

Cómo transmitir la evidencia a los pacientes: El médico como comunicador de riesgo

Philippa Moore^{1,2}, Solange Rivera M^{1,2}, Javiera Corbalán P¹.

Communicating evidence to the patients: Physicians as risk communicators

En artículos previos hemos entregado nociones generales acerca de la Medicina Basada en Evidencia (MBE): sugerencias sobre cómo formular preguntas, llevar a cabo búsquedas, realizar un análisis crítico de la literatura y aplicar los resultados a nuestros pacientes^{1,2}. Todos estos aspectos están centrados en cómo el médico puede utilizar la mejor evidencia disponible para disminuir la incertidumbre frente a una situación clínica. En este artículo nos referiremos al proceso de entrega de información, pilar fundamental de la relación médico-paciente, y a su relevancia en relación a los resultados de la práctica clínica.

La relación médico-paciente y la medicina en su totalidad, han evolucionado³. Cambios sociales de las últimas décadas, como el mayor nivel educacional y el mayor acceso a la información, entre otros, se han traducido en una pérdida de la influencia normativa que tenían los médicos. Los pacientes son más activos y demandantes en la recepción de la información⁴. En consecuencia, la transmisión de información clínica cobra una

importancia cada vez mayor entre profesionales y usuarios de las ciencias de la salud.

¿CUÁNTA INFORMACIÓN ENTREGAN LOS MÉDICOS A SUS PACIENTES?

La comunicación clínica representa hoy uno de los aspectos fundamentales de la atención en todas las áreas de la medicina. Supone precisamente el método a través del cual dicha atención se produce y son ya muchos los estudios bien diseñados que muestran que una comunicación clínica efectiva afecta de forma positiva al proceso diagnóstico-terapéutico⁵. Sin embargo, los médicos entregan poca información a sus pacientes y éstos quisieran saber más⁶⁻⁹. Análisis de entrevistas médicas han mostrado que la discusión acerca del plan de tratamiento suele ocupar en promedio no más de 5% de la entrevista^{10,11} (de los 20 min que estamos con el paciente sólo dedicamos 1 min para discutir el plan de manejo con él) y aproximadamente en

¹Unidad de Medicina Basada en Evidencia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

Correspondencia a: Dra. Philippa Moore. E-mail: pmoore@med.puc.cl

20% de los casos se entregan las indicaciones sin discutir el plan de tratamiento¹².

¿NECESITAN MÁS INFORMACIÓN LOS PACIENTES?

Los resultados de los primeros estudios, sobre los factores cognitivos involucrados en la relación médico-paciente, fueron inicialmente interpretados a favor de no gastar mucho tiempo en explicar o discutir el plan de manejo, asumiendo que los pacientes retenían poca información y que si se entregaban muchos detalles retenían aún menos¹³. Contradiciendo esta interpretación, Tuckett demostró que sólo 10% de los pacientes falla en recordar todos los puntos claves que el médico le ha entregado y que cerca de 80% manifestó encontrarse insatisfecho con respecto a la cantidad de información recibida y desearía recibir más detalles¹⁴.

Algunos estudios muestran una asociación entre la entrega de información y una mayor satisfacción del paciente. La entrega de información se asociaría también a la mejora de algunos *outcomes* clínicos, tales como mejoría de síntomas, niveles de presión arterial, glicemia y requerimiento analgésico postoperatorio^{12,15,16}. Esta evidencia realza la necesidad de incorporar esta variable a la práctica médica habitual, con el fin de optimizar los resultados buscados.

EL ROL DEL MÉDICO COMO COMUNICADOR DE EVIDENCIA

La MBE se ha convertido, para muchos, en una excelente herramienta para la toma de decisiones y el transmitir la información obtenida al paciente sitúa al médico en el rol de comunicador de riesgo. El paso crucial en la entrega de información ocurre durante la interacción médico-paciente, donde un individuo (médico) interpreta y explica los datos clínicos a otro individuo (paciente). ¿Cuál es la mejor forma de entregar tal información?

