria colaborando en la toma de decisiones a lo largo de todo su proceso de enfermedad (56).

Por lo tanto, la planificación conjunta y anticipada de decisiones, facilita la TDC, preserva la autonomía del paciente y contribuye a un CCP. Esto supone entre otras cuestiones, comprometerse con la persona en la creación de un modelo participativo de toma de decisiones, respetando su derecho a elegir las intervenciones que prefiera para su salud. Además, implica una atención respetuosa y sensible a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente y garantiza que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas (42). El CCP tiene en cuenta todas las dimensiones de la persona y la familia desde su proceso biológico hasta su historia de vida, mejora la calidad de las relaciones entre la persona/familia y los profesionales de salud y en definitiva los resultados clínicos y las experiencias de salud (20,21).

Se puede afirmar que gracias a una intervención de TDC se logra parte de un cuidado humanizado logrando que sea este una realidad. El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 de la Comunidad de Madrid contempla que para que se de una cultura de humanización se necesita entre otros, una relación de confianza, empoderamiento y autonomía para con el paciente y su familia. Por su parte, una de las acciones que plantea el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025, es la de definir el marco normativo que regula la planificación compartida de la atención, promocionar la toma de

decisiones clínicas compartidas y elaborar recomendaciones para la planificación compartida de la atención (57).

Fondos

Sin fondos

Declaración de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses financieros en competencias ni relaciones personales conocidas que pudieran haber influido en el trabajo que se presenta en este documento.

Expresiones de gratitud

Agradecer a la Dirección de mi centro de trabajo y al claustro de la Universidad de Navarra la oportunidad que se me ha dado de poder realizar este trabajo. Por supuesto, no me olvido de mi familia que es lo más importante en mi vida.

DATOS AUTORES

(1) Enfermera. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid, España); (2) Profesora contratada. Doctora. Universidad de Navarra (Madrid, España).

Recibido: 02/02/2025. Aceptado: 18/02/2025.

Versión definitiva: 05/03/2026

BIBLIOGRAFÍA

1. Tarima JD, Berry DL, Cochrane B, Doorenbos A, Schepp K. Preferred and actual participation roles during health care decision making in persons with cancer: a systematic review. *Ann Oncol* [Internet]. 2010;21(6):1145–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp534>
2. Seguridad del paciente [Internet]. Who.int. [citado el 2 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Bonetti L, Tolotti A, Anderson G, Nania T, Vignaduzzo C, Sari D, et al. Nursing interventions to promote patient engagement in cancer care: A systematic review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2022;133(104289):104289. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104289>
4. Allen JD, Othus MKD, Hart A Jr, Tom L, Li Y, Berry D, et al. A randomized trial of a computer-tailored decision aid to improve prostate cancer screening decisions: results from the Take the Wheel trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [Internet]. 2010;19(9):2172–86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-0410>
5. Caldon IJM, Collins KA, Reed MW, Sivell S, Austoker J, Clements AM, et al. Clinicians' concerns about decision support interventions for patients facing breast cancer surgery options: understanding the challenge of implementing shared decision-making: Clinicians' concerns about decision support interventions. *Health Expect* [Internet]. 2011;14(2):133–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00633.x>

