



UNIVERSIDAD
MIGUEL
HERNÁNDEZ
FACULTAD DE FARMACIA

GRADO EN FARMACIA

TRABAJO FIN DE GRADO

REVISIÓN SISTEMÁTICA

BARRERAS Y FACILITADORES DE LA IMPLEMENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA PARA LA SOLICITUD DE UNA PRUEBA DE PSA

AUTORA: MARIA ESTEVAN VILAR (EXP 1984)

TUTORA: BLANCA JUANA LUMBRERAS LACARRA

CONVOCATORIA JUNIO 2022

ÍNDICE

RESUMEN Y ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	4
MATERIAL Y MÉTODOS	8
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIÓN	35
ANEXOS	36
BIBLIOGRAFÍA	40



RESUMEN Y ABSTRACT

INTRODUCCIÓN: La prueba de PSA como prueba de cribado para el cáncer de próstata es un tema controvertido debido a las limitaciones como el sobrediagnóstico y la alta tasa de falsos positivos. Varias sociedades científicas aconsejan proporcionar información a los pacientes sobre los beneficios y riesgos, para llevar a cabo una toma de decisiones compartida entre médico y paciente.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este trabajo es revisar la evidencia disponible acerca de las barreras y facilitadores para la implementación de toma de decisiones compartidas a la hora de solicitar una prueba de PSA en el ámbito de atención primaria.

MÉTODOS: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en cuatro bases de datos del ámbito de ciencias de la salud (MEDLINE a través de PubMed, Scopus, Embase y Web of Science) sobre estudios con evidencia original sobre las barreras y los facilitadores de la implementación en atención primaria de la toma de decisiones compartida para la solicitud de una prueba PSA.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 324 artículos de los cuales 13 fueron seleccionados para la revisión: 5 eran estudios cuantitativos transversales, 2 estudios de intervención, 5 estudios cualitativos y 1 de métodos mixtos. Entre las barreras se encontró la falta de tiempo de los profesionales sanitarios, la falta de conocimiento tanto de los profesionales como de los pacientes y algunas creencias por parte de los pacientes. Como facilitadores, se encontró la capacitación de los profesionales para llevar a cabo esta toma de decisiones, la formación tanto a pacientes como a profesionales de la salud y la difusión de la información.

CONCLUSIONES: Esta revisión agrupa la evidencia disponible acerca de las barreras y los facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartida en atención primaria para la solicitud de una prueba PSA, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de la salud. Muchas de las barreras son modificables y los facilitadores pueden ser aprovechados para fortalecer la implementación de este tipo de toma de decisiones.

PALABRAS CLAVE: barreras y facilitadores, toma de decisiones compartida, atención primaria, antígeno prostático específico (PSA).

INTRODUCTION: PSA screening test for prostate cancer is controversial due to limitations such as overdiagnosis and high false-positive rates. Several scientific societies advise providing information to patients about the benefits and risks, to carry out shared decision-making between doctor and patient.

OBJECTIVES: The main objective of this work is to review the available evidence about the barriers and facilitators for the implementation of shared decision-making when requesting a PSA test in the primary care setting.

METHODS: A bibliographic search was carried out in four databases in the field of health sciences (MEDLINE through the search engine PubMed, Scopus, Embase and Web of Science) on studies with original evidence on the barriers and facilitators of implementation in shared decision-making primary care for the request of a PSA test.

RESULTS: : A total of 324 articles were obtained, of which 13 were selected for review: 5 were cross-sectional quantitative studies, 2 intervention studies, 5 qualitative studies and 1 mixed methods. Barriers included lack of time on the part of health professionals, lack of knowledge on the part of both professionals and patients, and certain beliefs on the part of patients. As facilitators, the training of professionals to carry out this decision making, the training of both patients and health professionals and the dissemination of information were found.

CONCLUSIONS: This review brings together the available evidence about the barriers and facilitators for the implementation of shared decision making in primary care for the request of a PSA test, both by patients and health professionals. Many of the barriers are modifiable and enablers can be harnessed to strengthen the implementation of this type of decision making.

KEYWORDS: barriers and facilitators, shared decision-making, primary healthcare, prostatic-specific antigen (PSA).

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es el segundo cáncer más prevalente en hombres en el mundo y la segunda causa de muerte por cáncer en hombres^{1,4,15}. Los hombres tienen un 17% de riesgo de padecer cáncer de próstata a lo largo de su vida, pero solo un 3% de morir a causa de esta enfermedad. Casi el 70% de los casos se diagnostican en hombres de 65 años o más². En la mayoría de los hombres, este cáncer crece lentamente y no produce signos ni síntomas durante su vida¹.

Los programas de cribado se centran en enfermedades con un alto impacto en la salud pública, en una población con alta esperanza de vida y debe ser capaz de identificar la enfermedad asintomática en una etapa tratable. Para ello se debe contar con pruebas de detección que sean rentables, fáciles de utilizar, no invasivas y con alta sensibilidad y especificidad. También se debe disponer de un tratamiento que altere el curso de la enfermedad reduciendo la mortalidad, pero sin afectar a la calidad de vida^{2,3}.

El PSA es una glucoproteína expresada tanto por el tejido prostático normal como neoplásico^{2,4}. Esta prueba puede detectar cánceres de próstata que no se hubiesen detectado de otro modo, pero muchos de estos cánceres probablemente no hubiesen causado problemas de salud en el futuro, lo que se denomina sobrediagnóstico¹. Esto ha conducido a que durante las últimas décadas haya aumentado la incidencia de cáncer de próstata⁴. Asimismo, se asocia a una alta frecuencia de resultados falsos positivos, por lo que su utilización es un tema controvertido.

Por otro lado, los valores elevados de PSA pueden deberse a otras causas que no sean cáncer de próstata como: retención urinaria aguda, hiperplasia benigna de próstata, traumatismo perineal, cirugía de próstata, prostatitis. Otros factores como la edad y la raza también pueden influir en que los niveles de PSA sean más elevados^{2,4}. Por lo tanto, una de las limitaciones de utilizar esta prueba, es el sobrediagnóstico, que se estima que es hasta un 50%^{1,5}. Otra de las limitaciones es la alta tasa de falsos positivos^{1,2,3} puesto que casi un 75% de las pruebas positivas de PSA fueron posteriormente negativas tras la biopsia¹.

Un metaanálisis estimó que la prueba PSA tiene una sensibilidad del 71% y una especificidad del 93%². El valor predictivo positivo de un nivel de PSA entre 4-10 ng/mL está en el rango de 28% a 35%. En definitiva, el problema del sobrediagnóstico y la alta tasa de falsos positivos puede conllevar una serie de riesgos como, por ejemplo, que el paciente se someta a una intervención como la biopsia próstática, que puede acarrear ciertos daños como infecciones o riesgo de sangrado; o a un sobretratamiento que podría causar efectos secundarios como problemas urinarios y sexuales entre otros⁴.

El beneficio global de una prueba de cribado se asocia con la disminución de la mortalidad⁴. De acuerdo con el ensayo clínico European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) el cribado con PSA supuso una reducción del 20% de la tasa de mortalidad de cáncer de próstata en hombres de entre 55 y 69 años^{3,5}. Sin embargo, en el estudio americano PLCO, tras 13 años de seguimiento no se han encontrado diferencias en la mortalidad entre el grupo de intervención y el grupo control⁶.

Puesto que hay datos controvertidos acerca de que el cribado de cáncer de próstata reduzca significativamente la mortalidad específica y se asocia con un alto grado de sobrediagnóstico y falsos positivos, las distintas sociedades científicas ofrecen diferentes recomendaciones de uso de la prueba PSA. La Asociación Europea de Urología (y a su vez, la Asociación Española de Urología) recomienda ofrecer pruebas PSA en hombres con riesgo elevado de tener cáncer de próstata: hombres mayores de 50 años, mayores de 45 con antecedentes familiares o en hombres afroamericanos de más de 45 años. Recomienda no someter a los hombres a pruebas de PSA sin asesorarlos sobre los posibles riesgos y beneficios¹². Por otro lado, la American Cancer Society y American Urological Association recomiendan exámenes anuales con PSA y tacto rectal en hombres asintomáticos mayores de 50 años con una esperanza de vida superior a 10 años y para aquellos hombres mayores de 45 años que tengan riesgo alto. Por el contrario, la US Preventive Services Task Force no recomienda la detección de rutina usando la prueba PSA en hombres asintomáticos. Pero junto con la American College of Physicians y la American College of Preventive Medicine aconsejan proporcionar información sobre los

beneficios y riesgos de la detección a los hombres mayores de 50 años, para que se lleve a cabo una toma de decisiones informada y compartida^{7,15,23}.

La toma de decisiones compartida es un proceso en que se enfatiza la colaboración entre el médico y el paciente a la hora de tomar cualquier decisión relacionada con la salud^{8,10,14}. El objetivo de este proceso es ayudar a que el paciente tome la decisión más adecuada en función de sus creencias, preferencias y valores^{4,16}. En este proceso el médico debe ofrecer toda la información disponible sobre los beneficios y daños de las intervenciones que se quieran llevar a cabo. Esta información se debe presentar de la forma más concisa y clara basándose en las evidencias científicas disponibles para que el paciente pueda tomar una decisión de forma informada y autónoma^{8,9}. Debido a la controversia que existe con la prueba PSA como prueba de cribado, algunas organizaciones recomiendan llevar a cabo este proceso de toma de decisiones compartida^{14,17,21,22,24}. Para ello, los hombres deben comprender el su riesgo de padecer cáncer de próstata, las características de la prueba de detección y aclarar sus valores en relación con la detección precoz²².

Pese a que la toma de decisiones compartida está siendo cada vez más valorada en el ámbito sanitario, todavía no ha sido ampliamente implementada por los profesionales de salud¹⁰. Existen algunas revisiones^{10,11} que han estudiado las barreras y facilitadores de la implementación de la toma de decisiones compartida tanto desde el punto de vista de los médicos¹⁰ como de los pacientes¹¹. Algunas de las barreras más comunes son la presión del tiempo y la falta de aplicabilidad por las características del paciente o del médico^{10,11}. Entre los facilitadores, se encuentran la motivación de los profesionales de la salud y la percepción de que este modelo de toma de decisiones puede tener un impacto positivo en los resultados de los pacientes^{10,11}.

No obstante, hasta la fecha, no se ha revisado cuáles son las barreras y limitaciones para la toma de decisiones compartidas ante la petición de una prueba PSA en el ámbito de atención primaria, el ámbito donde normalmente se solicitan estas pruebas. Los resultados obtenidos contribuirán a la

implementación de esta estrategia, defendida por las principales sociedades científicas.

Por tanto, en esta revisión analizaremos las barreras y facilitadores de la implementación de la toma de decisiones compartida para la prueba PSA en atención primaria.



MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio se trata de una revisión sistemática de artículos con evidencia original acerca de las barreras y facilitadores sobre la implementación de la toma de decisiones compartida a la hora de solicitar una prueba de PSA.

Para la revisión se siguieron las recomendaciones contenidas en la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematics Reviews and Meta-analyses).

Esta revisión se realizó por pares entre ambas autoras B.J.L.L y M.E.V. Las discrepancias se han evaluado a través de un tercer revisor.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo a través de varias bases de datos del ámbito de ciencias de la salud. Las bases de datos consultadas fueron: MEDLINE (a través del buscador PubMed), Scopus, Embase y Web of Science. Se utilizaron como palabras clave los términos relacionados con atención primaria, barreras y facilitadores, toma de decisiones compartida y PSA, que aparecen en la Figura 1. Las categorías de términos fueron combinadas con el operador 'AND', y los términos de cada categoría utilizando el operador 'OR'.

La ecuación de búsqueda que se utilizó para la base de datos **MEDLINE** fue: ("Primary Health Care"[Mesh]) OR ("Primary Health Care") OR ("primary care") AND (("general practitioner") OR (clinician) OR (physician)) AND (("Decision Making"[Mesh]) OR ("decision making") OR ("Decision Making, Shared"[Mesh]) OR (shared decision making) OR ("Patient Participation"[Mesh]) OR ("patient participation")) OR ("Choice Behavior"[Mesh]) OR ("choice behavior")) AND ((barriers) OR (obstacles) OR (challenges) OR (facilitators) OR (opportunities) OR (enablers)) AND ("Prostate-Specific Antigen"[Mesh]) OR ("Prostate-Specific Antigen")).

En esta búsqueda se utilizaron los términos MESH y de texto libre. Además, se aplicaron los filtros: humanos, inglés y español.

Esta ecuación fue adaptada para el resto de las bases de datos, quedando las búsquedas de la siguiente forma:

- **Scopus:** (TITLE-ABS-KEY (("Primary Health Care") OR ("primary care") OR ("general practitioner") OR (clinician) OR (physician)) AND TITLE-ABS-KEY (("Decision Making") OR ("Decision Making, Shared") OR (shared AND decision AND making) OR ("Patient Participation") OR ("patient participation") OR ("Choice Behavior") OR ("choice behavior")) AND TITLE-ABS-KEY ((barriers) OR (obstacles) OR (challenges) OR (facilitators) OR (opportunities) OR (enablers)) AND TITLE-ABS-KEY (("Prostate-Specific Antigen"))). Aplicando posteriormente los filtros de idioma español e inglés.
- **Embase:** ('primary health care' OR 'primary care' OR 'general practitioner' OR clinician OR physician) AND ('decision making' OR 'decision making, shared' OR (shared AND decision AND making) OR 'patient participation' OR 'choice behavior') AND (barriers OR obstacles OR challenges OR facilitators OR opportunities OR enablers) AND 'prostate-specific antigen'. Aplicando posteriormente los filtros de idioma español e inglés.
- **Web of science:** ('primary health care' OR 'primary care' OR 'general practitioner' OR clinician OR physician) AND ('decision making' OR 'decision making, shared' OR (shared AND decision AND making) OR 'patient participation' OR 'choice behavior') AND (barriers OR obstacles OR challenges OR facilitators OR opportunities OR enablers) AND ('prostate-specific antigen'). Aplicando posteriormente los filtros de idioma español e inglés.

Barreras y facilitadores	Barriers, challenges, obstacles; facilitators, opportunities, enablers
Toma de decisiones compartida	Decision-making, shared decision-making, patient participation, choice behavior
Atención primaria	Primary health care, primary care, general practitioner, clinician, physician
PSA	Prostate-specific antigen

Figura 1. Palabras clave

SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Para la inclusión en la presente revisión, los estudios debían tratarse de artículos originales que evaluaran las barreras y facilitadores de la toma de decisiones compartida a la hora de solicitar una prueba PSA. Estos estudios debían de estar realizados sobre humanos, además debían de estar publicados en inglés o español.

Para llevar a cabo esta inclusión/exclusión primeramente, se leyó el título y resumen del artículo. Puesto que se trata de una revisión por pares entre las dos autoras (B.J.L.L y M.E.V) se determinó un listado de los artículos que posteriormente se leerían enteros. Una vez seleccionados aquellos que se podrían incluir, se procedió a leer el artículo entero, para volver a hacer una exclusión de aquellos que realmente no trataban el tema objeto del trabajo. Finalmente, entre ambas autoras se estableció el listado de un total de 13 artículos seleccionados para la revisión.

Esta selección de artículos se realizó primeramente a través de la base de datos MEDLINE, y en las posteriores bases de datos (Scopus, Embase y Web of Science) aquellos que estaban duplicados en las anteriores eran excluidos directamente.

Tras decidir qué artículos que formarían parte de la revisión, y tras leer los artículos enteros, realizamos en una hoja Excel la extracción de las variables, que también se llevó a cabo por pares de manera independiente: referencia, año de publicación, país, objetivo, tipo de estudio, población (criterios de

inclusión, exclusión y tamaño de muestra), procedimiento, resultados (barreras y facilitadores), conclusiones y limitaciones.

Una vez extraídas las variables de los artículos, se procedió a analizar la calidad de dichos artículos a través de 3 guías en función del tipo de estudio: para los estudios cuantitativos transversales pasamos la guía STROBE²⁶ (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology); para los estudios de intervención la guía GUIDED²⁷ (Guidance for Reporting Intervention Development Studies in Health Research); y para los estudios cualitativos la guía SRQR²⁸ (Standards for Reporting Qualitative Research).



RESULTADOS

SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS

A través de la base de datos Medline se obtuvieron 183 resultados, y a través del resto de bases de datos (Scopus, Embase, Web Of Science) 141 resultados, es decir, un total de 324 artículos. Tras la lectura del resumen, se seleccionaron 18 artículos (15 de Medline, 2 de Scopus, 1 de Web of Science) que fueron leídos a texto completo para decidir su elegibilidad para ser incluidos en la revisión. Finalmente 5 de ellos no hablaban de barreras y facilitadores. Por lo tanto resultaron seleccionados para la revisión sistemática un total de 13 artículos¹³⁻²⁵.

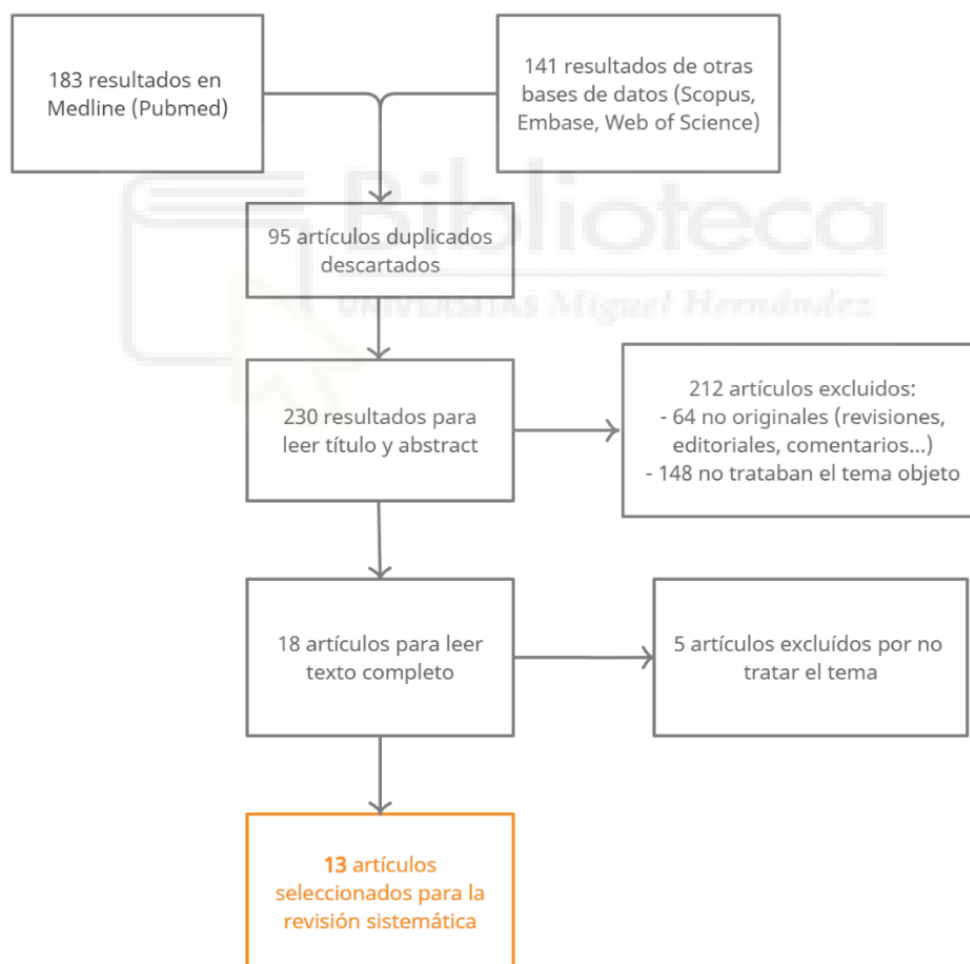


Figura 2 Diagrama de flujo

RESULTADOS DE LAS GUÍAS METODOLÓGICAS

Tras aplicar las diferentes guías de calidad, se observa que para los estudios cuantitativos transversales de la guía STROBE²⁶ (Tabla 1), la media de los ítems cumplidos fue de 14 sobre 21, con un rango entre 12 y 17. Los criterios de menor cumplimiento fueron los relativos a los métodos estadísticos, la descripción de los participantes, la precisión de los resultados principales y la descripción de las limitaciones. El cumplimiento de la guía GUIDED²⁷ para los estudios de intervención se recoge en la Tabla 2 y se muestra que el cumplimiento de los criterios fue de 10 y 11 sobre 14. Los resultados tras aplicar la guía SRQR²⁸ (Tabla 3) muestran una media de cumplimiento de 18,6 sobre 21, con un rango entre 15 y 20.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES PRINCIPALES DE LOS ESTUDIOS

Las variables principales de los artículos seleccionados que se extrajeron entre ambas autoras, por pares, están recogidas en la Tabla 4.

El periodo de publicación de los estudios se encuentra entre el año 1999 y el año 2022. La mayoría de ellos^{13,19-25} (8, 61.5%) fueron publicados a partir del año 2010, principalmente en 2017^{13,22}, en el que se publicaron 2 de ellos. El resto fueron publicados en diferentes años anteriores a 2010¹⁴⁻¹⁸.

Diez (77%) estudios fueron realizados en Estados Unidos^{13-18,21-24}. Sólo 3 (15%) se realizaron en países europeos como Países Bajos¹⁹ y Reino Unido²⁰ y uno de ellos fue realizado en Australia²⁵.

En cuanto al tipo de estudio, 7 (54%) fueron estudios cuantitativos. De estos, 5 eran cuantitativos transversales a través de cuestionarios o encuestas^{14-16,21,24} y 2 cuantitativos de intervención^{18,19}. Cinco (38.5%) eran estudios cualitativos^{17,20,22,23,25}, 3 de ellos eran mediante grupos focales^{22,23,25} y los otros 2 a través de entrevistas semiestructuradas^{17,20}. Solamente uno de los artículos incluía un método mixto¹³, es decir, una parte era un estudio cualitativo a partir de grupos focales y la otra parte era cuantitativo a través de cuestionarios.

La población de estudio en 6 de los estudios (46.1%), fueron llevados a cabo solamente en hombres de entre 45 y 75 años^{15,16,18,19,20,23}, sobre todo entre la

franja de edad de 50-70 años. Cuatro estudios (30.8%) fueron realizados en una población de médicos de familia de atención primaria^{14,17,21,24}. Un artículo fue llevado a cabo en una población de mujeres afroamericanas²² con pareja masculina afroamericana sin historia personal de cáncer de próstata. Otro estudio fue realizado en una población formada tanto por hombres pacientes de entre 50-75 años y médicos de familia¹³. Por último, uno de los artículos se llevó a cabo con una población formada tanto por hombres mayores de 45 años, como por médicos generales y enfermeras²⁵.

Los resultados principales se dividieron en barreras y facilitadores. Ocho (61.5%) artículos midieron tanto barreras como facilitadores^{13-15,17,18,22,23,25}. Tres (23.1%) evaluaron solamente barreras^{20,21,24} y 2 (15.4%) de los estudios midieron solamente facilitadores^{16,19}.

En la Tabla 5 se recogen las principales barreras tanto de profesionales sanitarios como de pacientes.

En cuanto a las **barreras** por parte de los **profesionales sanitarios** encontramos mayoritariamente las restricciones de tiempo en consulta^{13,14,17,18,24,25}, puesto que no se sabe cuándo es el momento idóneo para utilizar la herramienta o cuándo se puede tener la conversación médico-paciente. Dicha discusión sobre la prueba PSA no siempre se ajusta a la agenda del paciente y si la visita es por algún motivo urgente es difícil llevar a cabo la conversación para la toma de decisiones compartida.

Otra barrera de los profesionales sanitarios es la falta de conocimiento sobre el tema^{13,14,24,25}, tanto de los beneficios/riesgos como la falta de capacitación del profesional sanitario a la hora de establecer una discusión, así como la preocupación del médico de parecer menos informado que el paciente.

La falta de aceptación y las actitudes negativas sobre la detección del cáncer de próstata^{13,14,17} supone otra barrera. Algunos médicos no creen que la prueba PSA sea un tema importante, y no creen que la discusión influya en si solicita la prueba.

También se encuentra como barrera la falta de consenso dentro de la profesión médica y guías prácticas inconsistentes¹⁷ y la preocupación médico-legal asociada a no someterse al cribado²¹. El impacto que pueda tener en el paciente las barreras del lenguaje y la preocupación de que la discusión desanime al paciente a someterse a la prueba, supone una barrera para la implementación de la toma de decisiones compartida¹⁴.

Por otro lado, las **barreras** por parte de los **pacientes** que se recogen en los artículos son: la falta de conocimiento^{15,22,23,25} del cáncer de próstata y su detección, de los beneficios y limitaciones de la prueba PSA, de los efectos adversos de las intervenciones si el PSA sale elevado y la falta de conocimiento del impacto de un resultado falso positivo junto con la presencia de pruebas posteriores innecesarias. Aquellos pacientes con menos conocimiento sobre el cáncer de próstata dejarían las decisiones en manos del médico, por lo que el deseo de involucrarse en las decisiones médicas supone también una barrera¹⁵. Otra barrera que se recoge son las características del paciente¹⁶ como la presencia de comorbilidades o el nivel de educación/alfabetización. Esto puede influir en el conocimiento de los pacientes, en las discusiones ya que requieren comprensión de términos médicos y en el deseo de involucrarse en las decisiones.

Por último, otras de las barreras que se presentan son la información que reciben desde los distintos medios de comunicación de que los hombres deben someterse a un examen de próstata¹⁸; y las creencias del paciente^{22,23} como el miedo al diagnóstico y al tratamiento, las preocupaciones económicas y el sentimiento de mantener la virilidad y no parecer débiles. La desconfianza en el sistema sanitario²³ y las barreras que perciben los pacientes como la falta de acceso a la detección o la falta de conocimiento de la disponibilidad de la prueba PSA²³ son otras de las barreras para la toma de decisiones compartida.

En la Tabla 6 se recogen los principales facilitadores tanto de profesionales sanitarios como de pacientes.

Los **facilitadores** de los **profesionales sanitarios** descritos en la revisión fueron: la formación^{13,25} tanto en la toma de decisiones compartida, que

aumente este modelo de toma de decisiones y no el aumento de pruebas PSA per se, como en las recomendaciones disponibles en cuanto a cribado de PSA.

Otro facilitador sería ofrecerles a los profesionales sanitarios capacitación^{13,25}, proporcionándoles formas efectivas de integrar las habilidades en la toma de decisiones compartida en la práctica dentro de un marco de tiempo limitado. Las actitudes favorables frente a la detección del cáncer de próstata^{14,17} junto con el hecho de que el médico sugiera primero la prueba¹⁶ también facilitarían la toma de decisiones compartida. El sistema puede ofrecer otros facilitadores como tiempo extra¹⁷, recordatorios en el sistema informático¹⁸, incluir información más detallada y de bajo nivel de alfabetización para educar a los pacientes antes de las visitas a la clínica¹⁸ y ofrecer suficiente información (de cáncer, falsos positivos, etc) y estimaciones de riesgo individualizadas¹⁹; así como promover discusiones sobre el cribado en el contexto de una gama más amplia de medidas preventivas¹⁸.

En cuanto a aquellos **facilitadores** que tienen que ver con los **pacientes** encontraríamos: mejorar la difusión de información¹³ a los pacientes a través de monitores de TV en salas de espera u otros métodos como emails, mensajes, etc. Ofrecerles formación^{15,25} que mejore su base de conocimiento en los riesgos/beneficios para aumentar el interés en participar en la toma de decisiones compartida sobre la prueba PSA.

Las influencias externas como el hecho de conocer a algún amigo, familiar o conocido que haya sido diagnosticado de cáncer de próstata o lo han oído en los medios¹⁷, pueden actuar como facilitador provocando que sean los propios pacientes quienes soliciten la prueba.

Por último, otro facilitador sería acudir con sus parejas a las citas con el médico^{22,23} y las creencias²³ del paciente como el riesgo percibido de padecer cáncer y los beneficios de ser diagnosticados tempranamente.

Tabla 1. Calidad de los estudios cuantitativos transversales tras pasar la guía STROBE

Autoría	Ítems																						TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Dunn AS et al, 2001 ¹⁴	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	12
O'dell KJ et al, 1999 ¹⁵	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	15
McFall SL, 2006 ¹⁶	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	13
Volk RJ et al, 2013 ²¹	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	17
Shungu N et al, 2022 ²⁴	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	13
TOTAL	5	4	3	4	5	5	5	0	4	5	4	0	1	0	5	0	2	5	5	5	1	2	

Tabla 2. Calidad de los estudios de intervención tras pasar la guía GUIDED.

Autoría	Ítems														TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Denberg TD et al, 2009 ¹⁸	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	10
van Vugt HA et al, 2010 ¹⁹	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	11
TOTAL	2	2	2	2	2	2	1	0	2	1	0	2	2	1	

Tabla 3. Calidad de los estudios cualitativos tras pasar la guía Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).

Autoría	Ítems																					TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Warlick CA et al 2017 ¹³	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	15	
Guerra CE et al, 2007 ¹⁷	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20
Avery KN et al, 2012 ²⁰	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	19	
Allen JD et al, 2018 ²²	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	19
Shungu N et al, 2021 ²³	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	19
Ilic D et al, 2018 ²⁵	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20
TOTAL	2	6	6	6	6	2	5	6	4	6	6	6	6	6	5	6	5	6	6	4	5		



Tabla 4. Descripción de las principales variables recogidas de los 13 estudios incluidos en la revisión

Autoría	Año de publicación	País	Objetivos	Tipo de estudio
Warlick CA et al 2017¹³	2017	EEUU (Minnesota)	Evaluar el impacto de una herramienta de ayuda, de detección de PSA, en la toma de decisiones compartida.	Estudio de métodos mixtos: a) cualitativo (grupos focales); b) cuantitativo a través de cuestionarios para evaluar la toma de decisiones compartida
Dunn AS et al, 2001¹⁴	2001	EEUU (Nueva York)	Examinar la probabilidad de que los médicos discutan el cribado de cáncer de mama y cáncer de próstata, así como los factores que influyen en la frecuencia y calidad de estas discusiones.	Estudio cuantitativo a través de cuestionario
O'dell KJ et al, 1999¹⁵	1999	EEUU (Alabama, Texas)	Evaluar el conocimiento de los pacientes masculinos de atención primaria sobre el cáncer de próstata y las pruebas de PSA y examinar cómo ese conocimiento se relaciona con las preferencias de pruebas de PSA en el futuro y el deseo de participar en la toma de decisiones.	Estudio cuantitativo a través de cuestionario
McFall SL, 2006¹⁶	2006	EEUU (Texas)	Examinar los factores demográficos relacionados con la discusión sobre las ventajas y desventajas de la prueba de PSA como cribado de cáncer de próstata y las características correlacionadas con dichas discusiones.	Estudio cuantitativo a través de cuestionario
Guerra CE et al, 2007¹⁷	2007	EEUU (Pennsylvania)	Evaluar si los médicos de atención primaria discuten rutinariamente el cribado de cáncer de próstata y explorar las barreras y los facilitadores de estas discusiones.	Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas)
Denberg TD et al, 2009¹⁸	2009	EEUU (Colorado)	Evaluar una intervención al paciente para disminuir las barreras que limitan la capacidad para llevar a cabo discusiones en la toma de decisiones sobre la detección de cáncer de próstata en atención primaria.	Estudio de intervención
van Vugt HA et al, 2010¹⁹	2010	Países Bajos	Evaluar el efecto de proporcionar un folleto que incluya la estimación de riesgo individualizada en la toma de decisiones informada para la prueba PSA.	Estudio de intervención
Avery KN et al, 2012²⁰	2012	Reino Unido	Identificar predictores de asistencia para realizarse la prueba de PSA y biopsia de próstata.	Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas)

Volk RJ et al, 2013²¹	2013	EEUU (Texas, Illinois, Missouri, Colorado)	Examinar el uso de discusiones sobre los beneficios y riesgos potenciales previamente a la solicitud de una prueba de PSA en médicos de atención primaria. Además, se evaluó el rol de las creencias de los médicos acerca de la eficacia del PSA y los factores contextuales en que dicha discusión se lleve a cabo.	Estudio cuantitativo (encuestas)
Allen JD et al, 2018²²	2017	EEUU (Massachusetts)	Examinar el papel de las mujeres en la educación de sus parejas sobre la detección del cáncer de próstata.	Estudio cualitativo (grupos focales)
Shungu N et al, 2021²³	2021	EEUU (Carolina del Sur)	Evaluar los temas relacionados con las barreras y facilitadores de la toma de decisiones informada sobre la detección del cáncer de próstata.	Estudio cualitativo (grupos focales)
Shungu N et al, 2022²⁴	2022	EEUU (Carolina del Sur, Georgia)	Describir cómo los médicos de familia abordan la detección del cáncer de próstata en general. Identificar las variables demográficas asociadas a involucrar a los pacientes en discusiones para la toma de decisiones informadas.	Estudio cuantitativo (encuestas)
Ilic D et al, 2018²⁵	2018	Australia	Examinar las percepciones de los hombres, enfermeras y médicos sobre el asesoramiento en la toma de decisiones del paciente para la detección del cáncer de próstata.	Estudio cualitativo (grupos focales)

Autoría	Población de estudio			Procedimiento
	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Tamaño muestral	
Warlick CA et al 2017¹³	Hombres entre 50-75 años, con cita para ver al médico y que hablen inglés. Médicos de familia facultativos y residentes.	Pacientes con cáncer de próstata, con biopsia de próstata previa, prueba PSA en los últimos 12 meses, problemas miccionales como motivos de la visita, o que la cita se programara ese mismo día por problemas urgentes.	68 participantes (cada grupo focal constituido por 8-15 participantes) y todos contestaron el cuestionario.	A los pacientes se les entregó la herramienta de ayuda para leerla durante la espera. Después de la visita, paciente y médico completaron las encuestas escritas (Encuesta paciente = 44 ítems incluyendo Knowledge of Prostate Cancer tool and the Decisional Conflict Scale; Encuesta médico = 7 ítems, Satisfaction with Decision Scale). Se formaron 4 grupos focales para identificar cambios para mejorar la toma de decisiones compartida y otros 5 grupos focales al final para evaluar la eficacia del proceso.
Dunn AS et al, 2001¹⁴	Médicos residentes y facultativos de atención primaria asociados a departamentos de medicina.	Médicos que no dedican al menos un 25% del tiempo a la atención primaria.	83 médicos residentes y 86 médicos facultativos.	Se desarrolló un cuestionario que se envió por correo electrónico a médicos y residentes. Se les preguntó qué probabilidad habría de que discutieran ciertos aspectos sobre la detección del cáncer de próstata/mama, así como la influencia de ciertos factores en las discusiones.

<p>O'dell KJ et al, 1999¹⁵</p>	<p>Pacientes hombres entre 45-70 años sin historia previa de cáncer de próstata.</p>	<p>Pacientes con enfermedad física crónica, con deterioro cognitivo o registros incorrectos sobre historia de cáncer de próstata.</p>	<p>160 participantes</p>	<p>Los pacientes completaron un cuestionario el cual incluía indicadores sociodemográficos; preguntas acerca de detecciones previas y la intención de ser sometidos a detección en el futuro; evaluación del conocimiento sobre el cáncer de próstata y la detección temprana, así como del deseo de involucrarse en las decisiones médicas. Las cuestiones contestadas correctamente sobre el conocimiento del cáncer de próstata se compararon con el nivel de educación del paciente.</p>
<p>McFall SL, 2006¹⁶</p>	<p>Hombres mayores de 50 años que se habían hecho alguna prueba de PSA en el contexto de screening previamente.</p>	<p>Hombres con cáncer de próstata y aquellos cuya prueba de PSA no fue para cribado.</p>	<p>2184 participantes</p>	<p>Los datos se extrajeron de la encuesta nacional de salud del año 2000 de hombres que informaron haberse hecho una prueba PSA. Se preguntó si el médico había discutido con el paciente las ventajas y desventajas de la prueba PSA antes de realizarla. Las variables que se estudiaron fueron: grupo edad, raza/etnia, nivel educativo, estado civil, historia familiar de cáncer de próstata, tiempo desde la última prueba, número de pruebas en los últimos 5 años, quien sugirió primero la prueba y pruebas con resultado anómalo.</p>
<p>Guerra CE et al, 2007¹⁷</p>	<p>Médicos de atención primaria pertenecientes a University of Pennsylvania Health System (UPHS).</p>	<p>Jubilados o en formación.</p>	<p>Se les ofreció participar a 99 participantes: 21 se negaron, 59 no respondieron. 19 sí participaron, pero 1 se desechó por la poca calidad de la grabación de audio. Finalmente fueron 18 participantes.</p>	<p>Las entrevistas sobre las barreras y facilitadores de la discusión sobre la detección de cáncer de próstata fueron diseñadas utilizando el Walsh and McPhee System Model of Clinical preventive Care como marco conceptual. Este marco se adaptó para reflejar las barreras y facilitadores de la discusión en lugar de la detección real. Además de las entrevistas también se usó el historial médico de pacientes para que estimulara el recuerdo para obtener las barreras y facilitadores de las discusiones en los encuentros médico-paciente. Los criterios de inclusión para los historiales médicos de los pacientes fueron: hombres mayores de 41 años. Los criterios de exclusión: pacientes con historia personal de cáncer de próstata, visita por síntomas o signos de cáncer de próstata, hiperplasia benigna de próstata, prostatitis.</p>


<p>Denberg TD et al, 2009¹⁸</p>	<p>Pacientes hombres entre 50-74 años que tengan un médico de atención primaria asignado al cual lo hayan visitado al menos una vez en los últimos 18 meses y que no se hayan sometido a una prueba PSA en los 12 meses anteriores.</p>	<p>Aquellos pacientes que padezcan cáncer de próstata activo o terminal o no parecían recibir atención médica. También aquellos en los que la prueba PSA no era con fines de cribado debido a antecedentes o debido a un resultado de PSA previamente elevado.</p>	<p>La muestra final fue de 23 pacientes y 37 médicos.</p>	<p>Los pacientes fueron invitados por mail o vía telefónica a programar una cita con su médico para participar en el estudio. Si el paciente aceptaba, el coordinador programaba una cita de 20 minutos por teléfono. Los aspectos que se evaluaron fueron: la documentación del médico sobre las discusiones de detección de cáncer de próstata en comparación con la atención tradicional (se tuvieron en cuenta 3 aspectos: discusión de PSA, aspectos negativos de la detección, las preferencias del paciente sobre si seguir adelante con la detección), la intencionalidad del médico de solicitar la prueba PSA y el feedback del médico. A los médicos se les administró una encuesta después de la intervención para evaluar sus opiniones sobre las discusiones de la prueba PSA, el valor que le dan a estas discusiones así como la mecánica de la intervención y los efectos sobre la calidad.</p>
<p>van Vugt HA et al, 2010¹⁹</p>	<p>Hombres entre 55-65 años seleccionados aleatoriamente de un registro poblacional.</p>	<p>Hombres con historia previa de cáncer de próstata o prueba PSA previa dentro del contexto de cribado.</p>	<p>2000 hombres para el cuestionario 1 (características de los pacientes), 1027 lo completaron. De estos, 601 completaron el cuestionario 2 (conocimiento, actitud hacia de someterse a una prueba de PSA y la intención de someterse a una prueba de PSA, antes y después de recibir el folleto con el indicador de riesgo).</p>	<p>Se envió una carta con la información sobre el estudio y un cuestionario con datos sobre las características de los participantes (edad, estado civil, comorbilidades...) Aquellos que respondieron el cuestionario 1 se les envió después el folleto PRI (prostate risk indicator) el cual incluye información sobre cáncer de próstata, los pros y contras de la detección un indicador de riesgo para calcular el riesgo personalizado de padecer cáncer de próstata. Se midió la decisión informada antes y después de ofrecer el folleto. Se evaluó también el conocimiento sobre el cáncer de próstata y la actitud sobre si someterse o no a la prueba PSA. Las medidas psicológicas que se midieron fueron la calidad de vida y la ansiedad.</p>
<p>Avery KN et al, 2012²⁰</p>	<p>Hombres entre 50-69 años participantes del ensayo ProtecT reclutados de dos centros de atención primaria en Reino Unido.</p>		<p>468 hombres de 810 invitados (57,8%)</p>	<p>Se desarrolló un cuestionario a partir de la revisión de la literatura y de un pilotaje previo en pacientes. El cuestionario final incluía los siguientes aspectos relacionados con la decisión de realizarse una prueba PSA:</p>

				A: beneficios para la salud, B: amenazas para la salud, C: barreras para las pruebas, D: intenciones de salud, E: influencias externas, F: salud general actual. En concreto, los criterios incluidos fueron: percepción del miedo de desarrollar cáncer de próstata (2 preguntas), los beneficios de la detección (8 preguntas), barreras percibidas de la prueba (10 preguntas), intención de someterse a la prueba PSA (1 pregunta), influencias externas en la decisión de someterse a la prueba (3 preguntas), salud en general (2 preguntas).
Volk RJ et al, 2013 ²¹	Médicos miembros de la American Academy of Family Physicians National Research Network	Médicos en periodo de formación.	243 médicos contestaron el cuestionario.	Se envió un cuestionario para clasificar a los médicos según su enfoque de práctica para la detección del cáncer de próstata en función de: mandaban la prueba PSA sin establecer una discusión con el paciente; establecían la discusión previamente a la recomendación de la prueba; establecían la discusión, pero no la recomendaban; establecían la discusión y dejaban que el paciente decidiera; no establecían la discusión ni la recomendaban. Se evaluó en otro cuestionario las creencias sobre la detección del cáncer de próstata.
Allen JD et al, 2018 ²²	Mujeres afro-americanas que tengan pareja masculina afro-americana mayor de 45 años sin historia personal de cáncer de próstata.		52 mujeres.	Se formaron 9 grupos focales en los que se hicieron preguntas a las mujeres acerca de: el conocimiento del cáncer de próstata y su detección, sus actitudes hacia la detección, así como las estrategias que utilizan para apoyar a sus parejas.
Shungu N et al, 2021 ²³	Hombres negros de entre 55-69 años de atención primaria.	Hombres con historia de cáncer de próstata, en tratamiento para algún tipo de cáncer, con alguna enfermedad terminal o incapaces de dar el consentimiento informado.	21 hombres.	Se organizaron 5 grupos focales a los que inicialmente se les hicieron preguntas sobre el conocimiento, las actitudes y las experiencias sobre la detección del cáncer de próstata. Después se les mostró una breve presentación educativa sobre la detección. Y finalmente las preguntas estuvieron enfocadas en los riesgos y beneficios percibidos sobre la detección del cáncer de próstata. Al final, los participantes respondieron un cuestionario para evaluar algunos aspectos sociodemográficos y ciertos factores relacionados con el comportamiento ante dicha detección.

<p>Shungu N et al, 2022²⁴</p>	<p>Médicos de familia miembros de la CAFM (Council of Academic Family Medicine).</p>	<p>Excluidos los directores del programa, directores administrativos y jefes de departamento.</p>	<p>1192 participantes.</p>	<p>Se recopilaron los datos del estudio de 2020 de Council Academy Family Medicine's (CAFM) en el que se proporcionó un cuestionario con datos demográficos, así como un cuestionario con preguntas enfocadas a: las fuentes de información sobre la detección de cáncer de próstata, el conocimiento de las guías de la USPSTF, la frecuencia en que llevaban a cabo la toma de decisiones compartida y las barreras para las discusiones de la detección enfocado hacia pacientes blancos y negros. Variables dependientes: tasas de participación en toma de decisiones conjunta, tasas de pruebas PSA, presencia de barreras en la toma de decisiones; las variables independientes fueron: edad y sexo del médico y el porcentaje de pacientes negros.</p>
<p>Ilic D et al, 2018²⁵</p>	<p>Médicos generales y enfermeras. Y hombres mayores de 45 años.</p>	<p>Hombres con diagnóstico de cáncer de próstata.</p>	<p>47 participantes (16 médicos, 12 enfermeras, 19 hombres pacientes)</p>	<p>Los participantes fueron reclutados a través de anuncios y convocatorias de voluntarios en redes de profesionales de la salud (para médicos y enfermeras) y grupos de interés de consumidores (para hombres). Se formaron 7 grupos focales (2 para médicos, 2 para enfermeras y 3 para hombres). Las áreas clave de la discusión en las entrevistas se centraron en: los méritos percibidos en la detección del cáncer de próstata, los procesos de toma de decisiones, el papel de la toma de decisiones compartida y las ayudas para esta toma de decisiones, los méritos de un enfoque de asesoramiento para la toma de decisiones para facilitar la discusión informada, las barreras percibidas y los facilitadores de los procesos de la toma de decisiones actuales. Las discusiones de los grupos focales fueron grabadas y posteriormente transcritas. El análisis temático se realizó entre dos investigadores en seis pasos: leer cada transcripción, generar códigos iniciales, buscar temas a partir de los códigos iniciales, revisar los temas, definir y nombrar temas y producir el análisis final.</p>

Autoría	Resultados	
	Barreras	Facilitadores
Warlick CA et al 2017 ¹³	<p>Restricciones de tiempo (los pacientes sacaban la herramienta de ayuda al final de la visita, y tener una conversación para una toma de decisiones conjunta es difícil debido a los bloques de tiempo de cita de 20 min); capacitación (algunos médicos se perdieron la capacitación previa sobre la prueba PSA y la toma de decisiones compartida; hay confusión acerca del patrón de referencia del cribado con PSA); comunicación (algunos residentes no revisaron sus emails para la encuesta de seguimiento o lo vieron semanas después de ver al paciente); herramienta de ayuda (muchos participantes no mostraron la herramienta de ayuda al médico durante la visita y los médicos tampoco participaron en la toma de decisiones conjunta); falta de aceptación con respecto al objetivo del estudio (algunos médicos no creían que la prueba PSA fuera un tema importante, la conversación sobre PSA no siempre se ajusta a la agenda del paciente o si hay una visita urgente es difícil llevar a cabo la discusión)</p>	<p>Ofrecer a los médicos y residentes una sesión de entrenamiento adicional sobre la toma de decisiones compartida que enfatice el aumento de este modelo de toma de decisiones y no el aumento de pruebas PSA per se. Formación acerca de las recomendaciones disponibles en cuanto al cribado con PSA. Proporcionarles formas efectivas de integrar las habilidades de la toma de decisiones compartida en la práctica dentro de un marco de tiempo limitado. Mejorar la difusión a pacientes, por ejemplo, a través de monitores de TV en la sala de espera u otros métodos como emails, mensajes, etc.</p>
Dunn AS et al, 2001 ¹⁴	<p>Factores que influyen en la discusión de PSA: falta de tiempo (médicos 51%; residentes 58%), complejidad del tema (ambos 48%), barrera del lenguaje (médicos 32%; residentes 44%), creencia de que la discusión no influye en si solicita la prueba (médico 25%; residentes 18%), falta de conocimiento sobre beneficios/riesgos (médicos 8%; residentes 39%), preocupación de parecer menos informado que el paciente (médicos 1%; residentes: 10%), preocupación de que desanime al paciente a hacerse la prueba (médicos 6%; residentes:5%), pacientes atendidos están bien informados sobre el tema (médicos 4%; residentes:1%)</p>	<p>Creencia en los beneficios de la prueba, así como tener intención de solicitar la prueba al paciente.</p>
O'dell KJ et al, 1999 ¹⁵	<p>Conocimiento sobre el cáncer de próstata: menos del 20% de los pacientes (independientemente del nivel educativo) sabían que un nivel anormal de PSA generalmente era el resultado de un agrandamiento de la próstata por la edad. Los universitarios eran más propensos a saber que los niveles de PSA tienden a aumentar con la edad. Sólo el 22,2% con educación inferior a secundaria sabían que el cáncer de próstata cuando se detecta a tiempo es curable y más del 50% de universitarios si que lo sabían. Menos del 20% con educación secundaria o menos sabían los beneficios de la prostatectomía radical, mientras que menos del 25% identificaban la pérdida de unción sexual como complicación de la radioterapia. Del 27,8% (con menos de</p>	<p>Mejorar la base de conocimientos de los pacientes con menos educación podría aumentar el interés en participar en la toma de decisiones compartida sobre la prueba PSA.</p>

	<p>educación secundaria) al 42,9% (universitarios) entendieron que la tranquilidad después de un resultado negativo en la PSA era una ventaja. Y más de la mitad de los universitarios sabían que un resultado positivo podría causar ansiedad y dar lugar a pruebas innecesarias en hombres que no tienen cáncer. Deseo de involucrarse en las decisiones médicas: los pacientes que dejarían en manos del médico las decisiones obtuvieron puntuación más baja en el cuestionario de conocimiento del cáncer de próstata. Más del 40% de los pacientes con estudios de secundaria o menos prefirieron dejar en manos del médico las decisiones. Más del 61,9% de graduados universitarios indicaron que les gustaría mantener el control de la decisión.</p>	
<p>McFall SL, 2006¹⁶</p>		<p>El 63% de los hombres informaron que el médico había discutido las ventajas y desventajas antes de que se llevara a cabo. Las variables asociadas a una mayor frecuencia de discusión con el médico fueron: que el médico sugiriera primero la prueba y la raza afroamericana. Las variables haberse realizado una prueba en el último año y el número de pruebas no se asociaron significativamente con la discusión.</p>
<p>Guerra CE et al, 2007¹⁷</p>	<p>Barreras del paciente: comorbilidad (aleja el enfoque de la visita), escasa educación/alfabetización (estas discusiones implican una comprensión de información médica compleja), presuponer que los pacientes declinarán la detección, otras como: disfunción cognitiva, enfermedad mental y pacientes que ya habían decidido someterse a la prueba. Barreras del médico: olvido, actitudes negativas sobre la detección del cáncer de próstata (cuestionan la utilidad cuando existen limitaciones de tiempo y consideran otras pruebas preventivas más valiosas). Barreras del sistema: visitas por motivos distintos a los exámenes físicos anuales (las visitas centradas deben abordarse dentro de un tiempo limitado y no deja espacio para abordar la salud preventiva), falta de tiempo, otras: falta de consenso dentro de la profesión médica y guías prácticas inconsistentes.</p>	<p>Facilitadores del paciente: solicitud por parte del paciente (porque conocen a alguien que ha sido diagnosticado o lo han oído en los medios), alta educación/alfabetización, historia familiar, raza afro-americana, otros: edad entre 40-50 años, presencia de síntomas genitourinarios, historia de fumar, pacientes con alta esperanza de vida. Facilitadores del médico: actitudes favorables a la detección de cáncer de próstata. Facilitadores del sistema: exámenes físicos anuales, revisión de trabajos de laboratorio (ver una prueba PSA anterior en el gráfico sirve como recordatorio para los médicos), tiempo extra, recordatorios.</p>
<p>Denberg TD et al, 2009¹⁸</p>	<p>2/3 de los encuestados creen que llevar a cabo las discusiones de toma de decisiones compartida es algo muy complejo debido a las exigencias de competencias, el tiempo, la complejidad de trabajar con hipótesis y el mensaje en los medios de que los hombres deben someterse a un examen de próstata.</p>	<p>Promover discusiones sobre el cribado en el contexto de una gama más amplia de mantenimiento de la salud e incluir información más detallada y de bajo nivel de alfabetización para educar a los pacientes antes de las visitas a la clínica.</p>

<p>van Vugt HA et al, 2010¹⁹</p>		<p>Ofrecer suficiente información y estimaciones de riesgo individualizadas puede ser útil para la toma de decisiones informada: un número significativamente mayor de hombres cumplían los requisitos de la toma de decisiones informada (15% frente a 33%, $p < 0,001$), más hombres de hombres tenían conocimientos relevantes (284/601, 50% frente a 420/601, 77%, $p < 0,001$) y la intención de hacerse la prueba del PSA había aumentado ($p < 0,001$).</p>
<p>Avery KN et al, 2012²⁰</p>	<p>Existe una asociación modesta entre las percepciones de los beneficios, miedo, barreras, influencias externas y salud general y la asistencia a la prueba PSA, y una fuerte asociación entre las intenciones de comportamiento y la asistencia a dicha prueba.</p>	
<p>Volk RJ et al, 2013²¹</p>	<p>Creencias de los médicos: En comparación con los médicos que ordenaron el cribado sin discutirlo (24,3%), los médicos que discutieron los daños y los beneficios con los pacientes y luego les dejaron decidir (47,7%) eran más propensos a apoyar las creencias de que la evidencia científica no apoya el cribado, que los pacientes deben ser informados de la falta de evidencia, y que los pacientes tienen derecho a conocer las limitaciones del cribado; también eran menos propensos a apoyar la creencia de que no había necesidad de educar a los pacientes porque querían ser cribados. La preocupación por el riesgo médico-legal asociado a no someterse al cribado eran más comunes entre los médicos que discutían de los daños y beneficios y recomendaban el cribado que entre los médicos que los médicos que hablaron del cribado y dejaron que sus pacientes decidieran.</p>	
<p>Allen JD et al, 2018²²</p>	<p>Falta de conocimiento: ofrecen fuerte apoyo en la detección, pero no sabían la controversia existente en este tipo de prueba. A pesar de ello, estaban de acuerdo en recibir educación sobre este tema para ayudar a compartir la información con sus parejas. Barreras que impiden que los hombres acudan al médico (percibidas por las mujeres): miedo, preocupaciones financieras, y el hecho de sentir que no deben ser débiles.</p>	<p>Apoyo en temas de salud: informativo (buscar información independiente para compartirla con sus parejas o acudir con sus parejas a las citas con el médico para saber el estado de salud y las recomendaciones del médico para asegurar que su pareja cumpla las recomendaciones) emocional (ofrecer consuelo, ánimos y escuchar activamente a sus parejas cuando hablen temas de salud). Estrategias para superar las barreras: ofrecer apoyo y sobre todo conocimiento acerca del problema de salud.</p>
<p>Shungu N et al, 2021²³</p>	<p>Factores externos: <u>relaciones personales</u> (el impacto de referentes como amigos o familiares hacen que los hombres busquen atención médica, pregunten sobre la detección del cáncer de próstata, o los motiven a participar en la detección. El papel de las mujeres o parejas es importante a la hora de que los hombres busquen atención médica); <u>comunicación con el médico</u> (este es considerado como una fuente fiable de información, por lo</p>	<p>Factores externos: <u>relaciones personales</u> (el impacto de referentes como amigos o familiares hacen que los hombres busquen atención médica, pregunten sobre la detección del cáncer de próstata, o los motiven a participar en la detección. El papel de las mujeres o parejas es importante a la hora de que los hombres busquen atención médica); <u>comunicación con el médico</u> (este es considerado como una fuente fiable de información, por lo</p>

	tanto, si proporcionan información mediante la discusión de beneficios y daños de la detección actuarían como facilitadores de la toma de decisión conjunta). Factores internos: <u>motivación por las desigualdades raciales</u> (les interesa participar en la toma de decisiones conjunta cuando conocen las diferencias raciales en la detección del cáncer de próstata). Creencias: riesgo percibido (impulsado por historia familiar de cáncer y síntomas), severidad percibida que supone el padecer cáncer y los beneficios percibidos de ser diagnosticados tempranamente.	tanto si proporcionan información mediante la discusión de beneficios y daños de la detección actuarían como facilitadores de la toma de decisión conjunta). Factores internos: <u>motivación por las desigualdades raciales</u> (les interesa participar en la toma de decisiones conjunta cuando conocen las diferencias raciales en la detección del cáncer de próstata). Creencias: riesgo percibido (impulsado por historia familiar de cáncer y síntomas), severidad percibida que supone el padecer cáncer y los beneficios percibidos de ser diagnosticados tempranamente.
Shungu N et al, 2022²⁴	El género del médico (mujer) y el menor número de pacientes negros en el panel (<25%) se asociaron con una menor frecuencia de toma de decisiones compartida con los pacientes negros. La edad del médico (<40 años) se asoció a no hablar de la raza durante las conversaciones sobre el cribado. Las barreras más comunes percibidas por los médicos, para la toma de decisiones compartida fueron la falta de tiempo, y la creencia personal de que los riesgos de la prueba de detección superan los beneficios.	
Ilic D et al, 2018²⁵	Algunas de las barreras percibidas por los médicos es la creencia de que los pacientes tienen cierta confusión en cuanto a los méritos de la detección de cáncer de próstata. Otra barrera sería el escaso conocimiento por parte de las enfermeras sobre la detección del cáncer de próstata y sus ventajas y limitaciones. Los pacientes no pueden acceder a las herramientas de ayuda y otros materiales que facilitan el proceso de la toma de decisiones conjunta debido a las limitaciones de tiempo y a los cambios en las recomendaciones.	Educar y capacitar a las enfermeras sobre los beneficios, limitaciones y la controversia de la detección para garantizar una discusión equilibrada entre los médicos y el paciente. Educar también a los pacientes sobre las limitaciones y beneficios de la detección a través del uso de una intervención de apoyo de orientación para la toma de decisiones dirigida por enfermeras para ayudar a los hombres a tomar decisiones informadas sobre la detección del cáncer de próstata. Tener la orientación para la toma de decisiones y la visita con el médico en una sola visita.

Autoría	Conclusiones	Limitaciones
Warlick CA et al 2017¹³	La distribución de una herramienta de ayuda animó a los hombres a participar en la toma de decisiones conjunta sobre la prueba de PSA. El hecho de proporcionar entrenamiento a los médicos sobre cómo realizar la toma de decisiones compartida, mediante el modelo "ask-tell-ask" aumentó la confianza de estos para participar en la toma de decisiones compartida y lograr los objetivos de facilitar este tipo de toma de decisiones sin aumentar el tiempo de encuentro. Por lo tanto, esta estrategia puede ser aplicable para fomentar la toma de decisiones compartida con respecto a la detección de PSA.	Duración de las encuestas, tamaño de la muestra y la falta de grupo control.

Dunn AS et al, 2001¹⁴	La frecuencia y la calidad de las discusiones se ve afectada por la creencia de que dicha conversación no influiría en si solicitan la prueba. Las limitaciones de tiempo y la complejidad de la discusión fueron dos de las barreras más comunes. También la barrera del lenguaje es un impedimento común en las discusiones.	La confianza en el autoinforme para describir el comportamiento del médico (médicos tienden a sobreestimar su actuación en las discusiones con los pacientes) y un escaso tamaño de muestra.
O'dell KJ et al, 1999¹⁵	Los deseos de los pacientes de verse involucrados en las decisiones están relacionados con el conocimiento del cáncer de próstata y el nivel educativo. Los pacientes con educación secundaria o menos prefieren dejar en manos del médico la decisión, mientras que los pacientes con más educación quieren tomar decisiones compartidas. Este déficit de conocimiento puede impedir la detección temprana de cáncer de próstata y por tanto es una barrera para la toma de decisiones informada.	La inclusión de un solo centro. El autoinforme del paciente fue la única fuente de información. Debido al enfoque del estudio y al tamaño de muestra no se pudo observar los efectos de la educación estratificados por raza o etnia.
McFall SL, 2006¹⁶	Las discusiones sobre las ventajas y desventajas de la prueba de PSA son más probables cuando el médico sugiere primero la prueba y para hombres afroamericanos. Estas discusiones en las que participa el paciente son más probables en situaciones inciertas o de alto riesgo que para acciones rutinarias. Las características de la relación médico-paciente son más centrales para la toma de decisiones compartida que las propias características del paciente.	El recuerdo de la discusión por parte de los hombres puede no ser preciso. Los datos del NHIS no permiten un examen más detallado de la dimensión del contenido de las discusiones. Los datos se recopilaron en el año 2000 cuando había menos atención pública sobre la importancia de la toma de decisiones compartida sobre la detección del cáncer de próstata.
Guerra CE et al, 2007¹⁷	Algunas de las barreras principales son un tiempo inadecuado para el mantenimiento de la salud, el olvido del médico y las características del paciente. Un importante facilitador para la discusión de PSA es un examen físico anual.	El número pequeño de encuentros médico-paciente puede haber impedido que surgieran nuevos temas. El estudio se realizó en un sistema de salud urbano y suburbano por lo que los datos no son generalizables a los médicos rurales o a aquellos que no estén afiliados a grandes sistemas de salud.
Denberg TD et al, 2009¹⁸	Hasta cierto punto, esta intervención piloto de recuerdo mejoró las oportunidades de discusión sobre el cribado del cáncer de próstata entre los pacientes y sus proveedores de atención primaria. Sin embargo, tal y como está configurado, este programa no resultaba viable para este propósito.	Pequeño tamaño de muestra y que el estudio se realizó en un solo entorno de atención médica por lo que no es representativo en otros entornos de práctica. No se evaluó ni el conocimiento del paciente, ni las preferencias de detección ni la satisfacción antes o después de la visita.
van Vugt HA et al, 2010¹⁹	La información que incluye indicador de riesgo mejoró el conocimiento acerca de los pros y contras de la detección de PSA e hizo que los hombres fueron más positivos hacia la detección. También mejoró la toma de decisiones informada y no afectó a la salud mental en tema de ansiedad. Tras la intervención los hombres no tenían conflicto de decisión sobre someterse a la prueba PSA.	La falta de respuesta del cuestionario del 49%. En los Países Bajos está prohibido ofrecer la prueba PSA sin un contexto de detección, por lo tanto, no se pudo hacer seguimiento para saber quién tuvo finalmente la prueba. Se usó un cuestionario no validado del conocimiento del cáncer de próstata, por lo que tiene limitada validez y fiabilidad.
Avery KN et al, 2012²⁰	El conocimiento y las creencias sobre el cáncer de próstata y las pruebas de detección influyen en la intencionalidad de asistir a dichas pruebas. El cuestionario de comportamiento sobre las pruebas puede evaluar dicho conocimiento y creencias y predecir la asistencia para facilitar la toma de decisiones.	El cuestionario se desarrolló y se validó para una muestra blanca, por lo que sería deseable realizar pruebas en otros entornos y explorar otras creencias y comportamientos culturales sobre salud.

<p>Volk RJ et al, 2013²¹</p>	<p>La variabilidad de uso de la toma de decisiones informada se puede atribuir a las creencias de la detección. Por lo que al educar a los médicos sobre la toma de decisiones compartida se debería incluir la contrarrestación de las creencias sobre la detección de rutina. Las preocupaciones sobre el riesgo médico-legal siguen siendo una barrera importante para la toma de decisiones compartida, para ello las herramientas de ayuda pueden ser una solución.</p>	<p>Limitado solo a médicos de familia. No se les preguntó a los médicos si usaban herramientas de ayuda para la toma de decisiones.</p>
<p>Allen JD et al, 2018²²</p>	<p>Las mujeres expresaron el deseo de recibir educación sobre el cáncer de próstata y su detección (tanto beneficios como desventajas) para poder así educar, defender y apoyar las decisiones de su pareja. El hecho de que participen las mujeres puede ayudar a los hombres a superar las barreras para una comunicación efectiva sobre las opciones de detección con los médicos.</p>	<p>Tamaño pequeño de muestra.</p>
<p>Shungu N et al, 2021²³</p>	<p>La falta de conocimiento y educación acerca de la detección del cáncer de próstata supone una barrera a la hora de llevar a cabo toma de decisiones informadas. Los médicos pueden actuar como facilitadores o como barreras a la vez, dependiendo de si ofrecen la información y la educación acerca de los beneficios y riesgos de la detección temprana. La sexualidad, el orgullo, las parejas, amigos y familia junto con la desconfianza que tienen los pacientes en los médicos debido a las desigualdades raciales son aspectos clave en la decisión de discutir sobre le detección de cáncer de próstata. Por tanto, sería esencial educar a los hombres para que pudieran tomar decisiones informadas con su médico.</p>	<p>Participantes fueron reclutados de 1 clínica médica en la que la población estaba asegurada (limita generalizarlo a otros hombres negros). El moderador era un médico que había tratado a algunos participantes por lo que puede haber un sesgo de respuesta.</p>
<p>Shungu N et al, 2022²⁴</p>	<p>Las mujeres médicas eran menos propensas a llevar a cabo este tipo de toma de decisiones, por lo que enfocarse en educar a este sector de la comunidad médica puede ser una solución para facilitar la toma de decisiones compartida.</p>	<p>La valoración de los comportamientos autoinformados puede suponer sesgos de memoria y de respuesta. La baja tasa de respuesta podría reflejar un sesgo de selección.</p>
<p>Ilic D et al, 2018²⁵</p>	<p>La toma de decisiones informada puede ser alcanzada a través del apoyo, la comunicación y la guía que ofrece un proceso de entrenamiento previo. Este proceso de entrenamiento para la toma de decisiones puede ayudar a facilitar el uso de las herramientas de ayuda. Esta intervención de orientación para la toma de decisiones conjunta supone un incremento en el conocimiento del paciente y reduce los costos asociados con los tratamientos y los encuentros médico-paciente. La falta de conciencia y familiaridad, el escenario clínico, la participación limitada del paciente y las limitaciones de tiempo son barreras que los profesionales de la salud deben superar potencialmente al implementar prácticas de toma de decisiones compartidas en el entorno clínico.</p>	<p>A pesar de que la naturaleza de los materiales obtenidos fue rica en información puede que no sea generalizable a una población más amplia. La saturación teórica de los temas en todos los grupos se alcanzó después del séptimo grupo focal; sin embargo, puede que no se haya logrado la saturación teórica dentro de cada subgrupo de participantes.</p>

Tabla 5. Descripción de las barreras descritas tanto por el profesional sanitario como por los pacientes

Barreras	
Profesional sanitario	Pacientes
<ul style="list-style-type: none"> • Restricciones de tiempo <ul style="list-style-type: none"> - La conversación no siempre se ajusta a la agenda del paciente - ¿Cuándo se puede utilizar la herramienta y tener la conversación? - Si es una visita urgente es difícil mantener una discusión 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de próstata y detección - Beneficios y limitaciones de la prueba PSA - Efectos adversos de las intervenciones si el PSA es elevado - Impacto de un resultado falso positivo y la presencia de pruebas innecesarias
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación del personal sanitario para mantener una discusión - Falta de conocimiento sobre los beneficios y riesgos - Preocupación por parecer menos informado 	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de involucrarse en las decisiones médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con menos conocimiento sobre el cáncer de próstata dejan en manos del médico las decisiones
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de aceptación y actitudes negativas <ul style="list-style-type: none"> - No creen que la prueba PSA sea un tema importante - Creencia de que la discusión no influye en la solicitud de la prueba - Pacientes atendidos están bien informados 	<ul style="list-style-type: none"> • Características del paciente <ul style="list-style-type: none"> - Comorbilidades - Nivel de educación/alfabetización - Disfunción cognitiva o enfermedad mental
<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por el riesgo médico legal 	<ul style="list-style-type: none"> • Información de los medios de comunicación de que deben someterse a un examen de próstata
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto en el paciente <ul style="list-style-type: none"> - Preocupación de que el paciente se desanime - Barrera del lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias: <ul style="list-style-type: none"> - Miedo al diagnóstico y tratamiento - Preocupaciones económicas; sentir que no deben ser débiles - Desconfianza en el sistema sanitario - Percepción de la falta de acceso a la detección o no saber la disponibilidad de pruebas

Tabla 6. Descripción de los facilitadores descritas tanto por el profesional sanitario como por los pacientes

Facilitadores	
Profesional sanitario	Pacientes
<ul style="list-style-type: none"> • Formación <ul style="list-style-type: none"> - En la toma de decisiones compartida: que aumente este modelo de toma de decisiones y no el aumento de pruebas PSA per se - En las recomendaciones sobre el cribado con PSA 	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión de información: <ul style="list-style-type: none"> - A través de monitores de TV en sala de espera o mails, mensajes
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar formas efectivas de llevar a cabo la toma de decisiones compartida dentro de un marco de tiempo limitado 	<ul style="list-style-type: none"> • Formación <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el conocimiento de los pacientes sobre los riesgos/beneficios para aumentar el interés en participar en la toma de decisiones compartida
<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes favorables sobre la detección del cáncer de próstata 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencias externas: <ul style="list-style-type: none"> - Solicitud por parte del paciente - Acudir con sus parejas a las visitas con el médico
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitadores del sistema: <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo extra - Recordatorios sistema informático - Promover discusiones sobre el cribado en un contexto de una gama más amplia de medidas preventivas - Incluir información más detallada y de bajo nivel de alfabetización para educar a los pacientes antes de la visita - Ofrecer información y estimaciones de riesgo individualizadas 	

DISCUSIÓN

Esta revisión reúne las barreras y facilitadores de la toma de decisiones compartida para la prueba PSA tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de la salud por lo que puede ayudar a futuras investigaciones a la hora de mejorar las barreras y potenciar los facilitadores para la implementación de este tipo de toma de decisiones para la solicitud de una prueba PSA.

De acuerdo con los resultados de nuestra revisión, una de las barreras más comunes y más repetidas en la mayoría de los artículos, fueron las limitaciones de tiempo. En otras revisiones^{10,11} esta misma barrera fue reportada tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud. Para solucionar esta barrera algunos de los artículos de la revisión proponen como facilitadores la capacitación a los profesionales de la salud para llevar a cabo la toma de decisiones compartida en un marco de tiempo limitado o bien facilitadores del sistema como tiempo extra en las consultas.

Otra barrera común de esta revisión y de otras anteriores^{10,11} fue la falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre los beneficios y riesgos de la prueba PSA y por parte de los pacientes sobre el cáncer de próstata y su detección. Para contrarrestar esta barrera encontramos como facilitadores la formación tanto en la toma de decisiones compartida como en el cribado de cáncer de próstata con el fin de aumentar el interés en la participación de la toma de decisiones compartida.

Las herramientas de ayuda utilizadas en atención primaria son efectivas para reducir el conflicto decisonal y mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y opciones de tratamiento, conciencia del riesgo y satisfacción con las decisiones tomadas²⁹. Estas herramientas de ayuda podrían ser útiles si incluyen información más detallada y de bajo nivel de alfabetización para educar a los pacientes antes de la visita, ya que la alfabetización en salud juega un papel importante en la forma en que los pacientes analizan la información que se comparte con ellos, la entienden y actúan en consecuencia⁸.

Algunas de las barreras como las características del paciente (comorbilidades o disfunción cognitiva) no son modificables. Pero otras como las creencias de los pacientes como por ejemplo, el miedo al diagnóstico y tratamiento o las percepciones de la falta de acceso o la falta de conocimiento de la disponibilidad de pruebas se podría solucionar con algunos facilitadores como la difusión de la información a través de mensajes, mails... O bien con el apoyo de influencias externas como acudir a las consultas con la pareja, así como ofrecer información y estimaciones de riesgo individualizadas.

El hecho de ofrecerles herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida a los pacientes antes de la consulta hace que los pacientes desarrollen preferencias basadas en la comprensión de la información accesible, tienen expectativas más realistas, menos conflicto decisional mayor satisfacción⁹. La evidencia reciente también sugiere que la toma de decisiones compartida puede mejorar la adherencia y aumentar la confianza en el sistema.

No obstante, la revisión también presenta ciertas limitaciones. Por un lado, los filtros aplicados para llevar a cabo la selección de artículos ya que pueden excluir del análisis estudios publicados en otra lengua y que pudieran aportar otros resultados más concluyentes. Por otro lado, las palabras clave utilizadas pueden haber limitado un poco la búsqueda de artículos que analizaran el tema de la presente revisión. Por último, el seguimiento de las guías metodológicas no fue del todo adecuado en el caso de los estudios cuantitativos, mostrando una media de cumplimiento de 14 criterios sobre los 21 de la guía STROBE. Esto ha podido afectar a la descripción de los estudios y por tanto a su interpretación.

CONCLUSIÓN

En resumen, la presente revisión permite agrupar la evidencia disponible acerca de las barreras y los facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartida en atención primaria para la solicitud de una prueba PSA.

Muchas de las barreras como la falta de tiempo, la falta de conocimiento tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes o algunas creencias por parte de los pacientes son modificables, por lo que esta revisión permite a investigadores, educadores y médicos interesados en este tipo de toma de decisiones presentar soluciones para reducir dichas limitaciones. De la misma forma que aprovechar los facilitadores reportados en la revisión como la capacitación de los profesionales de la salud para llevar a cabo esta toma de decisiones en un marco de tiempo establecido, o la formación tanto a pacientes como a profesionales de la salud o bien la difusión de la información, para fortalecer la implementación de la toma de decisiones compartida para la solicitud de una prueba PSA en el ámbito de atención primaria.

ANEXOS

GUÍA STROBE²⁶

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

GUÍA GUIDED²⁷

Item description	Explanation
1. Report the context for which the intervention was developed.	Understanding the context in which an intervention was developed informs readers about the suitability and transferability of the intervention to the context in which they are considering evaluating, adapting or using the intervention. Context here can include place, organisational and wider socio-political factors that may influence the development and/or delivery of the intervention (15).
2. Report the purpose of the intervention development process.	Clearly describing the purpose of the intervention specifies what it sets out to achieve. The purpose may be informed by research priorities, for example those identified in systematic reviews, evidence gaps set out in practice guidance such as The National Institute for Health and Care Excellence or specific prioritisation exercises such as those undertaken with patients and practitioners through the James Lind Alliance.
3. Report the target population for the intervention development process.	The target population is the population that will potentially benefit from the intervention – this may include patients, clinicians, and/or members of the public. If the target population is clearly described then readers will be able to understand the relevance of the intervention to their own research or practice. Health inequalities, gender and ethnicity are features of the target population that may be relevant to intervention development processes.
4. Report how any published intervention development approach contributed to the development process	Many formal intervention development approaches exist and are used to guide the intervention development process (e.g. Coquit (16) or The Person Based Approach to Intervention Development (17)). Where a formal intervention development approach is used, it is helpful to describe the process that was followed, including any deviations. More general approaches to intervention development also exist and have been categorised as follows (3):- Target Population-centred intervention development; evidence and theory-based intervention development; partnership intervention development; implementation-based intervention development; efficacy-based intervention development; step or phased-based intervention development; and intervention-specific intervention development (3). These approaches do not always have specific guidance that describe their use. Nevertheless, it is helpful to give a rich description of how any published approach was operationalised
5. Report how evidence from different sources informed the intervention development process.	Intervention development is often based on published evidence and/or primary data that has been collected to inform the intervention development process. It is useful to describe and reference all forms of evidence and data that have informed the development of the intervention because evidence bases can change rapidly, and to explain the manner in which the evidence and/or data was used. Understanding what evidence was and was not available at the time of intervention development can help readers to assess transferability to their current situation.
6. Report how/if published theory informed the intervention development process.	Reporting whether and how theory informed the intervention development process aids the reader's understanding of the theoretical rationale that underpins the intervention. Though not mentioned in the e-Delphi or consensus meeting, it became increasingly apparent through the development of our guidance that this theory item could relate to either existing published theory or programme theory
7. Report any use of components from an existing intervention in the current intervention development process.	Some interventions are developed with components that have been adopted from existing interventions. Clearly identifying components that have been adopted or adapted and acknowledging their original source helps the reader to understand and distinguish between the novel and adopted components of the new intervention.
8. Report any guiding principles, people or factors that were prioritised when making decisions during the intervention development process.	Reporting any guiding principles that governed the development of the application helps the reader to understand the authors' reasoning behind the decisions that were made. These could include the examples of particular populations who views are being considered when designing the intervention, the modality that is viewed as being most appropriate, design features considered important for the target population, or the potential for the intervention to be scaled up.

9. Report how stakeholders contributed to the intervention development process.	Potential stakeholders can include patient and community representatives, local and national policy makers, health care providers and those paying for or commissioning health care. Each of these groups may influence the intervention development process in different ways. Specifying how differing groups of stakeholders contributed to the intervention development process helps the reader to understand how stakeholders were involved and the degree of influence they had on the overall process. Further detail on how to integrate stakeholder contributions within intervention reporting are available (19).
10. Report how the intervention changed in content and format from the start of the intervention development process.	Intervention development is frequently an iterative process. The conclusion of the initial phase of intervention development does not necessarily mean that all uncertainties have been addressed. It is helpful to list remaining uncertainties such as the intervention intensity, mode of delivery, materials, procedures, or type of location that the intervention is most suitable for. This can guide other researchers to potential future areas of research and practitioners about uncertainties relevant to their healthcare context.
11. Report any changes to interventions required or likely to be required for subgroups.	Specifying any changes that the intervention development team perceive are required for the intervention to be delivered or tailored to specific subgroups enables readers to understand the applicability of the intervention to their target population or context. These changes could include changes to personnel delivering the intervention, to the content of the intervention, or to the mode of delivery of the intervention.
12. Report important uncertainties at the end of the intervention development process.	Intervention development is frequently an iterative process. The conclusion of the initial phase of intervention development does not necessarily mean that all uncertainties have been addressed. It is helpful to list remaining uncertainties such as the intervention intensity, mode of delivery, materials, procedures, or type of location that the intervention is most suitable for. This can guide other researchers to potential future areas of research and practitioners about uncertainties relevant to their healthcare context.
13. Follow TIDieR guidance when describing the developed intervention.	Interventions have been poorly reported for a number of years. In response to this, internationally recognized guidance has been published to support the high quality reporting of health care? interventions ⁵ and public health interventions ¹⁴ . This guidance should therefore be followed when describing a developed intervention.
14. Report the intervention development process in an open access format.	Unless reports of intervention development are available people considering using an intervention cannot understand the process that was undertaken and make a judgement about its appropriateness to their context. It also limits cumulative learning about intervention development methodology and observed consequences at later evaluation, translation and implementation stages. Reporting intervention development in an open access (Gold or Green) publishing format increases the accessibility and visibility of intervention development research and makes it more likely to be read and used. Potential platforms for open access publication of intervention development include open access journal publications, freely accessible funder reports or a study web-page that details the intervention development process.

GUÍA SRQR²⁸

No.	Topic	Item
Title and abstract		
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions
Introduction		
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions
Methods		
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale ^b
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale ^b
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale ^b
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale ^b
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale ^b
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale ^b
Results/findings		
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings
Discussion		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting

BIBLIOGRAFÍA

1. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med*, 2009; 360(13):1320-1328. doi: 10.1056/NEJMoa0810084
2. Sadi MV. PSA screening for prostate cancer. *Rev Assoc Med Bras* 2017; 63(8):722-725. doi: 10.1590/1806-9282.63.08.722
3. Wilbur J. Prostate Cancer Screening: The Continuing Controversy. *Am Fam Physician*. 2008;78(12):1377-1384.
4. Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. *BJU Int*. 2011 Mar;107(6):882-91. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.10032.x.
5. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. PLCO Project Team. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst*. 2012 Jan 18;104(2):125-32. doi: 10.1093/jnci/djr500.
6. Burack RC, Wood DP. Screening for prostate cancer, The challenge of Promoting Informed Decision Making in the Absence of Definitive Evidence of Effectiveness. *Med Clin North Am*. 1999, Nov;83(6):1423-42. doi: 10.1016/s0025-7125(05)70173-5.
7. Purvis Cooper C, Merritt TL, Ross LE, John LV, Jorgensen CM. To screen or not to screen, when clinical guidelines disagree: primary care physicians' use of the PSA test. *Prev Med*. 2004;38(2):182-91
8. Guiliani E, Melegari G, Carrieri F, Barbieri A. Overview of the main challenges in shared decision making in a multicultural and diverse society in the intensive and critical care setting. *J Eval Clin Pract*. 2020;26:520-523. doi: 10.1111/jep.13300
9. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci*. 2016;11:114. doi: 10.1186/s13012-016-0480-9.

10. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns.* 2008;73(3):526-35. doi: 10.1016/j.pec.2008.07.018.
11. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;94(3):291-309. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.031.
12. Holmes-Rovner M, Valade D, Orlowski C, Draus C, Nabozny-Valerio B, Keiser S. Implementing shared decision-making in routine practice: barriers and opportunities. *Health Expect.* 2000;3(3):182-191. doi: 10.1046/j.1369-6513.2000.00093.x.
13. Warlick CA, Berge JM, Ho Y, Yeazel M. Impact of a prostate specific antigen screening decision aid on clinic function. *Urol Pract* 2017; 4(6):448-453. doi: 10.1016/j.urpr.2016.11.004
14. Dunn AS, Shridharani KV, Lou W, Bernstein J, Horowitz CR. Physician-patient discussions of controversial cancer screening tests. *Am J Prev Med.* 2001 Feb;20(2):130-4. doi: 10.1016/s0749-3797(00)00288-9
15. O'dell KJ, Volk RJ, Cass AR, Spann SJ. Screening for prostate cancer with the prostate specific antigen test, are patients making informed decisions? *J Fam Pract* 1999;48(9):682-688.
16. McFall SL. US men discussing prostate-specific antigen tests with a physician. *Ann Fam Med* 2006;4:433-436. doi: 10.1370/afm.576
17. Guerra CE, Jacobs SE, Holmes JH, Shea JA. Are physicians discussing prostate cancer screening with their patients and why or why not? A pilot study. *J Gen Intern Med.* 2007 Jul;22(7):901-7. doi: 10.1007/s11606-007-0142-3
18. Denberg TD, Bhide M, Soenksen A, Mizrahi T, Shields L, Lin CT. A patient recall program to enhance decisions about prostate cancer screening: a feasibility study. *BMC Fam Pract.* 2009 Nov 30;10:75. doi: 10.1186/1471-2296-10-75

19. van Vugt HA, Roobol MJ, Venderbos LD, Joosten-van Zwanenburg E, Essink-Bot ML, Steyerberg EW, Bangma CH, Korfage IJ. Informed decision making on PSA testing for the detection of prostate cancer: an evaluation of a leaflet with risk indicator. *Eur J Cancer*. 2010 Feb;46(3):669-77. doi: 10.1016/j.ejca.2009.11.022
20. Avery KN, Metcalfe C, Vedhara K, Lane JA, Davis M, Neal DE, Hamdy FC, Donovan JL, Blazeby JM. Predictors of attendance for prostate-specific antigen screening tests and prostate biopsy. *Eur Urol*. 2012 Oct;62(4):649-55. doi: 10.1016/j.eururo.2011.12.059
21. Volk RJ, Linder SK, Kallen MA, Galliher JM, Spano MS, Mullen PD, Spann SJ. Primary care physicians' use of an informed decision-making process for prostate cancer screening. *Ann Fam Med*. 2013 Jan-Feb;11(1):67-74. doi: 10.1370/afm.1445
22. Allen JD, Akinyemi IC, Reich A, Fleary S, Tendulkar S, Lamour N. African American Women's Involvement in Promoting Informed Decision-Making for Prostate Cancer Screening Among Their Partners/Spouses. *Am J Mens Health*. 2018 Jul;12(4):884-893. doi: 10.1177/1557988317742257
23. Shungu N, Sterba KR. Barriers and Facilitators to Informed Decision-Making About Prostate Cancer Screening Among Black Men. *J Am Board Fam Med*. 2021 Sep-Oct;34(5):925-936. doi: 10.3122/jabfm.2021.05.210149
24. Shungu N, Diaz VA, Perkins S, Kulshreshtha A. Physician Attitudes and Self-reported Practices Toward Prostate Cancer Screening in Black and White Men. *Fam Med*. 2022 Jan;54(1):30-37. doi: 10.22454/FamMed.2022.474827
25. Ilic D, Murphy K, Collins V, Holden C. Coaching to support men in making informed choices about prostate cancer screening: A qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2018 May;101(5):872-877. doi: 10.1016/j.pec.2018.01.003.
26. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit*. 2008;22(2):144-150.

27. Duncan E, O’Cathain A, Rousseau N, Croot L, Sworn K, Turner KM et al. Guidance for reporting intervention development studies in health research (GUIDED): an evidence-based consensus study. *BMJ Open*. 2020 Apr 8; 10(4):e033516. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033516.
28. O’Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med*. 2014;89:1245-1251. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388.
29. Coronado Vazquez V, Canet Fajas C, Delgado Marroquin MT, Magallón Botaya R, Romero Martín M, Gómez Salgado J. Interventions to facilitate shared decision making using decision aids with patients in primary health care: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Aug 7;99(32):e21389. doi: 10.1097/MD.00000000000021389.

