

El sesgo de la “ilusión terapéutica”: ¿es necesario refrenarla?

The Bias of “Therapeutic Illusion”: Do We Have to Curb it?

*No pongas en peligro tu vida.
Eres todo lo que tienes.*

JANIS JOPLIN (1943-1970)

INTRODUCCIÓN

La “ilusión de control” es un fenómeno cognitivo investigado por los psicólogos experimentales. Se puede ejemplificar con el ama de casa que concurre al casino a jugar en una clásica máquina tragamonedas: los días que gana lo atribuye a su experiencia y al descubrimiento de una fórmula para ganar; los días que pierde culpa a la mala suerte.

En realidad, la máquina tragamonedas es un perfecto artefacto de resultados aleatorios del todo incontrolable, pero como tenemos tendencia a creer que podemos inferir la causalidad donde no existe, creemos por lo tanto que podemos ejercer control sobre el suceso deseable, que en este caso particular es tener control para que se produzca la coincidencia y ganemos mucho dinero. (1)

Los jugadores sobrestiman consistentemente el control que tienen sobre los efectos de sus acciones, no solo en el juego, sino también en la vida diaria.

La “ilusión de control” en medicina debe ser llamada “ilusión terapéutica”, una etiqueta que se aplicó por primera vez en 1978 a “el entusiasmo injustificado por el tratamiento por parte tanto de los pacientes como de los médicos”. (2)

La ilusión terapéutica es “una manifestación del ‘sesgo de confirmación’ que nos lleva a buscar solamente evidencia que apoya lo que ya creemos que es verdad. Los médicos pueden ser particularmente susceptibles a ese sesgo cuando atienden a un paciente con una enfermedad compleja”.

“Sin embargo, los médicos también sobrestiman los beneficios de todo, desde intervenciones para el dolor de espalda a la quimioterapia por cáncer. Y su ilusión terapéutica facilita el uso de pruebas y tratamientos inapropiados.” (3)

Como antes de ser médico somos personas como cualquier otra, por lo tanto, *todos* estamos sujetos a la “ilusión de control”; los médicos somos vulnerables a la “ilusión terapéutica” mucho antes de que veamos nuestro primer paciente.

La “ilusión terapéutica” no es el único factor que hace que el médico dispare un tratamiento exagerado,

inadecuado o dañino; por ejemplo, también está influido por el deseo de no confrontar con la expectativa que tiene el paciente o su familia, con las mediciones de calidad de atención de los seguros, el miedo a un posible enjuiciamiento y las presiones que producen determinadas prácticas de reembolso de la actividad médica.

Pero, “por ejemplo, quizás contribuya al bienestar psicológico de los médicos y otros proveedores de atención de la salud por reforzar su confianza y sostener su creencia en el valor de lo que le ofrecen a los pacientes. Puede también ser un ingrediente necesario en la toma de decisión médica”. (3)

Los médicos debemos cuidar que, en algunas situaciones, debido a la “ilusión terapéutica”, como dice en el epígrafe la primera cantante femenina de rock Janis Joplin: “No pongas en peligro tu vida. Eres todo lo que tienes.”

EXPECTATIVAS QUE TIENEN PACIENTES Y MÉDICOS DEL BENEFICIO Y RIESGO DEL TRATAMIENTO

¿Es posible que los pacientes tengan expectativas no realistas de los beneficios y daños de las intervenciones, y esto pueda influirlos en la toma de decisiones? ¿Y qué pasará con los médicos?

Expectativas de los pacientes

En 2015 se publicó una revisión sistemática de todos los estudios que tenían valoración cuantitativa de la expectativa del paciente del beneficio y/o el daño de cualquier tratamiento, pruebas de *screening* (cáncer de mama, cervical, próstata e intestino) o pruebas. (4)

Se seleccionaron 36 artículos que involucraban un total de 27.323 pacientes. De los 36 estudios, 15 se enfocaban en el tratamiento, 14 en una prueba de *screening*, 3 en tratamiento y *screening* y los últimos 3 solamente en una prueba.

