

Ingrès d' Acadèmic Numerari

L'APORTACIÓ DE L'ANESTESIOLOGIA A LES EXPECTATIVES ACTUALS DELS PACIENTS ENVERS LA MEDICINA: SEGURETAT I TRACTAMENT DEL DOLOR

Carmen GOMAR i SANCHO

Resum del discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmica Electa, el dia 14 de Juny de 2015

L'Anestesiologia és poc visible en la pràctica mèdica però en la majoria dels procediments quirúrgics i en molts dels mèdics, fa possible la seva realització, i en determina la seguretat i previsibilitat. La seva fallada o complicacions inutilitza la resta dels elements. A partir del nucli de l'Anestesiologia i els avenços i capacitats dels anestesiòlegs se n'han desenvolupat àrees de la salut, del benestar i de la seguretat dels pacients, que han permès una millor medicina, més supervivència i més salut, i s'ajusten com cap altra especialitat a les condicions que els pacients, en l'actualitat, exigeixen a la medicina: seguretat i confort. La seguretat l'entendem com la falta de dany per la intervenció mèdica i sanitària en general, i com la previsibilitat i consecució dels resultats del tractament. Com confort, l'absència de dolor o molèsties en els processos i procediments mèdics. A continuació ressaltarem la influència de l'Anestesiologia i la feina dels anestesiòlegs en que es puguin assolir aquestes dues exigències per part dels pacients, de la societat, del sistema de salut i de la resta de les especialitats. En resum, com l'Anestesiologia contribueix al benestar i qualitat de vida de la societat.

Des dels anys noranta es reconeix àmpliament que, malgrat les grans fites assolides per la medicina moderna, els hospitals no són llocs en absolut segurs més bé al contrari, sempre hi és present el dany al pacient. A finals de 1999 l'*Institute of Medicine* va publicar l'informe "*To err is human*" i estimava que en els hospitals d'Amèrica del Nord cada any es produïen unes 98.000 morts per errors mèdics als que calia sumar els errors no mortals però que causaven danys, aquestes xifres han estat confirmades en altres països europeus. Les dades disponibles a Espanya, demostren que cada any a Espanya hi ha 4.800 morts a l'any per errors mèdics i a Catalunya en són al voltant de 650 a l'any.

Gairebé la meitat dels efectes adversos amb resultat de mort es produeixen per operacions quirúrgiques.

El moviment de la seguretat del pacient en medicina neix en l'Anestesiologia l'any 1950 estimulat per l'alta mortalitat global de l'anestèsia i liderada pels propis anestesiòlegs. Per millorar la seguretat en l'anestèsia es van iniciar dues línies estratègiques, una fou la realització d'estudis sobre els riscos i la seguretat i l'altra buscar solucions concretes per fer front als problemes detectats en els estudis. Els anestesiòlegs van ser els primers en reconèixer que l'error humà i l'organització de la feina són les principals causes d'efectes adversos i que la majoria són previsibles. Atesa la impossibilitat de conèixer la incidència real d'accidents que es produïen perquè depenia, i depèn, de la comunicació individual, la recerca es va dirigir a l'anàlisi de les característiques i situacions que afavorien els errors i accidents mèdics. Aquesta metodologia de l'anàlisi sistemàtica dels incidents crítics i accidents ha emmarcat les estratègies de seguretat del pacient seguides actualment en tota la medicina. La comunicació d'incidentes i complicacions pels individus és l'essència de la recerca en seguretat i precisa un canvi de cultura en els professionals que redirigeixi la percepció dels errors cap a l'obtenció d'un benefici per tal de millorar la seguretat general i no cap a un càstig individual.

A mesura que els esmentats estudis d'anàlisis d'incidentes crítics i accidents han estat definint els diferents problemes que afecten la seguretat dels pacients en anestèsia, s'han desenvolupat estratègies de millora que s'han centrat en donar solucions tecnològiques, en definir estàndards i guies d'actuació basats en evidències científiques i en considerar els factors humans integrats dins el sistema. Entre les solucions tecnològiques originades en l'Anestesiologia hi ha la monitorització electrònica i clínica dels pacients en temps real que és actualment l'estàndard de control

dels pacients al quiròfan, les unitats de cures crítiques i a urgències i el disseny de l'equipament amb dispositius de seguretat que previnguin els errors

La millora del comportament humà dintre del sistema ha estat una de les més poderoses estratègies desenvolupades per a la prevenció dels errors mèdics. El 80% del errors mèdics es poden evitar i són conseqüència de fallades en la comunicació i interacció dels equips i d'aquests amb el sistema. La presa de consciència d'aquest fet ha impulsat la simulació clínica per a la formació i entrenament d'individus i equips multidisciplinaris i es considera una estratègia clau per a la seguretat dels pacients. L'entrenament basat en la simulació permet l'error, que es pot dur fins a les darreres conseqüències sense repercussions reals, i així l'alumne s'enfronta a situacions de repte en un ambient segur. En els nivells de la formació d'estudiants o de residents, la simulació és actualment la metodologia docent més potent per formar competències i habilitats que no es poden fer directament al damunt del pacient. Durant l'exercici professional, la simulació és una eina insubstituïble per a l'entrenament en situacions poc freqüents i complexes, en la coordinació de la feina en equip i en el disseny i coneixement d'equipaments i tècniques noves. El nivell més complex d'aquest tipus d'ensenyament i que té una potència formativa insubstituïble en aquest moment és la simulació clínica de realitat virtual introduïda a la medicina per dos anestesiòlegs: David Gaba i Joachim Gravenstein.

