



COMUNICACIÓN EFECTIVA

del riesgo trombótico en el paciente oncológico

Dra. Elena Brozos. *Oncóloga. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela (La Coruña)*

Elena Font. *Especialista en Inteligencia Emocional*

Dra. Teresa López. *Cardióloga. Hospital Universitario La Paz (Madrid)*

Dra. Virginia Martínez. *Oncóloga. Hospital Universitario La Paz (Madrid)*

Dr. Pedro Moliner. *Cardiólogo. Hospital Universitari de Bellvitge (Barcelona)*

Dra. Celia Oreja. *Neuróloga. Hospital Clínico San Carlos (Madrid)*

Dra. Cristina Pascual. *Hematóloga. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)*

Dra. Carmen Suárez. *Medicina Interna. Hospital Universitario La Princesa (Madrid)*





RIESGO DE TROMBOSIS Y FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL PACIENTE CON CÁNCER

MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN

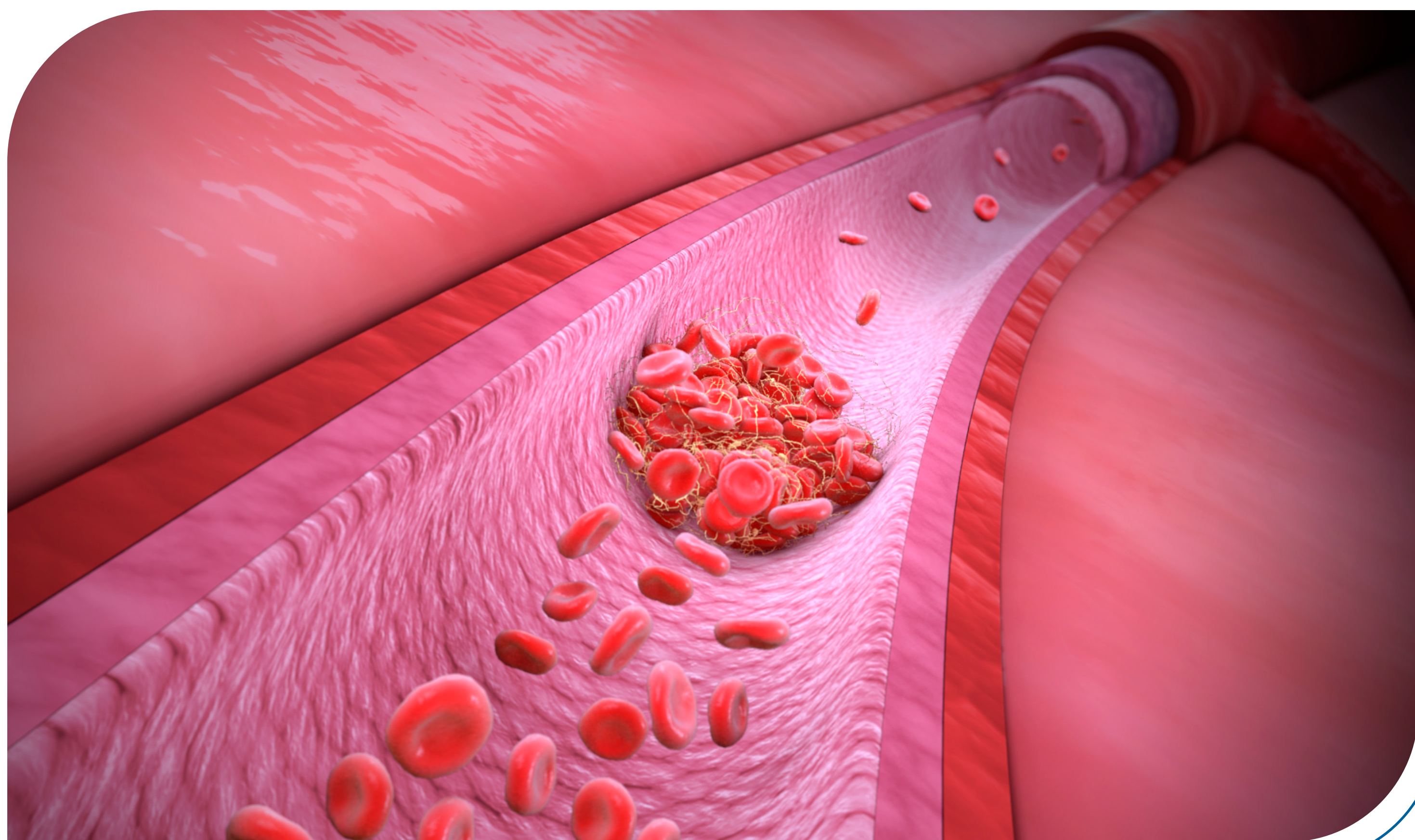
ENFERMEDAD VENOSA TROMBOEMBÓLICA (EVTE) EN EL PACIENTE CON CÁNCER

2^a

causa de muerte
(solo superada por la
progresión del tumor)^{1,2}

x7

el **riesgo de desarrollar
EVTE** durante el
tratamiento del cáncer³



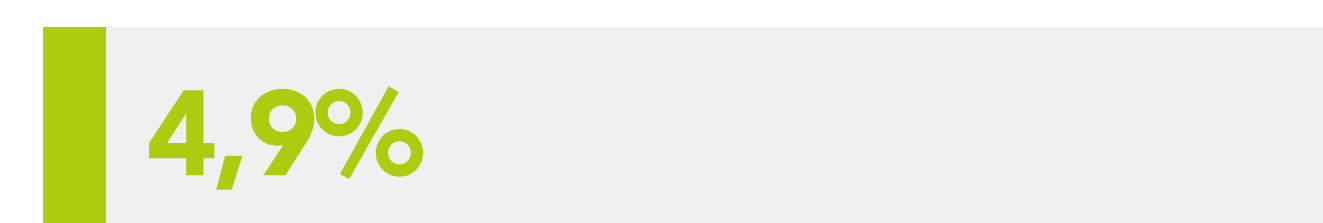
<https://www.scientificanimations.com> - <https://www.scientificanimations.com/wiki-images/>

Sangrado grave en pacientes anticoagulados (12 meses)*⁴

Pacientes con cáncer



Pacientes sin cáncer

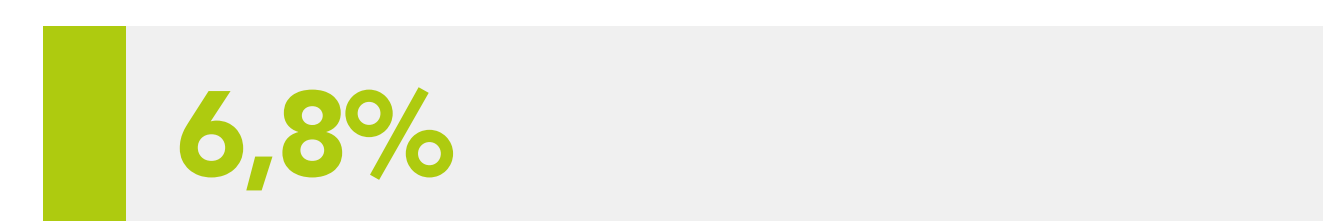


EVTE recurrente en pacientes anticoagulados (12 meses)*⁴

Pacientes con cáncer



Pacientes sin cáncer



*Todos los pacientes de este estudio debían tener trombosis venosa profunda confirmada al ser reclutados⁴

EVTE: enfermedad venosa tromboembólica.