En artículos anteriores hemos mostrado cómo evaluar la eficacia de una intervención y cómo aplicar estos resultados a un paciente determinado^{17,18}. Imagine ahora que usted recibe a la señora R.M.C, de 50 años, hipertensa recién diagnosticada y quiere discutir con ella el manejo farmacológico de su hipertensión aplicando la evidencia existente.

¿De qué sirve que la mejor evidencia disponible sugiera que el medicamento A es mejor que el medicamento B para iniciar la terapia, si la paciente no entiende las consecuencias de su enfermedad, o prefiere tomar el medicamento B que se promociona en televisión? ¿Tiene importancia la manera en que le entregamos la información?

La tarea del médico no es meramente técnica, ya que, además de saber evaluar la literatura científica, debe explorar el significado de salud del paciente, incluyendo una evaluación de cuánta información quiere recibir éste y ofrecer un plan de manejo basado en ambos aspectos¹⁵. La noción de que las decisiones varían de circunstancia en circunstancia y de paciente en paciente recibe cada vez mayor atención. En este sentido, el estilo y método comunicacional cobran importancia porque pueden afectar el mensaje que el paciente recibe y, a su vez, influenciar las decisiones de éste¹⁹⁻²¹.

EXPLICANDO RIESGOS

En la práctica diaria los médicos se enfrentan frecuentemente con situaciones de incertidumbre, que requieren una evaluación de los beneficios y efectos adversos de las distintas opciones por parte del tratante y el paciente. Es así como se acuña el concepto de *Comunicación de Riesgo*, definido como un intercambio bidireccional de información y opinión, acerca del riesgo, que lleva a un mejor entendimiento y toma de decisiones en el manejo de una situación clínica²².

En este proceso nos encontramos con algunos obstáculos, como los problemas derivados del uso del lenguaje, ya sea al utilizar modalidades verbales o numéricas. Términos cualitativos como "infrecuente", "raro", "habitual", pueden tener un significado distinto, dependiendo del paciente o el contexto en el que se presenta el riesgo. Por ejemplo, la palabra «raro» suele ser interpretada como una probabilidad cercana al 24% por los pacientes y de 5% por los médicos, mientras que «frecuente» se interpreta de modo similar por ambos^{23,24}. La interpretación de información numérica también es muy variable. Algunos autores han demostrado que ésta variará según como esté expresado un riesgo: la descripción de proporciones («1 de cada 10 mujeres tendrá cáncer de mama») es considerado más orientado al paciente

que las probabilidades («tener 10% de probabilidad de presentar cáncer de mama»), consideradas más difíciles de entender²⁵. Sin embargo, el uso de proporciones tiende a producir el efecto de que el paciente atribuye el riesgo a otros, o sea, asume que está en el grupo sano²⁶. Otros aspectos, como la edad, la cultura y el nivel educacional también pueden afectar la interpretación^{18,27}.

La manera en la que se presenta la información sobre riesgo es otra variable a considerar. Un mismo dato se puede presentar de distintas formas, por ejemplo, al entregar cifras en función de mortalidad o sobrevida. Se ha observado que explicar los posibles daños facilita la aceptación de exámenes preventivos más que explicar los beneficios potenciales; y en pacientes que deben decidir por opciones de tratamiento más arriesgadas, resaltar las posibilidades de sobrevida es más persuasivo que mencionar las posibilidades de muerte²⁰. Con el fin de evitar el sesgo derivado de la opinión del tratante, el cual puede no ser conciente, se sugiere presentar los datos de ambas maneras. También el orden en que se entrega la información y el material visual utilizado influye en la percepción del mensaje. Figuras humanas o caras serían más entendibles que gráficos y, si se usan gráficos, los gráficos de barras verticales son preferidos a los de barras horizontales²⁷.

