

## XVI. Comunicarea riscului

După un capitol (IX) privind exprimarea riscului, voi vorbi acum despre comunicarea lui. Această temă nu este abordată în cărțile de medicină bazată pe dovezi, însă mie mi se pare potrivită și importantă.

În fond, de ce încercăm noi, clinicienii să vedem care este riscul, dacă nu pentru a-l face cunoscut pacientului? Pentru că, zic eu, de fapt hotărârile bazate pe risc și pe posibila reducere a acestuia trebuie luate în ultimul rând de clinicieni: cei care iau aceste decizii sunt fie managerii de la nivelul sănătății publice (liste de medicamente sau tehnici terapeutice gratuite ori compensate, la fel pentru metodele diagnostice - fie ele screening sau nu, programe naționale de sănătate în care merită sau nu investit etc.), fie de pacientul însuși, care în funcție de filozofia de viață și valorile proprii, hotărăște când merită să cheltuiască banii lui sau timpul lui (cozi la medicul de familie pentru o rețetă compensată, cozi la farmacie pentru a mai prinde rețete compensate etc.) pentru un medicament sau o tehnică diagnostică, sau când efectele benefice merită riscul celor adverse. Iar rolul nostru aici este informarea pacientului. Bineînțeles că vorbim despre un lucru teribil de dificil: în primul rând, trebuie să existe studii care să evalueze un anumit risc (cu alte cuvinte, trebuie să avem de unde lua informațiile respective); în al doilea rând trebuie să le căutăm, iar odată găsite, dacă validitatea lor nu este deja evaluată de alții (vezi Capitolul II. Informația medicală), trebuie să o evaluăm noi înșine (conform criteriilor din această carte). Până aici, deși este dificil și devorator de timp, măcat teoretic tot ar fi trebuit să pierdem timpul cu asta, pentru a fi noi înșine informați. După care, în plus, trebuie să mai petrecem timp pentru a îi explica pacientului respectiv ceea ce știm noi sau tocmai am aflat căutând în literatură – greu, dacă ne gândim că de multe ori nu mai apucăm nici să-i explicăm la externare cum să își ia tratamentul pe care i-l trecem în rețetă, sau să îi spunem în ce constă cutare test diagnostic la care îl programăm! Și totuși, așa ar trebui să se petreacă lucrurile!

Dificultatea acestui demers mai vine dintr-o direcție: vedem cum, evaluând noi înșine riscurile sau probabilitățile posttest, ne schimbăm optica despre medicină și începem să gândim în probabilități, după ce înainte știam sigur că un medicament salvează (“există dovezi!”), iar un test diagnostic, în general, pune sau exclude diagnosticul, iar acum nu putem decât să ne mirăm când vedem că un pacient al colegei noastre se zbate să ajungă la un test recomandat care, oricare ar fi rezultatul, nu va schimba nicicum decizia terapeutică și implicit prognosticul, iar altul pleacă acasă cu rețete indecent de scumpe pentru care face sacrificii mari (apropo, tocmai a apărut o serie de studii n-of-1 - situate în vârful piramidei medicinei bazate pe dovezi<sup>1</sup> - care arată că celecoxibul nu a fost în nici un fel superior paracetamolului în artroză<sup>2</sup>).

“Comunicarea riscului înseamnă că și pacienții trebuie să învețe să trăiască cu nesiguranța”<sup>3</sup>. Frumos titlu apărut într-un număr al BMJ dedicat comunicării riscului. Așadar, ne-a fost nouă greu să înțelegem și să lucrăm cu incertitudini și probabilități, cum îi va fi pacientului? Va putea el înțelege?

Pacienții sunt revoltați de fiecare dată când le spui că nu știi ce au. Un prieten de-al meu se mira când i-am spus că nu știu ce a avut copilul meu, care fusese bolnav câteva zile; cum el se ocupa de computere, l-am întrebat dacă știa de fiecare dată când nu mergeau cum trebuie ce au, și mi-a răspuns că nu. Și deși computerele și mașinile sunt făcute de om, în timp ce omul este făcut de Dumnezeu, pacienții nu se miră când mecanicul nu știe ce are mașina lor, ci doar dacă medicul le spune că nu știe ce au ei!

Este un drept și o datorie a pacientului să știe ce i se poate întâmpla și cât poate influența o anumită decizie riscul și prognosticul lui, și trebuie măcar să participe, informat, la luarea deciziei care îl privește (uneori îi marchează viața); mai mult, acest lucru mai ia de pe umerii noștri din povara responsabilității zilnice.