Muchos más estudios evaluaron únicamente la expectativa de beneficios (22 [63%]) que expectativa de beneficios y daño (10 [29%]) o solamente daño (3 [8%]).

Es notable el efecto de la “ilusión terapéutica”, ya que la mayoría de los participantes sobrestimaban los beneficios (65%), y es notable que en casi todos los tratamientos del cáncer los participantes sobrestimaron el beneficio. Por el contrario, a su vez, cuando se valoraban las expectativas de daño, de los

15 resultados disponibles, la mayoría infraestimaban el daño (67%).

Una estimación correcta de al menos el 50% de los participantes solo ocurrió en 2 resultados de expectativa de beneficio y en 2 resultados de expectativa de daño.

Los autores manifiestan que esta “es la primera revisión sistemática de las expectativas de los pacientes o del público de los beneficios y daños de intervenciones médicas. Los participantes raramente tienen expectativas seguras de beneficios y daños, y para muchas intervenciones, ya sean de tratamientos, pruebas o *screening*, tienen tendencia a sobrestimar el beneficio y a infraestimar el daño”. (4)

Es indudable que estas expectativas demasiado optimistas de los pacientes y el público contribuyen al crecimiento del problema de sobrediagnóstico y sobretratamiento. Si los pacientes creen que estas intervenciones son efectivas, es probable que requieran las intervenciones a sus médicos.

A su vez, los clínicos pueden fallar en detectar y corregir esta “ilusión terapéutica” de los pacientes, ya sea por omisión o reforzándolas activamente, con las mejores intenciones, por expectativas demasiado optimistas acerca del beneficio de las intervenciones y pobre conocimiento de los daños de los propios médicos.

“Irónicamente, uno de los factores que influyen en las decisiones de los clínicos para realizar intervenciones (aun con limitado o ningún beneficio) es la expectativa del paciente. A su vez, debido a que los requerimientos de intervenciones se aceptan a menudo, la asunción de los pacientes de que ellas son beneficiosas y necesarias se refuerza. Romper este círculo positivo de realimentación es crucial.” (4)

Expectativas de los médicos

Los mismos autores publicaron posteriormente una revisión sistemática de todos los estudios que tenían valoración cuantitativa de la expectativa del médico del beneficio y/o el daño de cualquier tratamiento, pruebas o pruebas de *screening*. (5)

Se eligieron 48 artículos que involucraban un total de 13.011 clínicos. De los 48 estudios, 20 estaban enfocados en el tratamiento, 20 en imágenes médicas y 8 en *screening*.

Muchos más estudios evaluaron solo expectativas de daño (30 estudios; 67%) que solamente beneficios (9 estudios; 20%) o beneficio y daño (6 estudios; 13%).

Las expectativas de beneficio se evaluaron en 11 estudios (total de 22 resultados); las respuestas de los participantes se compararon con la estimación correcta de los autores. La mayoría de los participantes ($\geq 50\%$) suministraron una información correcta para solo 3 resultados (11%). El efecto de la “ilusión terapéutica” era similar en médicos y en pacientes, ya que sobrestimaron los beneficios en 7 resultados (32%) e infraestimaron los beneficios en 2 resultados (9%).

Las expectativas de daño se valoraron en 26 estudios (69 resultados). La mayoría de los participantes infraestimaron el daño, 20 resultados (34%), solo se estimaron correctamente los daños para 9 resultados (13%) y sobrestimaron el daño para 3 resultados (5%).

Los autores concluyen que: “Los clínicos raramente tienen expectativas seguras de los beneficios y daños de las intervenciones, con inseguridad en ambas direcciones, aunque más a menudo sobrestimaban más que infraestimaban los beneficios e infraestimaban más que sobrestimaban los daños.” (5)

Las percepciones inseguras acerca de los beneficios y daños de las intervenciones resultan probablemente en una elección menos que óptima del manejo clínico.