6. Evans R, Joseph-Williams N, Edwards A, Newcombe RG, Wright P, Kinnersley P, et al. Informed decision support for web-based prostate specific antigen (PSA) testing: an online randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2006;12(3):1158–69.
7. Prat Martínez M. La toma de decisiones como competencia enfermera para cuidar a pacientes crónicos con necesidades complejas. 2021.
8. Decision Aid [Página Web]. [Citado 2 feb 2025]. Disponible en: <https://decisionaid>
9. Mendoza García JL, Herrera R, Aguirre Á. Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa Aplicabilidad en la Práctica de Enfermería. *Salud y Administración*. 2019;6:31–8.
10. Sistema. El cáncer en cifras [Internet]. Seom.org. [citado el 2 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://seom.org/publicaciones/el-cancer-en-espanyacom>
11. Coresh J, Hu J-R, Bello AK, Feldman HI, Fogo AB, Ganji MR, et al. Plan de acción para determinar y monitorear la prevalencia de la enfermedad renal crónica. *Suplementos internacionales de riñón* [Internet]. 2017;7:63–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kisu.2017.07.002>
12. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. La contribución de la enfermedad renal crónica a la carga mundial de las principales enfermedades no transmisibles. *Kidney International*. 2011;80(12):1258–70.
13. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet* [Internet]. 2013;382(9888):260–72. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X)
14. Padilla-Garrido N, Aguado-Correa F, Ortega-Moreno M, Bayo-Calero J, Bayo-Lozano E. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2017;40(1):25–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0003>
15. Vogel BA, Leonhart R, Helmes AW. Communication matters: the impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2009;77(3):391–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.005>
16. Jiang N, Sun M-M, Zhou Y-Y, Feng X-X. Significance of patient participation in nursing care. *Altern Ther Health Med*. 2021;27(5):115–9.
17. Brom L, Hopmans W, Pasman HRW, Timmermans DRM, Widdershoven GAM, Onwuteaka-Philipsen BD. Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2014;14(1):25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-14-25>
18. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, et al. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses [Online exclusive]. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2010;14:E56–62.
19. Cohen JS, Erickson JM. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2006;10(6):775–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1188/06.CJON.775-780>
20. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Best Practice Guidelines. Person and Family-Centred Care. [citado 2 feb 2025]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Person_Family_Ctrd_Care_-_2015_-_CUIDADOS_CENTRADOS.pdf
21. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* [Internet]. 2006;56(5):472–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
22. Britten N, Ekman I, Naldemirci Ö, Javinger M, Hedman H, Wolf A. Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. *BMJ* [Internet]. 2020;370:m2738. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m2738>
23. Redcaspe-Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Internet]. Redcaspe.org. [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://redcaspe.org/>
24. Mohamed N, Leung TM, Shah QN, Pisipati S, Berry DL, Benn EKT, et al. Involving patients in the development and evaluation of an educational and training experiential intervention (ETEI) to improve muscle invasive bladder cancer treatment decision-making and post-operative self-care: A mixed methods approach. *J Cancer Educ* [Internet]. 2020;35(4):808–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-019-01534-1>
25. Mitchell CJ, Althouse A, Feldman R, Arnold RM, Rosenzweig M, Smith K, et al. Symptom burden and shared care planning in an oncology nurse-led primary palliative care intervention (CONNECT) for patients with advanced cancer. *J Palliat Med* [Internet]. 2023;26(5):667–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2022.0277>
26. Hsu H-C, Lin M-H. The impact of an educational program on nurses' shared decision making attitudes: A randomized controlled trial. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2022;65(151587):151587. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151587>
27. Brown L, Gardner G, Bonner A. A randomized controlled trial testing a decision support intervention for older patients with advanced kidney disease. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019;75(11):3032–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14112>
28. Chiou CP, Chung YC. Efectividad de la educación interactiva multimedia del paciente sobre el conocimiento, la incertidumbre y la toma de decisiones en pacientes con enfermedad renal terminal. *Revista de Enfermería Clínica*. 2012;21(9):1223–31.
29. Bohner G, Dickel N. Attitudes and attitude change. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2011;62(1):391–417. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131609>