1. Khorana AA, Francis CW, Culakova E, Kuderer NM, Lyman GH. Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy. *J Thromb Haemost.* 2007;5(3):632-634. 2. Ay C, Dunkler D, Marosi C, et al. Prediction of venous thromboembolism in cancer patients. *Blood.* 2010;116(24):5377-5382. 3. Mandalà M, Falanga A, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of venous thromboembolism (VTE) in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2011;22 Suppl 6:vi85-vi92. 4. Prandoni P, Lensing AW, Piccioli A, et al. Recurrent venous thromboembolism and bleeding complications during anticoagulant treatment in patients with cancer and venous thrombosis. *Blood.* 2002;100(10):3484-3488.



FACTORES QUE CONDICIONAN EL RIESGO DE EVTE

TRATAMIENTOS

La probabilidad es mayor **tras las cirugías** y en asociación a **algunos tratamientos***¹



MOMENTO DE LA ENFERMEDAD

El riesgo de EVTE **varía a lo largo de la historia natural del cáncer** siendo mayor durante la hospitalización, durante los primeros ciclos de tratamiento y en las fases finales de la enfermedad³

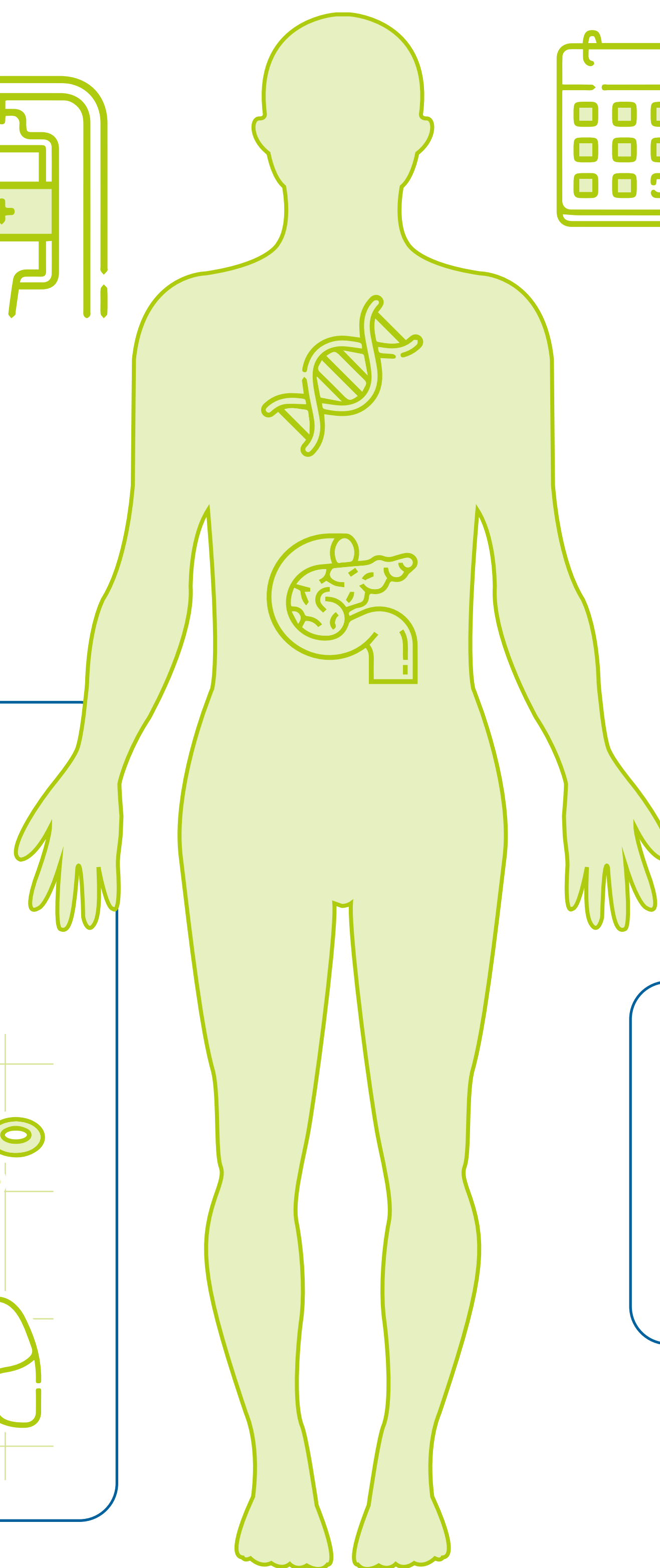
TIPO DE TUMOR Y ESTADIO

La probabilidad es mayor en **algunos tipos de cáncer** y en pacientes en **estadios avanzados**²



HISTOLOGÍA Y MUTACIONES

La probabilidad es mayor para algunos **subtipos histológicos** y **mutaciones concretas**³



*Aflibercept, bevacizumab, capecitabina, carfilzomib, crizotinib, inhibidores BCR-ABL (ponatinib), inhibidores EGFR (erlotinib), inhibidores MEK (trametinib, binimetinib), inhibidores m-TOR (everolimus, temsirolimus), inhibidores de VEGF (axitinib, sorafenib, sunitinib, pazopanib, regorafenib, cabozantinib, vandetanib, lenvatinib), inmunomoduladores, paclitaxel.¹

EVTE: enfermedad venosa tromboembólica.

1. Herrmann J, Lenihan D, Armenian S, et al. Defining cardiovascular toxicities of cancer therapies: an International Cardio-Oncology Society (IC-OS) consensus statement. Eur Heart J. 2022;43(4):280-299. 2. Chew HK, WunT, Harvey D, Zhou H, White RH. Incidence of venous thromboembolism and its effect on survival among patients with common cancers. Arch Intern Med. 2006;166(4):458-464. 3. Lyman GH. Venous thromboembolism in the patient with cancer: focus on burden of disease and benefits of thromboprophylaxis. Cancer.2011;117(7):1334-1349.

