

Anatomia d'una decisió

David M Eddy

Traducció de Joan M. V. Pons i Gaietà Permanyer Miralda de l'article: Eddy DM. Anatomy of a decision. JAMA. 1990;263:441-3.

La qualitat de l'atenció mèdica està determinada per dos factors principals: la qualitat de les decisions que determinen quines accions es prenen i la qualitat amb la qual aquestes decisions s'executen; què es fa i com es fa. Si s'ha escollit accions equivocades, sigui quina sigui l'habilitat amb què siguin realitzades, la qualitat es veurà ressentida. Igualment, si les accions escollides són correctes però l'execució és imperfecta, la qualitat de l'atenció se'n veurà afectada.

La importància d'assegurar la qualitat de la pràctica ha estat ben compresa. Contràriament, els metges han fet molt menys pel que fa al desenvolupament i avaluació del seu procés de presa de decisions. Si les decisions es consideren el lloc de comandament i les accions són com les tropes en el camp de batalla, posem molta més energia en l'entrenament i equipament de les tropes que no pas en la provisió d'intel·ligència i eines de suport a la decisió dels comandants. El lloc per on començar és amb els ingredients d'una decisió.

Anatomia

En general, l'objectiu d'una decisió en referència a una pràctica sanitària és la selecció d'una acció que sigui la que, amb major probabilitat, donarà lloc a uns resultats que els malalts troben desitjables. Això identifica dues etapes principals en la decisió (Figura 1). Primer, s'han d'estimar els resultats de pràctiques alternatives; aleshores, s'ha de comparar la conveniència dels resultats lligats a cada opció. El primer pas inclou la recollida i l'anàlisi de qualsevol evidència existent sobre beneficis, danys i costos de cada opció. Donat el fet que l'evidència a l'abast mai és perfecta o completa, aquest pas suposa algun tipus de judici subjectiu. Són les estimacions dels resultats d'aquesta anàlisi les que formen la base per a la segona etapa. En aquesta segona fase són necessaris tres tipus de comparacions: 1) els beneficis d'una intervenció s'han de comparar amb els danys (siguin riscos, efectes adversos, molèsties o ansietat); 2) els resultats en salut s'han de comparar amb qualsevol dels costos que s'hauran de pagar; 3) si els recursos són limitats i no és possible fer-ho tot, la quantitat de benefici obtingut i els recursos consu-

mits en la intervenció s'han de comparar amb altres intervencions per tal de poder donar prioritat a aquelles que donin el major rendiment.

Sigui de manera explícita o implícita, conscient o inconscient, correcta o incorrecta, cadascun d'aquests passos es realitzen cada cop que es pren una decisió relativa a una intervenció mèdica. Això és així tant si la decisió la pren un metge individual que està escollint una acció per a un malalt particular, com si és un grup de treball que recomana una guia de pràctica clínica per aplicar a un grup de malalts o si és una asseguradora que està determinant la seva política de cobertura de prestacions. Per veure-ho més clar, sols cal provar de prendre una decisió o dissenyar una guia sense considerar cap d'aquests elements referits. Imagineu que voleu aconsellar un malalt sobre les bondats d'una intervenció mèdica sense tenir en compte cap mena d'evidència sobre els seus efectes. Imagineu que no teniu ni la més remota idea de la magnitud dels beneficis i danys d'una intervenció i en que no poseu atenció a si els beneficis superen amb escreix els danys. Qualsevol persona que pren decisions responsables en relació amb una intervenció sanitària ha de tenir alguna idea, ni que sigui borrosa, de les proves que la justifiquen, de les seves conseqüències i de la seva conveniència.

Posem un exemple per afermar els conceptes. En front de la vostra taula hi ha la Sra. García, una dona de 55 anys, asimptomàtica, que està considerant els pros i contres del cribratge del càncer de mama. El benefici principal és que amb els cribratges podrà reduir la probabilitat de morir de càncer de mama. Com a perjudicis hi ha el potencial efecte cancerígen de la radiació, la possibilitat d'un resultat fals positiu i la inconveniència, desconfort o ansietat associats amb les proves.

