

**MOSTREM LES DADES.
UNA RECEPТА PER MILLORAR
LA QUALITAT EN UN SERVEI
DE CIRURGIA ACADÈMIC**

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**MOSTREM LES DADES.
UNA RECEPTE PER MILLORAR
LA QUALITAT EN UN SERVEI
DE CIRURGIA ACADÈMIC**

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

DR. LUIS GRANDE I POSA

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

DR. LAUREANO FERNÁNDEZ-CRUZ PÉREZ

Barcelona

28 de novembre del 2021

Queda rigorosament prohibit, sense l'autorització escrita del titular del Copyright, sota les sancions establertes en les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la repografia i el tractament informàtic i la distribució d'exemplars d'aquesta, mitjançant lloguer o préstecs públics.

© *Luis Grande i Posa*

© *Laureano Fernández-Cruz Pérez*

© *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*

Edició: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

c/. Carme 47, 08001 Barcelona - T. 93 317 16 86

e-mail: secretaria @ramc.cat

D.L.: B 18767-2021

Imprès: Trialba

c/ Diputació 216 · 08011 Barcelona · 93 451 65 70

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

DR. LUIS GRANDE I POSA

Excel·lentíssim Sr. President,
Digníssimes autoritats,
Molt il·lustres senyores i senyors acadèmics,
Distingits companys i amics,
Senyores i senyors,

Haver estat nombroses vegades en aquesta sala, i fins i tot haver-hi rebut alguna distinció, conèixer els detalls de la cerimònia i estar acompanyat de força amics, tot plegat pensava que seria suficient per sentir-me tranquil a l'hora de presentar-me davant vostre i dirigir-vos la paraula en compliment de les normes que regeixen la recepció de nous acadèmics. Però he de confessar que, arribat el moment d'impartir aquest discurs d'ingrés, sota la mirada escrutadora de dos mestres de la cirurgia, en Pere Virgili i l'Antoni de Gimbernà, en el que fou el Real Colegio de Cirugía de Barcelona, m'ha quedat ben palès que aquella idea era molt ingènua.

Poc podia imaginar-me l'any 1970, quan em vaig matricular a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, ple d'esperances i il·lusions, que 51 anys després seria proposat per ocupar un setial d'aquesta institució, amb més de 250 anys de tradició, cor de la medicina catalana i meta desitjada per aquells que cultivem la dura i, a la vegada, formosa i apassionant professió de la

medicina. Si soc aquí és perquè una sèrie de persones, cadascuna en un moment i una circumstància, tant des del punt de vista personal com professional, van dipositar en mi la seva confiança i em van acomboiar al llarg d'aquests anys.

En primer lloc, vull expressar el meu agraïment als membres de la Reial Acadèmia per haver-me escollit membre numerari. No puc dir que no mereixi tal honor, perquè com va dir el professor João Cid dos Santos fa uns anys en rebre el Premi Gimbernat de la Societat Catalana de Cirurgia en aquesta mateixa sala, no puc posar en dubte aquells que m'han honrat amb el seu vot per ocupar una de les cadires d'aquesta institució. Moltes gràcies per la confiança que heu dipositat en mi en creure que la meva tasca podia ser útil i digna d'una tradició.

En segon lloc, vull transmetre la meva gratitud al professor Laureano Fernández-Cruz, que, amb el seu patrocini i amistat, fruit de molts anys de col·laboració, m'ha permès ser aquí amb vosaltres i que, demés, m'ha fet l'honor de contestar el discurs d'ingrés. La nostra relació començà ja l'any... (no ho diré, al Laureano no li agrada gaire el calendari) a la III Clínica Quirúrgica de l'Hospital Clínic, que dirigia el professor Cristòbal Pera. Els primers anys no van ser gens fàcils: hi havia dos equips quirúrgics que no sempre tenien bona relació, i el fet de pertànyer a l'un o a l'altre marcava territori. Vaig fer el primer any de la residència al seu equip però, després de l'any de rotació externa, vaig passar a "l'altre equip", i aquesta estada va durar una pila d'anys. Afortunadament, aquelles fredes relacions entre equips van acabar uns quants anys després, i vaig poder gaudir (i aprendre) de la seva bonhomia, de les seves capacitats i de la seva generositat. *Muchas gracias, Laureano, por tu amistad.* Aquest agraïment inicial el faig extensiu als professors Juan Carlos García-Valdecasas Salgado i Manel Trias i Folch, companys de fatigues, per apadrinar-me en aquest moment tan emotiu. (Ja tornarem a parlar d'ells, perquè hem compatir força coses al llarg de la nostra vida).

És preceptiu que, a la cerimònia de presa de possessió, el receptor comenci fent un elogi del seu predecessor al setial. En el meu cas això m'ha servit per apropar-me i descobrir una figura excepcional, des de molts punts de vista: en Josep Carrière i Pons.

En Josep va néixer al carrer Bertran de Barcelona l'any 1935. Tota la seva infantesa i adolescència va transcórrer al Putxet, de ca seva al Col·legi Marcinell, a l'escola Suïssa i als Josepets. Va fer l'examen d'estat i va ingressar a la Facultat de Medicina, on es va llicenciar l'any 1960. Després se'n va cap a Madrid, a l'Escola d'Estomatologia de la Universitat Complutense, per obtenir el títol el 1962. Els seus estudis de postgraduat en Ortodòncia els fa sota el règim de preceptorat als Estats Units. Torna l'any 1965 a Barcelona i obre una petita consulta al carrer Tuset, en la qual ja inaugura un servei d'ortodòncia. Al mateix temps és nomenat cap del Departament d'Ortodòncia de l'Hospital Sant Rafael. Hom podria pensar que en aquell moment ja tenia la vida resolta, però les seves inquietuds científiques el porten a desenvolupar un curs de postgrau en Ortodòncia a l'Hospital de Sant Rafael i després a construir una clínica per assolir unes condicions idònies no només per fer una atenció ortodòntica impecable, sinó també per desenvolupar activitats científiques i docents. Obté el títol de doctor l'any 1988. És autor de diversos llibres en espanyol, anglès i alemany, editor de revistes, autor de nombrosos treballs científics, ha estat membre fundador i és membre actiu encara de les societats científiques més rellevants del seu àmbit i ha rebut múltiples distincions al llarg de la seva fructífera vida, i encara avui és un referent en el camp de l'ortodòncia. Una vida que ha viscut al costat de la seva esposa, Montserrat Lluch i Baltà, i que s'ha vist recompensada amb dos fills —en Lluís, continuador de la saga, i en Pepe, un ésser excepcional, el nen més estimat del món, com ell mateix diu— i també amb uns quants nets.

En un acte com el d'avui és lògic que em vinguin a la memòria una multitud de records que configuren la meva vida. Records d'infantesa, d'adolescència, dels anys de carrera, de la lluita per la superació professional i per consolidar la família, dels esforços

constants per progressar i aconseguir que la meva tasca fos, dia a dia, socialment més profitosa. I entre tanta evocació sobresurt, primer i per damunt de tot, la venerable figura dels meus pares, perquè saberen educar-me i guiar-me pels més sòlids camins de la convivència, del respecte i del treball ben fet. Enyoro especialment la presència del meu pare, que, n'estic segur, avui hauria sentit —si això és possible— més joia que la meva pròpia.

Vull manifestar la més profunda gratitud vers els mestres que van influir decisivament en la meva formació. Tot just acabat el tercer curs de la carrera, l'any 1973, vaig ingressar com a alumne intern a la III Clínica Quirúrgica de l'Hospital Clínic, que dirigia el professor Cristòbal Pera Blanco-Morales. Jo era alumne d'una altra càtedra, però algú m'havia xiulat que allà s'hi coiïen grans coses, que allà hi havia “l'esperit acadèmic”. I què era l'*esperit acadèmic*? Què era l'*akadèmia*? He de reconèixer que he estat immensament afortunat de poder aprendre l'art de la medicina seguint l'exemple i les directrius d'una gran figura de la cirurgia del nostre temps com és el professor Pera. Ell ha estat un dels mestres més brillants que he conegut mai, el que em va transmetre la motivació per l'ensenyament en totes les seves facetes, però també el valor de l'observació, de l'anàlisi, de la recerca, de la identificació i solució dels problemes clínics desafiants o inexplorats i de l'aprofitament dels recursos per donar suport a aquests esforços. Era una manera de treballar i entendre les coses que quedava integrada des de petits, i no va ser fins molts anys després que em vaig adonar de la importància que tenia.

Aquella acadèmia, la III Clínica Quirúrgica, la del professor Pera, va crear una veritable escola de cirurgia, i la prova més clara d'això és el gran nombre de catedràtics de cirurgia que n'han sorgit. Quatre d'ells són membres d'aquesta Reial Acadèmia: Laureano Fernández-Cruz, Manel Trias, Juan Carlos García-Valdecasas i jo mateix; i d'altres, per raons administratives, no han assolit la càtedra, com Eduard Targarona; però també han estat o són catedràtics Joan Sánchez-Lloret (al cel sia), Josep Fuster i Manuel Pera. Així mateix, aquesta escola ha donat una colla de caps de servei: a la Mútua de

Terrassa, Fernando Doncel (el meu primer adjunt i cap de guàrdia) i Constancio Marco (amb qui vaig fer les meves primeres passes quirúrgiques pràctiques: vaig ser un dels seus alumnes interns quan ell encara era resident); al Clínic, el mateix Laureano, Josep Visa, Manel Trias, Juan Carlos García-Valdecasas i Antonio Lacy; a l'Hospital Sant Joan de Reus, el mateix Manel Trias i després Daniel del Castillo; al Consorci de Salut del Maresme i la Selva, Antoni Casas; a l'Hospital de Sant Pau, Manel Trias, i finalment, a l'Hospital del Mar, Miguel Pera. Això no és casualitat. L'empremta del mestre, i potser la d'alguns dels seus deixebles, és indiscutible. El cas de Manel Trias és excepcional (jo gairebé diria que únic): ha passat per tres hospitals universitaris de tres universitats diferents. Amb ell he fet un munt de guàrdies; en una, els seus interns i residents li van trencar un dit d'una mà —no n'explicarem les circumstàncies—. Demés, la seva acceptació de la plaça de cap de servei a l'Hospital Sant Joan de Reus va ser providencial per mi, perquè deixava una plaça lliure al Clínic just quan jo acabava la residència. Anys després ens vam retrobar al Clínic, abans d'anar cap a Sant Pau.