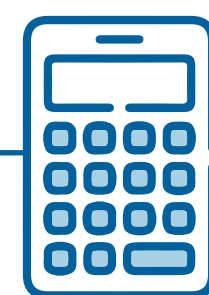
SCORES DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE EVTE

Se han propuesto diferentes scores para la **valoración del riesgo trombótico en el paciente oncológico** de entre los que destacan el **Khorana**, por ser el más validado y recomendado por las Guías Clínicas, y el **Score de Viena**, por su sencillez.¹⁻⁵

KHORANA⁶

Tumores de muy alto riesgo (estomago o páncreas)	+2 puntos
Tumores de alto riesgo (pulmón, linfoma, ginecológicos, vejiga o testicular)	+1 puntos
Recuento de plaquetas previo a la quimioterapia de $\geq 350 \times 10^3/\mu\text{L}$	+1 puntos
Nivel de hemoglobina previo a la quimioterapia de $< 10\text{g/dL}$ o uso de factores de crecimiento de glóbulos rojos	+1 puntos
Recuento de leucocitos previo a la quimioterapia de $> 11 \times 10^3/\mu\text{L}$	+1 puntos
IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$	+1 puntos

1 – 2 puntos: riesgo intermedio⁶ **≥ 3 puntos:** riesgo elevado⁶



CALCULADORA

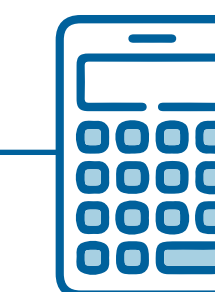
SCORE DE VIENA (tumores sólidos)³

Valores de D-dimero (ng/ml)

Riesgo en función de la localización del tumor



Estimación del riesgo acumulado en 6 meses³



CALCULADORA

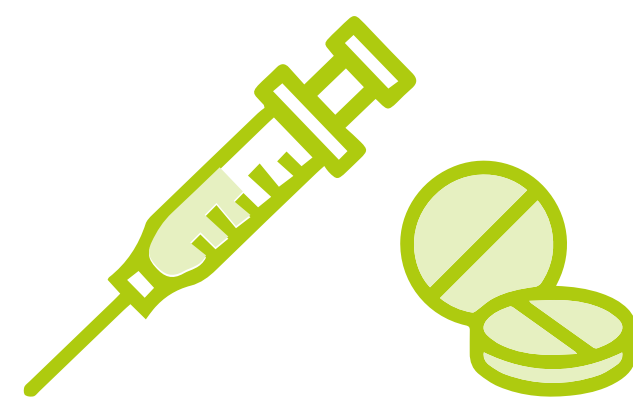
EVTE: enfermedad venosa tromboembólica; IMC: índice de masa corporal

1. Cella CA, Di Minno G, Carlomagno C, et al. Preventing Venous Thromboembolism in Ambulatory Cancer Patients: The ONKOTEV Study. *Oncologist*. 2017;22(5):601-608. 2. Spyropoulos AC, Eldredge JB, Anand LN, et al. External Validation of a Venous Thromboembolic Risk Score for Cancer Outpatients with Solid Tumors: The COMPASS-CAT Venous Thromboembolism Risk Assessment Model. *Oncologist*. 2020;25(7):e1083-e1090. 3. Pabinger I, van Es N, Heinze G, et al. A clinical prediction model for cancer-associated venous thromboembolism: a development and validation study in two independent prospective cohorts. *Lancet Haematol*. 2018;5(7):e289-e298. 4. Abdel-Razeq H, Ma'koseh M, Mansour A, et al. The Application of the ThroLy Risk Assessment Model to Predict Venous Thromboembolism in Patients with Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2021;27:10760296211045908. 5. Muñoz Martín AJ, Ortega I, Font C, et al. Multivariable clinical-genetic risk model for predicting venous thromboembolic events in patients with cancer. *Br J Cancer*. 2018;118(8):1056-1061. 6. Mulder FI, Candeloro M, Kamphuisen PW, et al. The Khorana score for prediction of venous thromboembolism in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Haematologica*. 2019;104(6):1277-1287.

RECOMENDACIONES PARA LA ANTICOAGULACIÓN

Se recomienda la evaluación del riesgo trombótico con un score apropiado en los pacientes con cáncer cuando se inicia un nuevo tratamiento sistémico y durante la evolución del tratamiento y la enfermedad.¹

PROFILAXIS



HBPM o ACODs

En pacientes ambulatorios con **riesgo alto*** considerar la **tromboprofilaxis** con HBPM o ACODs durante **al menos 12 semanas**¹



Educación del paciente

Discutir con el paciente la **indicación de la tromboprofilaxis** y sus potenciales **riesgos y beneficios**¹

Educar al paciente respecto al TEV, incluyendo los factores de riesgo y los síntomas iniciales¹

TRATAMIENTO



HBPM o ACODs

Tratamiento de elección¹



Si recurrencia

Aumentar dosis, cambiar de tratamiento o añadir un **filtro de vena cava** (sin eliminar la anticoagulación)¹



Conclusiones de un **metaanálisis** con 3.690 pacientes tratados con ACODs o HBPM para el tromboembolismo asociado al cáncer:²

*“El uso de **ACODs** podría ser una **opción de primera línea segura y eficaz** para el tratamiento de la trombosis asociada al cáncer en pacientes que no tienen un alto riesgo de sangrado”²*

*Riesgo alto: **cáncer de páncreas, CPCNP** con translocación de ROS-1 o ALK, o riesgo alto según alguno de los scores validados.¹

ACODs: anticoagulantes orales de acción directa; **CPCNP:** cáncer de pulmón de células no pequeñas; **HBPM:** heparina de bajo peso molecular; **TEV:** tromboembolismo venoso.

1. Muñoz Martín AJ, Gallardo Díaz E, García Escobar I, et al. SEOM clinical guideline of venous thromboembolism (VTE) and cancer (2019). Clin Transl Oncol. 2020;22(2):171-186. 2. Frere C, Farge D, Schrag D, et al. Direct oral anticoagulant versus low molecular weight heparin for the treatment of cancer-associated venous thromboembolism: 2022 updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Hematol Oncol. 2022 May 21;15(1):69.



RECOMENDACIONES EN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

TROMBOPROFILAXIS			TRATAMIENTO TEV		
ASH 2021	Tromboprofilaxis con ACODs en pacientes de alto riesgo (KHORANA ≥ 2) en tratamiento activo frente al cáncer y sin riesgo elevado de sangrado ¹⁻³	Pacientes de alto riesgo ACODs (apixaban o rivaroxaban) o HBPM ¹ pacientes de riesgo intermedio ACODs (apixaban o rivaroxaban) o no iniciar un tratamiento ¹	ASH 2021	ACODs o HBPM para el tratamiento del TEV en pacientes con cáncer ¹⁻⁵	A corto plazo (3 – 6 meses) mejor ACODs que HBPM o AVK ¹ Considerar la anticoagulación durante un periodo indefinido o hasta que el cáncer se cure ¹
ASCO 2019		Apixaban rivaroxaban (evidencia intermedia-alta) y HBPM (evidencia intermedia) ²	ASCO 2019		HBPM, edoxaban o rivaroxaban durante al menos 6 meses ²
ITAC-CME 2022		Profilaxis primaria con ACODs (rivaroxaban o apixaban) en pacientes ambulatorios con tratamiento oncológico sistémico y riesgo intermedio-alto de TEV sin sangrado activo y sin riesgo elevado de sangrado ³	ITAC-CME 2022		Sin alto riesgo de sangrado GI/GU, rivaroxabán o apixabán (en los primeros 10 días), o edoxabán (después de > 5 días HBPM) para el tratamiento inicial de TEV en pacientes con cáncer cuando el aclaramiento de creatinina es ≥30 ml/min (grado 1A) ³
			ESC 2022 Guías en Cardio-Oncología		TEP - HBPM subcutánea ajustada por peso para los 6 primeros meses ⁴ Apixabán, edoxabán o rivaroxabán* están recomendados para el tratamiento de la TEV sintomática o incidental en pacientes con cáncer sin contraindicaciones ^{#4} Las HBPM se recomiendan para el tratamiento de TEV sintomático o incidental en pacientes con cáncer con recuento de plaquetas >50 000/ μ L ⁴
			ISTH 2018		La HBPM es una alternativa aceptable ⁵

