

17 artículo

José Manuel Millaruelo Trillo [[Buscar autor en Medline](#)]
 María Teresa Delgado Marroquín [[Buscar autor en Medline](#)]



El paciente en el proceso del razonamiento clínico: comunicación del riesgo

[Ver resúmen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

La "edad de la información", como ha sido definida esta época donde el volumen de información biomédica y clínica ha crecido de un modo imparable, sobre todo a través de Internet, tiene profundas implicaciones en nuestra manera de trabajar, sobre todo en nuestras consultas. La información aumenta muchas veces la incertidumbre, tanto en los médicos como en los pacientes, que nos demandan cada vez más una comunicación efectiva de los riesgos y beneficios de las distintas opciones del tratamiento de una determinada patología¹. Aunque ha aumentado mucho el conocimiento acerca de los factores de riesgo que están asociados con la salud y la enfermedad, los beneficios de ese conocimiento, solo serán posibles si se transmiten de un modo eficaz y los pacientes los utilizan para tomar las decisiones acerca de sus tratamientos y de la adopción del estilo de vida más sano.

Además, en los últimos años se ha producido un cambio importante en la relación medico-paciente. Una de sus facetas mas destacadas es la, cada vez mayor, participación del paciente en la toma de decisiones. Cuando el médico plantea una decisión al paciente debe a su vez, comunicarle el riesgo ó las expectativas de beneficio. Y no somos muy eficientes en la labor de comunicar riesgos, aunque muchos consideran que debería ser una de nuestras principales misiones. Los números no son suficientemente claros en muchas ocasiones y parece imposible explicar "por que un test con una sensibilidad del 95% puede identificar a solo un 1% de las personas afectadas de una población general". Las palabras son pocas veces lo suficientemente clarificadoras; "raro", "excepcional" ó "frecuente" pueden significar cosas distintas para diferentes personas, en distintos escenarios sanitarios. Las gráficas y dibujos pueden ayudar a hacer más visual una información, pero hay poco hábito de utilización de esas herramientas y también son susceptibles de ofrecer una "distorsión" de la realidad.

Por si la complicación no fuera suficiente, la respuesta de los pacientes a nuestras alternativas depende mucho del "enquadre" con el que expliquemos el riesgo, lo que permite y facilita manipulaciones en uno u otro sentido, generalmente no buscadas.

Nos proponemos en las siguientes páginas plantear algunos aspectos teóricos y algunos ejemplos prácticos, que, ilustrando la dificultad del empeño, nos permitan ser más eficaces en la comunicación, en este caso del riesgo, con el paciente². La comunicación del riesgo puede ser necesaria en infinidad de contextos. La mayoría de autores están de acuerdo en que para conseguir una comunicación exitosa es necesario establecer una relación de mutuo respeto y confianza entre los implicados, habitualmente médico y paciente. La competencia y la credibilidad son otros pilares fundamentales³. Todos los valores profesionales como competencia, habilidad o pericia, empatía, honestidad y responsabilidad son relevantes cuando hablamos de comunicación del riesgo. Pero no son suficientes, la confianza y apoyo van construyéndose todos los días y esa interacción, que nunca es estática precisa de un constante mantenimiento y renovación⁴.

El apoyo mutuo es necesario porque comunicar riesgos nos lleva a una confrontación directa con la incertidumbre y ello resulta incómodo para pacientes y médicos. Cualquier información disponible esta llena de incertidumbres, por lo que ofrecer demasiada certeza, puede ser una desinformación.

bibliografía

1. Eysenbach G. Recent advances: consumer health informatics. *BMJ* 2000;320:17136.
2. Smith R. Communicating risk: the main work of doctors. *BMJ* 2003;327: 715
3. Nicholson P. Communicating health risk. *Occup Med* 1999;49:253-6.
4. Mazur D. The new medical conversation . Boulder , CT : Rowman and Littlefield, 2002
5. Godolphin W. The role of risk communication in shared decision making. *BMJ* 2003;327:692-3.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés

 número actual	 números anteriores
 contactar	 rceap en pda
 alertas	 sobre la revista

¿Es siempre bueno tener “muchas” informaciones?