També he d'agrair al professor Pera la seva confiança i suport per iniciar i progressar en la carrera universitària. L'any 1976 vaig ser alumne intern per oposició —una plaça avui inexistent que m'agradaria reivindicar als nous programes docents—; el 1980, professor ajudant de classes pràctiques i el 1986 doctor en medicina i premi extraordinari, sempre sota la seva tutela. Anys després aconseguiria la plaça de professor titular i després de catedràtic, ja a la UAB.

Però aquell mateix octubre de 1973 va voler Déu que el professor Pera m'assignés a un dels equips de la III Clínica Quirúrgica, el que dirigia el professor Josep Visa Miracle (que en pau descansi), un cirurgià de cap a peus, un home amb una capacitat de treball encomiable i amb un sentit pràctic que aplicava a totes les facetes de la vida. Tot i que de vegades potser el seu raonament no era del tot elaborat, la seva viva intel·lectual, la seva agilitat mental, la seva capacitat de discutir i pactar i d'afrontar el desconegut li van permetre innovar (potser cal recordar la via umbilical com a accés de la via biliar, el

xunt esplenorenal per via posterior) i saber trampejar “el seus nanos” (no devia ser fàcil lligar-nos curt, a mi mateix i als avui professors García-Valdecasas, Fuster i Lacy, entre d’altres), que no el deixàvem tranquil ni un minut, cadascun amb les seves dèries i les seves ganes de fer i progressar (a vegades desordenades). Ell ha estat un referent en molts moments de la meua vida personal i professional, però a més va desenvolupar la meua passió (la nostra passió) per la cirurgia, i particularment per la cirurgia del fetge, de la hipertensió portal i el trasplantament hepàtic. O va ser a l’inrevés?, i la nostra passió per la cirurgia del fetge, de la hipertensió portal i del trasplantament hepàtic ens va ajuntar? Sigui com sigui, la conjunció amb la nova creació del Servei d’Hepatologia del Clínic va ser una de les fites més profitoses que un professional pot viure. La barreja de *tèknè*, de l’interès pel “com” de les coses, de l’*akadèmia*, d’investigar i aprofundir en el coneixement, i el *meta hodos*, el mètode, el camí per arribar a un resultat, en un camp en el qual estava gairebé tot per fer i demostrar, va ser increïble. Allà ens férem grans un servidor, el professor García-Valdecasas i el professor Fuster, entre d’altres. Probablement, durant aquells anys, hem compartit més hores junts que amb les nostres famílies.

Demés, diverses estades a l’estranger (la més llarga a Pittsburgh i algunes de més curtes a Cambridge, Brussel·les, Rochester, Kyoto i Sapporo) em van permetre conèixer altres institucions acadèmiques de prestigi que van acabar de tancar el cercle.

Després de 25 anys al Clínic, l’any 2002 em van oferir presentar-me a la plaça de cap de servei de l’Hospital del Mar. Això suposava un canvi radical a la meua vida. Deixar un equip consolidat, que anava sol, deixar una línia de treball i recerca amb molt de “glamur” i molt profitosa, com és el trasplantament de fetge, per afrontar el repte de remodelar un servei de cirurgia que, malgrat la seva tradició, potser s’havia allunyat de l’*akadèmia*. Jo no ho veia gaire clar, però el professor Pera i el doctor Visa m’animaren força i vaig acceptar el repte.

Em va ajudar molt que en aquell moment l'Hospital del Mar visqués una etapa inusual. Hi havia un equip directiu excepcional, amb visió estratègica i una aposta molt clara pel terciarisme i la qualitat: els Jordis, com anomenàvem col·loquialment el binomi Jordi Varela - Jordi Bruguera. Malauradament no va tenir la continuïtat que hom hagués desitjat i es van aturar un bon grapat d'iniciatives que s'havien posat en marxa. En aquells anys hi van entrar una colla de caps de servei o de secció nous, gairebé tots procedents d'altres indrets, que van ser acceptats i integrats en el "sanedri", i això va significar la introducció de saba nova i de múltiples projectes. Alguns podien ser esbojarrats, però d'altres no ho eren tant. La crisi econòmica, la situació política i, el pitjor, una innegable crisi de lideratge en els elements de govern de les institucions, van fer que aquell impuls no tingués la continuïtat desitjada. Ara que ja s'han endegat les obres d'ampliació de l'Hospital, potser se'n recuperarà l'esperit. Però un hospital no només es fa de totxos.

D'altra banda, em vaig trobar amb un equip quirúrgic amb moltes ganes: ganes d'adoptar nous rols, ganes d'introduir noves tècniques, ganes de fer les coses bé, ganes d'entendre i endegar un projecte acadèmic. Les noves incorporacions al llarg dels anys han consolidat el projecte amb clars referents, reconeguts a casa, al país petit, al gran i fins i tot arreu. En la cirurgia esofagogastrica, Manuel Pera; en l'obesitat, fins fa uns mesos, José Manuel Ramón, i ara Anna Casajoana; en la cirurgia de la paret abdominal, José Antonio Pereira i Alex Bravo; en la cirurgia endocrina, Joan Sancho i Leyre Lorente; en la cirurgia HBP, Fernando Burdío, Patricia Sánchez i Benedetto Ielpo; en la Unitat d'Urgències, Estela Membrilla, Ana González, Amalia Pelegrina i Joan Guzmán; en la cirurgia colorectal i carcinomatosi peritoneal, Miguel Pera, Marta Pascual, Sandra Alonso, Silvia Salvans i Marta Jiménez-Toscano; en la cirurgia de mama, Nuria Argudo i l'altra Marta Jiménez, ara Gómez; tots liderats ara per Miguel Pera.

Us he de dir que no em peneixo gens d'aquell pas fet l'any 2002, que molts no van entendre. Semblava que la cirurgia començava i acabava en el trasplantament de fetge, però afortunadament hi havia vida més enllà. Vaig poder aplicar tot el que havia après durant els anys anteriors, i va ser llavors que em vaig adonar de les coses que portava a la motxilla, de l'empremta dels "mestres".

Si avui soc aquí és gràcies a aquests dos grans equips humans i científics, el del Clínic i el del Mar. Però, a més dels metges que els han anat component al llarg del temps, hem d'afegir-hi els estudiants, els becaris, els residents (molts d'ells adjunts, caps de secció i fins i tot caps de servei a l'actualitat), els especialistes d'àmbits afins —veterinaris, físics, enginyers, químics...—, el personal d'infermeria, l'auxiliar i l'administratiu (aquí sí que he d'esmentar Yolanda Olivet i Maite Candel, que m'han acompanyat els darrers 19 anys de vida professional), i sobretot els malalts, que han confiat en les nostres mans.

En aquest moment també voldria recordar de manera especial dues persones que ens han deixat en els darrers mesos de manera inesperada: José Manuel Sánchez-Ortega i Ignasi Poves, cirurgians de dues generacions molt diferents, però la bonhomia dels quals estava a la mateixa alçada que la seva categoria professional, confirmant una vegada més l'aforisme "bon metge, metge bo".

I, en aquest capítol de reconeixements, potser el més difícil d'expressar sense caure en tòpics fa referència a la meva família. És difícil, per no dir impossible, aconseguir reptes sense la comprensió i el suport familiars. La Francesca, la Xesca, sa Nina, ha estat la meva companya al llarg d'aquest camí. Camí que va començar a la cua de la Secretaria de la Facultat de Medicina fent la inscripció per a l'examen de preselecció l'any que la Facultat va establir *numerus clausus*, que va continuar a les aules —l'alfabet ens va donar un cop de mà: Fullana/Grande— i que va acabar en matrimoni ja fa 43 anys. Ha demostrat una generositat sense límits. Ha compaginat la seva carrera com a cirurgiana plàstica i professora universitària a l'Hospital Germans Trias i Pujol amb la de dona i mare i fins i tot

amb la d'avia, amb una dedicació i eficiència que només una dona és capaç d'exercir. Ella ha fet sacrificis en moments importants que em van permetre ampliar la meva formació a l'estranger. La Iria, la nostra filla, ha viscut aquest periple personal i professional —i molt probablement ha pagat l'excessiva dedicació professional dels pares cirurgians—, però tot i així ha decidit seguir el camí de la medicina acadèmica, això sí, en l'àmbit de la psiquiatria, al Clínic i a la Universitat de Barcelona. Ella, junt amb el seu marit, en Lluís (radiòleg infantil a la Vall d'Hebron), i ara el petit Martí han estat l'èxit més gran aconseguit en comú.