* Los medicamentos se enumeran en orden alfabético. # Alto riesgo de hemorragia GI o GU, problemas de absorción GI, interacciones farmacológicas significativas, disfunción renal grave (CrCl, 15 ml/min), enfermedad hepática significativa (alanina aminotransferasa/aspartato aminotransferasa.2xULN), o trombocitopenia significativa (recuento de plaquetas, 50 000/ μ l). Además, los pacientes con tumores cerebrales primarios o metástasis cerebrales y leucemia aguda fueron excluidos del ensayo seminal de apixabán.⁴

ACODs: anticoagulantes orales de acción directa; AVK: antivitamina K; GI: gastrointestinal; GU: genitourinario; HBPM: heparina de bajo peso molecular; TEP: tromboembolismo pulmonar; TEV: tromboembolismo venoso.

1. Lyman GH, Carrier M, Ay C, et al. American Society of Hematology 2021 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention and treatment in patients with cancer. Blood Adv. 2021;5(4):927-974. 2. Key NS, Khorana AA, Kuderer NM, et al. Venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2020;38(5):496-520. 3. Farge D, Frere C, Connors JM, et al. 2022 international clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer, including patients with COVID-19. Lancet Oncol. 2022;23(7):e334-e347. 4. Lyon AR, López-Fernández T, Couch LS, et al. 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS). Eur Heart J. 2022;ehac244. 5. Khorana AA, Noble S, Lee AYY, et al. Role of direct oral anticoagulants in the treatment of cancer-associated venous thromboembolism: guidance from the SSC of the ISTH. J Thromb Haemost. 2018;16(9):1891-1894.





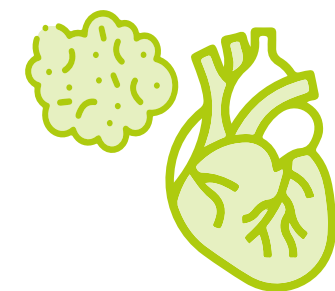
CÁNCER Y FIBRILACIÓN AURICULAR (FA)

↑ incidencia

La incidencia de la FA es mayor entre los pacientes con cáncer¹⁻³



Factores asociados al cáncer que aumentan el riesgo de sufrir FA²



▷ Tumores situados **cerca del corazón** (pueden afectar directamente a la estructura cardiaca)



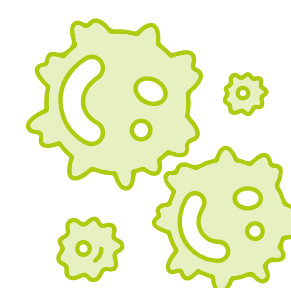
▷ **Manifestaciones paraneoplásicas** (por ejemplo, el hipertiroidismo que se asocia a taquiarritmias y fenómenos de autoinmunidad)



▷ **Dolor, estrés físico y estrés emocional**



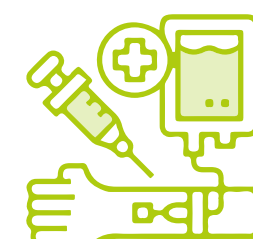
▷ **Inflamación** sistémica



▷ **Comorbilidades** (pueden provocar hipoxia, alteraciones electrolíticas y metabólicas)



▷ **Cirugía oncológica**



▷ **Tratamientos oncológicos**



▷ **Problemas cardiovasculares** previos al cáncer o de nueva aparición

FA: fibrilación auricular.

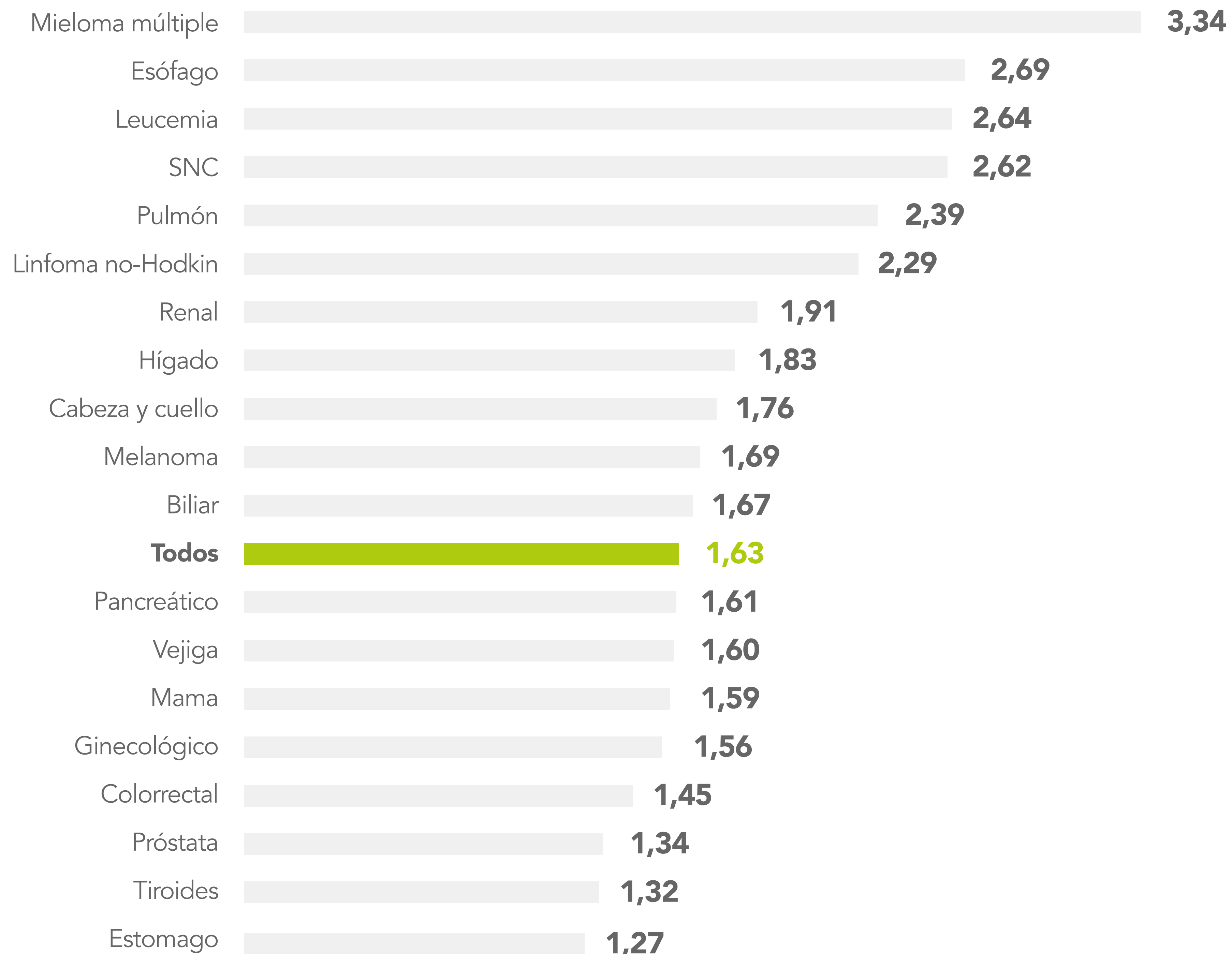
1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur Heart J. 2021;42(5):373-498. 2. Yuan M, Zhang Z, Tse G, et al. Association of Cancer and the Risk of Developing Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cardiol Res Pract. 2019;2019:8985273. 3. Farmakis D, Parissis J, Filippatos G. Insights into onco-cardiology: atrial fibrillation in cancer. J Am Coll Cardiol. 2014;63(10):945-953.