El primer pas en la decisió per a aquesta dona és la d'estimar les magnituds de les diferents possibilitats. Quatre assaig clínics prospectius i comparatius han mostrat que la probabilitat en 10 anys de morir de càncer de mama

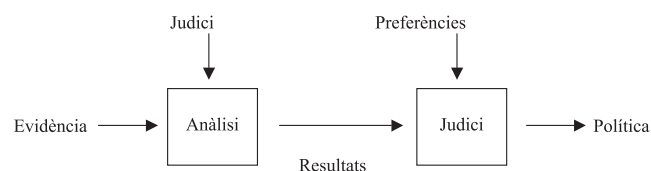


FIGURA 1. Els dos passos principals d'una decisió

es redueix passats 5 anys del cribratge. La reducció observada en els assaigs és de 15 de 10.000, 9 de 10.000, 1 de 10.000 i 11 de 10.000. Això equival a dir que de cada 10.000 dones a les que s'ofereix durant 5 anys el cribratge en aquests assajos, el cribratge suposa una diferència entre vida o mort per 1 de cada 15 dones. Tres estudis de casos i controls i un de no controlat, degut al seu disseny, no poden estimar directament fins a quin punt el cribratge canvia la probabilitat de morir per càncer de mama, però de moment assumim que l'efecte de 5 anys de cribratge és la prevenció d'una mort per càncer de mama per aproximadament 15 de 10.000 dones. La probabilitat d'un fals positiu en aquest grup d'edat és aproximadament del 2% per prova o, aproximadament, del 10% per a 5 anys d'exàmens. Amb les tècniques modernes de radiologia, la radiació podria augmentar el risc de la dona de desenvolupar un càncer menys d'1 entre 200.000. Això completa la primera fase.

La segona etapa és la de sospesar i comparar aquestes possibilitats. La reducció en la probabilitat de morir de càncer de mama durant els propers 5 anys, aproximadament 15 en 10.000: compensa la probabilitat del 10% (1.000/10.000) d'un fals positiu, la inconveniència i ansietat associades amb cadascuna de la 5 proves o amb la possibilitat d'1 entre 200.000 de desenvolupar un nou càncer?

Resulta important separar el procés de decisió en aquestes dues fases per diverses raons. Específicament, aquestes dues etapes impliquen diferents processos mentals, tenen diferents punts de referència i són portades a terme per persones diferents. A més a més, podem esperar un grau desigual d'acord sobre els resultats. El primer pas és una qüestió de fets; la base és l'evidència empírica. El procés és científic i suposa experiments, anàlisi de l'evidència i prediccions. Les habilitats que es requereixen són analítiques. Finalment, assumint que hi ha alguna evidència per ser avaluada, és possible per a gent raonable i de mentalitat oberta arribar a un acord sobre els resultats d'aquesta etapa. Hi ha regles per qualificar l'evidència i mètodes per raonar partint d'axiomes desenvolupats al llarg de segles i que poden ser aplicats. Però sempre hi haurà algun grau d'incertesa i espai per diferents filosofies científiques i escoles de pensament, si més no hi ha la possibilitat d'assolir un acord. És raonable imaginar que hi ha una resposta correcta i que hi ha un context científic i un llenguatge per a debatre-ho de manera racional i resoldre-ho. En resum, és una feina per a l'hemisferi esquerre del cervell i correspon als científics portar-ho a terme.