De altfel, mulți pacienți se apropie singuri de acest lucru, în era Internetului. Pe de o parte, pacientul are altă meserie și nu este pregătit și nici nu are timpul de a se ocupa de medicină, dar pe de altă parte el nu trebuie să se ocupe decât de o singură boală, a lui, și din acest punct de vedere uneori un pacient interesat poate ajunge să cunoască mai mult despre boala lui decât un medic – vom fi confrunțați din ce în ce mai des cu astfel de “încercări”, cărora va trebui să le facem față. Bineînțeles, vor fi și pacienți care dimpotrivă, vor refuza să fie informați și să participe la actul decizional – nici nu-i de mirare, cu atâtea incertitudini – cerându-i medicului să hotărască, dar acest lucru trebuie să fie decizia pacientului!

În Capitolul IX. Explicarea riscului am arătat cum, prezentând efectul unei terapii sub forma reducerii relative a riscului (cum face întotdeauna industria farmaceutică), acesta pare mult mai important decât dacă l-am arăta sub forma reducerii absolute a riscului, iar impactul fiecăreia dintre cele două modalități de prezentare a riscului a fost diferit atât la medicii care prescriau terapia, cât și la pacienții care erau potențiali beneficiari (vezi bibliografia capitolului respectiv). De aici rezultă clar posibilitatea de manipulare a pacientului, fie într-un sens, fie în celălalt, ceea ce trebuie în primul rând să evităm!

Pentru a explica riscurile și opțiunile asociate afecțiunilor medicale avem nevoie de informație și de prezentări grafice de bună calitate, care să fie folosite atât de medici în timpul consultației, cât și de organizațiile care vor să ia în mâini deciziile privind propria sănătate. Există presiuni din multe surse și medii care sfătuiesc indivizii cum să se lupte pentru sănătatea lor și să prevină boala prin diferite strategeme, de la suplimente nutritive și până la screening. De multe ori trebuie luate în considerare multiple riscuri asociate mai multor posibilități terapeutice, pe care să le punem în balanță cu posibilele beneficii, atât pe termen scurt cât și lung.

Studiile au arătat (doar este o carte de MBD!) cum la consultațiile la care au fost folosite grafice ajutoare pentru luarea deciziei (“ajutoarele decizionale” – *decision aids*), conținutul consultației s-a schimbat, concentrându-se pe acest aspect, iar pacienții au perceput mai bine deciziile luate<sup>4,5</sup> (Tabelul XVI.1).

**Tabelul XVI.1.** Modificarea calității deciziilor pacienților de către ajutoarele decizionale<sup>4</sup>

- Au îmbunătățit cunoștințele pacienților cu 19 puncte pe o scală de 100 de puncte (CI95% 13 - 24)
- Au crescut proporția de pacienți cu percepții realiste asupra șanselor de beneficiu sau efecte adverse cu 40% (10 - 90%)
- Au scăzut conflictul decizional (nesiguranța) legat de faptul de a se simți neinformați cu 9 puncte din 100 (6 - 12)
- Au redus pasivitatea la luarea deciziilor cu 30% (10% - 50%)
- Au redus indecizia după consiliere cu 57% (30% - 70%)
- Au îmbunătățit acordul dintre valorile și preferințele pacientului și opțiunea sa terapeutică/diagnostică (trei studii au măsurat acest acord în feluri diferite)

Ajutoarele decizionale sunt foi de hârtie sau broșuri în care pacienților li se descriu, în cuvinte și grafic, beneficiile și riscurile unui anumit test diagnostic și mai ales tratament. Descrierile în cuvinte nu sunt simpliste de loc, iar dacă în țările civilizate se pune bază pe inteligența pacientului, de ce n-am face și noi acest lucru (de multe ori, în practica noastră medicală, avem surprize plăcute din acest punct de vedere – ca și surprize neplăcute, de altfel!). Pentru cei interesați, exemple de astfel de ajutoare decizionale pentru pacienții canadieni pot fi găsite la [www.ohri.ca/decisionaid](http://www.ohri.ca/decisionaid).

Normal, pacienții care au beneficiat de o descriere clară a unui anumit risc au avut percepții diferite: în timp ce unii considerau riscul acceptabil, alții nu – ceea ce nu demonstrează altceva decât ce am spus mai înainte, și anume că fiecărui pacient trebuie să i se comunice riscul, pentru ca să poată lua o hotărâre în cunoștință de cauză, fiindcă noi nu avem de unde să știm care este viziunea lui.