RIESGO DE FA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TUMOR

COCIENTE DE RIESGO FRENTE A PACIENTES SIN CÁNCER*¹

* Ajustado por edad, sexo, consumo de tabaco, consumo de bebida, práctica de ejercicio regular, nivel socioeconómico, diabetes, hipertensión, dislipemia, IMC y ERC¹



ERC: enfermedad renal crónica; IMC: índice de masa corporal.

1. Yun JP, Choi EK, Han KD, et al. Risk of Atrial Fibrillation According to Cancer Type: A Nationwide Population-Based Study. JACC CardioOncol. 2021;3(2):221-232.





FACTORES DE RIESGO HEMORRÁGICO Y EMBÓLICO

En los pacientes con cáncer existen una serie de **factores modificadores del riesgo** que se deben tener en cuenta a la hora de valorar el riesgo trombótico o hemorrágico del paciente¹

Factores modificadores que condicionan alto riesgo HEMORRÁGICO

COMORBILIDADES

- ▷ TFG (<30ml/min)
- ▷ Hemodialisis
- ▷ Lesiones activas de mucosa GI (úlceras duodenales, gastritis, esofagitis, colitis)
- ▷ Trombocitopenia/Disfunción plaquetaria severa
- ▷ Coagulación intravascular diseminada
- ▷ Aplasia medular

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

LOCALIZACIÓN DEL TUMOR

- ▷ Neoplasia/metástasis intracraneal
- ▷ Neoplasia GI/GU no intervenida

ESTADIO DEL TUMOR

- ▷ Infiltración vascular (renal, melanoma en fases avanzadas)

DATOS DE ALARMA DURANTE LA MONITORIZACIÓN QUE AUMENTAN RH:

- ▷ Hemorragia activa
- ▷ Toxicidad GI (grado 3-4)
- ▷ <50000 plaquetas
- ▷ Necesidad de antiagregantes
- ▷ Deterioro de función renal con FG<30ml/min

CONTROL DE FACTORES DE RIESGO HEMORRÁGICO MODIFICABLES:

- ▷ Evitar el alcohol / tabaco
- ▷ Reducir el uso de antiagregante plaquetario evaluar su suspensión
- ▷ Control adecuado de la presión arterial
- ▷ Evitar fármacos nefrotóxicos o hepatotóxicos

TRATAMIENTO QUE AUMENTAN EL RIESGO HEMORRÁGICO

Factores modificadores que condicionan alto riesgo EMBÓLICO

COMORBILIDADES

- ▷ Proteinuria (>150mg/24h)
- ▷ TFG (<45ml/min)
- ▷ Obesidad (IMC ≥30)

ALTERACIONES EN ESTUDIOS DE IMAGEN CARDIACA O BIOMARCADORES en pacientes con FANV

- ▷ Aurícula izquierda severamente dilatada
- ▷ Elevación de NT-proBNP
- ▷ Onda P anormal en ECG

LOCALIZACIÓN DEL TUMOR

- ▷ Páncreas
- ▷ Gástrico
- ▷ Ovario
- ▷ Cerebro
- ▷ Pulmón
- ▷ MM

ESTADIO DEL TUMOR

- ▷ Enfermedad avanzada o metastásica

FAVORECER ANTICOAGULACIÓN EN AUSENCIA DE RH ALTO SI:

- ▷ Edad >65 años
- ▷ DM tipo II
- ▷ FA persistente o permanente

TRATAMIENTO QUE AUMENTAN EL RIESGO HEMORRÁGICO

Extraído de Protocolos de anticoagulación en pacientes con cáncer activo. Anticoagulación en cardiooncología 2020.

DM: diabetes mellitus; FANV: fibrilación auricular no valvular; ECG: electrocardiograma; FG: filtrado glomerular; GI: gastrointestinal; IMC: índice de masa corporal; RH: riesgo hemorrágico; TFG: tasa de filtrado glomerular.