En les estratègies mundials actuals per la seguretat del pacients de la OMS l'Anestesiologia i els anestesiòlegs continuen tenint un paper central.

Junt amb la seguretat, l'altre aspecte de l'anestesiologia que suposa una gran contribució a les expectatives dels pacients i a la qualitat de la assistència mèdica que reben, és el tractament del dolor. És evident que el benefici humanitari de l'alleujament del dolor es justifica en si mateix i que l'objectiu de l'anestèsia des d'un bon començament ha estat evitar el dolor de la cirurgia, el que ha permès els avenços actuals en el tractaments quirúrgics i endoscòpics. Més tard s'hi va afegir una finalitat fisiopatològica: evitar complicacions post operatòries associades al dolor no controlat, especialment cardiovasculars i respiratòries. Actualment, el control del dolor en la nostra societat és una exigència dels pacients, però és menys coneguda la importància que actualment té el tractament del dolor en fer possible una gestió de l'activitat quirúrgica

més eficient i acceptada pels pacients, els cirurgians i el sistema sanitari, ja que facilita la recuperació post quirúrgica i en disminueix les complicacions. El control del dolor és un factor determinant de l'èxit o el fracàs de les dues estratègies del procés quirúrgic de més impacte social i econòmic: la Recuperació Ràpida postquirúrgica del pacient ingressat o *Fast Track* i la Cirurgia Major Ambulatòria, ambdues encaminades a millorar els resultats i a reduir la necessitat de llits hospitalaris i les llistes d'espera quirúrgiques.

A tots els arguments citats, suficients per fer injustificable el dolor mal controlat en el postoperatori, se n'hi afegeix un que no s'havia considerat fins fa poc: el dolor crònic postoperatori o postquirúrgic (DCP). El DCP és la traducció de canvis neurobiològics en el sistema nerviós central i/o perifèric i té característiques neuropàtiques. Els factors més clarament implicats en el desenvolupament de DCP són la lesió nerviosa primària pel trauma tissular i l'arribada d'estímuls excessius quan el dolor postoperatori és intens. El DCP és un problema de salut important en termes de patiment i pèrdua de qualitat de vida per al pacient i en costos sanitaris, laborals i socials per a l'entorn del pacient. És l'únic dolor crònic en el que ens podem plantejar estratègies preventives perquè sabem el moment exacte en què es posaran en marxa els mecanismes de generació, és a dir l'operació. Les actuacions del cirurgià i de l'anestesiòleg poden i s'han d'orientar cap a aquesta prevenció amb l'elecció de tècniques quirúrgiques que disminueixen les lesions nervioses i el traumatisme tissular, tècniques anestèsiques que bloquegin la transmissió d'estímuls nociceptius intensos, i en el postoperatori controlant el dolor perquè no arribi a nivells intensos. La detecció preoperatòria dels malalts amb factors de risc de DCP i la detecció precoç de la seva aparició centren actualment els esforços clínics i de recerca.

Hem dirigit part de la nostra recerca experimental i clínica a caracteritzar i prevenir el DCP en models animals i en la clínica. Entre les nostres aportacions han estat la caracterització de models de DCP en animal d'experimentació i en la clínica, el disseny i validació d'un protocol d'avaluació neurosensitiva aplicable a l'exploració repetida del pacient postoperat, la demostració de l'eficàcia de l'analgèsia epidural postoperatòria per prevenir el DCP en la toracotomia, al paper de les substàncies anti-NMDA en aquest camp i en avançar en l'estudi dels mecanismes de desenvolupament del DCP.

En conclusió, la fructífera i singular trajectòria de l'anestesiologia en la seguretat dels pacients i en el seu confort i absència de dolor es produeix en àmplies àrees dels hospitals degut a la seva transversalitat d'acció. En el moment actual, aquestes consecucions contribueixen a

una medicina hospitalària de major qualitat percebuda pels pacients, prevenen complicacions a llarg termini, i afavoreixen una gestió de la cirurgia més eficient i segura.

Carmen Gomar i Sancho (n. València)
Llicenciada en Medicina (València, 1973). Pr. Extr.
Doctora en Medicina (UAB, 1981). Pr. Extr.
Tesi: " <i>Acción de la anestesia analgésica sobre la biosíntesis adrenérgica</i> "
1977. Títol d'especialista en Anestèsia i Reanimació
Centre de treball: Hospital Clínic de Barcelona
1984. Professora titular. UB
2006, Catedràtica d'Anestesiologia. UB.
Directora de 37 tesis de doctorat