Cunoașterea și înțelegerea frecvenței unui eveniment în populație nu aduce nici o certitudine pentru individ, ci doar o orientare care poate fi folosită în funcție de preferințele, circumstanțele și valorile sale. Pentru pacient, frica distruge echilibrul dintre comportamentul rațional și cel irațional, iar asumarea responsabilității deciziilor privind propria îngrijire nu este deloc ușoară, dar poate beneficia de ajutorul unui medic sensibil și cu aptitudini în acest sens.

Deciziile pot fi considerate “eficiente” sau “influențate de preferințe” (Wennberg JE et al, citat de<sup>6</sup>). Primele sunt ușor de luat atât de pacient cât și de medic, deoarece au ca fundament dovezi clare, iar raportul risc/beneficiu este ridicat. Deciziile sunt greu de luat și sunt “influențate de preferințe” fie când nu există dovezi clare asupra raportului risc/beneficiu, fie când raportul este cunoscut, dar este influențat de valorile pacientului.

Pentru a ghida medicii și pacienții să identifice care decizii au răspunsuri clare și care mai puțin clare, opțiunile sunt clasificate acum nu numai conform puterii dovezii științifice, ci și prin prisma mărimii raportului risc/beneficiu (în Tabelul XVI.2 vedem clasificările lui Chalmers<sup>7</sup> și ale US Preventive Task Force<sup>8</sup>).

**Tabelul XVI.2.** Scheme pentru clasificarea opțiunilor medicale în funcție de puterea dovezii științifice și mărirea raportului beneficiu/risc

---

**Schema lui Chalmers din *Clinical evidence*<sup>7</sup>**

---

Benefic – Dovezi clare din RCT-uri; probabilitatea reacțiilor adverse este mică în comparație cu beneficiile.

Pare a aduce beneficiu – Mai puțin dovedit ca în treapta superioară

Compromis între beneficiu și risc – Medicii și pacienții trebuie să cântărească efectele benefice și cele adverse adaptat la circumstanțele și prioritățile individuale.

Eficacitate necunoscută – Date insuficiente

Nu pare a avea beneficiu — Dovezi mai slabe decât pentru nivelul “pare a aduce beneficiu”

Pare a fi ineficient sau nociv — Dovezi clare de nocivitate a intervenției

---

**Ghidurile US Preventive Task Force<sup>8</sup> (gradele de recomandare – vezi și Capitolul VI)**

---

A—Recomandat cu tărie (dovezi de bună calitate; beneficiul substanțial mai mare decât efectele adverse)

B—Recomandare în favoarea utilizării de rutină (dovezi rezonabile; beneficiu moderat)

C—decizie dificilă, nu există recomandare nici pro, nici contra utilizării de rutină (dovezi bune sau rezonabile; mărirea beneficiului mică, sau sensibilă la valorile pacientului)

I—Dovezi insuficiente pentru o recomandare pro sau contra utilizării de rutină (dovezi de calitate slabă)

D—Recomandare împotriva utilizării de rutină (dovezi bune sau rezonabile; diferența dintre beneficiu și risc zero sau negativă)

---

Pentru deciziile eficiente, sfatul este mai ușor de dat, este direct și clar și ia mai puțin timp. În cazurile deciziilor “influențate de preferințe”, nici nu este recomandat a se da vreun sfat, deoarece nu există alegere bună sau proastă<sup>6</sup>.

Exprimările calitative ale probabilității, cum ar fi “puțin probabil”, “uneori”, “risc înalt” sunt folosite totdeauna în medicina clinică pentru a descrie riscul. Problema cu acestea este că interpretarea lor variază mult de la un individ la altul. Chiar mie mi s-a întâmplat – când auzeam de hipertensiune cu risc foarte înalt, mărturisesc că mă gândeam la un risc la zece ani cu mult mai înalt decât cel care am aflat că este de fapt. Așadar, și pacientului trebuie să-i dăm, atunci când îi comunicăm riscul, valoarea exactă a acestuia, pentru ca el să hotărască singur dacă este destul de înalt sau nu, ori dacă tratamentul îl scade destul de mult pentru a

merita efectele adverse, banii dați, efortul și timpul de a alerga după rețeta compensată, apoi pe la farmacii, apoi de a lua medicamentele de câteva ori pe zi sau poate consideră că este mai bine să slăbească sau să facă mișcare, ori să se lase de fumat!

**Figura XVI.1.** Riscul cardiovascular rezultat din studiul populației din Framingham (calculat cu InfoRetriever<sup>9</sup>).