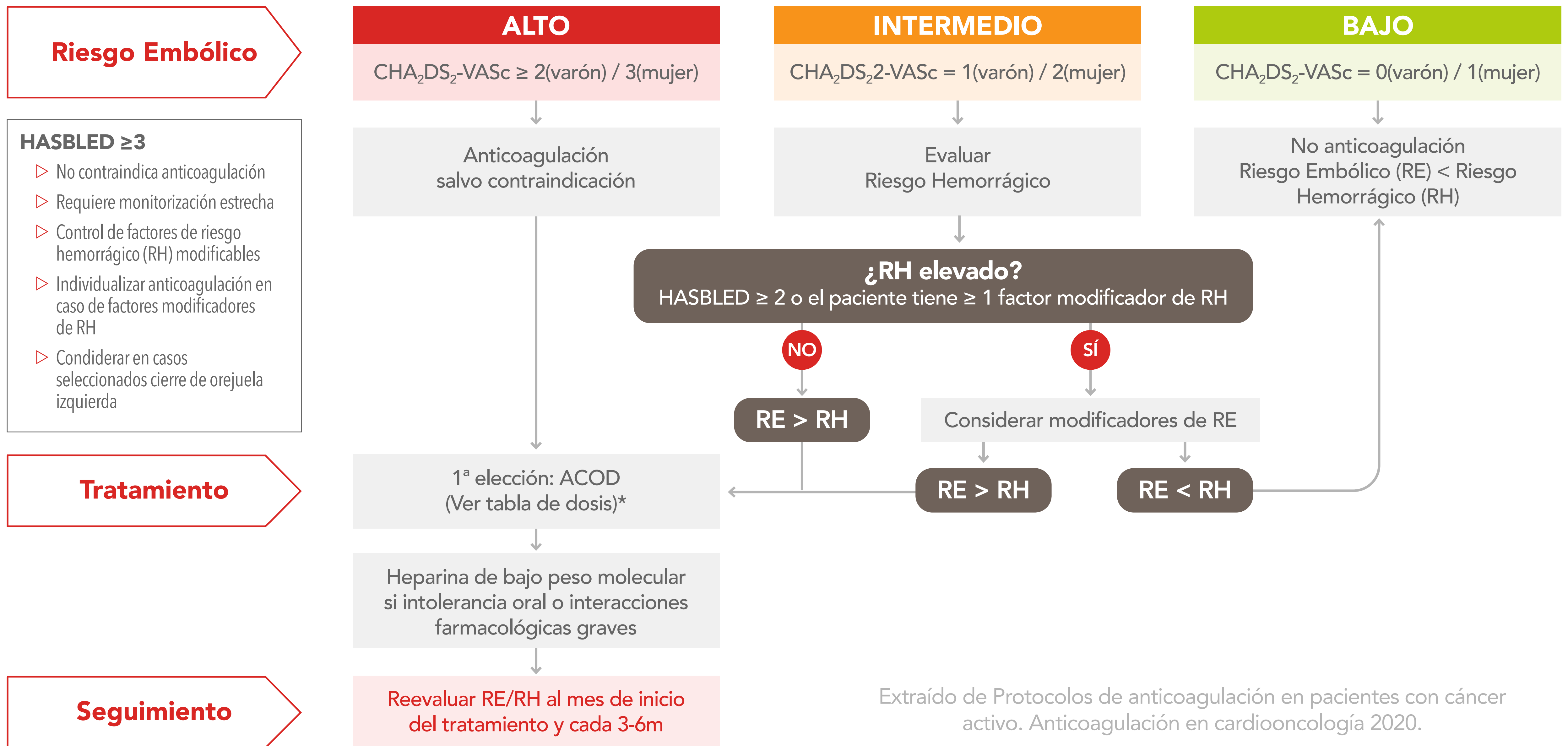
1. López-Fernández T, Martínez V, Martín García A. Protocolos de anticoagulación en pacientes con cáncer activo. Anticoagulación en cardiooncología 2020. Disponible en: https://secardiologia.es/images/grupos-trabajo/cardio-oncologia/ALGORITMO_II.pdf. Último acceso: mayo 2022.





ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER Y FA NO VALVULAR

Para valorar el riesgo trombótico y hemorrágico en pacientes con cáncer se pueden usar las **escalas clásicas** (CHA₂DS₂-VASc Y HAS-BLED), pero teniendo en cuenta que su **riesgo trombótico es más elevado que en la población general incluso cuando el CHA₂DS₂-VASc es de 0 o 1**, motivo por el cual el Grupo de Cardio-Onco-Hematología ha desarrollado el siguiente **algoritmo**:¹⁻³



* En pacientes que no presentan una prótesis cardiaca mecánica ni estenosis mitral moderada o grave.

ACOD: anticoagulantes orales de acción directa; FA: fibrilación auricular; RE: riesgo embólico; RH: riesgo hemorrágico.

1. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. 2016;37(38):2893-2962. 2. D'Souza M, Carlson N, Fosbøl E, et al. CHA₂DS₂-VASc score and risk of thromboembolism and bleeding in patients with atrial fibrillation and recent cancer. Eur J Prev Cardiol. 2018;25(6):651-658. 3. López-Fernández T, Martínez V, Martín García A. Protocolos de anticoagulación en pacientes con cáncer activo. Anticoagulación en cardiooncología 2020. Disponible en: https://secardiologia.es/images/grupos-trabajo/cardio-oncologia/ALGORITMO_II.pdf. Último acceso: mayo 2022.



BARRERAS QUE DIFICULTAN LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

DEL RIESGO DE TROMBOSIS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO



COMUNICAR LOS RIESGOS NO ES ALGO SENCILLO

La comunicación del riesgo supone un reto para los doctores e implica tener en cuenta y superar las siguientes limitaciones o barreras:¹

BARRERAS DE LOS PACIENTES



No se centran en los detalles

Los pacientes toman decisiones en base a los mensajes principales.



Decisiones emocionales

Los pacientes toman decisiones mayoritariamente en base a emociones y no en base a argumentos racionales.



Precisan confianza

Los pacientes necesitan ser escuchados y sentir afecto para confiar en lo que el médico les intenta transmitir.



El momento y la persona

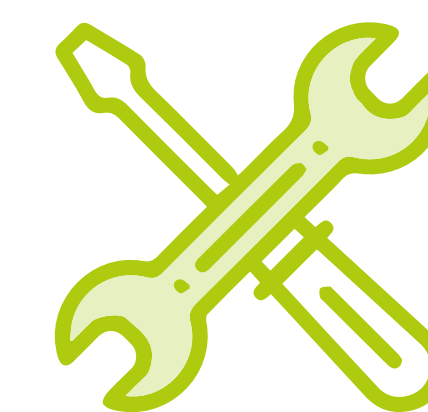
No todos los pacientes tienen la misma capacidad de comprensión, y en determinados momentos emocionales la comunicación no puede ser efectiva.

BARRERAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS



Falta formación

Los doctores no saben cómo comunicar los riesgos de forma efectiva



Faltan herramientas

Los doctores no disponen de herramientas que faciliten la comunicación del riesgo

1. Paling J. Strategies to help patients understand risks. BMJ. 2003;327(7417):745-748. 2. Alaszewski A, Horlick-Jones T. How can doctors communicate information about risk more effectively?. BMJ. 2003;327(7417):728-731.



