

XXXIV

CONGRESO DE
COMUNICACIÓN
Y SALUD

GIRONA | 20-21-22 MARZO | 2025

ESCUCHAR PARA
ENTENDER, ENTENDER
PARA ACOMPAÑAR



APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DOCENTE SOBRE EL MODELO COMUNICACIONAL DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS A LA CONSULTA PARA MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tesis doctoral

Doctoranda: Sara Davies Daunas

Directores/as: Dr. Josep M Bosch, Dr. Xavier Mundet, Dra Maria
Rodríguez

Obtención beca FB El Escorial 2022



Introducción: ¿Qué es la Toma de Decisiones Compartidas (TDC)?

DEFINICIÓN

La TDC es un modelo comunicacional que involucra al paciente y al médico en un **proceso deliberativo** para tomar decisiones de salud. Se basa en la **evidencia científica** disponible, los **valores y preferencias** del paciente, y el **contexto clínico** individual.

BENEFICIOS COMPROBADOS

- Mejora la satisfacción del paciente
- Incrementa la adherencia al tratamiento
- Impacto positivo en la relación terapéutica
- Disminuye costes sanitarios



LIMITACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA TDC EN LA CONSULTA

Barreras pacientes: miedo, falta de información, aceptación

Barreras profesionales: pensar que ya lo hacemos, pacientes no quieren, falta de formación, cómo se puede medir, no hay tiempo

Barreras institucionales: objetivos económicos a corto plazo, obligación de conseguir resultados sin tener en cuenta la autonomía y decisión del paciente...

HERRAMIENTAS DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES (HAD)

HAD se han desarrollado para ser utilizadas por clínicos y pacientes, antes, durante o después de la consulta clínica

Colaboración Internacional de Estándares para las Herramientas de Apoyo a la Decisión (IPDAS)

Patient Decision Aids (Ottawa Hospital Research Institute

(OHRI) <https://decisionaid.ohri.ca/>

Y otras online:

<https://decisionscompartides.gencat.cat/ca/inici>,

<https://carethatfits.org/shared-decision-making/>,

<https://pydesalud.com/>



¿Cómo se enseña la TDC? ¿Cómo se miden sus mejoras?

Modelos docentes	Mediciones disponibles
<p>Modelo de las Tres Entrevistas de Elwyn: introducir la TDC, explorar opciones y llegar a una decisión final</p>	<p>Puntos de vista: observador, paciente, profesional sanitario, diádicos...</p>
<p>SHARE TO CARE: Enfoque multicomponente que se centra en las habilidades comunicacionales del médico y la preparación del paciente mediante coaching y HADs (*aplicación Hospital Alemania)</p>	<p>Mejor efectividad de evaluación hasta el momento: SDM-Q9 (paciente), SDM-QDOC (professional), y OPTION5 (observador)</p>
<p><u>Simulaciones clínicas y juegos de rol:</u> Especialmente útiles para residentes y estudiantes de medicina</p>	<p>Traducidos y validados al español: SDM-Q9 y QDOC.</p>



Justificación del estudio y objetivos



Problema identificado

Escasez de formación estructurada en TDC en programas de residencia médica y necesidad de integrar estas competencias en la práctica clínica diaria.



Objetivo del Estudio

Principal:

- 1- Traducción y validación OPTION5
- 2- Evaluar la efectividad de un programa formativo basado en TDC

Secundario: desarrollo programa docente TDC



Impacto esperado

Mejora de las habilidades comunicativas de los residentes de medicina de familia, integrando el modelo deliberativo de la TDC en su práctica clínica diaria



Material y métodos (M&M): 1 fase

- Traducción Observer OPTION5 (del inglés al castellano). (1)



- Validación

- Opinión grupo expertos tema
- Formación online
- Evaluación con el OPTION5 traducido – por dos evaluadores de 10 vídeo-grabaciones (VG) hasta conseguir ICC >0,6. (1)

(1). Observer OPTION-5. Translation Procedure.
<https://www.glynelwyn.com/translating-observer-option-5.html>



Material y métodos (M&M): 2a fase

Diseño

- Estudio experimental controlado no aleatorizado

Ámbito y período de estudio

- Atención Primaria. **Residentes de 2º año de MFyC** (Medicina Familiar y Comunitaria) de la Unidad Docente Multiprofesional de Barcelona ICS (años 2022, 2023 y 2024).
- Fase previa de recogida de datos – intervención – fase posterior de recogida de datos (a las 6-8 semanas)