Discusión sobre las expectativas de los pacientes y los médicos

Los hallazgos de estas dos revisiones, que demuestran que en más instancias tanto los pacientes como los clínicos infraestiman los daños y sobrestiman los beneficios que lo opuesto, suministran apoyo a la existencia de la ilusión terapéutica (“un entusiasmo injustificado del tratamiento” por parte de ambos, los médicos y los pacientes).

En el proceso de toma de decisiones, las expectativas de los pacientes son solo una influencia, pero los pacientes no pueden ser asistidos en la toma de decisiones informadas si los mismos clínicos no tienen expectativas seguras de los beneficios y daños de las intervenciones.

Si las expectativas de los clínicos son demasiado optimistas o su conocimiento de los daños son inadecuados, pueden contribuir a sobreofrecer y sobreutilizar las intervenciones inapropiadas.

De forma inversa, las veces que los clínicos infraestiman los probables beneficios o sobrestiman los daños pueden no ofrecer intervenciones indicadas apropiadas. Ninguna de las dos situaciones es deseable, y en ambas existe una brecha entre la evidencia y la práctica médica.

Muchos pacientes asintomáticos quieren tener más análisis y más pruebas influidos por los medios y su entorno, y se resisten a no hacerlas. A menos que esta tendencia se contrarreste con información segura y balanceada, continuará siendo un disparador de más intervenciones.

Comunicar con veracidad a los pacientes tanto los beneficios como los daños de las intervenciones puede jugar un papel clave en desanimar su entusiasmo para algunas intervenciones inapropiadas. Diferentes estudios han comunicado que muchos participantes indicaron que dejarían de hacer, o no comenzarían un *screening* si conocieran que el daño es más alto y supera al beneficio.

A veces, los clínicos muestran sesgos cognitivos y en el deseo de reasegurar a los pacientes (y a ellos mismos)

pueden dejar de lado la evidencia; el sesgo cognitivo de la sensación de miedo de perder algo si rechazan el pedido del paciente y el sesgo por comisión, que es la tendencia a la acción más bien que a la inacción en situaciones conflictivas.

Frente a la demanda de los pacientes de intervenciones que no brindan beneficios, Brett y McCullough manifiestan: "Los pacientes frecuentemente expresan fuertes preferencias por pruebas o tratamientos médicos de su propia elección, aun cuando los médicos creen que esas intervenciones no son beneficiosas. Los médicos conceden tales solicitudes por diferentes razones. Una razón apremiante es evitar la confrontación: las relaciones paciente-médico florecen en una atmósfera de confianza y buena voluntad, y los médicos correctamente lamentan que el desacuerdo amenace esas relaciones. Más aún, explicar por qué una intervención no es beneficiosa lleva tiempo. Para un paciente con un resfrío común, conceder la solicitud de antibióticos es de lejos menos consumidora de tiempo que discutir la microbiología viral y los daños de la sobreutilización de los antibióticos. Aunque las preferencias del paciente son factores claves en la toma de decisiones clínicas, la preferencia del paciente para una intervención diagnóstica o terapéutica no es decisiva a menos que un módico beneficio potencial se encuentre presente desde la perspectiva médica convencional. Cuando una elección diagnóstica o terapéutica es consistente con tales beneficios módicos, las preferencias del paciente dirigirían las decisiones. A la inversa, los médicos no deberían proveer intervenciones que no reúnan este criterio."

"... Cuando las guías recomiendan en contra de una intervención solicitada, los médicos pueden apelar a ellas como fuente externa de autoridad y despersonalizar el conflicto potencial con el paciente." (6)

La posición moral del médico es proteger los intereses relacionados con la salud de los pacientes como interés primario, dejando como secundarios sus propios intereses. Esto implica desafiar las solicitudes de intervenciones no beneficiosas. Por lo tanto, no se puede considerar la autonomía del paciente como un derecho ilimitado para elegir; dentro de las obligaciones del médico está promover una deliberación coherente y no simplemente dispensar cualquier cosa que el paciente quiere.