El segon pas, pel contrari, és una qüestió no pas de fets, sinó de valors i preferències. És un procés mental no analític, sinó personal i subjectiu –no tant un afer de l'hemisferi cerebral esquerre sinó del dret, fins i tot instintiu. Persones diferents poden tenir preferències diferents. No hi ha una única resposta correcta i no hi ha

cap obligació que tothom estigui d'acord. Allà fins on la ciència està implicada en aquesta fase, es tracta més de la ciència que posa de manifest les preferències dels individus (sondejos, qüestionaris, grups focals). Potser, fins i tot més important, les persones de les quals interessin les seves preferències són els pacients, ja que són aquests els que hauran de viure (o morir) amb els resultats obtinguts. Altres persones poden intervenir si la decisió individual se sustenta en informació errònia (per exemple, la insistència en un tractament antibiòtic per una infecció viral del tracte respiratori superior), il·legal (addicció a drogues) o danyosa per a l'interès públic (per exemple, el refús a mesures de control per una malaltia infecciosa). Tanmateix, assumint que aquestes situacions no hi són presents, és la preferència del pacient la que hauria de determinar la decisió.

Tenint això present, podem retornar a l'exemple del cribratge del càncer de mama. Per estimar els possibles beneficis hem de mirar els experiments realitzats, no allò que puguem imaginar, el que surti de tirar una moneda o allò que esperem que passi. Les proves són analitzades amb tècniques estadístiques establertes i hauríem de ser capaços d'assolir un acord en relació d'una estimació de 15 per 10.000 o, si més no, dins d'un petit marge d'incertesa al seu voltant (per exemple, entre 10 per 10.000 i 20 per 10.000). Si no s'accepta aquesta estimació es pot revisar l'evidència (potser s'ha passat per alt un experiment important), revisar els mètodes estadístics (potser s'ha errat en algun càlcul) i mirar de resoldre les diferències de manera científica. El segon pas, tanmateix, hauria de realitzar-se d'una altra manera. Idealment, cap de nosaltres hauria de sortir-hi. El que importa aleshores és el que la Sra. García pensa. Pot dir que els beneficis bé que compensen els riscos i inconveniències i qualsevol dels costos que hagi de pagar; potser és una persona cancérofòbica. Per una altra banda, ella pot trobar que els beneficis són massa petits per totes les molèsties. Potser no està tant preocupada pel càncer o té pànic a la possibilitat d'un fals positiu en la biòpsia. Podem esforçar-nos en fer unes activitats particulars, com ara fer l'examen per càncer de mama de forma agradable i positiva i intentar d'assegurar que els pacients tenen una informació acurada respecte als resultats a curt i llarg termini. Tanmateix, al cap i a la fi, són les preferències dels pacients, no pas les nostres, les que compten. És ben possible que les preferències de la Sra. García siguin diferents de les de la Sra. Ros. En aquest cas les dues són correctes, ja que "correcte" es defineix de manera separada per a cada dona. Assumint que les dues han estat informades de manera acurada en relació als resultats, cap d'elles hauria de ser persuadida de canviar la seva idea.

Nancy Reagan ho il·lustra de manera eloqüent: "*Quan vaig ser operada hi havia gent, inclosos alguns metges, que pensaven que havia pres un pas massa dràstic en haver escollit una mastectomia en lloc d'una lumpectomia,*

la qual suposa extirpar sols el tumor i una petita quantitat de teixit del voltant, però també setmanes de radioteràpia. Em van molestar aquestes afirmacions i encara em molesten. Aquesta és una decisió molt personal, una decisió que cada dona ha de prendre per si mateixa. Aquella va ser la meua elecció i no penso que hagi de ser criticada per ella. Per algunes dones hauria estat equivocada, però per a mi era correcta. Potser si hagués tingut 20 anys menys i hagués estat soltera, hauria pres una decisió diferent. Però jo ja he tingut criatures i tinc un marit meravellós i molt comprensiu”.