“Mostrem les dades”. Una recepta per millorar la qualitat en un servei de cirurgia acadèmic

A l'hora d'escollir el tema del discurs d'accés em vaig definir una sèrie de premisses. Volia defugir el repàs històric; volia un tema que fos transversal, en el qual tots, fóssim de l'àmbit sanitari o no, ens sentíssim implicats, entre d'altres coses perquè potser l'hem patit, o el podem patir, i, per descomptat, en el qual jo tingués una certa tradició (1,2). En aquest sentit, parlar dels esdeveniments adversos (especialment en la cirurgia, però es pot fer extensiu a altres esferes), de la manera de prevenir-los (i, més concretament, d'una manera determinada de prevenir-los), i fer una reflexió personal sobre el projecte que vam iniciar al Servei de Cirurgia de l'Hospital del Mar fa uns quants anys, em va semblar que complia a bastament les premisses inicials. He de reconèixer que m'he apropiat del títol d'un treball publicat al *Journal of the American College of Surgeons* l'any 2019, que em va semblar prou impactant i que recollia perfectament la idea en què fa molts d'anys que treballem: “*Mostrem les dades*”. *Una recepta per millorar la qualitat en un servei de cirurgia acadèmic* (3).

La pràctica clínica és prou complexa per si sola, però també ho és per la seva organització. Una pràctica clínica segura té tres

grans objectius: 1) identificar els procediments clínics, diagnòstics i terapèutics més segurs i eficaços; 2) assegurar que s'apliquen a qui els necessita, i 3) dur-los a terme correctament, sense errors (4). La seguretat és un component imperatiu de la qualitat assistencial. Mesurar el risc que deriva de l'atenció hospitalària és vital per al sistema sanitari, no només per la dimensió sanitària, sinó també per l'econòmica, la jurídica, la social i, fins i tot, la mediàtica (5).

Des dels orígens de la medicina occidental a la Grècia clàssica, el metge ha mostrat temor de fer mal. Encara que es dubti de l'autoria real de l'aforisme "*Primum non nocere*", aquest ja es troba incorporat al *Corpus Hippocraticum* en el segle IV aC. Aquesta màxima, tal com ha arribat als nostres dies, té força connotacions. Per un costat reconeix la fragilitat del malalt davant l'acte mèdic. Aquest acte, en algunes ocasions, resulta agressiu, encara que el pacient no tingui cap altra opció que acceptar les indicacions del seu sanador, per confiança o bé per resignació. Demés, aquesta sentència comporta un altre aspecte més subtil: la medicina no és capaç de curar en tots els casos i, en aquestes ocasions, és quan cal ser més estrictes en el precepte de "no fer mal".

Amb el pas dels anys, i més en les darreres dècades, els efectes indesitjables dels medicaments, les infeccions nosocomials, les complicacions del curs clínic o els errors diagnòstics i terapèutics han passat a formar part de les preocupacions diàries dels professionals sanitaris (6). El que ja és molt més recent és la utilització d'aquests resultats per millorar la qualitat assistencial. De fet, el 1955 (des del punt de vista històric, fa quatre dies), Barr (7) va considerar la introducció dels mitjans diagnòstics i terapèutics moderns com "un preu a pagar", i Moser (8), l'any següent, els va qualificar com "les malalties del progrés de la medicina". El 1964, Schimmel (9,10) va assenyalar que un 20 % dels malalts admesos en un hospital universitari acabaven patint alguna iatrogènia i que, en una cinquena part dels casos, aquesta iatrogènia conduïa a seqüeles greus. Steel et al (11), el 1981, establiren que aquesta xifra era del 36 %, que una quarta part dels errors eren greus i que la principal causa eren els errors de medicació.

Fins aquest moment ningú no havia esmentat l'activitat quirúrgica com a causa d'esdeveniments adversos, i no és perquè la cirurgia i els cirurgians no estiguéssim sotmesos a escrutini; fins i tot potser massa, i segur que molt més que els actes mèdics purs. No és cap disculpa, és una realitat. Segur que els cirurgians no estem exempts d'error, però també és cert que probablement les variables "quirúrgiques" són més fàcils de quantificar, d'enregistrar i, sobretot, de personalitzar. La grandesa i la servitud de la cirurgia és justament aquesta relació causa-efecte i que la relació metge-malalt té unes característiques molt específiques. Com diu el professor Pera al seu diccionari filosòfic de la cirurgia, *El cuerpo herido*, a partir de la consideració de l'acte quirúrgic com un acte agressiu (tornem al "*primun non nocere*"), pot admetre's conceptualment que el secret de la cirurgia, i del cirurgià que l'exerceix, consisteix a aconseguir la conversió quasi màgica d'una relació agressor-víctima en una relació sanador-pacient (12).

És cert que en l'àrea quirúrgica hi ha força barreres per assolir la fita de "dany zero". Tres, probablement, són les més notables. La primera variable a tenir en compte, pel que fa als resultats, és la tècnica del cirurgià. Hi ha un estudi molt clar en aquest sentit (13). S'hi van analitzar 20 cirurgians bariàtrics. D'una banda, de forma cega, uns companys van fer una valoració de les habilitats tècniques a partir d'uns vídeos i, de l'altra, es van extreure d'un registre les complicacions de cada pacient, complicacions que es van ajustar al risc dels malalts. Jo crec que el resultat no va sorprendre ningú: l'habilitat tècnica va predir la taxa de complicacions quirúrgiques. Però el que potser ja no era tan esperat va ser que l'habilitat tècnica també reduís les taxes de complicacions no quirúrgiques (mèdiques), de reintervencions, de reingressos i fins i tot de visites a urgències. És evident que sempre hi haurà persones més destres que d'altres i també que un hospital universitari té personal en formació, però és obligació nostra reduir aquestes diferències amb l'entrenament, la supervisió, el volum de casos i, més recentment, amb la simulació.

La segona variable és justament el quiròfan, una àrea de treball que compartim totes les especialitats, i en la qual interactuen diferents especialistes i múltiples estaments, i on, segons algunes publicacions, “passen coses” en el 14 % dels casos. Demés, sabem que el consum de recursos durant el període perioperatori representa un 52 % de la despesa sanitària. En aquest escenari, fora desitjable disposar d’una “caixa negra” que enregistrés, simultàniament, tots els esdeveniments que ocorren al quiròfan (14-16). Sense aquesta eina, serà difícil fer l’anàlisi de les causes, i posar-hi remei.

Finalment, hi ha una sèrie de fets relacionats amb l’àmbit del comportament humà. Els cirurgians, fins i tot en els àmbits més acadèmics, hem adoptat tradicionalment un enfocament aïllat per reduir les complicacions postoperatories. Això xoca amb dos biaixos cognitius molt ben estudiats: d’una banda, el conegut com *superioritat il·lusòria* (també anomenat *biaix de superioritat* o *error de clemència*), pel qual la persona sobreestima les seves qualitats i habilitats i les considera per sobre de les dels altres (17), i de l’altra, el biaix de *l’heurística de disponibilitat*, una drecera mental per la qual les decisions es prenen a partir dels exemples més immediats (18-20), una manera d’optimitzar el treball mental, per evitar malbaratar temps i esforç per arribar a una conclusió, sobretot en moments crítics o de supervivència; el problema és que aquest camí ens porta a ponderar els nostres judicis amb la informació més recent, a construir opinions esbiaixades basades en la darrera informació disponible, que gairebé sempre serà “bona”, si ens atenem al primer biaix.

Amb totes aquestes premisses, quin paper tenim els cirurgians en el desenvolupament dels esdeveniments adversos? Els primers estudis, els estudis de referència, són, com és habitual en el món científic, saxons. El primer, publicat en forma d’apartats (21,22), és el que es coneix com el *Harvard Medical Practice Study* (HMPS). Va ser desenvolupat l’any 1984 (fa gairebé quaranta anys) a Nova York. Va incloure 30.000 pacients de 51 hospitals de l’Estat i s’hi va estimar una incidència d’esdeveniments adversos del 3,7 %, dels quals es va considerar que el 27 % es podien catalogar com a negligències. El

70 % dels esdeveniments adversos van ser lleus o moderats, però el 3 % van tenir de resultat seqüeles permanents i en el 14 % dels pacients van contribuir a la mort. L'esdeveniment advers més freqüent va ser la reacció als medicaments (19 %), seguit de les infeccions de la ferida quirúrgica (14 %) i les complicacions tècniques (13 %) (14). Les especialitats amb més nombre d'esdeveniments adversos van ser les quirúrgiques, però les negligències es repartien al 50 % entre serveis mèdics i serveis quirúrgics.

Aquest treball va establir les bases de tots els estudis posteriors en matèria de seguretat a l'àmbit sanitari i va proporcionar la definició d'esdeveniment advers com la lesió produïda pel maneig mèdic (i no pas per la malaltia subjacent), que prolonga l'hospitalització o produeix discapacitat en el moment de l'alta. Els autors també van reconèixer que la detecció d'un esdeveniment advers no implicava necessàriament una mala qualitat assistencial, com tampoc el fet que no se'n detectessin implicava una bona cura. Però potser el més important és que els autors detectaren diferents fonts d'error en els seus resultats. En primer lloc, van veure que la història clínica, tal com es feia (i encara es fa), no era una bona font per a l'estudi dels errors mèdics. En segon lloc, admetien que hi havia dades que es perdien involuntàriament o que s'ometien de manera voluntària, i que això feia que la imatge final fos incompleta i, per tant, inexacta. En tercer lloc, l'estudi s'havia fet utilitzant dades hospitalàries, sense tenir en compte els esdeveniments adversos que havien tingut lloc a l'atenció primària. Finalment, també van constatar serioses diferències de judici dels investigadors a l'hora de qualificar els esdeveniments: no sempre va ser possible arribar a un acord a l'hora de decidir si s'havia produït o no un esdeveniment advers, com tampoc sobre la possibilitat d'evitar-lo o la discapacitat que provocava. És a dir, no érem davant d'un tema fàcil. I tot just acabàvem de començar!

