
Com comunicar riscos

PID_00255170

Xavier Calvet

Temps mínim de dedicació recomanat: 1 hora



Índex

Introducció.....	5
1. Avaluació dels riscos: esteu segurs que enteneu adequadament riscos i beneficis?.....	7
2. Comunicació de riscos.....	15

Introducció

La nostra capacitat innata per a valorar el risc està esbiaixada. Les persones tendim a sobrevalorar els riscos extrems o molt inusuals (ens espanta pujar a un avió, tenim por dels llampecs durant una tempesta) i infravalorem riscos quotidians molt més grans (per exemple, qui de vosaltres té por d'anar amb moto?). També tendim a fer més cas del risc de complicació d'un tractament que dels seus beneficis (el risc de no fer tractament). En aquest breu capítol, doncs, intentarem que aprengueu a avaluar el risc, que entengueu els biaixos més freqüents, i que sigueu capaços de transmetre els riscos de manera adequada (ni menys ni més) tant als vostres pacients com als professionals de la salut. Per a fer-ho, seguint Gerd Gigerenzer (2015), posarem exemples del cribratge de càncer de mama o de pròstata.

Per altra banda, hem de ser competents en la comunicació de riscos. Per exemple, com explicaríeu els riscos de complicació d'una colangiografia retrograda endoscòpica a un pacient que ve a consultes amb una coledocolitiasi? Teniu l'obligació moral i legal d'explicar els riscos de l'exploració, però alhora no voleu que el pacient s'espanti i decideixi no fer-se una exploració que li evitarà els riscos d'una colangitis quasi segura. Us expliquem la manera de fer-ho.

1. Avaluació dels riscos: esteu segurs que enteneu adequadament riscos i beneficis?

Entenem bé els riscos?

Exercici

Comencem amb un petit exercici per veure si valoreu adequadament els riscos:

Una dona de 50 anys, sense símptomes, participa en la detecció de mamografia rutinària. La mamografia mostra una imatge sospitosa. Ella està espantada i vol que li digueu si té càncer de mama segur o quines són les possibilitats. A part dels resultats de la mamografia, no sabeu res més sobre aquesta dona. Quantes dones que tenen una prova positiva tenen càncer de mama? Escolliu una de les següents:

- 9 de cada 10.
- 8 de cada 10.
- 1 de cada 10.
- 1 de cada 100.

No ho sabeu? No passa res. Ara us donarem la informació que us falta per respondre la pregunta sobre les possibilitats de càncer després d'una prova positiva:

a) La probabilitat que una dona d'entre 50 i 60 anys tingui càncer de mama és de l'1%(prevalença).

b) Si una dona té càncer de mama, la probabilitat que la mamografia la detecti és del 90% (sensibilitat).

c) Si una dona no té càncer de mama, la probabilitat que, tot i així, la mamografia trobi una lesió sospitosa (falsa alarma) és del 9%. O, dit d'un altra manera, l'especificitat de la mamografia és del 91%.

Més bé, ara? Si no hi heu encertat encara, esteu com aproximadament el 80% dels ginecòlegs. No us preocupeu.

I si us ho explico d'una manera millor, utilitzant riscos absoluts i freqüències naturals?

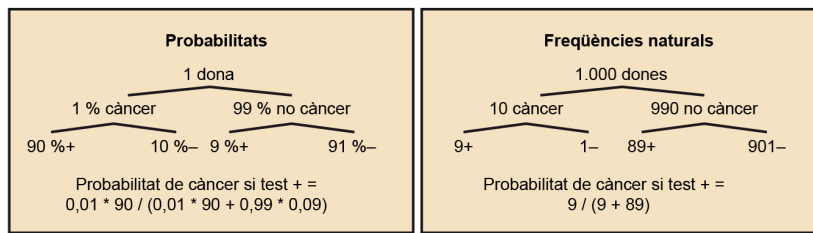
a) S'espera que 10 de cada 1000 dones tinguin càncer de mama.

b) D'aquestes 10 dones amb càncer de mama, 9 tindran una prova positiva.

c) De les 990 dones sense càncer de mama, n'hi haurà 89 que, no obstant això, tindran també una prova positiva.