El médico, ante solicitudes de servicios que no producen beneficio, debería justificar sus posiciones, invocando las guías de práctica cuando es apropiado, y ofreciendo alternativas médicas adecuadas.

En el encuentro clínico, el médico tiene un papel como educador para facilitar las tomas de decisiones deliberadas en colaboración con los pacientes; para ello, la atención médica debería reestructurarse, recompensando a los médicos que dedican su escaso tiempo

a aclarar el riesgo de las solicitudes de intervenciones no beneficiosas.

¿CÓMO MEJORAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE?

Hoffman y colaboradores piensan que: "Después de buscar y evaluar la evidencia e integrar las inferencias con su habilidad, los clínicos intentan una decisión que reflejen los valores y circunstancias de sus pacientes... Estos enfoques, en su mayor parte, se han desarrollado en paralelo, aunque nadie puede lograr su objetivo sin el otro. Sin toma de decisión compartida, no puede ocurrir una verdadera medicina basada en la evidencia." (7)

¿Cómo conocer si los clínicos fomentan una decisión informada en su consulta rutinaria?

Para tal fin se analizaron las grabaciones de un total de 1.057 encuentros entre 59 médicos de atención primaria y 65 cirujanos generales y ortopedistas; se reclutaron 2 a 12 pacientes para cada consultorio privado de médicos de la comunidad.

El análisis de las discusiones de las grabaciones para el consentimiento informado variaba en la complejidad de la decisión: básica (ejemplo: pruebas de laboratorio), intermedia (ejemplo: nueva medicación) o complejas (ejemplo: procedimientos).

Sorprendentemente, solo el 9,0% de las decisiones reunían las condiciones de calidad completa en las tomas de decisiones. Obviamente, las decisiones básicas estaban informadas en forma más completa (17,2%), mientras que ninguna de las decisiones intermedias y solo 1 (0,5%) de las decisiones complejas estaban completamente informadas. Entre los elementos de la discusión informada, la naturaleza de la intervención era más frecuente, pero la comprensión del paciente era la menos frecuente, solo el 1,5%. (8)

Casi todos los consentimientos informados de este grupo de médicos de atención primaria y cirujanos eran incompletos, aun en las discusiones menos extensas para decisiones menos complejas. Por ello, es necesario cambiar la conducta y aumentar el esfuerzo para alentar la toma de decisiones informadas en la práctica clínica.

Lin y Redberg editorializan diciendo: "En otro estudio en este número, Rothberg y colaboradores analizan los datos de 59 registros de grabaciones auditivas de cardiólogos discutiendo el tratamiento para la enfermedad coronaria estable con sus pacientes. Los registros revelan que la mayoría de las consultas eran cortas y usualmente se sugerían las intervenciones coronarias percutáneas como la forma principal de tratamiento. Además, los médicos raramente discutían en forma completa los daños, los beneficios y los tratamientos alternativos para la enfermedad coronaria estable con

sus pacientes; solo el 3% de las consultas tenían todos los elementos requeridos para una toma de decisión completa, incluyendo la discusión del papel del paciente en la toma de decisión, la naturaleza de la decisión y las alternativas, así como las preferencias del paciente. Sin embargo, cuantos más elementos de la decisión informada se cumplieran, menos probable era que los pacientes eligieran un procedimiento invasivo...”

“Estos hallazgos son consistentes con lo que aprendimos cuando condujimos focos de grupos de internistas y cardiólogos en lo concerniente al proceso de la toma de decisión para pacientes con sospecha de enfermedad coronaria. Encontramos sesgos cognitivos tales como lamentación anticipada por la pérdida del diagnóstico y sesgo de comisión (ejemplo: la tendencia hacia la acción más que a la inacción), que invariablemente llevaban a la recomendación de más pruebas y, en última instancia, a tratamientos invasivos de la enfermedad coronaria. En realidad, los médicos decían que sentían más remordimiento porque los pacientes experimentarían efectos adversos si no realizaban un procedimiento (cateterismo cardíaco con posible colocación de *stent*) que si el paciente experimentaba daño por sobrellevar un procedimiento... aun cuando los cardiólogos conocían que no había beneficio de la intervención coronaria percutánea para un paciente particular, el 43% procederían con la intervención.” (9)

Más aún, un estudio de pacientes quirúrgicos demuestra que casi el 70% ni siquiera leyó el formulario escrito del consentimiento informado, otro estudio mostró que muchos pacientes no entienden los beneficios y riesgos del procedimiento que le van a realizar después de leer el consentimiento informado.