Patologia

Quan pot sortir malament el procés de decisió? Les fonts principals d'error corresponen a les dues etapes principals. Una decisió pot ser equivocada si hi ha una mala percepció del resultat o si hi ha una mala percepció dels valors que els malalts atorguen als resultats. Una mala percepció dels resultats es pot donar de moltes maneres. Es pot ignorar resultats, es pot incloure resultats estranys, les proves disponibles relacionades amb un resultat poden ser incompletes, es pot haver passat per alt algunes de les proves, es pot interpretar malament les proves, pot ser incorrecte el nostre raonament, es pot donar una importància indeguda a experiències personals (anècdotes) o potser senzillament ens hem cregut els nostres desitjos. Per exemple, hom pot haver assumit que pel fet que el càncer de mama és un càncer tan comú, aleshores els beneficis del cribratge han de ser alts i pot pensar que és innecessari revisar les proves actuals. Alguns poden haver sentit que el cribratge redueix la mortalitat aproximadament el 30% i confondre aquesta reducció *relativa* amb una reducció *absoluta* en les probabilitats de morir. (Alguns fins i tot poden desconèixer la diferència entre una reducció relativa i un canvi absolut en la probabilitat d'un resultat). Un metge pot haver recomanat el cribratge a centenars de dones sense haver trobat cap cas i assumir que els beneficis del cribratge són més petits que el que són en realitat.

També es poden donar percepcions equivocades de les preferències dels pacients. Les malaltes poden entendre malament un resultat, la mesura de l'efecte pot induir a error, els resultats es poden presentar de maneres diferents i conduir a conclusions diferents, la pacient pot no ser consultada en absolut o el metge pot projectar les seves pròpies preferències sobre les de les pacients. En l'exemple del cribratge de càncer de mama, una dona pot respondre de manera diferent si sent que “per cada 10.000 dones com vostè, el cribratge durant els propers 5 anys pot suposar la diferència entre la vida i la mort per càncer de mama en 15 d'aquestes dones” en comparació a “el cribratge reduirà la probabilitat de morir per càncer de mama en 15 de 10.000 dones”. Les persones responen de manera diferent si se'ls diu que “el cribratge reduirà la probabilitat de morir per càncer de mama un 30%” que si

se'ls diu que “el cribratge reduirà la probabilitat de morir per càncer de mama de, aproximadament, 45 de 10.000 dones a, aproximadament, 30 de 10.000 (una reducció d'aproximadament el 30%)”. Algunes persones poden entendre malament què significa una biòpsia, potser confonent-ho amb una mastectomia o amb una anàlisi de sang. La paraula “radiació” pot estar tan carregada de significats que adquireixi una importància major del seu impacte real.

Tractament

El nostre objectiu és evitar aquestes trampes. Ens ajudaran 3 principis. Primer: les decisions han de basar-se en resultats que siguin importants pels pacients. Aquests són els “resultats en salut” que els malalts poden experimentar i que els preocupen: dolor, ansietat, mort, desfigurament i discapacitat. És important diferenciar resultats en salut de resultats intermedis com són els estadístics (prevalença del càncer), resultats biològics substitutius (com per exemple, tipus de càncer, nivell sanguini de colesterol) i resultats d'altres proves. Aquests “resultats intermedis” poden veure's afectats per l'impacte d'una intervenció i poden ser indicadors de la possible freqüència d'un resultat en salut, però no poden, per si mateixos, ser experimentats pel malalt i no haurien de ser la base per la decisió. La lògica darrera aquest principi és senzilla: la finalitat última de tota pràctica mèdica és mantenir o millorar la salut dels pacients. L'única manera d'aconseguir-ho és centrant-se en els resultats que els pacients poden experimentar o que els poden preocupar: els resultats en salut.

Segon: els efectes de la pràctica en els resultats s'haurien d'estimar amb la major precisió possible amb les proves (evidència) a l'abast. Això implica que en la mesura possible, les estimacions sobre els resultats han d'estar basades en l'evidència, s'hauria de considerar tota prova pertinent, s'hauria d'interpretar l'evidència acuradament i s'hauria d'escollir els mètodes analítics apropiats segons la complexitat del problema; les estimacions no haurien de veure's afectades per biaixos personals o professionals i la informació s'hauria de presentar de manera que fos significativa i intel·ligible per als pacients.