La resposta és, per tant, que, de cada 98 pacients amb una mamografia sospitosa, només 9 tindran realment un càncer, és a dir, una dona de cada 10 aproximadament (figura 1).

Figura 1. Càlcul del risc que una dona amb una mamografia positiva tingui un càncer de mama, utilitzant percentatges o freqüències naturals.



Aquest exercici us pot servir per a avaluar la vostra capacitat de valorar una prova. Si l'heu encertat a la primera, és probable que no necessiteu llegir aquest capítol ni estudiar ginecologia. Si no, ja heu après la primera lliçó: no digueu mai «un 2% dels pacients a qui fem una colangiografia retrograda fan una pancreatitis», digueu «dos de cada cent pacients que reben aquesta prova presenten com a complicació una inflamació del pàncreas». A més, ho podríeu explicar seguint el mateix mètode: «La pancreatitis és greu en un de cada deu casos. De les complicacions de la prova es mor un de cada deu mil pacients que la reben, que és menys del risc de mort cada any que te vosté per accident de tràfic».

Per tant, si voleu entendre i explicar bé els riscos, **avalueu sempre els riscos absoluts**, no els relatius, i utilitzeu sempre **freqüències naturals** (dos de cada cent, un de cada mil, 8 de cada deu mil,...) enlloc de percentatges.

Exercici

Abans de continuar us proposo un altre petit exercici que ens servirà d'exemple.

Al voltant de l'1% dels nadons de mares de 35 anys tenen síndrome de Down. Si el bebè té síndrome de Down, hi ha una probabilitat del 90% que el resultat de la prova de cribratge no invasiu (ECO i anàlisi) sigui positiu. Si el nadó no està afectat, encara hi ha una probabilitat del 5% que el resultat de la prova sigui positiu.

- Poseu aquestes dades en freqüències naturals.
- Quina probabilitat té un nadó de tenir síndrome de Down si el cribratge és positiu?
- Feu-ne gràfics, com a la figura 1.

Per a estudiar els biaixos més freqüents farem servir el cribratge de càncer, que és una activitat mèdica tremendament sobrevalorada. Posarem com a exemple el càncer de pròstata. Rudy Giuliani, alcalde de Nova York va ser intervingut d'una neoplàsia de pròstata detectada per cribratge. Durant un anunci de la campanya electoral de 2007 deia:

«I had prostate cancer, five, six years ago. My chance of surviving prostate cancer –and thank God, I was cured of it– in the United States? Eighty-two percent. My chance of surviving prostate cancer in England? Only 44 percent under socialized medicine».

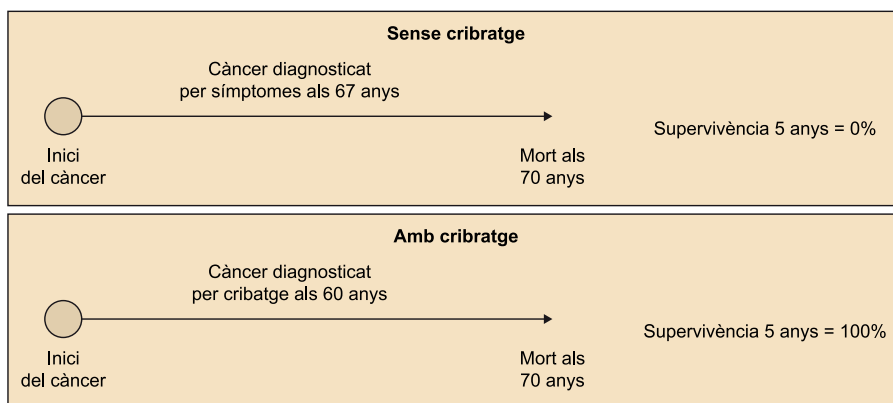
Creieu que és veritat?

Les dades que Giuliani presentava eren veritat: la supervivència als 5 anys dels càncers de pròstata detectats per cribratge són del 82%. La supervivència als 5 anys al Regne Unit, on NICE recomana en contra del cribratge amb PSA, és del 44%. La mortalitat per càncer de pròstata, però, és la mateixa als Estats Units i a Anglaterra. Com ho expliquem això? Per què el NHS anglès no només no recomana, sinó que recomana en contra del cribratge de càncer de pròstata?