El segon estudi és el *Quality Australian Health-Care Study* (QAHCS), publicat l'any 1995 (23). Aquest estudi també va considerar que el 51 % dels esdeveniments adversos eren evitables i va confirmar que la major part es produïen als serveis quirúrgics. Però la dada més cridanera és que la taxa estimada d'esdeveniments

adversos fora del 16,6 % (observeu la diferència amb l'estudi americà: 3,7 vs. 16,6 %, quasi cinc vegades més). És obvi que aquestes diferències, grolleres, no s'expliquen per diferències entre professionals o sistemes sanitaris (que d'altra banda corresponen tots dos a països del primer món). Els dos eren estudis de cohorts retrospectius, sostinguts per bases administratives, amb una definició molt restrictiva del que és un esdeveniment advers, i consideraven, pràcticament sempre, un sol esdeveniment advers per malalt: el més greu o el que constava a la base administrativa. Continuaven els problemes i tot feia albirar que la qüestió s'estava menysvalorant.

Després d'aquests estudis capdavanters, jo diria que el canvi de paradigma va venir amb el canvi de segle. L'any 2000, l'Institut of Medicine va publicar un contundent informe que portava un títol que deixava pocs dubtes: "To Err is Human" ('errar, equivocar-se, és humà') (24). En aquest informe quedava palès l'impacte dels errors i dels esdeveniments adversos en l'assistència sanitària. S'hi feia una estimació de la repercussió que tenien als Estats Units d'Amèrica (amb una població d'uns 300 milions de persones): un milió de pacients resultaven ferits durant l'hospitalització i uns 100.000 morien cada any a causa d'errors mèdics. Justament, aquest informe feia una anàlisi particular dels pacients quirúrgics: l'assistència quirúrgica era responsable d'entre el 48 i el 66 % dels esdeveniments adversos; en el 3 % de les intervencions quirúrgiques i dels parts es produïen esdeveniments que comportaven una mortalitat del 5,6 %, xifra que representava el 12,2 % de les morts hospitalàries, i, el més important, els autors consideraven que el 54 % d'aquests episodis eren evitables.

Alertats per l'informe de l'Institute of Medicine, altres països de l'entorn saxó de tres continents —Estats Units i Canadà; Austràlia i Nova Zelanda; Regne Unit i Dinamarca, entre d'altres (25-31)— es van sumar a la preocupació per aquest fenomen i, d'una manera o una altra, van ratificar la magnitud del drama.

L'Europa no saxona s'afegeix al corrent tard (quinze anys després de les primeres publicacions). L'any 2002 apareixen els

primers esbossos d'estudis nacionals sobre seguretat clínica, com el dut a terme pel Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (32) (CCECQA), que va ser l'embrió de l'estudi ENEIS per encàrrec de diverses agències nacionals franceses (33), o el projecte IDEA a Espanya (34), finançat pel Fons d'Investigacions Sanitàries (FIS), que va ser el germen de l'estudi ENEAS (2006) (35).

L'estudi ENEAS, que potser per la seva proximitat ens interessa més, va concloure que la incidència d'esdeveniments adversos als hospitals espanyols era d'un 9,3 % (un xifra intermèdia comparada amb els estudis ja comentats). El 55 % dels esdeveniments adversos hi van ser qualificats com moderats o greus i el 31 % van fer que s'allargués l'estada hospitalària. Les tres causes més freqüents relacionades amb l'esdeveniment advers van ser la medicació, les infeccions nosocomials i els problemes tècnics durant el procediment. Quasi la meitat (un 42 %) es podrien haver evitat, i els serveis mèdics i els quirúrgics se'ls van repartir pràcticament al 50 %.

El problema va ser que, després de tenir una foto més o menys fidedigna del que estava passant, diverses agències, entre les quals el mateix Institut of Medicine, que havia publicat l'informe "Errar és humà", van sol·licitar un esforç col·lectiu per reduir els errors mèdics un 50 % en cinc anys. Aquesta fita no s'ha assolit mai. Per què aquests estudis multitudinaris no han tingut la repercussió que tocava? Per què els plans, els bons desitjos de millorar els resultats a curt termini, no han donat els fruits que s'esperaven? No és gens estrany que el 2016 Martin Makary i Michael Daniel, amb una anàlisi publicada al BMJ amb el contundent títol de "L'error mèdic - tercera causa de mort als EUA", fessin trontollar el sistema sanitari (36).

Lucian Leape (un dels autors del *Harvard Medical Practice Study*, aquell estudi pioner que es va convertir en un dels referents mundials de la seguretat del malalt), professor de la Harvard School of Public Health i pare fundador de la National Patient Safety Foundation, considera que els esforços no han tingut els resultats esperats perquè les organitzacions no van posar èmfasi en els canvis

culturals per aconseguir les millores i sobretot mantenir-les al llarg del temps, i ha proposat cinc conceptes transformadors que caldria que totes les organitzacions sanitàries adoptessin per aconseguir el canvi cultural: 1) la transparència és un valor fonamental de tot el que fem; 2) l'eix central de l'assistència són els equips multidisciplinaris treballant en plataformes integrades; 3) els malalts han de participar com a socis de ple dret per discutir qualsevol aspecte de l'assistència sanitària; 4) els professionals sanitaris han d'estar satisfets amb la seva feina i trobar sentit a les mesures que es proposen, i 5) cal redissenyar els estudis de medicina, i els plans formatius dels residents, per integrar la seguretat com una fita inexcusable (37).

En paraules planeres, jo diria que en molts casos hem començat la casa per la teulada. Ens hem embarcat en projectes multicèntrics, nacionals i multinacionals, de grans pressupostos, a vegades esperpèntics, que, això sí, han inclòs un nombre molt alt de malalts, que s'han convertit en estudis de referència, però que els metges mirem de reüll, perquè no hi hem participat directament, perquè una bona part de la professió no en comparteix les definicions, perquè s'han utilitzat dades administratives de procedència dubtosa, perquè no s'han fet auditories, etc. I el que és més greu: si aquests estudis eren importants, per què no han tingut gaire repercussió personal, social o econòmica? Potser perquè dubtem de la seva qualitat. Llavors, per què hem malbaratat esforços i diners? Malauradament, aquest és un país que dicta moltes normes, moltes lleis... però no les complim, no pensem complir-les i no tenim ganes ni mitjans de fer-les complir. Llavors, per què publiquem aquests estudis?

Nosaltres, a l'Hospital del Mar, vam fer nostres molts dels principis, si no tots, de Lucian Leape, i especialment el primer: la transparència, la rendició de comptes, com a valor fonamental de tot el que fem, per començar així, pas a pas, a fer camí, a fer cultura de seguretat. L'any 2002, pocs mesos després de la meua arribada, vam iniciar, amb la participació de tot el Servei, un projecte centrat en la transparència i l'intercanvi de dades per implicar els cirurgians en la millora col·lectiva de la qualitat, construint bases de dades de tota l'activitat quirúrgica, fos del tipus que fos, i a més de les clàssiques

sessions de mortalitat vam començar a fer sessions d'activitat, en les quals la morbiditat (petita o grossa) tenia un paper important. Poc després vam començar a fer anàlisis comparatives amb les dades disponibles d'altres equips. Aquest va ser un punt especialment feixuc, perquè les dades internacionals de grans equips, consorcis o programes de qualitat no eren les més representatives, i les nacionals no sempre estaven disponibles. Amb alguns equips ens les vam intercanviar, d'altres ens les cediren, a vegades les vam extreure de publicacions, d'informes d'agències nacionals, autonòmiques o de bases administratives, però no sempre estaven ben contrastades, i el pitjor fou que poques vegades teníem a l'abast la definició i la forma de càlcul de cada variable: moltes vegades no sabíem si estàvem comparant peres amb pomes, perquè la variable era simplement "fruita".

Amb aquests antecedents, i coneixent experiències d'èxit vigents, globals com el Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) (38), o particulars com la dels nostres companys, els cirurgians de l'Hospital Parc Taulí (39,40), als quals mai agraiem prou les facilitats que ens van donar per adoptar el seu sistema de notificació, vam decidir posar el nostre gra de sorra en aquest tema.

En síntesi, es tracta d'una base de dades que té l'ingrés com a referència (és a dir, un mateix malalt pot tenir diferents entrades si ha reingressat al llarg del temps per qualsevol raó al Servei de Cirurgia). És una base de dades confidencial i segura (dos punts crítics), atesa la naturalesa delicada del treball i la necessitat de preservar un entorn segur. Té tallafocs que fan impossible integrar tota la informació, sobretot als estaments que poden prendre decisions sobre les persones. Té una part administrativa amb les dades bàsiques (edat, sexe, data d'ingrés, diagnòstic, procediment...) i una altra que omple el metge responsable, on consten els esdeveniments adversos que ha patit el malalt, no només durant l'estada hospitalària sinó també en els 30 dies següents a l'alta hospitalària, fent especial esment a la mort, els reingressos i les reintervencions, i categoritzant el tipus d'error, la capacitat d'haver-lo evitat i la gravetat. Òbviament s'hi

utilitzen definicions ben contrastades i hi ha un manual de consulta en línia per resoldre dubtes. Una vegada tancat el cas, un revisor extern revisa tots i cadascun dels esdeveniments, discuteix sobre alguns d'aquests esdeveniments amb els informants i, si no arriben a un consens, un tercer observador apura la decisió.