- información + información = DES-información
- información + formación = conocimiento

Es también importante preguntarse cual es el objetivo que perseguimos cuando informamos de riesgos. Lógicamente, el primero y más importante sería disminuir el riesgo mismo, pero también aumentar la autonomía del paciente, para que el pueda hacer sus propias elecciones. De ahí la relación estrecha entre comunicación del riesgo y decisiones compartidas con el paciente., aunque en este último caso implica no solo información, sino la participación por parte del paciente. Incluso puede producirse no un “consentimiento informado” sino un “disentimiento informado” porque algo que puede ser percibido como bueno para una población, puede no considerarse adecuado para uno mismo. Debemos estar preparados para aceptar que esta mayor implicación del paciente puede estar más basada en sus valores que en la evidencia científica que probablemente nosotros le ofrezcamos⁵.

Lo que podría plantearse como una estrategia de mejora en la relación medico-paciente, esta siendo avalado y exigido por las leyes en países como Canadá, en cuyo posicionamiento ético encontramos párrafos como el siguiente: “Una de las obligaciones del médico es proporcionar al paciente la información de modo que el pueda entenderla, respetando los derechos de los pacientes para participar plenamente en las decisiones acerca de los cuidados de salud”⁶. Conceptos similares los podemos encontrar en la **Ley de Autonomía del Paciente en España**.

Pero en esa “caja negra” que constituye el encuentro medico-paciente, la comunicación del riesgo es arriesgada, valga el juego de palabras. Somos predeciblemente propensos a sesgos en nuestros juicios sobre los riesgos y en el uso de la información. Y falibles, por tanto en nuestras conclusiones⁷. Además, hay pocos problemas médicos en los que la información disponible sobre el riesgo sea inequívoca, veraz y precisa. Y en ningún caso tiene en cuenta aspectos psicosociales, que son sin duda de enorme interés para el individuo concreto al que ofrecemos una información fiable si, pero extraída de estudios para una población global.

Se ha dicho que la información y la toma de decisiones compartidas es el quid de la cuestión (o la cruz, en cuanto a crucial) de la atención centrada en el paciente⁸, filosofía clave, sobre todo en el manejo de la enfermedad crónica. Entendiendo también por cruz, una dificultad extrema, efectivamente la encontramos por las dificultades anteriormente descritas, y por la falta de evaluación de este modelo. A menudo cunde el desánimo y las deficiencias se atribuyen al déficit de información, que posiblemente pudieran corregirse con un cambio de actitud, mas que a problemas estructurales, pero es la estructura la que nos impone un tiempo de consulta que a veces no permite dar la suficiente información y del modo adecuado. La conocida “pescadilla que se muerde la cola”⁹.

Dicho esto, si que parece necesario una sensibilización y un entrenamiento, preferentemente desde la formación pregrado, para que la autonomía del paciente no se vea limitada en ningún escenario clínico. Muchos de los medios utilizados para proveernos de herramientas de comunicación, proceden de modelos en los que la opinión del líder clínico pesa mucho más que la posición del paciente¹⁰.

¿Cómo podría ser un escenario de comunicación de riesgo y decisiones compartidas?

Debería empezar por identificar el problema. Posteriormente clarificación de los roles de los interlocutores. Información de la mejor evidencia científica, que muchas veces no será única. Informarse de las preferencias del paciente y discusión de las opciones, teniendo éstas siempre presentes. Responder a las ideas y preocupaciones del paciente y compartir, finalmente, las decisiones. Cualquier intervención que estimule las preguntas del paciente que, a pesar de todo, probablemente se sentirá algo incomodo a la hora de compartir la posición dominante, ira en beneficio de los resultados finales¹¹.