Urge mejorar este proceso, suministrando un documento de consentimiento informado breve, estandarizado y personalizado, tal como propone Harlan M. Krumholz, “detallando la información en cinco áreas clave: riesgos, beneficios, alternativas, experiencia y costo, proveyendo la información mínima que el paciente requiere para tomar una decisión desafiante y facilitar una discusión significativa con los médicos”. (10)

En el Cuadro 1 se presenta un ejemplo de consentimiento informado tipo para “Intervención Coronaria Percutánea (ICP) electiva” en pacientes sin síndrome coronario agudo, modificado del publicado, (10) con la inclusión de algunos datos estandarizados de la literatura del artículo de Cylewright y colaboradores. (11)

SEGÚN LA VISIÓN QUE TIENEN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ¿ES MUCHO O POCO EL CUIDADO DE LA SALUD QUE SUMINISTRAN?

¿Qué piensan los médicos, que están en la línea del frente, sobre el cuidado de la salud innecesario? Es poco conocido, pero sería importante conocerlo.

A tal fin se condujo una encuesta por correo en forma aleatoria del archivo maestro de médicos de la Asociación Médica Americana, para que fuera representativa nacionalmente de los médicos de atención primaria de los Estados Unidos (medicina interna general y médicos de familia); de 627 encuestas por correo, la respuesta fue del 70%. (12)

Respondieron mayoritariamente hombres (72%), con una mediana de 24 años de práctica médica, divididos casi por igual entre medicina familiar (54%) y medicina interna (43%).

De los médicos de atención primaria, el 42% creen que los pacientes de su propia práctica están recibiendo demasiada atención y solamente el 6% manifestó que estaban recibiendo demasiado poca.

Con respecto a realizar prácticas más agresivamente (ejemplo: ordenar más pruebas y consultas): más de 1 de cada 4 (28%) dijeron que estaban realizando prácticas más agresivas, aunque les gustaría que así no fuera idealmente. De manera casi idéntica, más de 1 de cada 4 (29%) creían que otros médicos de atención primaria de su comunidad estaban practicando también demasiado agresivamente.

Una gran cantidad de médicos (45%) estimaban que al menos 1 de cada 10 pacientes que ven en un día habitual podían ser manejados de otra manera distinta que la consulta médica (ejemplo: por teléfono, e-mail o equipo no médico tal como enfermeras).

¿Cuáles fueron los motivos que lo llevaron a practicar más agresivamente? Los factores que los médicos identificaron como más importantes fueron tres: la preocupación por ser acusados de mala praxis (76%), las mediciones gerenciales de su rendimiento clínico (52%) y el tiempo inadecuado que tenían para atender a sus pacientes (40%).

Con respecto a la mala praxis, el 83% de los médicos piensan que pueden ser llevados fácilmente a juicio por dejar de pedir una prueba que estaba indicada, pero solamente el 21% pensaban que pueden ser llevados a juicio por ordenar una prueba que no estaba indicada.

Los médicos también creían que los incentivos financieros que se obtienen alientan las prácticas agresivas: el 62% dijeron que las pruebas diagnósticas se reducirían si no generaran ingresos para las especialidades. Pero casi todos los médicos (95%) creen que los médicos difieren en qué debería hacerse en pacientes idénticos y el 76% estarían interesados en conocer cuán agresivo o conservador es el estilo de su propia práctica comparado con el de otros médicos en su comunidad. (12)

En conclusión, aproximadamente la mitad de todos los médicos de atención primaria en los Estados Unidos piensan que sus propios pacientes están recibiendo demasiada atención médica, y más de 1 de cada 4 creen que ellos mismos y sus colegas están practicando demasiado agresivamente.