Les dades agrupades es discuteixen en sessions específiques de les unitats, de les seccions i, fins i tot, de tot el Servei regularment (entre tres i quatre vegades a l'any). Això ens ha servit per detectar, d'una manera relativament ràpida, increments de les taxes de reingressos, reintervencions, hemorràgies postoperatòries, infeccions..., i prendre mesures, individuals o col·lectives, per tornar al bon camí. Aquesta mesura contínua serveix per no baixar la guàrdia, perquè els problemes tenen una pertinaç tendència a la recidiva i no és estrany que tornin a surar mesos o anys després.

No us cansaré amb una mà de números, però segur que voleu saber alguns dels resultats d'aquesta política. Compartiré amb vosaltres algunes dades sobre les variables més generals, les més utilitzades i les més fàcils d'entendre, que no requereixen definicions sofisticades.

Comencem amb la taxa de mortalitat. L'any 2002 la taxa de mortalitat en el Servei de Cirurgia de l'Hospital del Mar era del 2,6 %. Ara no discutirem si aquesta xifra és alta o baixa, ni si està o estava dintre dels estàndards nacionals o internacionals. Del que es tracta és de veure el punt de partida i de saber si podem millorar-lo. Dèiem que la mortalitat el 2002 era del 2,6 %. Només observant —ja que no es va prendre cap mesura específica [efecte Hawthorne (41)]—, l'any següent va baixar al 2,0 % i el tercer any (aquí sí que potser amb alguna acció) a l'1,2 %. En el període 2005-2016 la taxa es va mantenir molt estable, entre el 0,8 i l'1,1 %, fins que l'any 2017 vam ser capaços de baixar-la fins al 0,3 %. I aquí va venir la sorpresa (o potser no tant, si observem després el comportament d'altres índexs): l'any 2018 la taxa va pujar a l'1,1 %. Les raons? Potser vam tenir una acumulació de malalts complexos (fet cert), o potser ens vam creure els “reis del mambo” i vam baixar la guàrdia

(ja hem vist que els fets relacionats amb l'àmbit del comportament humà són particulars), però el que és pitjor és que l'any 2019 no vam retornar al 0,3 % inicial, sinó que sembla que hem començat una nova corba descendent que potser ens portarà altra vegada al 0,3 % d'aquí a uns anys (espero que pocs).

Una altra preocupació (i també un dels índexs de qualitat més utilitzats) ha estat la taxa de reingressos. Considerem que si un malalt ha de reingressar en un període inferior als 30 dies després de l'alta hospitalària (fins i tot si ingressa per raons diferents de les originals) és que no li hem proporcionat l'atenció adequada durant l'estada. És a dir, que ja tenia un problema que hauríem d'haver detectat i solucionat. Aquí el comportament també ha estat de zig-zaga. El punt de partida va ser el 4,9 %, el vam anar baixant fins al 2 %, però va fer una pujada al 6,7 % l'any 2007 i ens va costar vuit anys tornar-lo a baixar fins al 2 %, i ara tornem a estar de pujada fins al 8,5 % l'any passat. En la fase actual, ha tingut (i té) un paper molt important la cirurgia major ambulatoria i la cirurgia de curta estada. Són indiscutibles els avantatges d'aquest tipus de cirurgia, des del punt de vista personal, sanitari i econòmic, però haurem de donar la raó a Barr (7) i a Moser (8) quan van dir que la introducció dels mitjans diagnòstics i terapèutics moderns té “un preu a pagar” o són “les malalties del progrés de la medicina”. Pel contacte limitat amb el malalt, aquest tipus de cirurgia és més propera a la *cirurgia itinerant* de l'edat mitjana, en què els cirurgians anaven operant de poble en poble i delegaven les cures postoperatòries a uns altres professionals. Això exigeix més informació i més coordinació amb altres estaments, però em fa l'efecte que ens haurem d'acostumar a uns nous estàndards.

Un altre índex que entendreu amb rapidesa és la necessitat de reoperar un malalt durant l'estada hospitalària. Partíem d'un 8,8 % i vam arribar a reduir-lo fins al 3,3 % l'any 2007, però una vegada més l'índex s'enfila fins al 9,1 % (pitjor que el punt de partida) l'any 2014, per tornar a baixar al voltant del 5 % l'any passat. El que queda molt clar és que no es pot baixar la guàrdia i que hem de mantenir un registre continu per emprendre les accions que calguin, en el moment

que calgui, per mantenir els números dintre d'uns determinats límits. I recordeu que no discutim si són bons o dolents: són els que són.

Un altre comportament que cal comentar és la taxa de complicacions global —s'hi inclouen totes les complicacions que ha patit un malalt durant l'estada, siguin mèdiques (insuficiència renal o respiratòria, arrítmia cardíaca, per exemple), quirúrgiques (des de la infecció de la ferida quirúrgica fins a la dehiscència de l'anastomosi) o del procés de cures (flebitis, caigudes o nafres)—. Aquest índex ens ha portat pel camí de l'amargura i ens ha costat anys trobar una explicació del seu comportament (i encara no estem segurs que sigui la bona). El punt de partida l'any 2003 era que un de cada tres malalts (un 35 %) patien algun esdeveniment advers que en modificava el curs postoperatori. Aquest percentatge va romandre molt estable fins l'any 2013, que vam arribar a les vintenes (i l'any 2019 fins i tot a les desenes). Tot i així, volia dir que un de cada cinc malalts patia algun esdeveniment advers durant l'estada a l'hospital.

Afortunadament, l'any 2011 vam adoptar una classificació de les complicacions quirúrgiques que havia estat publicada per primera vegada l'any 1992, que va patir una sèrie de modificacions l'any 2004, que finalment va ser validada el 2009 i que avui està acceptada arreu: la classificació de Clavien-Dindo (42-44). D'aquesta manera ens vam adonar que encara que la taxa global es mantingués relativament estable, al voltant del 20 %, com he dit, hi havia hagut una inversió de la gravetat de les complicacions: l'any 2011 les complicacions qualificades com greus a la classificació de Clavien-Dindo pràcticament eren el doble de les lleus (24,8 vs. 11,3 %), i a hores d'ara les lleus tripliquen les greus (14,9 vs. 4,8 %). Com que estem parlant del mateix nombre de complicacions global, la millora és evident. Per què ha passat, això? Primer, i espero que sigui veritat, perquè ho fem millor, i segon perquè una vegada instaurada la cultura de la recol·lecció d'esdeveniments adversos, recollim esdeveniments en els quals fa anys no paràvem atenció. Quan alguns esdeveniment tenen tendència a desaparèixer (tot i la seva obstinació a reaparèixer), hom posa l'atenció a altres esdeveniment de menys

relleu, menys greus, però m'atreveria a dir que igual d'importants per la persona que els pateix.

A més d'aquests índexs generals, també fem seguiment d'índexs referencials per a cada unitat, i fins i tot per a determinats procediments: en cirurgia colorectal, la taxa d'infeccions de la ferida quirúrgica o de dehiscències de les anastomosis; en cirurgia tiroïdal, la taxa d'hipocalcèmia o de lesió del nervi laringi recurrent; en cirurgia de pàncrees, la taxa de fistula pancreàtica; en cirurgia del tracte digestiu superior, la taxa de dehiscència de les anastomosis, etc. Però no us cansaré amb una exposició detallada de tots els índexs, més adient per a un fòrum d'especialitats que per a un discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia.

El pas següent ha estat significatiu: elaborar informes individuals de cada cirurgia. I no ens conformem, no estem quiets. Treballem per fer una cerca automatitzada a la història clínica electrònica, des de valors anormals de laboratori, com ara augments postoperatoris de troponines, creatinina sèrica, etc., fins a determinacions clíniques, proves o prescripcions que no s'ajusten a la previsió. Treballem per intentar ajustar les taxes amb factors de risc... Però el més important és que tots confiem en el sistema, que informem dels esdeveniments adversos i dels incidents en un entorn "lliure de culpa", que l'entrada al programa es vegi com una manera de buscar de forma activa oportunitats per millorar. La creació d'una cultura de seguretat en el malalt quirúrgic requereix una inversió en lideratge per part del cirurgià. Si no ho fas tu, t'ho faran (i ja hem vist els resultats...).

I a aquestes alçades del discurs, després de 17 anys m'agradaria fer unes reflexions sobre la seguretat en l'àmbit quirúrgic.

Pel que fa a la normalització de la recollida de dades: la cultura de deixar constància dels esdeveniments adversos en una base de dades no està arrelada al món de la medicina, i potser encara menys al dels cirurgians, en què l'esdeveniment es pot relacionar clarament amb la persona. D'altra banda, l'existència d'una base de dades amb la qualificació dels esdeveniments crea una certa inseguretat. El treball continu d'aquests 17 anys ha permès establir unes regles

del joc i que molt poques persones, o cap, encara tinguin recances a l'hora d'introduir un esdeveniment advers a la base de dades, fins i tot els seus propis errors assistencials. El que està clar és que establir aquesta cultura és lent i s'ha de fer amb una cura exquisida.