Rules and Calculators - CV: H<sub>7</sub> **Screening: cardiac risk prol**

Estimate the risk of a variety of cardiovascular outcomes based on data from the Framingham study

Age (yrs):

Systolic Blood Pressure (mm Hg):

Cholesterol (mg/dl):

Total:

HDL:

Male

Diabetic

Smoker

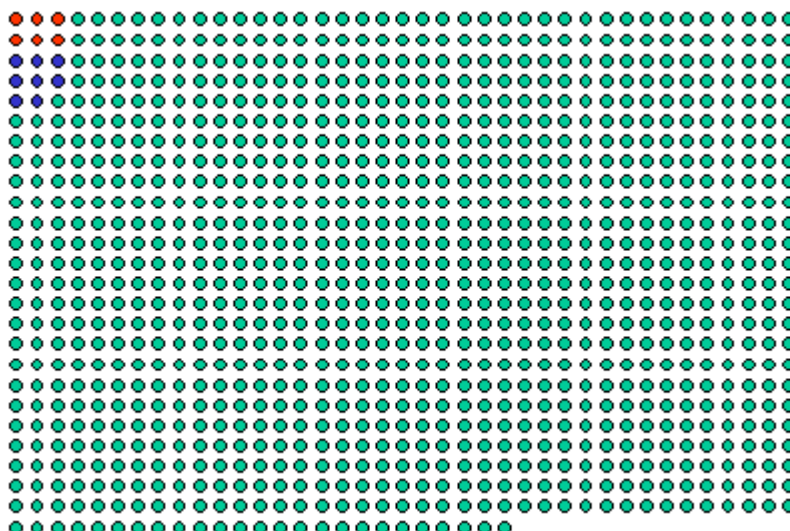
Evidence of LVH by ECG

10 year Risk	Patient	Ideal	<input style="width: 20px;" type="text" value="?"/>
CHD: 26.6%		7.9%	
MI: 19.1%		2.9%	
CHD Death: 8.8%		1.3%	
Stroke: 4.5%		1.6%	
CVD: 36.7%		11.5%	<input style="width: 20px;" type="text" value="?"/>
CVD death: 8.6%		1.7%	

Mai jos avem trei exemple cu o diagramă ce poate fi folosită pentru a reprezenta efectul unui tratament (ele sunt utile și să le arătăm unor colegi care prescriu prea des unele medicamente...). Acestea se referă la studiile VIGOR<sup>10</sup> (naproxen comparat cu rofecoxib), ASCOT-BPLA<sup>11</sup> (combinația amlodipină+prindopril comparată cu combinația atenolol+diuretic tiazidic) și EUROPA<sup>12</sup> (perindopril comparat cu placebo la pacienți cu coronaropatie fără HTA sau insuficiență cardiacă)

Pacienții cu verde sunt cei care, indiferent de tratament, nu suferă efectul de studiat; cei cu roșu sunt pacienții care, indiferent de tratament, vor suferi efectul; iar cei cu albastru sunt pacienții care sunt salvați de la efectul urmărit de către tratamentul respectiv.

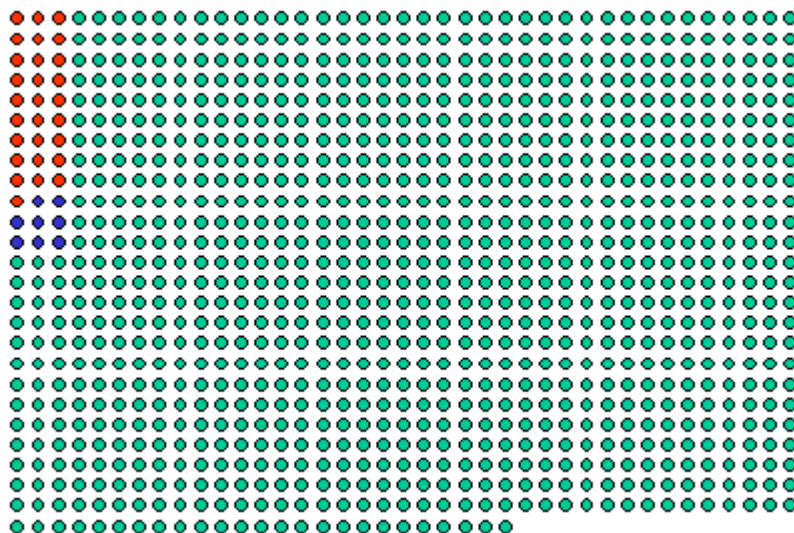
**Figura XVI.2.** Model de ajutor decizional: reducerea riscului de complicații ale ulcerului (sângerare, perforație,



stenoză) de către tratamentul cu rofecoxib față de cel cu naproxen (studiul VIGOR<sup>10</sup>).