Cuadro 1. Muestra de documento de Consentimiento Informado*

**Documento de Consentimiento Informado:
Intervención Coronaria Percutánea (ICP) electiva**

Fundamentos

Uno de los vasos sanguíneos de su corazón está parcialmente obstruido y causa algunas de las molestias en el pecho cuando está muy activo, o produce la alteración de la prueba de esfuerzo, con o sin cámara gamma (SPECT) agregada.

Procedimiento

Una ICP implica abrir la obstrucción con un dispositivo que se pasa por los vasos sanguíneos y dentro de las arterias de su corazón. En su caso estamos recomendando la colocación de un *stent* –un pequeño tubo de una red de malla metálica– con medicación para prevenir que reaparezca la obstrucción (ilustración).

Con la ICP, necesita tomar clopidogrel o similares como mínimo 6 meses hasta el año.

Beneficios potenciales

La ICP agregada al TMO (Tratamiento Médico Óptimo) –en esta situación clínica–, NO reduce el riesgo de un ataque cardíaco (por ejemplo, infarto) ni la muerte.

La ICP es probable que reduzca el dolor de pecho en 90 de cada 100 pacientes inmediatamente (20 por TMO, diferencia 70) y 70 de cada 100 a los 6 meses (60 por TMO, diferencia 10). Al año prácticamente se igualan en 60 de 100 tanto en TMO como en TMO + ICP.

Riesgos potenciales

La ICP y la colocación del *stent* tiene un pequeño riesgo de causar: 1) muerte, la chance de que muera por este procedimiento es de 1 en 1.000; 2) un problema mayor, como ataque cardíaco, muerte o accidente cerebrovascular, este problema ocurre en 1 en 100; o 3) sangrado mayor, su riesgo es de aproximadamente 2 en 100 en el procedimiento y de 3 en 100 durante el primer año que está tomando clopidogrel o similares. Si dejara de tomarlos incrementa su riesgo de ataque cardíaco o muerte.

Otros tratamientos disponibles

En lugar de la ICP puede agregar medicación o cambiarla. Con este enfoque muchos mejoran y si la medicación no funcionara, siempre puede decidir hacer una ICP. De aquellos que eligen probar la medicación primero, 14 de 100 realizarán la ICP en el próximo año. Puede también hacer una ICP con un *stent* que no tiene medicación; en ese caso necesitará el clopidogrel y similares como mínimo un mes hasta 6 meses, pero hay un riesgo mayor de que reaparezca la obstrucción (15 en 100).

Experiencia de su grupo de atención de salud

Su médico ha realizado ___ ICP en el último año. Los estándares sugieren que los médicos deberían realizar al menos 75 ICP cada año.

Su hospital ha realizado ___ ICP en el último año. Los estándares sugieren que los hospitales deberían realizar al menos 300 ICP por año.

Costos

Tomando en cuenta su Obra Social o Seguro de Salud, la ICP con un *stent* conteniendo medicación puede o no necesitar pago adicional (sí, de \$___). El clopidogrel o similares por 12 meses le costaría cerca de \$___ a \$___ por mes.

* Modificado de Krumholz HM (10) y agregado de Cylewright M y colaboradores (11).

Además creen que esa atención sustancial innecesaria puede ser reducida, en particular aumentando el tiempo con los pacientes, reformando el sistema de mala praxis y reduciendo los incentivos financieros para hacer más estudios y prácticas.

Los autores finalizan diciendo: “Nuestro trabajo muestra que los médicos de atención primaria reconocen el exceso de su sistema de atención de salud, pueden señalar claramente alguna de las causas y pueden estar abiertos a cambiar su propia práctica para manejarlos.”