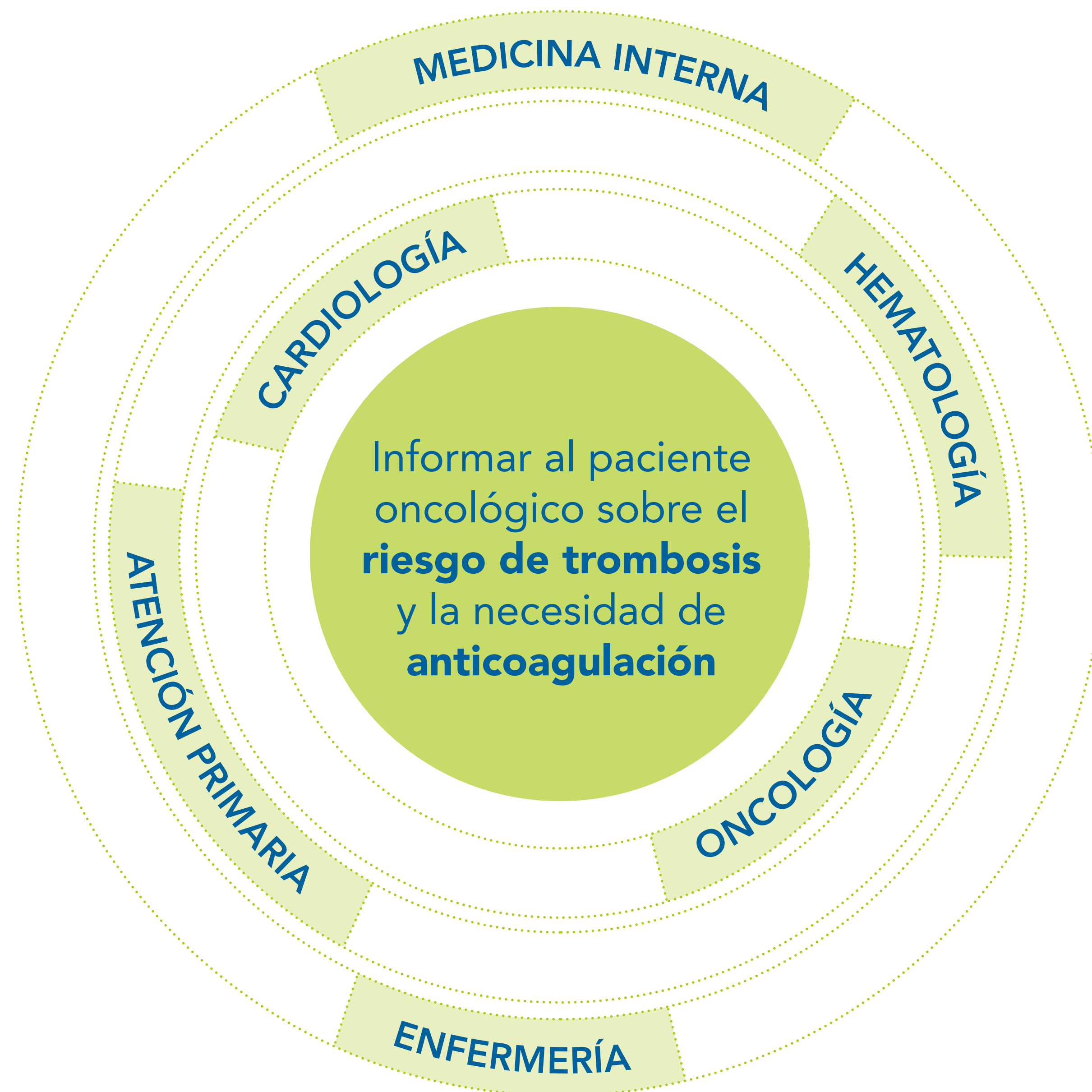
ESTRATEGIAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA

DEL RIESGO DE TROMBOSIS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO



MANEJO MULTIDISCIPLINAR

El manejo del riesgo de EVTE y la FA en el paciente con cáncer requiere de la **colaboración y comunicación entre diferentes especialidades**¹



TAREAS A SEGUIR:

- ▶ Identificar al paciente que precisa anticoagulación
- ▶ Valorar el beneficio/riesgo de la anticoagulación en función de las comorbilidades
- ▶ Valorar si el paciente está bien controlado
- ▶ Evaluar los niveles de ACODs en sangre si hay sospechas de interacción
- ▶ Proporcionar información y teléfonos de contacto a los pacientes para hacer frente a posibles hemorragias
- ▶ Valorar si existen contraindicaciones antes del inicio del tratamiento anticoagulante

ACODs: anticoagulantes orales de acción directa; EVTE: enfermedad venosa tromboembólica; FA: fibrilación auricular.

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur Heart J. 2021;42(5):373-498.

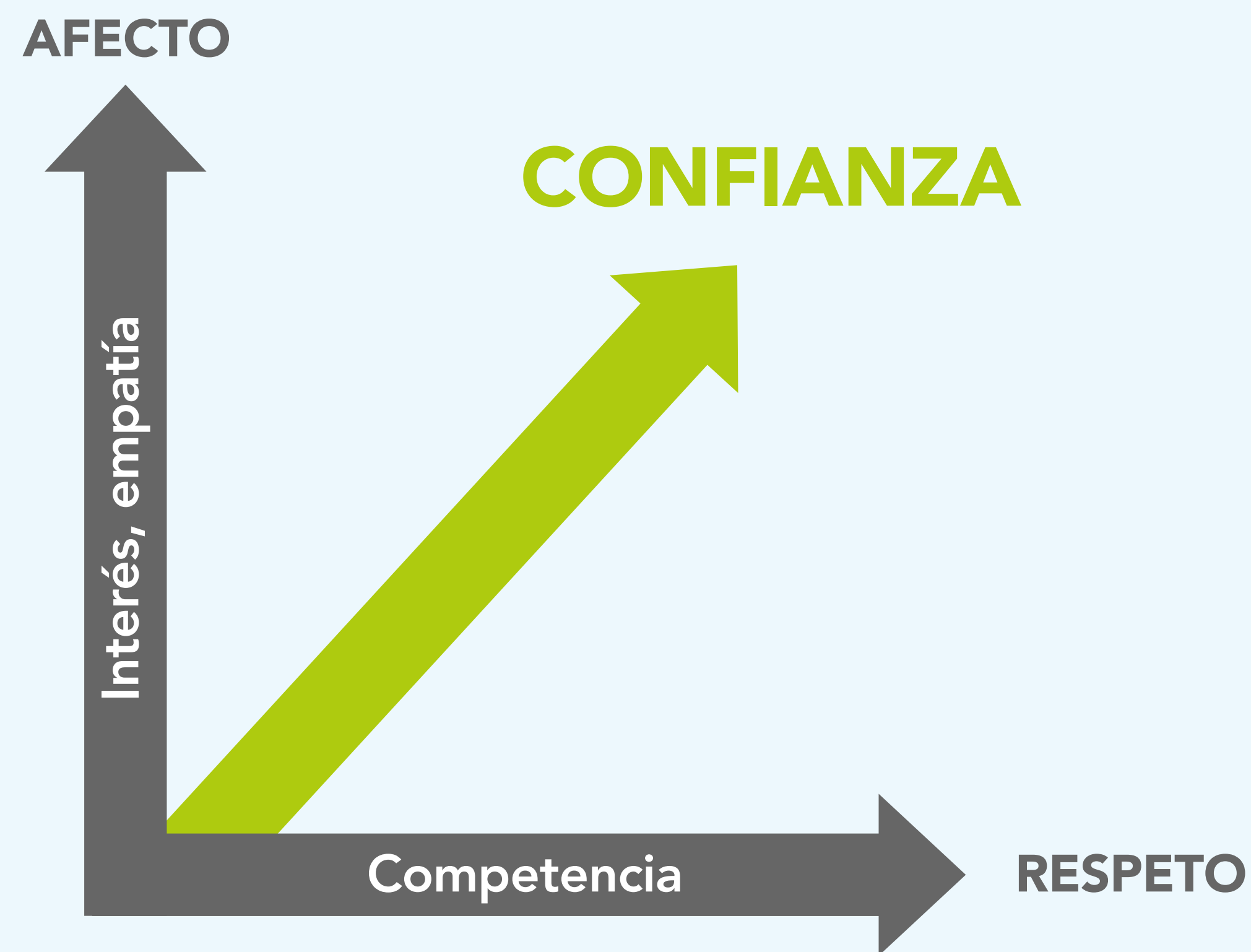




LA CONFIANZA COMO BASE PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA MÉDICO-PACIENTE