Criterios de Inclusión

- Residentes de 2º año de MFyC de la UDM Barcelona ICS (asistentes curso obligatorio de entrevista clínica - EC)

Criterios de Exclusión

- Los que no den su consentimiento a participar

M&M: 2a fase

Tamaño de la muestra

- Intervención: 40 / Control: 32
- Reciben información del proyecto antes del curso

Intervención

- Aplicación de un programa de formación (PF) diseñado por los docentes de 4h y dentro del curso de EC.
- VG antes y después del curso, de un caso simulado (residente - médico y una actriz – paciente).

Variables

- **Dependientes**: aprendizaje por residentes de MFyC sobre diversas habilidades comunicativas de la TDC. Evaluado a través de 3 cuestionarios (TDC9, TDC-Doc, OPTION5).
- **Independientes**: aplicación de un programa formativo en TDC incorporado en el curso de EC
- **Otras**: duración de consulta

Recogida de datos

- Los cuestionarios (TDC9 y TDC-doc) son autoadministrados (después de los encuentros) – a los residentes y a las actrices
- El cuestionario OPTION5 (a posteriori a través de las VG por dos observadores)

XXXIV

CONGRESO DE
COMUNICACIÓN
Y SALUD

GIRONA | 20-21-22 MARZO | 2025

ESCUCHAR PARA
ENTENDER. ENTENDER
PARA ACOMPAÑAR



XXXIV

CONGRESO DE
COMUNICACIÓN
Y SALUD

GIRONA | 20-21-22 MARZO | 2025

ESCUCHAR PARA
ENTENDER, ENTENDER
PARA ACOMPAÑAR



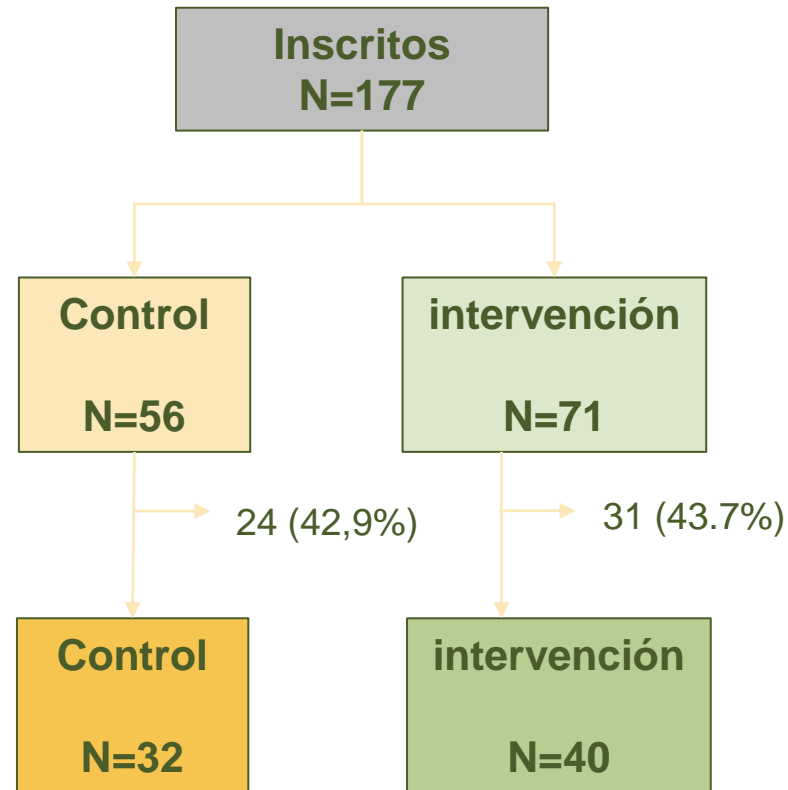
Resultados 1a fase

- 1a ronda evaluación : **ICC = 0,69** (evaluador A 20VG, B 17VG)
- 2a ronda evaluación: **ICC = 0,58**
- Reunión online 2 observadores + investigadora principal
- Pendientes de 3a ronda de evaluación → para llegar a ICC > 0,6



Resultados 2a fase

Diagrama de flujo



(población accesible)

Aceptan participar
N=127 (71,8%)

Pérdidas de seguimiento
N=55 (43,3%)

Participación final
N=72 (56,7%)