30. Ministerio de Sanidad [Internet] Madrid: Estrategia de seguridad del paciente [citado el 2 feb 2025]. Disponible en: <https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/Public/MediaInfo?sn=12&id=1332>
31. Ajzen I, Fishbein M. Scaling and testing multiplicative combinations in the expectancy-value model of attitudes. *J Appl Soc Psychol* [Internet]. 2008;38(9):2222–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00389.x>
32. Li J, Huang J, Zhang J, Li Y. A home-based, nurse-led health program for postoperative patients with early-stage cervical cancer: A randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2016;21:174–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.009>
33. Elwyn G, Leiner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementación de la toma de decisiones compartida en el NHS. *BMJ* Octubre. 2010;14.
34. Gabbard J, Pajewski NM, Callahan KE, Dharod A, Foley K, Ferris K, et al. Advance care planning for vulnerable older adults within an Accountable Care Organization: study protocol for the IMPACT randomised controlled trial. *BMJ Open* [Internet]. 2019;9(12):e032732. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032732>
35. Kane HL, Halpern MT, Squiers LB, Treiman KA, McCormack LA. Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice: SDM in Oncology. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2014;64(6):377–88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21245>
36. Dhotre K, Adams SA, Hebert JR, Bottai M, Heiney SP. Oncology nurses' experiences with patients who choose to discontinue cancer chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2016;43(5):617–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1188/16.ONF.617-623>
37. Tariman JD, Klugman CM, Webber-Ritchey KJ, Amer K. Care delivery and treatment decision making: Bioethical and nursing considerations during and after the COVID-19 pandemic. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2021;25(1):61–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1188/21.CJON.61-68>
38. Bristol T, Hagler D, McMillian-Bohler J, Wermers R, Hatch D, Oermann MH. Nurse educators' use of lecture and active learning. *Teach Learn Nurs* [Internet]. 2019;14(2):94–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2018.12.003>
39. Herron EK, Powers K, Mullen L, Burkhart B. Effect of case study versus video simulation on nursing students' satisfaction, self-confidence, and knowledge: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2019;79:129–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.015>
40. Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V. Nursing contribution in health decision making. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014;67(3):462–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140062>
41. Domingo T FL. Bioética Narrativa. Guillermo Escorial; 2020.
42. Rumeu-Casares, Carmen; Oroviogioicoechea, Cristina; Jones, Dorothy A.; Saracibar-Razquin, Maribel. Modelo de Práctica Profesional de Enfermería Clínica Universidad de Navarra: marco para el desarrollo de la práctica enfermera. *Tesela [Rev Tesela]* 2017; 22. [citado 2 feb 2025]. Disponible en <https://www.index-f.com/tesela/ts22/ts11379.php>
43. Ocronos R. Conocer la experiencia del paciente en la consulta de Enfermería oncológica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado 2 feb 2025]. Disponible en: <https://revistamedica.com/conocer-experiencia-paciente-consulta-enfermeria>
44. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y Clasificaciones 2005-2006. Elsevier; 2005.
45. McCarter SP, Tariman JD, Spawn N, Mehmeti E, Bishop-Royse J, Garcia I, et al. Barriers and promoters to participation in the era of shared treatment decision-making. *West J Nurs Res* [Internet]. 2016;38(10):1282–97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0193945916650648>
46. Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Rivero-Santana A, González-Lorenzo M. Toma de decisiones compartidas en oncología. *Psicooncología (Pozuelo De Alarcon)* [Internet]. 2010 [citado 2 feb 2025];233–41. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220233A>
47. Jordan, Zoe PhD; Lockwood, Craig PhD; Munn, Zachary PhD; Aromataris, Edoardo PhD. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 17(1):p 58-71, March 2019. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000155
48. Pérez-Cárdenas M Dolores, Sánchez-Castro Sara. Estudio de los principales efectos inmunomediados detectados en una consulta de práctica avanzada de enfermería de reciente creación en inmunoterapia. *Enero* [Internet]. 2022 [citado 2 feb 2025] ; 16(2): 1324. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000200007&lng=es. Epub 14-Nov-2022.
49. Warzyniec A, Tariman JD, Simonovich S. Shared decision making: Effects of an online education session on knowledge, attitudes, adaptability, and communication skills among nurses. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2019;23(6):E93–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1188/19.CJON.E93-E99>
50. Urrutia M, Campos S, O'Connor A. Validation of a Spanish version of the Decisional Conflict scale. *Rev Med Chil* [Internet]. 2008;136(11):1439–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872008001100010>
51. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Medicina clínica*. 1995;104(20):771–6.

52. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. [citado 2 mar 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
53. Kawasaki Y. Consultation techniques using shared decision making for patients with cancer and their families. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2014;18(6):701–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1188/14.CJON.701-706>
54. Vázquez-Calatayud M, Orovioigoicoechea C, Pittiglio L, Pumar-Méndez MJ. Nurses' protocol-based care decision-making: a multiple case study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020;29(23–24):4806–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15524>
55. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, Grady ET. Advanced practice nursing-E-Book: An integrative approach. Elsevier Health Sciences; 2013.
56. Song M, Kim M. Development and validation of a patient participation scale. *J Adv Nurs* [Internet]. 2023;79(6):2393–403. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.15593>
57. Consejería de Sanidad. [Internet]. Madrid Dirección General de Humanización y Atención al Paciente 2022 [citado 2 feb 2025]. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf>