

# Prevención primaria cardiovascular y toma de decisiones compartida

Paula Riganti<sup>a,b</sup>, Juan V.A. Franco<sup>a,b</sup>, María V. Ruiz Yanzi<sup>a</sup>, Juan P. Brito<sup>c</sup> y Karin S. Kopitowski<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina).

<sup>b</sup>Departamento de Investigación, Instituto Universitario Hospital Italiano, Argentina.

<sup>c</sup>Knowledge and Evaluation Research Unit in Endocrinology (KER-Endo), Division of Endocrinology, Diabetes, Metabolism and Nutrition, Department of Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA.

Correspondencia: Paula Riganti. Gral. Juan Domingo Perón 4190, C1199ABB, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Correo electrónico: paula.riganti@hospitalitaliano.org.ar

Recibido el 15 de marzo de 2019.

Aceptado para su publicación el 14 de mayo de 2019.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



## RESUMEN

En los últimos años las guías de práctica clínica para la prevención de eventos cardiovasculares redujeron el umbral para la indicación de hipolipemiantes (estatinas), aumentando la población susceptible de recibir estos fármacos. A su vez, estas mismas guías promueven que los médicos discutan junto al paciente los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico, a menudo mediante el modelo de toma de decisiones compartida (TDC). Sin embargo, la aplicación de este modelo se enfrenta con algunos desafíos. En el siguiente artículo nos propusimos discutir las dificultades para implementar este modelo en nuestro medio a la hora de realizar la prevención primaria de eventos cardiovasculares, tomando como punto de partida un caso clínico donde ilustramos la aplicación de la TDC, usando la herramienta desarrollada por la Clínica Mayo para asistir este proceso.

**PALABRAS CLAVE:** Toma Compartida de Decisiones. Prevención Primaria. Riesgo Cardiovascular. Estatinas.

## ABSTRACT

**Cardiovascular primary prevention and shared decision making.**

In recent years, clinical practice guidelines for the prevention of cardiovascular events have lowered the threshold for the prescription of lipid-lowering agents (statins), increasing the population that could receive these medications. Likewise, these guidelines also encourage that doctors and patients discuss together the risks and benefits of the drug treatment, often using the shared decision making (SDM) model. However, the application of this model faces some challenges. The aim of this article was to discuss the difficulties in implementing this model in our setting as regards the primary prevention of cardiovascular events. We used a clinical case as a starting point to illustrate the application of SDM using the tool developed by the Mayo Clinic to aid this process.

**KEY WORDS:** Decision Making, Primary Prevention, Cardiovascular Diseases, Risk Factors, Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors.

## INTRODUCCIÓN

El manejo de la prevención primaria de eventos cardiovasculares sufrió importantes modificaciones durante los últimos seis años. Uno de los cambios con mayor impacto en la práctica clínica fueron las recomendaciones de manejo de la hipercolesterolemia para reducir el riesgo cardiovascular que introdujeron las guías del Colegio Norteamericano de Cardiología y de la Asociación Norteamericana del Corazón (ACC/AHA) en 2013 y en su actualización en 2018<sup>1</sup>. Entre ellas se destaca la eliminación de las metas específicas del colesterol ligado a las lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) del tratamiento; la priorización del uso de estatinas sobre otras drogas hipolipemiantes; y la utilización del cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) a diez años, en ciertos grupos, para definir el uso de dosis fijas de estatinas. Estas nuevas recomendaciones implican una reducción en el umbral para la prescripción, resultando en un aumento considerable en la indicación de esta medicación, sobretodo en población sin enfermedad cardiovascular establecida<sup>2,3</sup>.

Además, principalmente en prevención primaria (adultos de 40 a 75 años, sin diabetes mellitus y LDL entre 70 y 190 mg/dl), las guías de práctica clínica (GPC), incluyendo la de la AHA/ACC 2018, comenzaron a enfatizar que los médicos discutan los riesgos y beneficios de las estatinas junto al paciente, fomentando su participación activa y de preferencia con el uso de un modelo de toma de decisiones compartida (TDC)<sup>1,4</sup>. Este modelo, centrado en el paciente, promueve que se discuta la mejor evidencia científica disponible sobre un tema de salud, evaluando las distintas opciones de tratamiento con sus riesgos y beneficios, e incorporando las preferencias, valores y contexto del paciente<sup>5</sup>. A diferencia de otros modelos de comunicación médico-paciente,

como por ejemplo la entrevista motivacional, esta estrategia se focaliza en realizar una elección, más que en generar un cambio<sup>6</sup>. Existen herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida (*decision aid* en inglés) que se han desarrollado para facilitar la comunicación de riesgo y servir de soporte. Los *decision aids*, a diferencia de un material educativo, ayudan a especificar la decisión que hay que tomar, a brindar información sobre las opciones disponibles y los posibles resultados de cada una y a esclarecer los valores y preferencias del paciente sobre esas opciones. Una revisión Cochrane<sup>7</sup> demostró que la TDC mediante la utilización de *decision aids* mejora el conocimiento de los pacientes (entienden con más exactitud su riesgo de complicaciones y la probabilidad de beneficio con el tratamiento) y la congruencia entre sus valores y la decisión tomada, prolongando el tiempo de consulta 2,6 minutos en promedio.

A primera vista, pareciera que las GPC, utilizando la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)<sup>8</sup>, ya incorporan un modelo centrado en el paciente, por lo que hablar de TDC podría sonar redundante o innecesario. Sin embargo, la MBE, que toma como regla de oro a los ensayos clínicos, se focaliza principalmente en la enfermedad, utilizando la estadística poblacional de un grupo de personas que comparte la misma condición clínica<sup>9</sup>. Esto se refleja en el diseño de las GPC, que no suelen incorporar la influencia del contexto socio-personal de los pacientes<sup>10</sup>. La TDC se propone unir estos dos paradigmas, tomando la valiosa información que brinda la evidencia científica y combinándola con los valores y preferencias de cada paciente individual. Está demostrado que los profesionales de la salud no involucran lo suficiente a los pacientes en la toma de decisiones (aunque creen que sí)<sup>11</sup> y éstos a su vez quieren recibir más información y adoptar un rol más activo al decidir sobre sus problemas de salud<sup>12</sup>. Esto podría deberse, en parte, a que el concepto de TDC no queda del todo claro<sup>13</sup> o se interpreta como sinónimo del consentimiento informado<sup>12</sup>.

Vemos entonces que la aplicación de estas nuevas recomendaciones implica importantes cambios en la conducta de los médicos y que existen todavía aspectos a mejorar<sup>14</sup>. Para ilustrar la implementación de la TDC en la prevención primaria de eventos cardiovasculares, presentamos un caso clínico contrastando dos modelos de consulta. El primero, centrado en la enfermedad, donde el médico aplica los puntos de corte recomendados en las GPC para el tratamiento hipolipemiante, y el segundo, centrado en el paciente. En este último el médico utiliza un *decision aid* que fue desarrollado por la Clínica Mayo, con el fin de ser utilizado durante la consulta, para decidir sobre el uso de estatinas<sup>15,16</sup>.

## APLICACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

Miguel tiene 48 años, es fumador y sedentario. Hoy trae sus análisis de rutina un poco preocupado por

el colesterol: tiene 158 mg/dl de LDL, 42 mg/dl de HDL-C y 250 mg/dl de colesterol total. En la consulta presenta 125/75 mmHg de presión arterial, pesa 88 kg y mide 1,70 m.

### Enfoque basado en guías de práctica clínica

El RCV acumulativo a diez años de Miguel es 10,8% (calculadora de la ACC/AHA). Según las guías de práctica clínica, tiene "indicación" de iniciar cambios de estilo de vida y un tratamiento con estatinas a dosis moderadas-altas (recomendación de grado A -alta certeza de que el beneficio neto es sustancial- para prevención primaria en personas de 40 a 75 años no diabéticas con LDL entre 70 y 189 mg/dl y riesgo cardiovascular intermedio de 7,5% a 20% en 10 años)<sup>1</sup>. Consecuentemente, el diálogo con el paciente involucraría la recomendación del médico y la aceptación (o no) del paciente. El médico también recomendaría otras opciones para reducir el riesgo cardiovascular como, la cesación tabáquica, la actividad física y una alimentación saludable. En esta instancia el médico puede proveer información acerca de la reducción del riesgo cardiovascular para respaldar su recomendación, conformando una decisión informada, pero no compartida.

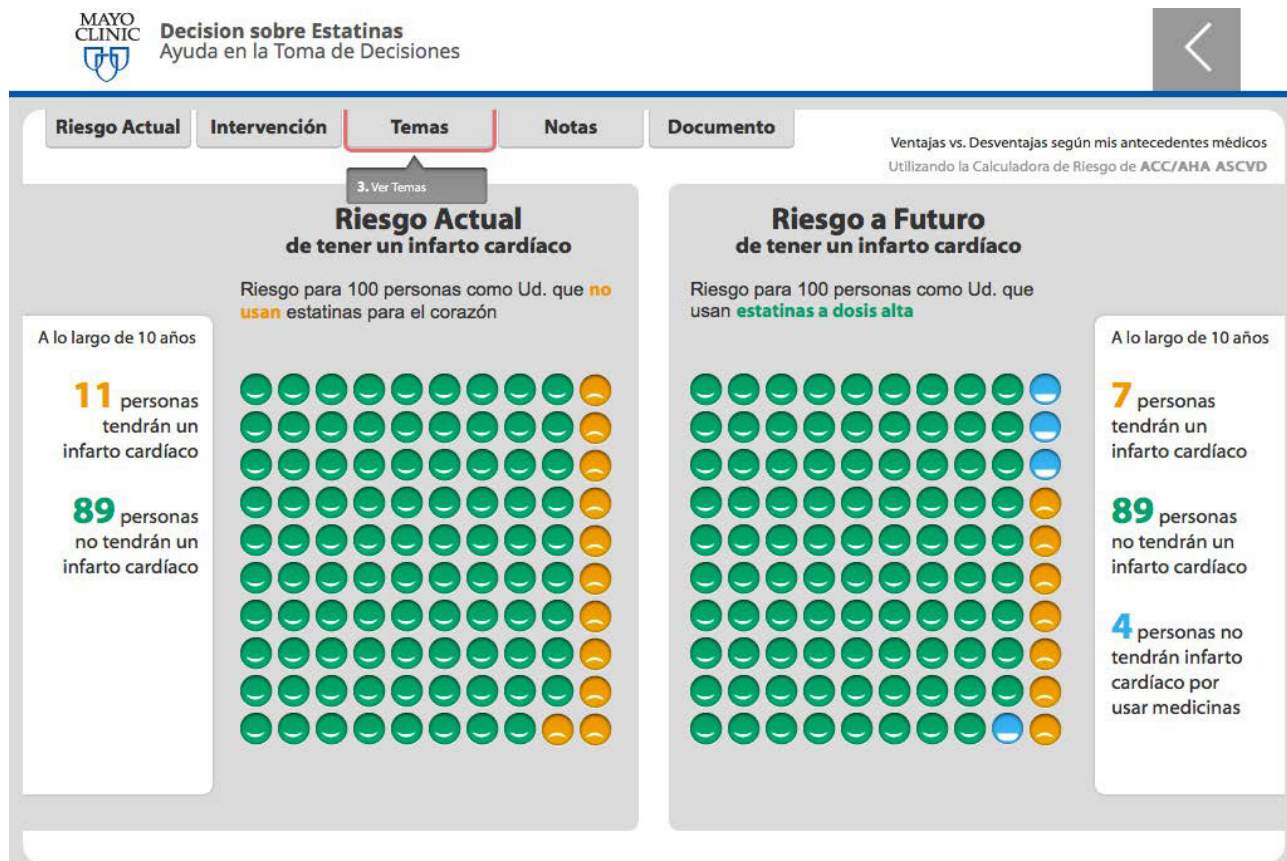
### Enfoque centrado en el paciente

Usted identifica que el riesgo cardiovascular de Miguel requiere atención y decide utilizar una calculadora de riesgo para comenzar a discutir el tema que hoy lo trae a la consulta. Para eso utiliza la calculadora de la ACC/AHA incorporada en la herramienta de ayuda en la toma de decisiones sobre el uso de estatinas de la Clínica Mayo<sup>15</sup> y le comenta lo siguiente (ver Figura 1):

- Miguel, esta herramienta nos ayuda a estimar el riesgo de tener un infarto. Tiene en cuenta ciertos factores de riesgo como tu edad, ser hombre, fumar, y tener elevado el colesterol, y nos muestra que, si tomamos a 100 personas muy similares a ti, en los próximos 10 años, 11 van a tener un infarto cardíaco y 89 no lo van a tener. Esto es un estimativo, y obviamente no tenemos manera de saber qué te va a pasar a ti en particular. ¿Qué piensas sobre este riesgo que te acabo de explicar?
- Me sorprende bastante. Yo vine más que nada porque me insistió mi familia y me asustaron un poco, pero ahora que veo esos números me doy cuenta de que no estaban tan equivocados.
- El riesgo puede parecer alto, y los médicos en estos casos recomendamos distintas intervenciones para disminuirlo, si quieres las podemos discutir ahora.
- Sí, me gustaría.

Luego de comunicarle el riesgo de infarto a Miguel e identificar que para él también es un problema, se dispone a explicar las diferentes opciones. Utilizando el soporte gráfico de la herramienta de la Clínica Mayo que le permite comparar el riesgo cardiovascular con o sin el uso de estatinas (ver Figura 2) usted le explica a Miguel que tomando

**Figura 1.** Calculadora de riesgo cardiovascular en la herramienta de la Clínica Mayo. La herramienta incluye también la calculadora de riesgo de Framingham y Reynolds



**Figura 2.** Representación gráfica del riesgo cardiovascular comparativa (con y sin tratamiento con estatinas)

esta medicación (que se tiene que tomar a diario, que tiene un determinado costo y efectos adversos comunes como náuseas, diarrea y estreñimiento) el riesgo de infarto cardíaco se reduciría a un 7 %. Le aclara que él podría ser una de las 4 personas que no tuvieron un infarto cardíaco por haber tomado la medicación, pero también podría ser una de las 88 personas que no lo habrían tenido aun tomando la medicación o entre las 7 que lo habrían tenido aun tomando la medicación. Esta herramienta también le permite explicar que si dejara de fumar (modificando los valores ingresados al inicio en la calculadora de riesgo), además de aportar otros beneficios a su salud, su riesgo de infarto cardíaco pasaría de 11 % a 5 % (volviendo a remarcar la incertidumbre acerca de qué le puede pasar a él). Además, le comenta que hacer actividad física y/o una dieta rica en frutas y legumbres, limitando el consumo de alcohol, también reduciría su RCV<sup>17,18</sup>.

Luego de comunicar las diferentes intervenciones, explicando sus riesgos y beneficios, usted decide explorar los valores y preferencias de Miguel con respecto a estas opciones para establecer el plan de acción que mejor se adecúe a éstos:

- Miguel, ¿te resulta claro lo que hablamos hasta ahora? ¿Tienes alguna pregunta? Puede ser mucha información inicial y a veces los números pueden confundir.
- La verdad sigo sorprendido. Pero, si entiendo bien, si dejo de fumar me va mejor que si tomo las pastillas, ¿es así?
- En tu caso, según tus factores de riesgo, dejar de fumar tendría más impacto si lo comparamos con tomar medicación únicamente, sin ninguna otra modificación en tu estilo de vida. Como te comenté antes, existen varias estrategias para disminuir tu riesgo de infarto que se complementan y muchas de ellas tienen además otros beneficios para tu salud. Esto conlleva cambios de hábitos que hay que incorporar y no siempre es fácil. ¿Cómo piensas que estas estrategias encajarían en tu vida y

- cuáles crees que son más importantes para ti?
- Sí, son muchos cambios. La verdad es que a mí no me gusta tomar pastillas y creo que no me resultaría fácil acordarme de tomarlas todos los días. Con el cigarrillo fui y volví varias veces, ya sé que lo tengo que dejar, pero me cuesta. Igual, este último tiempo estuve pensando en probar dejar de nuevo. Tengo varios amigos que están dejando también y pensé en unirme a ellos. Ahora que veo lo que me baja el riesgo me dan más ganas.
- Bueno, si te parece podemos empezar por dejar el cigarrillo y vamos viendo cómo seguir.
- Sí, me parece que va a ser lo mejor.

En esta viñeta intentamos contrastar la diferencia entre brindar información sobre opciones y riesgo (decisión informada) y acompañar al paciente en la toma de una decisión en salud (decisión compartida). Esto se logra contextualizando el problema y ayudando a esclarecer qué es lo más importante y lo más conveniente para el paciente, identificando un plan de acción en conjunto que incorpore sus valores y preferencias. Hemos resumido la diferencia entre ambos enfoques en la tabla 1.

## DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TDC

### Comunicación de riesgo y esclarecimiento de valores y preferencias

La aplicación de la TDC requiere la comunicación de riesgo (utilizando la evidencia para informar los beneficios y daños de una intervención) y el esclarecimiento de los valores y preferencias del paciente (qué es lo más importante para él y su familia)<sup>19</sup>. No se trata de convencerlo de que acepte una determinada intervención, o de brindarle los estudios o tratamientos que exija, o dejar que decida por su cuenta. Se trata de un proceso colaborativo, donde médicos y pacientes trabajan en conjunto para tomar una decisión. La implementación de la TDC en la prevención primaria de eventos cardiovasculares

Enfoque centrado en la enfermedad (basado en GPC)	Enfoque centrado en el paciente
Se plantean distintas opciones genéricas basadas en las guías.	Se plantean opciones basadas en las guías haciendo hincapié en qué es lo mejor para cada paciente
Se informa el riesgo en valores porcentuales sin asegurarse necesariamente que el paciente comprenda qué significa para él.	Se informan el riesgo utilizando frecuencias y valores absolutos para que sea fácilmente comprensible.
Hay una recomendación del médico y la aceptación (o no) por parte del paciente (decisión informada)	Hay una discusión acerca de qué es lo mejor para ese paciente en particular de acuerdo a su contexto (decisión compartida)
Se plantea la discusión cuando surge el problema y muchas veces no se vuelve a discutir	Se plantea el problema como algo continuo y dinámico, pudiendo recapacitar y cambiar de opinión sobre las distintas decisiones.

**Tabla 1.** Diferencias entre un modelo centrado en la enfermedad, basado en guías de práctica clínica (GPC) y un modelo centrado en el paciente

conlleva ciertos desafíos.

En primer lugar, a la hora de comunicar riesgos nos encontramos con varias calculadoras con diferentes propiedades en su calibración y capacidad predictiva de eventos cardiovasculares. Pero no todas cuentan con la adecuada validez externa para ser aplicadas de forma universal. Por ejemplo, las tablas de estimación de riesgo de la OMS son las sugeridas en Latinoamérica. Sin embargo, ninguna de ellas ha sido desarrollada sobre datos locales, y se encontraron discordancias en los puntajes de riesgo al aplicarlas en una población latinoamericana<sup>20</sup>. Actualmente, se están realizando cohortes locales que nos aportarán una mejor estimación de riesgo en el futuro<sup>21</sup>.

El bajo grado de alfabetización en salud de la población es otra de las barreras<sup>22,23</sup>. Por un lado, la información que se presenta suele ser más difícil de entender para los pacientes<sup>24</sup>. Por otro lado, esto también parecería impactar sobre las preferencias a la hora de involucrarse en la toma de decisiones, siendo las personas con mayor nivel de alfabetización en salud las más interesadas en un modelo colaborativo y centrado en el paciente<sup>25</sup>. Esto resalta la importancia de reforzar las intervenciones para implementar la TDC en poblaciones más vulnerables.

Pero las dificultades a la hora de comprender esta información no se limitan únicamente a los pacientes. Los profesionales de la salud deben conocer e interpretar adecuadamente la evidencia actualizada sobre el tema<sup>26</sup> y entender el riesgo para poder comunicarlo<sup>27</sup>. Los *decision aids* pueden ayudar a comunicar riesgo e implementar la TDC en los encuentros médicos, sin embargo, reflejan el contexto sociocultural, político y económico en el que fueron desarrollados. Por ejemplo, la herramienta que utilizamos en el caso de Miguel incluye el costo como un atributo del uso de las estatinas, que en el sistema de salud de Estados Unidos, donde fue creada la misma, es muy importante para pacientes y médicos. En otros sistemas de salud como los públicos, el precio puede estar subvencionado y no ser un problema relevante para los pacientes, o podría ser diferente. Además, las conversaciones sobre prevención de riesgo cardiovascular no sólo focalizan en el tratamiento con estatinas, sino también en la actividad física, la cesación tabáquica y en una alimentación saludable, aspectos que pueden no incluirse en una sola herramienta. Finalmente, los profesionales de la salud pueden tener poca tolerancia a la incertidumbre y esto puede afectar de manera negativa la satisfacción del paciente durante el proceso de TDC<sup>28</sup>. De esto se desprende que estas herramientas sirven de soporte pero no son la estrategia en sí misma: la implementación de la TDC requiere la incorporación de habilidades clínicas para aplicarse de manera exitosa<sup>12</sup>.

El tiempo disponible en la consulta es otra de las barreras que enfrentamos en Atención Primaria. A nivel global, los médicos disponen de pocos minu-

tos para dialogar con sus pacientes, lo que compromete directamente la calidad de atención y la carga y el estrés laboral de los profesionales<sup>29</sup>. Esto podría explicar la discrepancia entre la percepción por parte de la comunidad médica y la evidencia científica en “condiciones ideales” acerca del impacto de la TDC sobre el tiempo de consulta. Su implementación, con la ayuda de herramientas, demostró prolongar la entrevista 2,6 minutos en promedio<sup>7</sup>, sin embargo, los médicos identifican el tiempo como una de las mayores limitaciones para aplicar este modelo<sup>30,31</sup>. Esta barrera excede los límites de la TDC y afecta la calidad de atención en general, pero recalca la importancia de contemplar este factor a la hora de elaborar estrategias de implementación<sup>32</sup>.

Otros de los desafíos que encontramos es la predominancia del modelo paternalista. Esto, sumado a la fragmentación del sistema de salud que no garantiza un seguimiento longitudinal, entorpece la implementación de un modelo centrado en el paciente, lo que acentúa las inequidades de acceso a la salud<sup>33</sup>. Estamos lejos de tener un buen control de los factores de riesgo cardiovascular, con gran porcentaje de la población subdiagnosticada, mal controlada o con regular adherencia al tratamiento<sup>34</sup>. La TDC ha demostrado mejorar la adherencia en ciertas condiciones clínicas<sup>35</sup>, lo que ofrece una alternativa más prometedora al modelo médico hegemónico que se viene utilizando.

### El rol de las Políticas Académicas y Sanitarias

La legislación sobre los derechos del paciente<sup>36,37</sup> fue uno de los avances en las políticas sanitarias que favorecieron el principio de autonomía, conformando un primer paso hacia un modelo centrado en el paciente. Sin embargo, como comentamos anteriormente, los distintos subsistemas de salud, las diferencias en la educación y en el nivel socioeconómico de la población ofrecen trabas a la implementación de este modelo<sup>38-41</sup>.

El involucramiento de los pacientes es un trabajo del sistema de salud como un todo. En países como Canadá existen iniciativas que impulsan la participación de los pacientes en los equipos de investigación en salud<sup>42</sup>. A su vez, cuentan con organizaciones como la Fundación Canadiense para el Cuidado de la Salud (*Canadian Foundation for Health Care Improvement*) que fomentan la implementación de medidas que mejoran la atención de los pacientes, brindando entrenamiento y capacitación a los profesionales. Hay evidencia de programas que resultaron eficaces para mejorar la implementación de la TDC<sup>43</sup>. A su vez, algunas empresas de salud privada han incorporado esta estrategia dentro de las condiciones de la cobertura de ciertos estudios diagnósticos y tratamientos<sup>44</sup>. Sin embargo, muchos países no cuentan con iniciativas gubernamentales que la fomenten y garanticen su incorporación en carreras de grado, posgrado o programas de educación médica continua. Esta tarea, en la mayoría de los casos, queda en manos de equipos médicos que trabajan de manera in-

dependiente en la investigación y capacitación de profesionales de la salud en la TDC<sup>45</sup>.

Por otro lado, también es necesario disponer de un sistema de monitorización. Asimismo, en Canadá está en marcha el desarrollo de indicadores de calidad que valoran el involucramiento de los pacientes en la toma de decisiones respecto a su salud<sup>46</sup>. Estos indicadores son innovadores y reflejan la problemática que planteamos a nivel de políticas sanitarias. Sin embargo son inespecíficos y evalúan únicamente si los pacientes se sienten involucrados, por lo que fallan en revelar cómo es ese proceso, quiénes forman parte y qué herramientas o metodologías se utilizan. De todas formas, es interesante aprender de estas experiencias en países con una aplicación un poco más madura de la TDC, para comprender las limitaciones a la hora de intentar medir esta práctica y conocer la efectividad de su difusión y del entrenamiento continuo de profesionales.

Analizando el impacto a nivel poblacional de la implementación de la TDC en la prevención de eventos cardiovasculares, uno se podría preguntar si este modo de aplicar la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) resultaría poco efectivo o incluso perjudicial, ya que podría pasar que muchos pacientes no elijan el tratamiento con estatinas, generando una mayor tasa de infartos cardíacos o accidentes cerebrovasculares<sup>47</sup>. En este punto, es prudente recordar que involucrar a los pacientes en la toma de decisiones respeta los principios bioéticos, ya que el médico aporta su conocimiento científico informando sobre los beneficios del tratamiento (beneficencia) en relación con los riesgos y costos que implican, intentando evitar daños (no maleficencia), pero valorados desde su perspectiva, acompañándolos en su decisión (autonomía)<sup>45</sup>. Un estudio reciente demostró que la reducción del riesgo cardiovascular a partir de la cual los pacientes están dispuestos a tomar una medicación preventiva a diario es variable y hasta en un tercio de los casos no coincide con los puntos de corte establecidos por las GPC<sup>48</sup>. Por más bien intencionado que pueda parecer, aplicar estas recomendaciones

estrictamente sin tener en cuenta el contexto y las preferencias de los pacientes, podría estar vulnerando sus derechos. Los principales desafíos para la implementación de la TDC se han resumido en la Tabla 2.

## CONCLUSIÓN

La incorporación de la TDC como estrategia sugerida para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en ciertos grupos de riesgo, plantea un cambio de paradigma en nuestra práctica. Adoptar este modelo requiere el manejo de ciertas habilidades clínicas. En vez de enfocarnos únicamente en calcular el riesgo cardiovascular y cómo reducirlo, nos empezamos a preguntar: “¿qué es lo más importante para mí paciente?” Trabajar con el apoyo de políticas sanitarias podría ayudar a sortear ciertas barreras para promover la difusión e implementación de la TDC en los equipos sanitarios.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno para declarar.

## BIBLIOGRAFIA

1. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol. *J Am Coll Cardiol*. Nov 2018.
2. Masson W, Rossi E, Terrasa S, Espinosa E. Impacto de las nuevas guías para la indicación de estatinas en un hospital universitario. *Rev Argent Cardiol*. 2017;85(3):257-61.
3. Pencina MJ, Navar-Boggan AM, D'Agostino RB, Williams K, Neely B, Sniderman AD, et al. Application of New Cholesterol Guidelines to a Population-Based Sample. *N Engl J Med*. 2014;370(15):1422-31.
4. Wierzbicki A, Ahmad R, Banks L, Clark L, Duerden M, Grey E, et al. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. NICE; 2016 [citado 10 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181/chapter/1-Recommendations>.
5. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd

---

Escasa disponibilidad de un tiempo específico en la consulta para poder discutir con los pacientes.

---

Insuficiente entrenamiento de los profesionales de la salud en la interpretación y comunicación de riesgos y el esclarecimiento de valores y preferencias.

---

Falta de actualización de los profesionales de la salud en la evidencia sobre el tópico clínico sujeto a discusión.

---

Poca tolerancia por parte de los profesionales de la salud a los cuestionamientos e incertidumbre.

---

Insuficiente información y sensibilización de los pacientes (sobre todo en poblaciones más vulnerables) para que tomen un rol más activo en la consulta.

---

Fragmentación del sistema de salud y falta de políticas sanitarias que acompañen y fomenten la implementación del modelo.

---

**Tabla 2.** Dificultades para la implementación de la toma de decisiones compartida

- A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-7.
6. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: Achieving patient-centred care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med.* 2014;12(3):270-5.
  7. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(4).
  8. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312(7023):71-2.
  9. Bensing J. Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns.* 2000;39(1):17-25.
  10. Wyatt KD, Stuart LM, Brito JP, Carranza Leon B, Domecq JP, Prutsky GJ, et al. Out of Context: Clinical Practice Guidelines and Patients With Multiple Chronic Conditions: a Systematic Review. *Med Care.* 2014;52.
  11. Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Heal Expect.* 2015;18(4):542-61.
  12. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;96(3):281-6.
  13. Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Carrère M-O. Shared Decision Making in the Medical Encounter: Are We All Talking about the Same Thing? *Med Decis Mak.* 2007;27(5):539-46.
  14. Loyd A, Joseph-Williams N, Edwards A, Rix A, Elwyn G. Patchy 'coherence': using normalization process theory to evaluate a multi-faceted shared decision making implementation program (MAGIC). *Implement Sci.* 2013;8(1):102.
  15. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Herramienta para ayudar en la toma de decisiones sobre estatinas [Internet]. © 1998-2018. [citado 13 de julio de 2018]. Disponible en: [https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=es\\_es&PHPSESSID=4602e15v711s12cdqf3dcjdqg7](https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=es_es&PHPSESSID=4602e15v711s12cdqf3dcjdqg7)
  16. Jones LA, Weymiller AJ, Shah N, Bryant SC, Christianson TJH, Guyatt GH, et al. Should clinicians deliver decision aids? further exploration of the statin choice randomized trial results. *Med Decis Mak.* 2009;29(4):468-74.
  17. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, De Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. *Circulation.* 24 de junio de 2014;129(25\_suppl\_2):S76-99.
  18. Liyanage T, Ninomiya T, Wang A, Neal B, Jun M, Wong M, et al. Effects of the Mediterranean Diet on Cardiovascular Outcomes—A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS One.* 2016;11(8):e0159252.
  19. Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, et al. Shared decision making in preventive health care: What it is; what it is not. *Can Fam Physician.* 2017;63(9):682-4.
  20. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares [Internet]. Vol. 1, Organización mundial de la salud. 2008 [citado 12 de julio de 2018]. p. 1-38. Disponible en: [http://www.who.int/publications/list/PocketGL\\_spanish.pdf](http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf)
  21. Estudio CESCAS | Estudio de detección y seguimiento de enfermedad cardiovascular y factores de riesgo en el Cono Sur de Latino America [Internet]. [citado 13 de julio de 2018]. Disponible en: <https://estudiocesca.ics.org.ar/>
  22. Kanji M, Mitic W. Health Literacy - World Health Organization. 2009.
  23. Mávita-Corral CJ. Alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noroeste de México en el año 2016. *Inv Ed Med.* 2018;(7)25:36-45.
  24. Graham S, Brookey J. Do patients understand? *Perm J.* 2008;12(3):67-9.
  25. Seo J, Goodman MS, Politi M, Blanchard M, Kaphingst KA. Effect of Health Literacy on Decision-Making Preferences among Medically Underserved Patients. *Med Decis Mak.* 2015;36(4):550-6.
  26. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA.* 2014;312(13):1295-1296.
  27. Ghosh AK, Ghosh K. Translating evidence-based information into effective risk communication: Current challenges and opportunities. *J Lab Clin Med.* 2005;145(4):171-180.
  28. Politi MC, Clark MA, Ombao H, Légaré F. The impact of physicians' reactions to uncertainty on patients' decision satisfaction. *J Eval Clin Pract.* 2010;17(4):575-578.
  29. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 2017;7:e017902.
  30. Edwards A, Elwyn G, Wood F, Atwell C, Prior L, Houston H. Shared decision making and risk communication in practice: a qualitative study of GPs' experiences. *Br J Gen Pract.* 2005;55(510):6-13.
  31. King VJ, Davis MM, Gorman PN, Rugge JB, Fagnan LJ. Perceptions of shared decision making and decision aids among rural primary care clinicians. *Med Decis Making.* 2012;32(4):636-644.
  32. Pieterse AH, Stiggelbout AM, Montori VM. Shared Decision Making and the Importance of Time. *JAMA.* Publicado en línea el 19 de abril de 2019. doi:10.1001/jama.2019.3785
  33. Härter M, Moumjid N, Cornuz J, Elwyn G, van der Weijden T. Shared decision making in 2017: International accomplishments in policy, research and implementation. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wes.* 2017;123-124:1-5.
  34. Silva H, Hernandez-Hernandez R, Vinuesa R, Velasco M, Boissonnet CP, Escobedo J, et al. Cardiovascular risk awareness, treatment, and control in urban Latin America. *Am J Ther.* 2010;17(2):159-66.
  35. Wilson SR, Strub P, Buist AS, Knowles SB, Lavori PW, Lapidus J, et al. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010;181(6):566-77.
  36. Senado de la Nación. Ley 26529 - Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 2009;p.1-6.
  37. World Health Organization. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. 1994. Disponible en: [http://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf)
  38. Bravo P, Dois A, Cabieses B, Bustamante C, Campos S, Stacey D. Patientenzentrierte Versorgung und partizipative Entscheidungsfindung in Chile: richtiger Zeitpunkt für Fortschritt und Implementierung in die klinische Praxis. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wes.* 2017;123-124:28-31.
  39. Mendes de Abreu M, Simao de Mello JP, Ferreira F, Ribeiro L, Andrade Mussi L, Mariana ML, Petrolí M, et al. Partizipative Entscheidungsfindung in Brasilien: konkrete Anstrengungen zur Stärkung der Stimme der Patienten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wes.* 2017;123-124:21-2.
  40. Málaga G, Romero ZO, Málaga AS, Cuba-Fuentes S. Partizipative Entscheidungsfindung und das Versprechen eines von Respekt und Gerechtigkeit getragenen Gesund

- heits systems in Peru. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wes.* 2017;123-124:81-4.
41. Barani M, Kopitowski K, Carrara C, Yanzi MVR. Shared decision making in Argentina in 2017. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wes.* 2017;123-124:12-6.
  42. Black A, Strain K, Wallsworth C, Charlton S-G, Chang W, McNamee K, et al. What constitutes meaningful engagement for patients and families as partners on research teams? *J Health Serv Res Policy.* 2018; 23(3):158-167.
  43. Bieber C, Nicolai J, Hartmann M, Blumenstiel K, Ringel N, Schneider A, et al. Training physicians in shared decision-making-Who can be reached and what is achieved? *Patient Educ Couns.* 2009;77(1):48-54.
  44. Merchant FM, Dickert NW, Howard DH. Mandatory Shared Decision Making by the Centers for Medicare & Medicaid Services for Cardiovascular Procedures and Other Tests. *JAMA.* 2018;320(7):641-642.
  45. Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Rev HospItal B.Aires* 2013;33(2):60-4.
  46. HealthQuality Ontario (HQO). Primary Care Performance in Ontario [Internet]. [citado 17 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.hqontario.ca/system-performance/primary-care-performance>
  47. McCormack J, Elwyn G. Shared decision is the only outcome that matters when it comes to evaluating evidence-based practice. *BMJ Evidence-Based Med.* 2018;23(4):137-9.
  48. Albarqouni L, Doust J, Glasziou P. Patient preferences for cardiovascular preventive medication: A systematic review. *Heart.* 2017;103(20):1578-86.