Definición de riesgo y de comunicación del riesgo

El **riesgo** puede definirse como la contingencia o proximidad de un daño. En el campo de la asistencia sanitaria y de la salud pública el término riesgo está ligado a la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos, relacionados con la salud o su pérdida, tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc¹². Mientras riesgo o exposición son expresiones utilizadas para referir distintos grados de probabilidad de que suceda un hecho, la expresión peligro es empleada, para referirse a una elevada posibilidad de algo más grave y concreto.

Además del aspecto epidemiológico, cuantificable mediante distintos indicadores, el riesgo tiene una dimensión de aceptabilidad social, solo debemos pensar en el acostumbramiento a los fallecimientos por accidentes de tráfico, y otra de apreciación individual, relacionadas

con la forma en que se comunica la percepción del mismo y la posibilidad de participar en la toma de decisiones al respecto, que es el objeto de interés en nuestra comunicación¹³. El interés por los riesgos relacionados con la atención sanitaria no es nuevo. Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos, forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios¹⁴.

Sin embargo, el concepto de **riesgo asistencial** es impreciso e incluye cualquier situación o acto relacionado con la atención sanitaria recibida que puede tener consecuencias negativas para los pacientes. Habitualmente, a la hora de comunicarnos con los pacientes los riesgos que nos ocupan son los referidos a efectos secundarios de fármacos, posibilidad de resultados inesperados en una intervención quirúrgica ó prueba diagnóstica intervencionista, riesgo poblacional de una patología con vistas a participar en un programa de screening, participación de los factores de riesgo en el desarrollo de una determinada enfermedad, sobre todo de tipo cardiovascular.

Se ha definido la **comunicación del riesgo** como "el intercambio abierto de información y opinión sobre riesgo entre dos partes, de cara a conseguir una mayor comprensión y tomar unas mejores decisiones acerca del manejo clínico de una determinada situación" Esta definición cambia el concepto según el cual la información procede solo de los clínicos y se dirige al paciente y destaca la participación del paciente, que es el sujeto de los resultados del efecto de la intervención sanitaria mencionada.

¿Cómo entienden los pacientes el riesgo?

¿Quién podría estar en desacuerdo en la necesidad de entender los riesgos y los beneficios de un determinado tratamiento para que un paciente pueda tomar sus decisiones de salud? Pues, una consideración racional del riesgo, incluso explicada gráficamente y numéricamente entendida, no es suficiente, no garantiza la toma de la decisión correcta. ¿Cuál es la razón? El componente racional no es el único componente, tal vez tampoco el más importante, a la hora de tomar decisiones. Existen influencias que pueden parecer irracionales y que explican la percepción individual del riesgo y que hacen que la elección parezca inadecuada a ojos del profesional. Podemos señalar entre ellas las experiencias previas, la influencia de las redes sociales y los medios de comunicación, el miedo a la enfermedad, la fascinación por la tecnología ó el deseo inalienable de tomar la responsabilidad sobre su salud, algunas de ellas. ¿Quién no se ha visto sorprendido por las respuestas de los pacientes cuando la decisión a valorar era el screening del cáncer de próstata mediante el antígeno específico prostático (PSA)? Los prejuicios, aspectos culturales ó contexto social son unos poderosos motivadores de la decisión, así como las creencias o la tradición¹⁵. El riesgo puede ser también voluntario ó impuesto, familiar o desconocido y ello puede afectar al grado de temor y puede ser también concentrado o dispersado en el tiempo.

Factores sociales que influyen en la respuesta a la información sobre el riesgo

El éxito limitado que tienen las campañas de promoción de salud pone de relieve las dificultades en la comunicación de riesgos de salud. Algunos autores han estudiado las distintas respuestas de los individuos a la información de los riesgos de salud. Concluyen que éstas, están influenciadas por la naturaleza específica de los argumentos y también por el contexto social, destacando la importancia de la confianza en la fuente de información. Ello es especialmente importante cuando existe falta de tiempo para la respuesta, la información resulta escasa ó si la amenaza se percibe como casual y hace que la decisión sea aun más complicada¹⁶ (**Tabla 1**).