La transmisión de la información se complica más aún al incorporar algunos conceptos de MBE, como las medidas de efecto.

Términos como reducción de riesgo relativo (RRR), reducción de riesgo absoluto (RRA) y número necesario para tratar (NNT) han sido

sindicados como los más importantes indicadores del significado clínico de una intervención terapéutica. Diversos estudios han demostrado que la información entregada en forma de riesgos relativos es más persuasiva que en forma de riesgos absolutos y que esto explicaría la preferencia de los pacientes por esta medida de efecto. Por otra parte, algunos autores han sugerido que presentar la información usando términos relativos es equívoco y exagera los resultados positivos, sobre todo si los beneficios absolutos son escasos o la intervención es a largo plazo^{18,28}. Cifras absolutas o NNTs son difíciles de entender por los pacientes y suelen ser interpretados por éstos como «probabilidades remotas»^{18,29-32}. Además, es difícil conciliar evidencia basada en estudios poblacionales con el cuidado de individuos que tienen necesidades, preocupaciones y expectativas únicas. Muchos de los *outcomes* que le importan al paciente, para la toma de decisiones, son subjetivos e intangibles (morir con dignidad, adecuada calidad de vida) y los pacientes valoran más la información individualizada que conocer riesgos poblacionales generales.

Una revisión sistemática sobre métodos de presentar evidencia clínica a los pacientes concluyó que falta evidencia sobre este tema. Basándose en literatura general sobre comunicación y en su propia experiencia clínica, los autores establecieron algunas recomendaciones sobre cómo comunicar la evidencia a los pacientes¹⁵ (Tabla 1). Otra estrategia para comunicar riesgo, descrita por Paling, es conocida como CARE³³ (Tabla 2).

Tabla 1. Pasos para la discusión de evidencia médica con los pacientes⁹

- Comprender las vivencias y expectativas del paciente: Debiera realizarse una rápida, pero rutinaria, exploración de los miedos, ideas y expectativas del paciente (y su familia) acerca de una situación clínica, antes de discutir la evidencia médica, a fin de incorporar estas visiones a la toma de decisiones.
- Construir una alianza con el paciente: Incluir expresiones de empatía y entendimiento, verbalizando emociones, para fortalecer la confianza.
- Entregar la evidencia disponible, incluyendo una discusión balanceada sobre las incertidumbres: Hacer comparaciones con riesgos «de todos los días» o con situaciones familiares ayudan a la comprensión de la información. Anticipar dudas críticas.
- Entregar recomendaciones médicas: Después de integrar la evidencia con los valores del paciente.
- Evaluar la comprensión y grado de acuerdo de parte del paciente: Teniendo en cuenta la complejidad del tema tratado.

Tabla 2. Estrategia CARE para comunicar riesgo²²

- Citar el riesgo basal en términos generales: Favorezca el uso de proporciones más que probabilidades.
- Agregar a la explicación (en términos descriptivos) probabilidades estimadas de *outcome* negativos y positivos: Si está entregando información para favorecer una intervención preventiva, use términos en relación a los daños a evitar. Si está entregando información para favorecer un tratamiento, prefiera el uso de términos en función de sobrevida o ganancias.
- Reforzar efectividad con representaciones gráficas: Uso de figuras humanas y, si usa gráficos, idealmente de barra.
- Expresar aliento y esperanza.

No existe un abordaje único que sirva para todos los pacientes. Por esto, los médicos requieren de una variedad de técnicas para comunicar la evidencia acerca de diagnóstico, tratamiento, riesgo y pronóstico, así como distintas maneras de verificar que la información ha sido comprendida. Lamentablemente, hay pocos estudios que aportan evidencia de buena calidad acerca de la manera más apropiada en que los médicos pueden incorporar la transmisión de evidencia clínica en la práctica diaria y no existe consenso acerca de los métodos más apropiados para entregar la información^{15,34,35}.