Aquí hem de parlar de dos biaixos greus que pateixen els estudis de cribratge: el **biaix de temps afegit** (*lead time bias*) i el **biaix de sobrediagnòstic**.

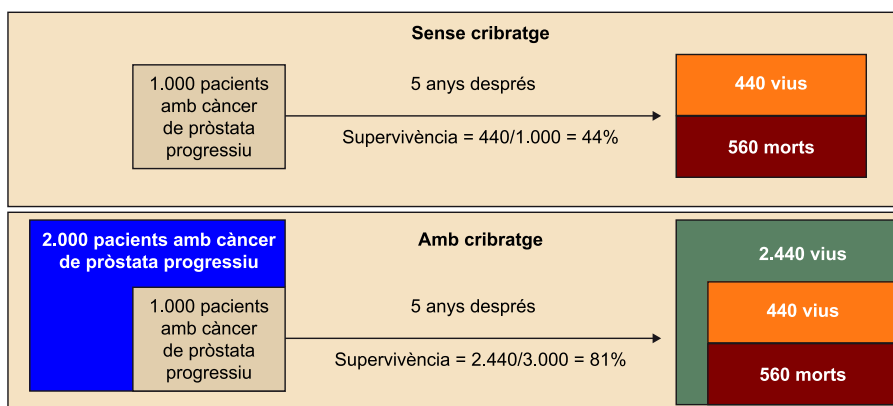
Imagineu dos grups de pacients. En un cas, els pacients americans, que es detecten per cribratge amb PSA, s'operen del càncer de pròstata. En l'altre, els pacients anglesos, que es diagnostiquen per símptomes a l'edat de 67 a. Tots dos grups moren als 70 anys, bé de càncer de pròstata, bé d'altres causes. Malgrat que tots els individus moren a la mateixa edat, la supervivència als 5 anys **dels pacients amb càncer** és del 100% al primer grup i del 0% al segon (figura 2).

Figura 2. *Lead time bias*



Com probablement ja sabeu, el càncer de pròstata asimptomàtic i no evolutiu és molt freqüent. Un de cada 5 homes entre 50 i 60 anys té un càncer de pròstata. A partir dels 80 anys, quatre de cada cinc homes tenen càncer. Evidentment, molts d'aquests càncers no són, o són tan lentament progressius que mai donaran símptomes. Tanmateix, sí que són detectables per cribratge. Per tant, si fem cribratge estarem detectant (i tractant innecessàriament) tots aquests càncers no progressius. Com veieu a la figura 3, això infla les taxes de supervivència sense que de fet hi hagi cap mena d'efecte sobre la mortalitat.

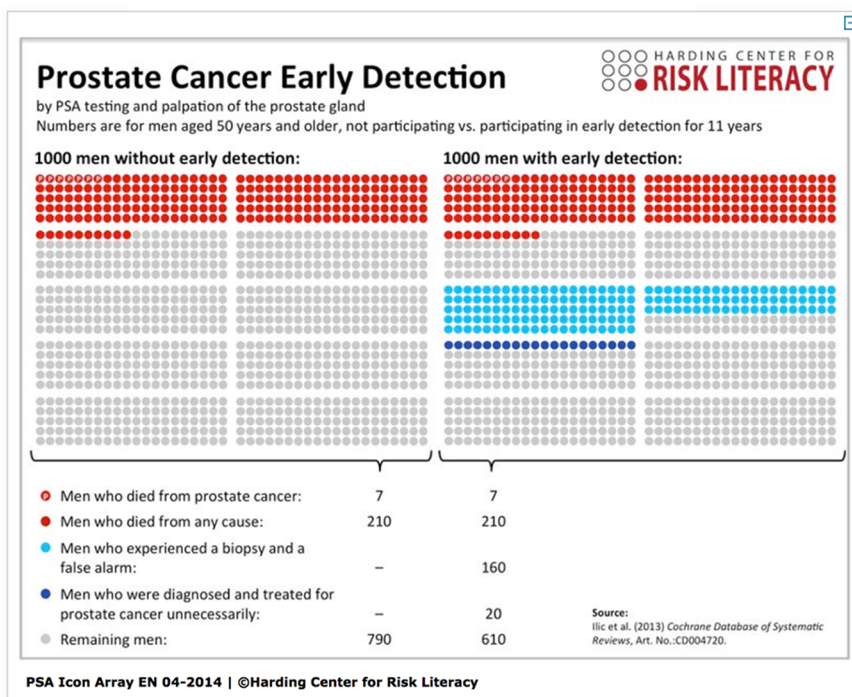
Figura 3. Efecte de la detecció dels càncers no progressius per cribratge en la supervivència del càncer