También es muy influyente la naturaleza del riesgo. Según su naturaleza la sensibilidad del individuo y su conocimiento aumentan. Se tiende a sobreestimar la posibilidad de riesgos raros y graves (como un tornado) e infraestimar el riesgo de causas comunes como la diabetes o el cáncer (**Figura 1**). También se sobreestima el riesgo si es involuntario, inevitable, poco explicable por la ciencia ó sujeto a contradicciones.

¿Qué estrategias podemos utilizar para ayudar a los pacientes a entender el riesgo?

Si partimos de la base de que la población está compuesta por individuos que se interesan por la evidencia para identificar y escoger las mejores opciones para resolver sus necesidades de salud, probablemente estamos en un escenario utópico e irreal. Existen pocos datos de que enfoques globales tengan algún impacto, estos solo se consiguen en grupos de riesgo y en contextos específicos, por ejemplo jóvenes fumadores. Alguna revisión sistemática sobre cambio de comportamientos, en el contexto de amenazas graves para la salud ha indicado la importancia de dar información acerca de la efectividad de las acciones protectoras¹⁷.

Es necesaria una comunicación eficaz del riesgo para que el paciente tome, por lo menos, una decisión correctamente "informada". En otras industrias, como la química, nuclear ó alimentaria, los riesgos son comunicados por pocas personas especialmente entrenadas

para ello. En la Sanidad, donde los riesgos son habitualmente mayores y más inciertos y complejos, todos los médicos que atienden a pacientes deben efectuar un cometido similar con menos o ningún entrenamiento. Son necesarias pues estrategias específicas que ayuden a remediar esta deficiencia y que puedan ayudar a una amplia gama de pacientes.

Como decíamos anteriormente, los pacientes hacen una valoración de los riesgos no solo por los hechos, sino muchas veces por las emociones y de cualquier información, tal vez extensa, toman solo lo que les parece esencial. Por ello, una regla básica es entender esta circunstancia, complementando la competencia profesional con un acercamiento comprensivo (**Tabla 2**)

Información balanceada de riesgos y beneficios

Una medida prudente es recordar a los pacientes que es inevitable que cualquier tratamiento asocie riesgos a beneficios, descartando así una idea errónea de una medicina "libre de riesgos". Aunque es sobre todo evidente en la utilización de fármacos, ello sucede también al efectuarse una prueba diagnóstica (radiológica, analítica) e incluso, por el fenómeno del "etiquetado" al recibir la confirmación diagnóstica de una enfermedad crónica (**Figura 2**).

Como comunicar "los números"

A menudo debemos transmitir una información numérica que procede de una población indeterminada y probablemente ajena a la del paciente. Proponemos:

1. **Evitar utilizar términos descriptivos solamente** : No es conveniente utilizar términos como "riesgo bajo", pues se sabe que reflejan la perspectiva del médico en este caso, mientras que el paciente le da una magnitud totalmente distinta¹⁸ . Se recomienda complementarlos con datos numéricos estimados.
2. **Utilizar un vocabulario estandarizado** : Ello permitiría, a nivel local, una reducción de las interpretaciones, pero hay que tener en cuenta que incluso en la misma nación, una palabra que exprese frecuencia, puede tener una interpretación distinta en distintas regiones, según su idiosincrasia. En la Unión Europea se propone utilizar "muy frecuente", "frecuente", "poco frecuente", "raro" y "muy raro" cuyas interpretaciones podemos comprender que serán muy variadas, pero que al menos limitan los adjetivos utilizados¹⁹. Términos como "probable " pueden significar una probabilidad de 1 entre 10 ó 1 entre 2 según la persona que lo interprete. También se interpreta de un modo distinto según el contexto, y es distinto referirnos a la capacidad de un test prenatal para detectar una malformación genética ó a la probabilidad de desarrollar un efecto secundario en el curso de un tratamiento de una amigdalitis con un antibiótico. También cambia según la importancia del daño y sus implicaciones para la salud ó para el modo de vida.