Una consecuencia interesante de intercambiar información con los pacientes es la de entregarles el poder de tomar sus propias decisiones o, al menos, de participar activamente en el proceso, lo que conlleva compartir las consecuencias. Si los pacientes esperan y se espera de ellos que tomen esas decisiones, la carga de la responsabilidad por aceptar la incertidumbre también será compartida. El aumento de la participación de los pacientes en la toma de decisiones en el cuidado de su salud, modalidad de relación médico-paciente llamada toma de decisiones compartidas, está asociado con mayor confianza en la decisión tomada, mayor satisfacción con la atención recibida, mayor adherencia a los planes médicos, disminución de los costos de tratamiento y finalmente mejor calidad de vida y menor mortalidad^{15,16,36-38}.

EN RESUMEN

La comunicación de los riesgos de enfermedades y tratamientos es central en la relación médico-paciente y es un determinante esencial de la satisfacción de este último.

Contamos con información limitada acerca de la forma más adecuada de presentar y discutir los riesgos y beneficios del cuidado de salud de un individuo.

Futuras investigaciones ayudarán a definir los mecanismos óptimos para incorporar la transmisión de evidencia a la práctica clínica. Actualmente, la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas, sumada a la presentación gráfica de los datos, pareciera ser lo más útil para explicar riesgos a los pacientes.

Cómo y cuánta evidencia entregar a los pacientes y sus familias dependerá del tipo de información, del médico, del paciente y su entorno. La discusión de la evidencia será más necesaria cuando el tema es importante para el paciente, cuando la evidencia es ambigua o los *outcomes* inciertos o cuando la evidencia es clara pero el paciente o su familia difieren sustancialmente del médico en su interpretación.

El desafío entonces, consiste en transmitir el mensaje al paciente de manera que, si éste lo desea, pueda participar en forma más activa en la toma de decisiones.

REFERENCIAS

1. LETELIER SL, MOORE P. Introducción. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 947-8.
2. LETELIER SL, MOORE P. La medicina basada en evidencia: Visión después de una década. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 939-46.
3. ENGEL GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatic* 1997; 38: 521-8.
4. SWEENEY KG, MACAULEY D, PEREIRA GRAY D. Personal significance: the third dimension. *The Lancet* 1998; 351: 134-6.
5. WAITZKIN H. Doctor-patient-communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984; 252: 2441-6.
6. SVARSTAD BL. The doctor-patient encounter: an observational study of communication and outcome doctoral dissertation, University of Wisconsin, Madison 1974.
7. DEBER R, KRAETSCHMER N, IRVINE J. What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* 1996; 156: 1414-20.
8. STRULL W, LO B, CHARLES G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA* 1984; 252: 2990-4.
9. BRADDOCK CH, FINN SF, LEVINSON W, JONSEN AR, PEARLMAN RA. How doctors and patients discuss routine clinical decisions: informed decision making in the outpatient setting. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 339-45.
10. BECKMANN HB, FRANKEL RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-6.
11. KORSCH B, PUTNAM S, FRANKEL F, ROTER D. An overview of research on medical interviewing. In: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, editors. *The medical interview. Clinical care, education and research*. New York: Springer-Verlag, 1995.
12. SILVERMAN J, KURTZ S, DRAPER J. *Skills for communicating with patients*. 1998 Radcliffe Medical Press, Oxon.
13. LEY P. Doctor-patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. *J Hypertens Suppl* 1985; 3: S51-5.
14. TUCKETT D, WILLIAMS A. Approaches to the measurement of explanation and information-giving in medical consultations: a review of empirical studies. *Soc Sci Med* 1984; 18: 571-80.
15. EBSTEIN RM, ALPER BS, QUILL TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004; 291: 2359-66.
16. FROSCHE DL, KAPLAN RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med* 1999; 17: 285-94.
17. RIVERA S, LARRONDO F, ORTEGA JP. Evaluación de los resultados en un artículo sobre tratamiento. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 593-6.
18. RADA G, ANDRADE A. ¿Debo aplicar los resultados de este estudio a mi paciente? *Rev Méd Chile* 2006; 134: 113-7.
19. GHOSH AK, GHOSH K. Translating evidence-based information into effective risk communication: Current challenges and opportunities. *J Lab Clin Med* 2005; 145: 171-80.
20. EDWARDS A, ELWYN G, COVEY J, MATHEWS E, PILL R. Presenting risk information - a review of the effects of framing and other manipulations on patient outcomes. *J Health Comm* 2001; 6: 61-82.
21. SARFATI D, HOWDEN-CHAPMAN P, WOODWARD A, SALMOND C. Does the frame affect the picture? A study into how attitudes to screening for cancer are affected by the way benefits are expressed. *J Med Screening* 1998; 5:137-140.
22. EDWARDS A, ELWYN G, MULLEY A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ* 2002; 324: 827-30.
23. SUTHERLAND HJ, LOCKWOOD GA, TRITCHLER DL, SEM F, BROOKS L, TILL JE. Communicating probabilistic information to cancer patients: is there «noise» on the line? *Soc Sci Med* 1991; 32: 725-31.
24. COHN LD, SCHYDLOWER M, FOLEY J, COPELAND RL. Adolescents misinterpretation of health risk probability expressions. *Pediatrics* 1995; 95: 713-6.
25. YAMAGISHI K. When a 12.86% mortality is more dangerous than 24.14%: implications for risk communication. *Appl Cogn Psychol* 1997; 11: 495-506.
26. SHAPIRA MM, NATTINGER AB, MCHORNEY CA. Frequency or probability? A qualitative study of risk communication formats used in health care. *Med Decis Making* 2001; 21: 459-67.
27. MAZUR DJ, MERZ JF. How the manner of presentation of data influences older patients in determining their treatment preferences? *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 223-8.