Pacienții cu albastru sunt aceia care vor fi salvați de la o complicație a ulcerului dacă le dăm rofecoxib în loc de naproxen. Nu am figurat aici și riscul de infarct miocardic. Coxibii sunt de câteva sute de ori mai scumpi decât antiinflamatoarele obișnuite. Se vede foarte bine cum, la 1000 de pacienți care iau rofecoxib în loc de naproxen, sunt salvați de la o complicație a ulcerului gastro-duodenal 8, deci RAR=0,8%, iar NNT=125.

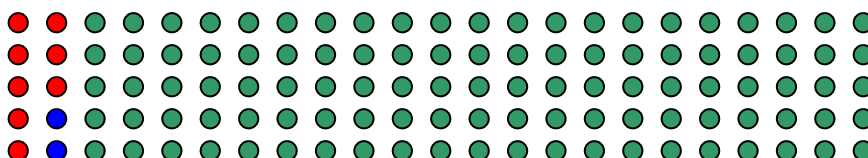
**Figura XVI.3.** Model de ajutor decizional: reducerea riscului de deces cardiovascular de către tratamentul cu combinația perindopril+amlodipină față de combinația atenolol+diuretic tiazidic la pacienții hipertensivi (studiul ASCOT-BPLA<sup>11</sup>).



Pacienții cu albastru sunt cei care vor fi salvați de la deces dacă le dăm combinația perindopril+amlodipină în loc de atenolol+diuretic tiazidic. Se vede foarte bine cum, la 1000 de pacienți care iau primul tratament în loc de cel de-al doilea, sunt salvați de la deces cardiovascular 8, deci RAR=0,8%, iar NNT=125.

**Figura VI.4.** Model de ajutor decizional: reducerea riscului de eveniment cardiovascular (efect compozit: mortalitate cardiovasculară + infarct miocardic acut + stop cardiac resuscitat) de către tratamentul cu perindopril la pacienții cu coronaropatie și fără hipertensiune sau insuficiență cardiacă (studiul EUROPA<sup>12</sup>).

Pacienții cu albastru sunt cei care vor fi salvați de la efectul compozit de către tratamentul cu perindopril. Acesta



este numai un exemplu, probabil că pe pacient îl interesează mai degrabă riscul de mortalitate în general, fiindu-i indiferent dacă moare de inimă sau de altă cauză – în acest caz, vom avea și mai puține buline albastre (în studiu, pe mortalitatea totală sau cardiovasculară nu s-a atins semnificația statistică).

---

## Bibliografie

1. Guyatt G, Haynes B, Jaeschke R et al. Introduction: the philosophy of evidence-based medicine. In: Guyatt G, Rennie D. User's guides to the medical literature. A manual for evidence-based medicine. American Medical Association Press, Chicago, 2002, p.7.
2. Yelland MJ, Nikles CJ, McNairn N, Del Mar CB, Schluter PJ, Brown RM. Celecoxib compared with sustained-release paracetamol for osteoarthritis: a series of n-of-1 trials. *Rheumatology* 2007;46:135-140.
3. Edwards A. Communicating risk means that patients too have to learn to live with uncertainty. *BMJ* 2003;327:691-2.

- 
4. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD001431.
  5. Thornton H, Edwards A, Elwyn G. Evolving the multiple roles of "patients" in health-care research: reflections after involvement in a trial of shared decision-making. *Health Expectations* 2003;6:189-97.
  6. O'Connor AM, Legare F, Stacey D. Risk communication in practice. *BMJ* 2003;327:736-40.
  7. *Clinical evidence*. Issue 2. London: BMJ Publishing, 1999.
  8. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KW, Mulrow CD, Teuch SM, et al. Current methods of the US preventive services task force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001;20:21-35.
  9. InfoRetriever®, Wiley & Sons Inc. 2007 ([www.infopoems.com](http://www.infopoems.com)).
  10. Bombardier C, Laine L, Reicin L et al, for the VIGOR Study Group. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2000; 343 (21): 1520-8.
  11. Dahlof B, Sever PS, Poulter NR et al, for ASCOT investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2005; 366:895-906.
  12. *The European trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators*. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet*. 2003; 362: 782-88.