De fet, els números reals de la utilitat del càncer de pròstata els podeu veure a la figura 4 o, en un format encara més visual tret del llibre de Gerd Gigerenzer (2015), a la figura 5.

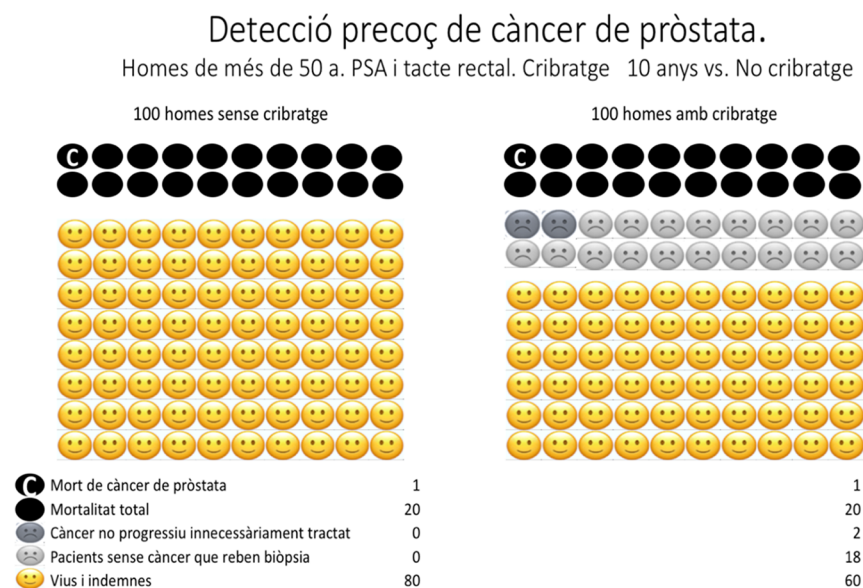
Donem accessibilitat e les diapositives de les figures per tal que pugueu fer servir les figures per fer els vostres per la prova d'avaluació (veure l'arxiu adjunt: «Risc»). Com veieu, la mortalitat per càncer i la mortalitat global són exactament les mateixes amb cribratge o sense. A més, a gairebé 200 individus se'ls diu que poden tenir càncer i se'ls fa una biòpsia (dolorosa i amb risc de sèpsia i hemorràgia) i fins a 20 individus de cada 1000 s'operen d'un càncer que mai els hagués donat símptomes. Recordeu que les taxes d'incontinència i disfunció sexual post-radioteràpia o cirurgia són aproximadament del 60%? Amb aquestes dades, què li direu al vostre pare si us pregunta si s'ha de fer un PSA?

Figura 4. Eficàcia i risc del cribratge del càncer de pròstata



Font: https://www.harding-center.mpg.de/system/files/imagecache/maximal/iconarray_psa_04-2014_en.jpg.

Figura 5. Eficàcia i risc del cribratge del càncer de pròstata. Representació gràfica «amiga»



Per tant, aquí teniu el segon punt clau: No demaneu per la supervivència del càncer. Demaneu per la mortalitat per càncer dels grups amb cribratge i grups sense cribratge i, preferentment, tingueu en compte la mortalitat global i no només la mortalitat per càncer.

Recordeu que molts pacients que moren de càncer moririen igualment d'altres comorbiditats, i la curació del càncer no té impacte en la seva supervivència. Per tant, no hem de reduir només la mortalitat per càncer, sinó que, preferiblement, hem de comprovar que això tingui un impacte en la mortalitat global.