Calman sugiere una escala que estandariza términos para frecuencias específicas como "alto" para riesgos mayores del 1 por 100, "moderado" entre el 1 por 100 y 1 por 1000 y "bajo" para riesgos inferiores al 1 por 1000²⁰ (**Tabla 3**).

Para comunicar riesgo de efectos secundarios con el uso de fármacos podríamos utilizar los adjetivos sugeridos según la frecuencia de aparición (**Tabla 4**).

Pallin con un propósito indudable de facilitar la comprensión hace una comparación dinámica con los riesgos más habituales, aunque, lógicamente, estos varían según los distintos países²¹ (**Tabla 5**).

3. **Usar siempre el mismo denominador** : Ello permite a las personas de distinto nivel educacional, no cometer errores. Es fácil que una persona piense que 1/25 es menor que 5/200, porque el denominador de este último es mayor.
4. **Ofrecer siempre resultados positivos y negativos** : Nunca hay que presentar solo la perspectiva negativa. Si podemos debemos hacerlo con ambas, la positiva y la negativa, por ejemplo las probabilidades de supervivencia y de muerte, o la posibilidad de efectos secundarios de un fármaco y de que no se presenten al tomarlo. En situaciones en las que la actitud del paciente sea muy importante en el proceso curativo, hay que presentar los resultados de un modo "positivo", para que se refuerce el efecto placebo, siempre presente. Pero, honestamente, la presentación de resultados en modo positivo y negativo proporciona la posibilidad de una relación más madura con el paciente²².
5. **Usar números absolutos** : Siempre que sea posible, y evitar hablar de riesgo relativo, que es la mayor fuente de confusión y engaño²³. Al utilizarlo, magnificamos la potencia de la intervención, típicamente tomar un fármaco. Depende absolutamente de la frecuencia que se produzca el evento y así, con la misma disminución del riesgo relativo, el número de casos a tratar para evitar un evento, será distinto, incluso con el mismo producto y enfermedad, en distintos ámbitos geográficos. Curiosamente, es así como se nos presentan los datos de los estudios de intervención farmacológica y, posiblemente, así se los transmitimos a

los pacientes. También es curioso, que las principales revistas acepten este tipo de dato en los abstracts e incluso en las conclusiones, enfatizando así en unos resultados que, mostrados de esta manera, resultan engañosos (**Figura 3**).

6. **Usar complementos visuales para expresar probabilidades** : Incluso en países desarrollados los pacientes de un nivel cultural medio o bajo tienen muchos problemas para entender números y proporciones y estos instrumentos proporcionan una ayuda inestimable para que todo el mundo los pueda comprender²⁴. Utilizar barras, figuras geométricas, "caras" ayuda mucho más a comprender que la expresión numérica de los mismos datos. Incluso la presencia de uno u otro color parece que tiene importancia, aunque es un aspecto menos estudiado. Las posibilidades que nos dan los medios informáticos actuales, que permiten cambios instantáneos al modificar los datos con un solo toque de ratón, harán, si no lo son ya, el mejor método para que los pacientes "vean" el riesgo del que les hablamos. Cuando hablamos de riesgos a largo plazo, las curvas de supervivencia o de pacientes "libres de evento" nos presentan la información de una manera muy adecuada y clara (**Figura 4**).

No solo son casi imprescindibles para entender mejor los números sino que además facilitan la construcción de una relación médico-paciente más sólida y cercana. El paciente se siente más protagonista pues también entiende aquello de lo que se está tratando. Se ha objetivado un número menor de demandas cuando se utilizan estos métodos para las explicaciones al paciente²⁵.