28. CHAO C, STUDDTS JL, ABELL T, HATLEY T, ROETZER L, DINNE S ET AL. Adjuvant chemotherapy for breast cancer: how presentation of recurrence risk influences decision making? *J Clin Oncol* 2003; 21: 4299-305.
29. SHERIDAN SL, PIGNONE MP, LEWIS CL. A randomized comparison of patients' understanding of number needed to treat and other common risk reeducation formats. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 884-92.
30. HUX JE, NAYLOR CD. Communicating the benefits of chronic preventive therapy: Does the format of efficacy data determine patient's acceptance of treatment? *Med Decis Making* 1995; 15: 152-7.
31. KRISTIANSEN IS, GYRD-HANSEN D, NEXO E, NIELSEN JB. Number needed to treat: easily understood and intuitively meaningful? Theoretical considerations and a randomized trial. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 888-92.
32. PEARSON SD, GOLRNAN L, GARCIA TB, COO EF, LEE TH. Physician response to a prediction rule for the triage of emergency department patients with chest pain. *J Gen Intern Med* 1994; 9: 241-7.
33. PALING J. Strategies to help patients understand risks. *BMJ* 2003; 327: 745-8.
34. EDWARDS A, UNIGWE S, ELWYN G, HOOD K. Personalized risk communication for informed decision making about entering screening programs. (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue1.
35. GHOSH AK, ERWIN P, GHOSH K. Effective risk communications: multiple modalities, nuclear consensus. A review of literature. *J Invest Med* 2002; 50: 182.
36. LANG F, FLOYD MR, BEINE KL, BUCK P. Sequenced questioning to elicit the patients perspective on illness: effects on information disclosure, patients satisfaction and time expenditure. *Fam Med* 2002; 34: 325-30.
37. SLOWTHER A, FORD S, SCHOFIELD T. Ethics of evidence based medicine in the primary care setting. Symposium on Evidence Based Medicine. *J Med Ethics* 2004; 30: 151-5.
38. BETZ BROWN J, BOLES MYDE, MULLOOLY JP, LEVINSON W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1999; 131: 822-9.