Resultados 2a fase

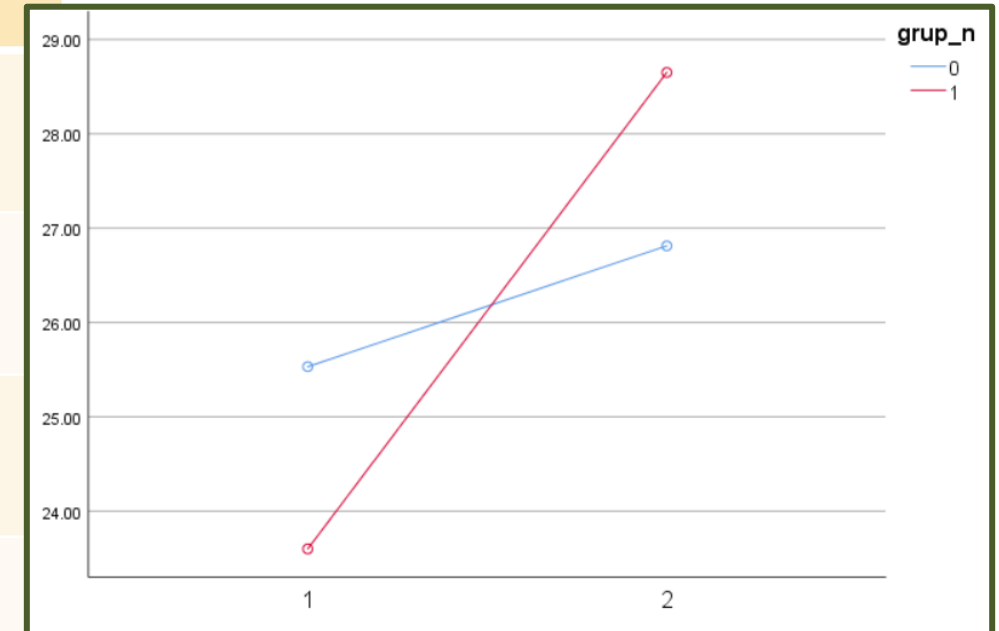
Tabla resultados basales

	GC	GI	p
Edad	28,9 (3,7)	28,3 (3,1)	0,49
Sexo	Femenino 24 (75%)	Femenino 28 (70%)	0,638
TDC9 basal (pre)	25,5 (6,7)	23,6 (6,8)	0,23
QDOC basal (pre)	32,6 (5,6)	30,4 (5,2)	0,095
OPTION5 basal (pre)	(pendiente)		
Duració consulta basal (pre) en minutos	7,6 (1,8)	7,7 (1,7)	0,86

Resultados 2a fase

	GC	GI	p
TDC9 pre (sobre 100)	25,5 (6,7) (56,7 – 14,8)	23,6 (6,8) (52,4 – 15,1)	0,23
TDC9 post (sobre 100)	26,8 (4,5) (59,6 – 10)	28,7 (8,5) (63,7 – 18,9)	0,052
QDOC pre (sobre 100)	32,6 (5,6) (72,4 – 12,5)	30,4 (5,2) (67,5 – 11,5)	0,095
QDOC post (sobre 100)	34,8 (4,0) (77,4 – 8,8)	34,1 (4,3) (75,8 – 9,5)	0,229
Duración pre	7,6 (1,8)	7,7 (1,7)	0,9
Duración post	8,1 (1,9)	7,8 (1,7)	0,6

TDC9 pre-post
N0 = GC
N1= GI





Discusión

Resultados:

- Valor traducción y primera validación OPTION5
- P marginalmente significativa TDC9 post entre GC y GI (¿muestra/clínica/docencia?)
- No diferencias entre duración consulta – desmiente barreras

Limitaciones:

- No separación aleatoria (pero grupos comparables)
- Tamaño muestral no calculado anteriormente
- Pacientes simuladas conocen a qué grupo pertenecen los residentes

Fortalezas:

- Primer estudio de éstas características
- Pacientes simuladas expertas en el tema

Preguntas a discutir:

- ¿Cómo calcular el tamaño muestral?
- ¿Créeis que los resultados pueden ser debidos a una muestra pequeña?
- Sugerencias. ¿Cómo presentar los resultados? ¿Por fases?

**Moltes gràcies,
muchas
gracias, moitas
grazas,
eskerrik asko**