7. **Cuando los números son "estadísticas"** : A menudo tenemos problemas para interpretar estadísticas y ello nos provoca una sensación de incapacidad e incluso de culpabilización. Se nos dice que el problema está en nuestra mente, pero probablemente radica en la falta de soluciones para visualizarlas. Proponemos algunas soluciones cuando manejamos representaciones numéricas que pueden llevar a alguna confusión.
 1. **Probabilidad de un evento simple** : Si decimos que hay un 30% de probabilidades de que llueva mañana, esta información puede ser interpretada como que mañana lloverá en un 30% de la superficie en que nos hallamos, que lloverá un 30% del tiempo (del día) o que llueve un 30% de días como el de mañana. Lo mismo sucede cuando comunicamos el efecto secundario de un fármaco. Si decimos que la fluoxetina puede provocar de un 30 a un 50% de trastornos de la esfera sexual, como pérdida de potencia o disminución de la libido, los pacientes pueden pensar que un 30 a 50% de sus encuentros sexuales serán insatisfactorios, cuando una información más real sería decir que de cada 10 pacientes que tomen fluoxetina de 3 a 5 experimentarán dichos problemas habitualmente. El psiquiatra está pensando en pacientes y el paciente en encuentros sexuales.
 2. **Probabilidades condicionales** : La probabilidad de un test para detectar una enfermedad es comunicado habitualmente como una probabilidad condicional, la sensibilidad del test: "Si una mujer tiene un cáncer de mama, la probabilidad de que la mamografía sea patológica es de un 90%". Muchas veces nos confundimos con: "Si una mujer tiene una mamografía patológica, la probabilidad de que tenga un cáncer de mama es de un 90%". Muchos médicos, sin embargo, tienen dificultades en distinguir sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y, por ende, sus pacientes también reciben información errónea que posiblemente les lleve a decisiones equivocadas.
 3. **Riesgo relativo** : Ya se ha comentado que al hablar en riesgo relativo magnificamos el efecto de la intervención o tratamiento. Las autoridades sanitarias deberían obligar a presentar los resultados de un modo más realista en términos de riesgo absoluto ó NNT. Pero es así como los médicos reciben la información del efecto de los fármacos y este sesgo tiene indudable repercusión en las prescripciones y en los resultados esperados. Para los gestores que deben tomar decisiones acerca de la asignación de recursos poblacionales, el PIN (poblacion impact number) que es el número de personas entre quien será prevenido un evento mediante una intervención, es la mejor manera de poner en riesgo en la perspectiva adecuada²⁶.
 4. **Efectos de encuadre** : Uno de los problemas más importantes en la comunicación de riesgos se deriva de los diferentes encuadres o enfoques a la hora de describirlos. Se define la manipulación de encuadre, como la descripción de una misma situación de distintas maneras para conseguir una determinada respuesta por parte del receptor de dicha información. Sucede por ejemplo si hablamos de fallecidos o supervivientes tras una determinada terapia ó cuando utilizamos el riesgo relativo para enfatizar la importancia de unos resultados. Solo puede ser justificable cuando se pretende conseguir una actitud que reporte grandes beneficios en salud pública. La evidencia nos dice que un enfoque positivo es más efectivo que el negativo a la hora de persuadir a las personas para que tomen opciones terapéuticas arriesgadas^{27,28}.