Ara que ja hem introduït la comprensió del risc, farem algunes preguntes per veure fins a quin punt l'heu començat a entendre.

1) Dels següents, quins resultats demostrarien que una prova de cribratge del càncer «salva vides»? Pot haver-hi més d'una resposta vàlida.

a) Es detecten més càncers en poblacions sotmeses a cribratge que en poblacions no sotmeses a cribratge.

b) Els càncers detectats per cribratge tenen millors taxes de supervivència a cinc anys que els càncers detectats per símptomes.

c) En un estudi aleatoritzat, les taxes de mortalitat són més baixes entre les persones que reben cribratge que entre les persones que no en reben.

De les tres, només la tercera prova realment que el cribratge «salva vides». Si heu marcat també alguna de les altres dues respostes, no us preocupeu: en un estudi als EUA, un 47% dels metges va respondre que la primera provava

l'eficàcia del cribratge, un 76% van senyalar la segona, i un 82%, la tercera. Així, si heu contestat alguna de les altres dues, torneu enrere i repasseu els apartats del *lead time bias* i la detecció de neoplàsies no progressives.

Ara us proposaré tres afirmacions sobre programes de cribratge de tres càncers diferents. Pregunteu-vos amb quina força (mai, amb poca convicció, amb convicció, molt convençuda/t o sempre) recomanàrieu cribratge al vostre tiet/tieta –un individu sa de 55 anys– si us ho pregunta.

a) Càncer X: En un gran assaig en adults d'entre 50 i 69 anys es va observar que sense prova de cribratge la taxa de supervivència al càncer als cinc anys era del 68%, i que amb la prova de cribratge, del 99%.

b) Càncer Y: En un gran assaig en adults d'entre 50 i 69 anys es va observar que la prova de cribratge reduïa la mortalitat als 10 anys en un 20%


c) Càncer Z: En un gran assaig en adults d'entre 50 i 69 anys es va observar que sense prova de cribratge la mortalitat per càncer a 10 anys era del 2‰, i amb la prova de cribratge, de l'1,6‰.

De fet, suposo que ja sospiteu que la pregunta té trampa, i és cert. Les dades corresponen al mateix estudi sobre prevenció de càncer de mama. Pel que fa a la primera afirmació (a), ja hem vist que els càncers detectats per cribratge tenen una supervivència més llarga perquè es detecten abans dins la seva història natural i perquè un percentatge d'aquests són càncers no progressius. Per tant, aquesta afirmació no té perquè significar una disminució global de la mortalitat pel càncer. Hem de demanar mortalitat pel càncer a la població amb i sense cribratge, i no supervivència dels pacients amb càncer per poder saber si el cribratge és efectiu.

La segona afirmació (b) mostra per què hem de mirar els riscos relatius amb lupa i no hem d'utilitzar-los mai. El cribratge augmenta la supervivència en 0,4‰, és a dir, un 0,2 (0,4/2) o, el que és el mateix, un 20%. Aquest 20% ofereix una imatge completament irreal de l'efecte. Si us hi fixeu, tant si la mortalitat passa de 20 de cada 100 persones als deu anys a 16 de cada cent persones (una reducció important i clínicament molt significativa) com si passa de 20 de cada 10.000 a 16 de cada 10.000, la reducció del risc relatiu de mort seria del 20%. Per tant, compte! És possible que si us destaquen els riscos relatius, us estiguin intentant amagar la magnitud real de l'efecte.

Podeu veure les dades sobre el càncer de mama a la figura 6.

Figura 6. *Facts box* sobre beneficis i riscos de la prevenció del càncer de mama per mamografia. Les dades són molt pitjors en dones de menys de 50 anys.