Las **emociones y sentimientos prevalecen sobre el sistema racional de nuestro cerebro**, por lo que es fundamental tenerlos en cuenta para una comunicación efectiva¹

La confianza en la relación médico-paciente es el resultado de la **combinación entre interés/empatía y competencia**²



Aspectos más valorados por los pacientes



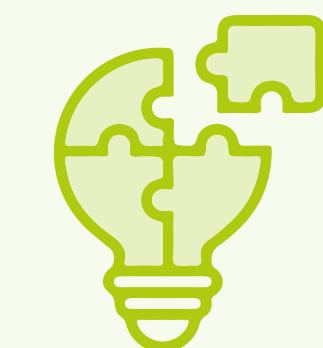
Ser escuchados³



Recibir **información e instrucciones claras** respecto a su condición²



Ser tratados con **empatía**²



Posibilidad de **resolver sus dudas**²



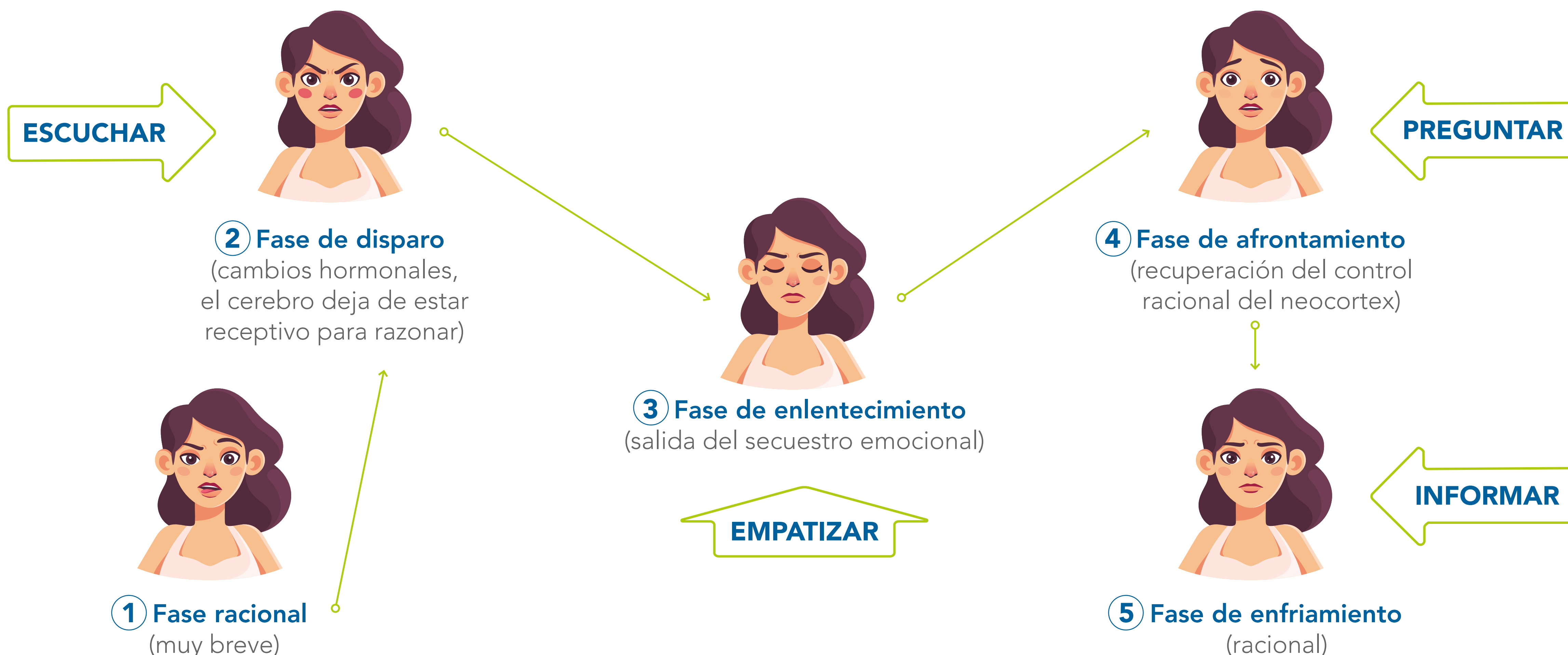
1. Alaszewski A, Horlick-Jones T. How can doctors communicate information about risk more effectively?. BMJ. 2003;327(7417):728-731. 2. Paling J. Strategies to help patients understand risks. BMJ. 2003;327(7417):745-748. 3. Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Angel Pérula De Torres L, Jaramillo-Martín I. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas?. Rev Calid Asist. 2008;23(2):45-51.

ELECCIÓN DEL MOMENTO ADECUADO PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA

Tras recibir una noticia negativa el paciente puede experimentar cambios emocionales que condicionan su capacidad para comprender la información que se les transmite, por ello es fundamental elegir el momento adecuado para la comunicación

CURVA DE HOSTILIDAD¹

Tras la mala noticia se puede producir una situación de **enfado o frustración**, que hay que saber manejar y esperar a que el paciente se calme para transmitir la información¹



1. Allaire B, McNeil R. Teaching Patient Relations in Hospitals: The Hows and Whys. Health Forum, 1983.



HERRAMIENTAS QUE PUEDEN AYUDAR EN LA COMUNICACIÓN

Para una comunicación efectiva se debería **tratar a los pacientes de igual a igual, adaptando el mensaje** a su nivel de conocimiento y **haciéndoles partícipes en la toma de decisiones**^{1,2}



GUÍAS y CHECKLIST³

Tanto para los **pacientes** como para los **profesionales sanitarios**.

- ▷ Información sobre la **patología, aspectos a abordar en la consulta**, etc.
- ▷ En **soporte físico** (para que el paciente pueda llevárselos a casa y apuntar sus dudas)

HISTORIA CLÍNICA

Para mejorar la comunicación entre especialidades sería útil **incluir información sobre el riesgo de TEV en la historia clínica**.

AYUDAS VISUALES¹

Por ejemplo, para explicar los **riesgos y los beneficios** de los tratamientos anticoagulantes





CONSEJOS QUE PUEDEN AYUDAR EN LA COMUNICACIÓN DE LOS RIESGOS



Comunicar el riesgo con una perspectiva positiva¹

Decir que 97 de cada 100 pacientes no presentan eventos adversos es percibido de una forma más positiva que si decimos que aparecen eventos adversos en 3 de cada 100¹

1
de cada
1.000



Usar números absolutos¹

Evitar los ratios y los porcentajes, que pueden ser difíciles de interpretar¹



Comparar el riesgo con situaciones cotidianas¹

Los pacientes pueden interpretar con mayor facilidad un riesgo si se compara, por ejemplo, con la probabilidad de ganar la lotería o de que les caiga un rayo¹



Adaptar la información²

Tener en cuenta la información de partida y la experiencia previa del paciente²



COMUNICACIÓN EFECTIVA

del riesgo trombótico en el paciente oncológico