En un comentario en el mismo número de la publicación, Bale P. Wickenden termina así: “Mucha ciencia y tecnología, con sus gastos asociados, se ha utilizado

para eliminar condiciones que no tenían, mientras que el arte de escuchar bien debe seguramente llevar a un remedio más barato, y más rápido.” (13)

¿EL MARCO CON QUE SE COMUNICA EL RIESGO INFLUYE LA PERCEPCIÓN DEL BENEFICIO DEL TRATAMIENTO?

Se utilizó un diseño aleatorizado de encuesta por carta, con el objetivo de determinar a qué formato de marco de riesgo corresponde la mejor información que abarque las múltiples facetas, y a su vez comparar el sesgo de enmarcado que se produce tanto en médicos como en pacientes.

Participaron de la encuesta 1.431 médicos (56% de respuestas) y 1.121 pacientes recientemente hospitalizados (65% de respuestas). (14)

A los que respondieron se les pidió que interpretaran los resultados de un ensayo clínico hipotético, comparando una droga vieja con una nueva. Fueron asignados en forma aleatoria a los siguientes formatos de marcos: sobrevida absoluta (nueva droga: 96% vs. droga vieja: 94%), mortalidad absoluta –la inversa de la anterior– (4% vs. 6%), reducción relativa de la mortalidad (6% - 4% / 6%, reducción de un tercio) o las tres juntas (condición de información completa). Al mismo tiempo se informó que la nueva droga causaba más efectos colaterales.

El punto principal era si los que marcaban como más efectiva la droga nueva difería por la forma en que se presentaba el riesgo. Así fue efectivamente con los médicos, la consideraban más efectiva de manera decreciente: con el formato de reducción relativa de la mortalidad 93,8%, condición de información completa 71,2%, mortalidad absoluta 68,3% y sobrevida absoluta 51,8% ($p < 0,001$).

No existieron diferencias significativas entre el puntaje de médicos y pacientes (todas $p > 0,1$).

En comparación con la condición de información completa, los *odds ratio* de mayor efectividad percibida fueron de 0,45 para sobrevida absoluta ($p < 0,001$), de 0,89 para mortalidad absoluta ($p = 0,29$) y de 4,40 para reducción relativa de la mortalidad ($p < 0,001$).

Los autores llegan a la conclusión de que “el sesgo de enmarcar afecta a los doctores y los pacientes de forma similar. Describir los resultados de los ensayos clínicos como riesgos absolutos es el formato menos sesgado, tanto para doctores como para pacientes. Debería alentarse a presentar diferentes formatos de riesgo (en ambas escalas, absoluta y relativa)”. (14)

CONCLUSIONES

La “ilusión de control”, que es una condición universal humana, es un fenómeno cognitivo que produce un sesgo que nos lleva a creer que podemos ejercer control sobre aquellos sucesos que deseamos, aunque sea objetivamente imposible.

La “ilusión de control” también existe entre los médicos y la medicina, se llama “ilusión terapéutica”, definida como “el entusiasmo injustificado por el tratamiento por parte tanto de los pacientes como de los médicos”.

La “ilusión terapéutica” en las expectativas del público, los pacientes y los médicos está demostrada en forma contundente en dos extensas revisiones recientes. Los hallazgos muestran una sobrestimación de los beneficios y una infraestimación de los riesgos tanto para pacientes como para médicos. Estas expec-

tativas inadecuadas deben contribuir a la sobreoferta y la sobreutilización de intervenciones inapropiadas.

Si bien es necesario conocer y categorizar las diferentes condiciones que la producen, mientras tanto la “ilusión terapéutica” contribuye al sobrediagnóstico y al sobretratamiento que todos los médicos podemos comenzar a pensar y tratar de manejar de forma inmediata. ¿De qué manera? Evaluando nuestra propia práctica médica, examinando las creencias propias y empleando una heurística consciente simple; de esa forma, todos los médicos pueden contribuir a una atención más racional, basada en las evidencias. (3)

Existe un sesgo en la forma en que se enmarca la comunicación de los beneficios y los riesgos de forma similar para pacientes y médicos; el formato menos sesgado es la presentación de los hallazgos de riesgos y beneficios como riesgo absoluto (a cuántos pacientes de 100 o de 1.000 les sucede el evento).