Early detection of breast cancer by mammography screening			
Numbers for women aged 50 years or older* who either did or did not participate in mammography screening for approximately 11 years.			
	1,000 women without screening	1,000 women with screening	
Benefits			
How many women died from breast cancer?	5	4	
How many women died from all types of cancer?		22 no difference	
Harms			
How many women experienced false alarms and had additional testing or tissue removed (biopsy)?	-	about 100	
How many women with non-progressive breast cancer had unnecessary partial or complete removal of a breast?	-	5	
*Where no data for women above 50 years of age are available, numbers refer to women above 40 years of age.			
Short summary: Mammography screening reduced the number of women who died from breast cancer. However, it had no effect on the number of women who died of cancer overall. Among all women taking part in screening, some with non-progressive cancer were overdiagnosed and unnecessarily treated.			
Source: Gotzsche & Jørgensen. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2013(6):CD001877.			
Letztes Update: November 2017		www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen	

De fet, la majoria d'anuncis de cribratge del càncer de mama utilitzen algun d'aquests "trucs" que hem comentat per tal de fer el cribratge més atractiu. Els presentaré de nou en sumari:

- a) **Truc #1:** No esmenteu que la detecció per mamografia no redueix la possibilitat de morir de càncer. Parlem només de la reducció de la mort per càncer de mama.
- b) **Truc #2:** Digueu a les dones que la detecció redueix la mortalitat per càncer de mama en un 20 per cent o més. No reveleu que això és el mateix que una reducció absoluta del risc d'un de cada mil, ja que semblaria menys impressionant.
- c) **Truc #3:** Parleu a les dones sobre l'augment de la supervivència. Per exemple, «si participes en la detecció i el càncer de mama es detecta, la teva taxa de supervivència és del 98%». No esmenteu que pràcticament no disminueix la mortalitat.
- d) **Truc #4:** No parleu a les dones sobre cirurgia innecessària, biòpsies i altres danys derivats del tractament excessiu. Si se us demana, minimitzeu-les.

Nota

Com veieu, el cribratge, en general, no disminueix el risc de càncer de manera massa efectiva. Hi ha però unes quantes mesures de prevenció que sí que ho fan. Tot i que no ve gaire al cas, les incloem:

- 1) No comencis a fumar. Si fumes, deixa-ho. El tabac és la causa directa del 20% al 30% dels càncers, i globalment redueix 10 anys l'esperança de vida.
- 2) Mantingues un pes normal. La inactivitat i l'obesitat causen entre un 10% i un 20% de càncers.
- 3) Sigues físicament actiu.
- 4) Evita el menjar preparat i les begudes amb sucre.
- 5) Menja molts vegetals i limita els menjars d'origen animal.
- 6) Evita els menjars salats.
- 7) Evita els suplementes dietètics.
- 8) Afavoreix la lactància materna.
- 9) Evita l'alcohol.
- 10) Evita les exploracions que irradien, especialment en nens.

2. Comunicació de riscos

Bé, si heu arribat fins aquí ja sabeu tot el que no heu de fer a l'hora de comunicar riscos i beneficis. De fet, en aquest apartat, el que heu de fer és utilitzar el que heu après. Per tant, només us donarem unes normes generals per comunicar riscos i farem alguns exercicis per aplicar-les:

- a) Utilitzeu riscos absoluts, mai relatius.
- b) Doneu freqüències naturals, no percentatges.
- c) Si expliqueu la possibilitat d'un cribratge, expliqueu la mortalitat a la població, no supervivència dels pacients amb càncer. I si els teniu, doneu els resultats sobre la mortalitat global, no només la mortalitat per càncer.
- c) Expliqueu els riscos i beneficis de fer i no fer el cribratge.
- d) Utilitzeu ajudes gràfics, com la figura 4 o la 5, extretes del llibre de Gigerenzer (2015).

Activitats

1. Llegeix la revisió sobre cribratge de càncer colorectal: Zauber, A.G. (2015), The Impact of Screening on Colorectal Cancer Mortality and Incidence – Has It Really Made a Difference?, *Digestive Diseases and Science*, 60(3), 681-691. Fa alguna de les trampes a l'apartat de *reporting results*? Si en fa, quines? Quines dades et falten per saber l'impacte real del cribratge?

2. Tens un pacient amb una colangitis aguda. Consideres que cal fer una CPRE. Explica-li els riscos i beneficis de fer la intervenció. Fes una *facts box* per ajudar-te.

Lectura recomanada

Gerd Gigerenzer (2015). *Risk Savvy: How to make good decisions*. Nova York: Penguin Books Ltd.