El tercer principi és que les preferències assignades als resultats d'una intervenció haurien de reflectir, amb tanta precisió com fos possible, les preferències d'aquelles persones que rebran els resultats, és a dir, els pacients. Els malalts haurien de ser encoratjats a participar en les decisions en la mesura que ells volen. Si un malalt escull delegar la decisió, la persona escollida com el seu agent ha d'entendre que els valors que ell o ella expressin seran aplicats als malalts. Això vol dir que les preferències de l'agent determinaran allò que succeirà a una altra persona. La responsabilitat, òbviament, no pot prendre's a la lleugera.

Aquests principis poden semblar obvis, però es fàcil errar el camí. Abans, les decisions eren determinades per

una sèrie de criteris estranys. Alguns exemples són instructius. Les decisions havien de basar-se en *el tipus d'evidència* a l'abast sobre una intervenció (per exemple, "si no hi ha evidència directa a partir d'assaigs clínics comparatius i aleatoritzats, no s'hauria d'utilitzar la intervenció"), *el grau de certesa* en relació a l'existència d'un efecte (per exemple, "si el valor de P és sols 0,1, que no és estadísticament significatiu, la intervenció no s'hauria d'utilitzar"), l'actuació del metge *mitjà* (per exemple, "si tothom ho està fent, la intervenció és apropiada"), el *caràcter comú* de la malaltia (per exemple, "si la malaltia és comuna, no tenim altra elecció que utilitzar qualsevol tractament que tinguem a l'abast"), la *gravetat* del resultat (per exemple, "si el resultat sense tractament és molt dolent, hem d'assumir que el tractament funcionarà"), la *necessitat de fer alguna cosa* (per exemple, "la intervenció és tot el que tenim") i el caràcter novador o l'atractiu tècnic de la intervenció (per exemple, "si la màquina té una imatge bonica, ha de tenir alguna utilitat").

Entre els factors addicionals hi ha la pressió dels malalts, la família, la premsa, els jutjats, la quantitat de paperassa administrativa i els interessos personals financers. Mentre cadascun d'aquest factors s'hagi de considerar i mentre alguns d'aquests continuïn afectant les decisions relacionades amb les pràctiques mèdiques, el darrer propòsit de tota l'empresa sanitària no canvia i seguirà essent la millora dels resultats en els malalts presents.

Dit això, què es pot esperar raonablement que els metges puguin fer? Comencem per la segona etapa: el judicis de valor. Si els metges reben bona informació sobre com les pràctiques alternatives afecten els resultats que

són importants per als malalts, aleshores els metges poden discutir aquesta informació amb els seus malalts i o bé ajudar-los a avaluar les opcions i prendre una decisió per sí mateixos o, si el pacient escull delegar la decisió, prendre-la per ells. Òbviament, hem de tenir cura de no imposar les nostres pròpies preferències o deixar-nos portar per factors externs i interessos personals; comunicar als malalts les seves opcions està en el nucli de la relació metge-malalt.

Per una altra banda, no és realista esperar que els metges siguin capaços d'estimar els resultats de les diferents decisions amb precisió. Aquesta tasca exigeix l'accés als resultats de la recerca, habilitats analítiques i temps; cap d'aquests està a la seva disposició en la pràctica dels metges. L'anàlisi de les proves (evidència) i l'estimació dels resultats és una disciplina en si mateixa, i necessita tan entrenament com el que pugui necessitar un metge. D'un metge que està capacitat per realitzar intervencions quirúrgiques o per llegir tomografies computades no pot esperar-se que, en desenes d'articles, analitzi els dissenys experimentals, ajusti pels biaixos i realitzi càlculs, de la mateixa manera que no pot esperar-se d'un estadístic que extregui un apèndix.

Això sembla condemnar les decisions a ser poc acurades. Sortosament, en els darrers dos mil·lennis ha sorgit una solució enginyosa. La solució és analitzar tantes decisions com sigui possible, prenent tot el temps, recursos i habilitats que siguin necessaris per tal de fer les estimacions més precises dels resultats de diferents alternatives i, aleshores, passar aquesta informació als metges que exerceixen. I aquest és el paper de les polítiques d'implementació.