Pero si el paciente no participa de la decisión, la medicina basada en la evidencia se convierte en una dictadura de la evidencia, con todos los sesgos considerados anteriormente. Por lo menos debemos darle información al paciente en cinco áreas clave: riesgos, beneficios, alternativas terapéuticas, experiencia personal y costo del procedimiento.

Si el paciente no tiene una información completa para la toma de decisión compartida, la evidencia manejada por el médico se traslada muy poco a su práctica y a la mejora de sus resultados.

Pero si la toma de decisión compartida no incorpora el análisis crítico del cuerpo de evidencia, la preferencia que el paciente expresa puede no estar basada en estimaciones confiables de los riesgos y beneficios de las diferentes opciones, y entonces la decisión que resulte no será verdaderamente informada. (7)

Las guías clínicas deberían alentar fuertemente la toma de decisión compartida cuando existe incertidumbre en la evidencia que impide determinar que un enfoque es claramente superior, o cuando las diferentes opciones están cercanamente balanceadas en sus ventajas y desventajas, o cuando el balance de riesgos y beneficios depende de la acción del paciente (tal como la falta de adherencia a la medicación).

No se puede practicar la medicina sin conocer las evidencias actualizadas, pero tampoco se puede practicar la medicina desconociendo y no respetando las preferencias informadas de los pacientes.

La medicina actual necesita que el médico tenga el conocimiento suficiente para realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado, tenga el conocimiento de las preferencias, actitudes y conductas de sus pacientes, y que brinde información completa para compartir las decisiones que van a tomar.

Dr. Hernán C. Doval^{MTSAC}

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Yarritu I. La ilusión de control: ¿Mecanismo de protección motivacional o sesgo cognitivo? <https://psicoteca.blog.wordpress.com/2014/03/05/la-ilusion-de-control-mecanismo-de-proteccion-motivacional-o-sesgo-cognitivo>.
2. Thomas KB. The consultation and the therapeutic illusion. *Br Med J* 1978;1:1327-8. <http://doi.org/d58nb5>
3. Casarett D. The science of choosing wisely- Overcoming the therapeutic illusion. *N Engl J Med* 2016;374:1203-5. <http://doi.org/b5w9>
4. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of benefit and harms of treatments, screening, and tests. A systematic review. *JAMA Intern Med* 2015;175:274-86. <http://doi.org/b5xb>
5. Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of benefit and harms of treatments, screening, and tests. A systematic review. *JAMA Intern Med* 2016. doi:10.1001/jamaintermed.2016.8254.
6. Brett AS, McCullough LB. Addressing request by patients for non-beneficial interventions. *JAMA* 2012;307:149-50. <http://doi.org/fxpjsh>
7. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 2014;312:1295-6. <http://doi.org/b5xc>
8. Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice. *JAMA* 1999;282:2313-20. <http://doi.org/bvbcnp>
9. Lin GA, Redberg RF. Addressing overuse of medical services. One decision at time. *JAMA Intern Med* 2015;175:1092-3. <http://doi.org/b5xd>
10. Krumholz HM. Informed consent to promote patient-centered care. *JAMA* 2010;303:1190-1. <http://doi.org/bq69vc>
11. Cylewright M, Shepel K, LeBlanc A, Pencille L, Hess E. Shared decision making in patients with stable coronary artery disease: PCI Choice. *PLoS One* 2012;7:e49827.
12. Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care: A brief report. *Arch Intern Med* 2011;171:1582-5.
13. Wickenden Bale P. Just listen. *Arch Intern Med* 2011;171:1526. <http://doi.org/fwprth>
14. Perneger TV, Agoritsas T. Doctors and patients' susceptibility to framing bias: a randomized trial. *J Gen Intern Med* 2011;26:1411-7. <http://doi.org/dd8j3n>