Som conscients que es pot discutir la qualitat de les dades introduïdes: no hi ha revisors ni controls de qualitat externs. Les dades introduïdes erròniament poden quedar permanentment dintre del sistema (de fet és el mateix que succeeix amb el conjunt mínim de dades a l'alta hospitalària). No és hora de discutir aquests aspectes, que, d'altra banda, han estat extensament analitzats i discutits a la bibliografia. No ho podem objectivar, però estem segurs que al llarg dels anys el Servei i les unitats han trobat la utilitat final dels resultats i han anat millorant la introducció de dades.

Una de les parts més crítiques del compliment de la base de dades és disposar del seguiment 30 dies després de l'alta, i encara més en el context actual de cirurgia major ambulatoria, d'alta precoç, amb el seguiment dels malalts a les àrees d'atenció primària o especialitzada ambulatories. D'una banda, tal com hem explicat, el nostre sistema alerta d'aquesta variable i, de l'altra, la nostra condició d'hospital sectorial amb una atenció especialitzada ambulatoria a càrrec dels especialistes del mateix Servei, fan menys complicat assolir aquesta fita. Finalment, la història clínica compartida també contribueix a aconseguir l'objectiu.

Pel que fa a traslladar aquesta cultura a altres àmbits de l'Hospital: de mica en mica aquesta opció del Servei de Cirurgia ha estat coneguda per altres serveis i per diferents direccions de l'Hospital, que l'han volgut adoptar o implantar. L'Hospital va participar al projecte ENEAS promogut pel Ministeri de Sanitat, la base de dades s'ha posat a disposició d'altres serveis quirúrgics de l'Hospital, la Direcció Assistencial i el Control de Gestió ho ha integrat dintre de la direcció per objectius (és a dir, dintre de les DPO) i fa pocs mesos ho ha adoptat la Direcció de Qualitat dintre d'un programa de reducció dels esdeveniments adversos d'alt impacte (infecció urinària, errors en l'administració d'insulina, flebitis,

pneumònies per aspiració i duplicitat de registres), en el qual no només hi som el cirurgians, sinó també tota l'estructura hospitalària.

No amagarem que queden coses a fer en aquest camí cap a l'excel·lència assistencial. Un punt cabdal és com presentar i tractar els errors assistencials una vegada detectats. De fet, aquesta situació ja quedava palesa després de les sessions de morbiditat clàssiques i no és un fet particular del nostre sistema, del nostre servei o del nostre hospital. La discussió civilitzada dintre del Servei, com hem dit amb la intenció de millorar i no de posar el dit a l'ull del "causant" i fins i tot traslladar els problemes detectats a la Comissió d'Avaluació d'Actes Assistencials (és a dir, fer-los públics), ha estat la conducta habitual. El més important és que una bona part dels esdeveniments adversos pràcticament desapareixen de l'assistència una vegada comentats i discutits, encara que no amagaré que tenen una certa tendència a la recidiva quan es baixa la guàrdia.

Per què la taxa d'esdeveniments adversos no ha baixat de manera espectacular, i fins i tot ha pujat? L'experiència al llarg d'aquests anys ens porta a constatar que l'ésser humà continuarà cometent errors i que, quan sembla que has controlat un determinat error, n'acaba sorgint un de nou o un al qual no havies prestat atenció abans. La clau és fer un seguiment continu per detectar-los, analitzar-los i corregir-los com més aviat millor.

Quin ha de ser el paper de les facultats de medicina pel que fa als esdeveniments adversos? Amb freqüència, als nostres estudiants se'ls transmet una actitud de certesa i infal·libilitat i poques vegades se'ls inculquen actituds i comportaments proclius a acceptar i comunicar l'error. Fora desitjable que la doctrina, les habilitats i l'aplicació pràctica de tots els continguts que envolten la seguretat i qualitat assistencial del malalt fossin tractats durant el currículum.

I una darrera reflexió: som conscients que ens falta una pota. Cada vegada s'està donant més importància a l'experiència del malalt (i dels seus familiars), al grau de satisfacció percebut per l'atenció... Els metges i professionals poden tenir interaccions no gaire profitoses amb els malalts i amb les famílies, i a vegades aquests problemes se

centren en un nombre limitat de professionals. Hem de fomentar la professionalitat en les nostres institucions.

He dit.

Bibliografia

- Grande L. Menos es más. *Cir Esp* 2016; 94: 427-428.
- Grande L. La rendició de comptes com a forma de millorar la morbidimortalitat quirúrgica. *Rev R Acad Med Catalunya* 2019;81: 81-86.
- Birdas TJ, Rozvcki GF, Dunnington GL, Stevens L, Liali V, Schmidt CM. Show me the data. A recipe for quality improvement success in an academic surgical department. *J Am Coll Surg* 2019; 228: 368-373.
- Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. *JAMA* 2002; 228: 501-7.
- Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.
- Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. *BMJ* 2001; 322: 501-2.
- Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay -. *JAMA* 1955; 159: 1452-6.
- Moser R. Diseases of medical progress. *N Engl J Med* 1956; 255: 606-14
- Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med* 1964; 60:100-10.
- Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 58-64.
- Steel K, Gertman PM, Crescenzi C. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1981; 304: 638-42.
- Pera C. *El cuerpo herido: diccionario filosófico de la cirugía*. Edicions Universitat de Barcelona, Barcelona, 1998.

- Birkmeyer JD, Finks JF, Reilly A, Oerline M, Carlin AM, Nunn AR, Dimick J, Banerjee M, Birkmeyer NJO for the Michigan Bariatric Surgery Collaborative. Surgical skill and complication rates after bariatric surgery N Engl J Med 2013; 369: 1434-1442.
- Jung JJ, Elfassy J, Jüni P, Grantcharov T. Adverse effects in the operating room: definitions, prevalence and characteristics. A systematic review. World J Surg 2019; 43: 2379-2392.
- Bohnen JD, Mavros MN, Ramly EP, Chang Y, Yeh DD, Lee J, de Moya M, King DR, Fagenholz PJ, Butler K, Velmahos GC, Kaafarani HMA. Intraoperative adverse events in abdominal surgery: what happens in the operating room does not stay in the operating room. Ann Surg 2017; 265: 1119-1125.
- Garbens A, Goldenberg M, Wallis CJD, Tricco A, Grantcharov TP. The cost of intraoperative adverse events in abdominal and pelvic surgery: A systematic review. Am J Surg 2018; 215: 163-170.
- Kruger, J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. J. Pers Soc Psychol 1999; 15: 1121-34.
- Tversky A, Kahneman D. Availability: a heuristic for judging frequency and probability. Cogn Psychol 1973; 5: 207-232.
- Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. Science 1974; 185: 1124-1131.
- Tversky A, Kahneman D. The framing of decisions and the psychology of choice. Science 1981; 211: 453-458.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-84.

- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-71.
- To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). National Academies Press, Washington, 2000.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin Makary MA, HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38: 261-71.
- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322: 517-9.
- Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger* 2001; 163: 5370-8.
- Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J* 2001; 114: 203-5.
- Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC* 2004; 170: 1678-86.
- Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Saied GA, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: Incidence and timing of adverse events in patients admitted to a canadian teaching hospital. *Can Med Assoc* 2004; 170: 1235-40.
- Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999; 126: 66-75.

<https://www.ccecqa.fr/sites/default/files/files/Publications/Parutions/Infographie%202019.pdf> [Accedit el 15/09/2020].

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud67.pdf>. [Accedit el 15/09/2020].

Aranaz JM, Vitaller J. y Grupo de Estudio del Proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Estudios para la salud, nº 13. Generalitat Valenciana. Valencia, 2004.

Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005). Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruíz P (eds). Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006.

Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016 May 3;353:i2139.

Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. JAMA 2002; 228: 501-7.

<https://sensar.org/wp-content/uploads/2019/04/Memoria-SENSAR-2017.pdf> [accedit el 3/10/2020].

Rebasa P, Mora L, Luna A, Montmany S, Vallverdú H, Navarro S. Continuous monitoring of adverse events: influence of the quality care and the incidence of errors in general surgery. World J Surg 2009; 33: 191-8.

Rebasa P, Mora L, Vallverdú H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, Navarro S. Efectos adversos en cirugía general. Análisis prospectivo de 13.950 pacientes consecutivos Cir Esp 2011; 89:599-605.

Mayo E. Hawthorne and Western Electric Company. En Social Problems of Industrial Civilization. Elton Mayo (ed). Harvard University Press, Boston. 1945.

Clavien PA, Sanabria JR, Strasberg SM. Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy. Surgery 1992; 111: 518–26.

- Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004; 240: 205–13.
- Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg* 2009; 250: 187–96.

Taula 1. Taxa (%) dels índexs de qualitat esmentats al Servei de Cirurgia de l'Hospital del Mar en el període 2002-2019

Índex	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mortalitat	2,6	2,0	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9	0,8	0,7	0,8	0,9	0,3	1,1	1,0
Reingressos	nd	4,9	4,7	2	2	6,7	4,2	5,5	3,2	5,8	5,5	4,7	2,0	6,6	5,8	6,9	6,3	8,5
Reintervencions	nd	8,0	8,8	6,0	7,3	3,3	5,8	6,7	7,7	8,9	5,9	7,0	9,1	6,9	4,7	6,3	4	5,6
Complicacions globals	nd	35	34,8	35	33	28	27	34	39	35,9	20,6	21,6	25,0	22,9	22,3	23,8	22,6	19,7
llets*	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	11,3	12,0	12,2	13,7	14,8	16,1	17,4	17,8	14,9
greus*	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	24,8	18,6	9,4	11,3	8,1	6,2	6,4	4,8	4,8

* D'acord amb la classificació de Clavien-Dindo: llets (graus I-IIIa); greus (graus IIIb-V) (44)
 nd: no disponible

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

DR. LAUREANO FERNÁNDEZ-CRUZ PÉREZ

Una vegada més voldria donar les gràcies al president de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, Josep Antoni Bombí, i a la Junta Directiva, per haver-me escollit per contestar el discurs de rebuda de l'Il·lustre Doctor Luis Grande i Posa.

Si m'ho permeteu, senyor president, començaré adreçant unes paraules a l'acadèmic Josep Carrière. En Josep i la Montse, la seva esposa, són amics meus i de la meva esposa, l'Olga, i ens uneix el fet d'haver estat escollits per la sort en tenir la responsabilitat d'educar uns fills extraordinaris que cada dia acaricien les nostres vides. Són extraordinaris perquè estan fora dels patrons del que tothom entén per normalitat, i són excepcionals en la generositat, perquè donen bondat i amor a canvi de res.

En Josep és un home elegant, afable, d'esperit jove, que conserva un aspecte intocable pel pas del temps; no obstant això, el que més impacta de la seva persona és la tolerància i la pau que transmet amb els seus gestos i paraules. Desitjo que per molts anys puguem seguir gaudint de la teva presència en aquesta acadèmia.

En la primera part del discurs, el Dr. Luis Grande recorda els seus pares, la seva esposa Xesca i els seus fills, que tant l'han ajudat en la seva experiència vital. L'escriptor Gabriel García Márquez deia que “la vida no es la que uno vivió, sinó la que uno recuerda para contarla”.

En el relat de la seva història vital, el Dr. Grande posa l'accent en l'agraïment als seus mestres, mentors i amics. Destaca que avui ell és el protagonista d'aquest acte acadèmic gràcies als equips humans de l'Hospital Clínic i de l'Hospital del Mar. Els noms de totes les persones que l'han ajudat i acompanyat en la consecució de les seves fites professionals estan inclosos en el text del seu discurs.

Tal com va dir amb encert José Ortega y Gasset: “Nuestra vida está conformada por la vocación, las circunstancias y el azar”. La vocació no és només allò que ens sentim cridats a realitzar, sinó allò que decidim realitzar. Les circumstàncies són el paisatge en què es desenvolupa la nostra vida, i l'atzar és impredecible.

El Dr. Luis Grande és una persona afortunada i exitosa; no obstant això, es troba lluny de ser l'individu afortunat que poques vegades és feliç amb el fet de ser afortunat, que necessita saber que té dret a la seva bona fortuna, i vol estar convençut que la mereix, i sobretot que la mereix en comparació amb els altres. Els qui mantenen la supèrbia meritocràtica obliden sovint que han tingut la fortuna i la bona sort al seu costat. Enfront d'aquesta falsa creença s'imposa de manera rotunda l'ètica de la gratitud i la humilitat que ha inspirat Luis Grande.

En el seu relat menciona les oportunitats que va tenir en rebre els coneixements d'un grup de cirurgians, entre els quals jo mateix, liderats pel professor Cristòbal Pera a l'Hospital Clínic. El professor Pera també va ser mestre d'alguns dels que formem part com a acadèmics d'aquesta noble Reial Acadèmia.

En un dels seus textos, el poeta Antonio Machado va escriure: “Vosotros debéis amar y respetar a vuestros maestros (...). Pero para juzgar si su labor fue más o menos acertada, debéis esperar mucho tiempo, acaso toda la vida (...) en nuestro mundo interior hay algo de ruleta en movimiento, indiferente a las posturas del paño, y que mientras gira la rueda, y rueda la bola que nuestros maestros lanzaron en ella un poco al azar, nada sabemos de pérdida o ganancia, de éxito o de fracaso”.

Han passat molts anys i considero que el professor Pera és el docent més brillant que he conegut. Compleix amb excel·lència que la pedagogia del professor es basa en el respecte més absolut a l'alumne, en relació amb qui únicament té cabuda el suggeriment, l'exemple i el diàleg. El professor hi és per transmetre coneixements, però principalment per transmetre interès pels coneixements. Aquesta és l'empremta que ha deixat el professor Pera en totes les persones que hem estat deixebles seus, i el Dr. Luis Grande entre els més distingits.

En la segona part del seu discurs, el Dr. Luis Grande se centra en els aspectes adversos en cirurgia: “Mostrem les dades. Una recepta per millorar la qualitat en un servei de cirurgia acadèmic”. Si analitzem alguns aspectes de la història de la medicina, malgrat que l'aforisme “*Primum non nocere*” ja estava incorporat al corpus hipocràtic en el segle IV aC, els metges han fet més mal que bé al llarg dels segles. En el segle XIX, Oliver Wendell Holmes, professor de Medicina de la Universitat de Harvard, va escriure: “Si tota la medicina del món es llencés al mar, seria molt dolent per als peixos i bo per a la humanitat”.

Aquesta medicina desastrosa era conseqüència, en part, de l'absència de coneixements adequats d'anatomia, fisiologia, microbiologia i altres disciplines mèdiques. Com a exemple, la revolució industrial es va produir abans que el microbiòleg francès Louis Pasteur estudiés la relació entre el contagi de microorganismes i l'aparició de les malalties infeccioses. Els cirurgians actuaven impassibles contra el dolor, abans que s'introduïssin els fàrmacs per a l'anestèsia l'any 1842.

Al llarg de la història, els cirurgians han comès errades. Molts dels èxits en la tècnica quirúrgica han estat conseqüència de l'experiència acumulada en la pràctica amb els pacients. Aquesta manera de procedir ha augmentat significativament en aquesta època de desenvolupament tecnològic i d'innovació quirúrgica. Segons Atul Gawande, els cirurgians que s'inicien en un nou procediment

“They got worse before they got better“ (ho fan pitjor abans de fer-ho millor).

Si analitzem l'evolució de la cirurgia dels trasplantaments d'òrgans sòlids com el fetge, el pàncrees i el cor, el camí per assolir l'èxit que avui tenen ha estat ple de dificultats i acompanyat de resultats insuficients.

L'any 1963, Thomas Starzl va fer el primer trasplantament hepàtic a un nen de tres anys que patia una malaltia hepàtica terminal. El pacient va morir durant la intervenció. Posteriorment, va fer quatre trasplantaments més que també van fracassar per les hemorràgies i les infeccions.

L'any 1967, malgrat l'oposició dels seus col·legues cirurgians, el Dr. Starzl va fer set trasplantaments hepàtics més en nens, i quatre van morir després de la cirurgia. L'any 1979, Starzl va presentar una nova experiència de 170 trasplantaments hepàtics amb una mortalitat mínima i acompanyats d'una llarga supervivència. I l'any 1983, el NIH americà va reconèixer el trasplantament de fetge com el tractament dels pacients amb malalties hepàtiques terminals.

El primer trasplantament de pàncrees el van fer l'any 1966 Kelly i Lillehei a la Universitat de Minneapolis. L'empelt va funcionar durant sis dies, i el pacient va morir al cap de dos mesos per una sèrie de complicacions. Entre l'any 1966 i 1973, aquest grup de cirurgians va fer tretze trasplantaments de pàncrees, i només un dels pacients va romandre no insulíndependent al cap de dotze mesos del trasplantament. Actualment, la mortalitat en el trasplantament de pàncrees és inferior al 2 % i la supervivència se situa entre el 75 i el 85 % als cinc i deu anys del trasplantament. Des de fa més de quinze anys, el trasplantament de pàncrees és el tractament d'elecció per al pacient amb diabetis de tipus 1 i insuficiència renal terminal, a qui s'ofereix un trasplantament simultani de ronyó i pàncrees.

El primer trasplantament de cor el va fer l'any 1967 Christiaan Barnard a Johannesburg. El pacient va morir divuit dies després del trasplantament. Durant l'any següent es van fer en el món cent trasplantaments de cor amb uns resultats molt poc exitosos, fins que

l'any 1971 es va iniciar l'aplicació de la ciclosporina com a fàrmac immunosupressor. Avui en dia, el trasplantament de cor s'associa a uns resultats excel·lents comparables als assolits en el trasplantament d'altres òrgans sòlids.

Aquestes experiències de la cirurgia dels trasplantaments esmentades ens demostren que, en els inicis, la cirurgia va ser experimental, amb resultats descoratjadors. Sempre m'he preguntat com devien ser els diàlegs entre els pacients que buscaven un alleugeriment o curació de la seva malaltia i els cirurgians que oferien una nova terapèutica sense experiència clínica prèvia per avalar una esperança de curació, i desproveïts d'un arsenal terapèutic eficaç per controlar el rebuig immunològic...

Probablement, amb els estàndards actuals del consentiment informat, la cirurgia dels trasplantaments en la fase embrionària no s'hauria permès, o bé s'hauria endarrerit en el temps, amb el consegüent perjudici que aquest fet hauria comportat per als pacients durant els anys posteriors.

Els riscos que corren els pacients en l'aplicació d'una tècnica quirúrgica innovadora sovint han valgut la pena per l'èxit que s'ha aconseguit; no obstant això, no sempre ha estat així.

Actualment, per avaluar una nova tècnica s'utilitza un estudi prospectiu aleatoritzat que permet conèixer quins són els pacients que se'n podrien beneficiar i quins no.

Un aspecte que s'ha de tenir en compte en la implementació d'una nova tècnica és la necessària corba d'aprenentatge, és a dir, el temps que els cirurgians necessiten per familiaritzar-se amb el desenvolupament de la tècnica. És en aquest període que pot augmentar la morbiditat i la mortalitat quirúrgica.