8. **Evitar la manipulación** : De la misma manera que podemos mostrar un vaso medio lleno o medio vacío y podemos informar a los pacientes de los beneficios de un tratamiento en riesgo relativo (con números muy grandes) y de los efectos secundarios en riesgos absolutos (números muy pequeños), las representaciones gráficas no son inmunes a las manipulaciones²⁹. Con el mismo formato, pero usando una clase de diferencia distinta produce una enorme diferencia respecto al riesgo y ello afecta a las decisiones de los pacientes. Como se ve en la figura, que nos habla del efecto de la aspirina o warfarina en pacientes con arritmia completa por fibrilación auricular, en la parte izquierda vemos el efecto del tratamiento respecto a evitar un ictus o producir una hemorragia en personas que han tomado el tratamiento (expresado en riesgo relativo), mientras que a la derecha el paciente puede ver el efecto del tratamiento en personas no tratadas.
9. **Retroalimentación** : Asegurarse de que la información ha sido recibida correctamente: Hay que asegurarse que el paciente ha entendido el mensaje. Para ello, casi siempre imprescindible el apoyo de métodos visuales. Cuanto mayor sea el riesgo de influenciar en resultados y decisiones, mayor deberá ser nuestro interés en balancear las expresiones verbales, los encuadres positivos y negativos y las expresiones visuales.

Estrategias para provocar respuestas y discusión

En un reciente metaanálisis se puede constatar que las médicas consiguen mejor participación de los pacientes que sus homólogos masculinos, y que éstos hablen más libremente. No parece depender solo del género, y si que se puede conseguir un estilo conversacional más efectivo con motivación y entrenamiento, independientemente del sexo del sanitario³⁰.

Utilización de recursos de páginas web

Lo mismo que sucede en otros campos del conocimiento existen páginas web con herramientas on line que nos permiten calcular el riesgo para un determinado problema de un modo rápido e intuitivo. Otras nos hablan de temas más teóricos respecto al riesgo de un modo muy claro y visual. Exponemos tan solo algunos ejemplos:

- **National Cancer Institute**
- **National Cancer Institute's Riesgo de cancer de mama**
- **National Cholesterol Education Program. Calculadora de riesgo coronario**
- **Memorial Sloan Kettering Cancer Center Riesgo de cancer de pulmón**
- **Probabilidad de muerte por diversas causas en los proximos 10 años**
- **Como tomar las mejores decisiones sobre tratamiento**

El futuro de la comunicación del riesgo en el ámbito sanitario

La información sobre riesgo debe presentarse de una manera balanceada, con los aspectos positivos y negativos. Es preferible usar riesgos absolutos, y nunca solo los riesgos relativos. Pueden utilizarse también los dos y es una manera muy simple y efectiva de dar la información³¹. Se puede utilizar el término "número necesario a tratar" (NNT), "número necesario para producir un daño" (NNH) ó menos frecuentemente número necesario para realizar screening, número necesario para analizar, ó numero de tabletas que hace falta tomar para prevenir un efecto adverso. Todos ellos nos presentan un riesgo absoluto, pero en un lenguaje más amigable, por tanto más fácil de entender e interpretar³².

Es siempre mejor referirnos al riesgo individual que al de la población general a la que pertenece el individuo. Ello es evidente tanto cuanto hablamos al riesgo cardiovascular ó al riesgo de cáncer de mama, por poner dos ejemplos³³.

Una precaución a tener en cuenta es no dar información excesiva. Los pacientes a menudo están ávidos de información, pero su capacidad de asimilación y análisis es menor, y por ello es más deseable expenderla "a pequeñas dosis", así resultará más aprovechable.

Una comunicación del riesgo más efectiva puede aumentar la calidad de los cuidados de salud en todos los países y todas las especialidades médicas. Pero son necesarias algunas condiciones:

- Debemos mejorar el entrenamiento en comunicar el riesgo
- Se deben investigar estrategias particularmente con métodos visuales para que los pacientes entiendan mejor el riesgo (de modo similar al uso de escalas analógicas visuales para valorar el nivel de dolor)
- Debe valorarse la influencia de las diferencias en cultura, edad y género en la percepción del riesgo

Adoptando estas estrategias que son simples y esperamos que prácticas, los médicos seremos capaces de convertir los datos de información clínica, en información del sobre riesgo para los pacientes.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003