La medicina és inevitablement una disciplina fracturada, és a dir, dividida en múltiples especialitats amb interessos de vegades contraposats. No obstant això, hi preval una idea que n'unifica totes les parts: la noció de la dignitat d'una persona que es troba incapacitada per la malaltia.

La cirurgia és un instrument important per restaurar la dignitat humana. Els cirurgians són cridats pels pacients a intentar alleujar o curar la malaltia. Abans d'emprendre aquesta acció, els cirurgians han de desenvolupar una actitud de gran importància: escoltar amb humilitat els dubtes i pors sobre el tractament, i mostrar el seu suport en els moments d'angoixa i desesperació dels pacients.

La cirurgia del segle XXI exigeix, en tot moment, un diàleg permanent entre el pacient i el cirurgià o cirurgiana, en el qual ha de predominar la cultura de la transparència, el reconeixement de les errades mèdiques, si n'hi ha, i la certesa de l'èxit que acompanyarà el tractament quirúrgic.

Juntament amb el concepte de transparència, n'hi ha un altre d'igual importància que és la confiança. Es tracta d'una expectativa que es troba en la ment dels pacients, que creuen que els cirurgians faran tot el que sigui necessari perquè recuperin la salut.

Aquesta confiança s'estén també a la institució i al personal assistencial que haurà de vetllar per les cures. Si la confiança es trenca per una errada mèdica, els pacients se sentiran traïts.

A l'inici d'aquest any 2021 em va cridar l'atenció un article de la periodista Imma Monsó publicat al diari *La Vanguardia* de Barcelona el passat dia 7 de gener, titulat "El diagnòstic més just". Aquesta periodista hi descriu el seu pelegrinatge de visites mèdiques, fins a cinc, que va fer després d'haver sabut que havia estat contacte estret d'una persona amb resultat positiu en la prova de la COVID. Hi explica l'estat de confusió que cada consulta mèdica li produïa, ja que cap dels sanitaris que la atenia li donava un diagnòstic clar, i les contradiccions i incoherències a mesura que se succeïen les consultes l'anaven inquietant cada cop més. Imma Monsó conclou l'article manifestant que: "és bo que els pacients aprenguem a enfrontar-nos a la relativitat que entranya tota opinió mèdica. Només així recuperarem el respecte per una disciplina en la qual el punt dèbil és també la grandesa: no poder esquivar la complexitat (per ara insondable i sempre equívoca) del factor humà".

Com que sabem que, malauradament, l'experiència d'aquesta escriptora no és infreqüent en la praxi diària, seria recomanable que la professió mèdica es plantegés no només formar experts en les diverses especialitats mèdiques, sinó més professionals savis, que no és el mateix. La saviesa és la suma de talent i humilitat. Els experts exhibeixen coneixement i tendeixen a resoldre la complexitat fent-la encara més complexa perquè s'enfoquen només en una part del problema. La complexitat requereix, doncs, professionals mèdics més savis. Són aquests els que busquen una mirada integral de la persona malalta. Aposten per la senzillesa però eviten la simplificació; escolten activament i mostren un interès sincer que crea confiança en la persona malalta i n'alleugereix la preocupació i el malestar. Són aquestes les aptituds que, ara més que mai, han de ser ensenyades i apreses en les facultats de medicina pels professionals especialistes, que aspiren a tenir aquesta mirada integral del pacient per evitar errades en el diagnòstic i tractament de les malalties.

El canvi fonamental entre la medicina del passat i l'actual es troba en l'accés a la informació, que situa en posició d'igualtat la relació metge-pacient. Els pacients són coneixedors dels riscos i dels potencials beneficis de la medicina moderna, de la possibilitat de complicacions dels tractaments mèdics o quirúrgics, i de les mesures que puguin adoptar els professionals mèdics per evitar-les. La confiança és avui, doncs, essencial.

El discurs del Dr. Luis Grande ens il·lustra sobre la seguretat del pacient i la cultura de la seguretat. L'Organització Mundial de la Salut defineix la seguretat del pacient com l'absència de dany previsible durant el procés d'atenció a la salut, evitar errades que li causin dany.

L'any 2000 es va publicar l'informe "To Err is Human". El motiu pel qual es redacta era el coneixement de la manca de seguretat completa en el sistema sanitari, majoritàriament per l'efecte advers (incident que es produeix i que ocasiona dany en el pacient, derivat de l'activitat assistencial). També es poden produir errades assistencials: fenomen que es produeix per la fallada en

la planificació o en l'execució del diagnòstic o dels procediments terapèutics o assistencials.

La seguretat del pacient depèn del disseny dels sistemes. La malaltia que pateix el pacient és un mal primari. L'acció en la seguretat del pacient recau a evitar un dany superior causat per l'actuació mèdica en relació amb aquesta condició primària.

La seguretat del pacient depèn de la naturalesa mateixa de la malaltia que pateix, és a dir, a vegades, és la mateixa malaltia la que causa un dany irreversible en el pacient, i aquest no és secundari a les accions que es duen a terme per pal·liar-lo o mitigar-lo.

La seguretat del pacient depèn del disseny dels sistemes i d'un aprenentatge continuat derivat del reconeixement i la recollida d'efectes adversos i de les errades que els poden produir, sempre amb l'objectiu d'analitzar-los i fer-ne una lectura positiva i proactiva. Per tant, s'ha de promoure la recollida dels efectes adversos i de les errades que els causen.

La majoria d'autors defensen que, tenint en compte el gran pes del factor humà en la causació d'errades, s'hauria d'intentar contrarestar-les amb més sistematització i protocol·lització de l'atenció mèdica.

La cirurgia és l'especialitat en la qual es detecten més efectes adversos. La majoria que es produeixen en un hospital es detecten a quiròfan. S'han detectat més efectes adversos en hospitals on hi ha residents i estudiants. En aquest punt pot haver-hi un factor de confusió, ja que un hospital amb residents i estudiants també té més complexitat quant a volum de pacients i patologies més complexes.

Quan apareix una errada que causa un efecte advers no és important qui s'ha equivocat o qui l'ha comès, sinó com i per què han fallat les defenses del sistema que les havia de detectar i prevenir. La millora en la seguretat del pacient implica un canvi en la cultura de la seguretat, tant en l'àmbit hospitalari com en l'àmbit de l'educació en medicina. En l'àmbit hospitalari, s'ha de promoure l'educació en seguretat del pacient, i incentivar la motivació de tot el personal mèdic assistencial per promoure la pràctica d'una medicina segura.

La finalitat és doncs identificar els incidents, plantejar estratègies, aconseguir mitjans per evitar-los i aprendre'n sempre en el marc de l'anonimat i la via no punitiva.

En l'àmbit de l'educació i la formació a les facultats de medicina, s'ha de conscienciar els futurs metges i metgesses de la importància dels riscos no desitjats en l'atenció mèdica, i de la de vetllar per la seguretat del pacient, és a dir, promoure la cultura de la seguretat.

En el futur el sistema sanitari es veurà significativament millorat amb l'aplicació de robots teledirigits per a certes tasques mèdiques, i també amb la utilització de sensors d'intel·ligència artificial per a la detecció de canvis no desitjables mitjançant la monitorització dels pacients o l'activació de sistemes del control de les accions terapèutiques. La implementació d'aquesta tecnologia innovadora juntament amb les potencialitats humanes ajudarà a disminuir les errades mèdiques. Però els investigadors en aquestes tècniques i els experts en bioètica avisen que aquests avenços hauran de preservar la dignitat de la persona per evitar que es cosifiqui. La intel·ligència podrà ser artificial però la responsabilitat serà sempre humana.

Vull acabar la intervenció amb unes reflexions sobre la responsabilitat del cirurgià referint-me a la necessitat de tenir present que el cirurgià estableix un diàleg amb un pacient que se sent dèbil i vulnerable, però que al mateix temps posseeix un territori meravellós que el filòsof Emilio Lledó va anomenar *microcosmos* i que va definir com: “Un espacio interior surcado por múltiples constelaciones de sentimientos, ideas, pasiones, memoria, olvidos, ilusiones y frustraciones que nos hace ser, efectivamente, el ser que somos”.

Les persones malaltes estan àvides de conèixer la seva malaltia, desitjoses de saber-ne el tractament adequat, però sobretot estimen la vida; una vida digna i bella. Aquesta dignitat es posa en risc quan apareix un errada mèdica o quirúrgica i es perllonga una estada hospitalària. És per tot això que els cirurgians han de desplegar els sentiments que són particularment humans, com ara la tendresa, la

compassió, l'empatia i la solidaritat, així com transmetre esperança en la curació.

Tot plegat és possible ni més ni menys que desenvolupant la cultura de la transparència, la cultura de la seguretat mèdica; en definitiva, es tracta de cultivar la confiança i el respecte vers la dignitat humana.

Crec que aquests sentiments són àmpliament compartits pel Dr. Luis Grande, al llarg de tota la seva trajectòria professional, i apareixen perfectament reflectits en el seu magnífic discurs d'ingrés.

I és per tot això que demano a l'Excel·lentíssim Senyor President que li imposi la medalla del seu seient com a símbol de la seva plena incorporació a aquesta acadèmia i de la nostra benvinguda.

Bibliografia

- Marañón Bertrán de Lis, G.: *Memorias de Luz y Niebla*. Galaxia Gutenberg, 2020.
- Lledó, E.: *Fidelidad a Grecia*. Penguin Random House, 2015.
- Starzl, T.E.: *The Puzzle People*. University of Pittsburgh Press, 1992.
- Sandel, M.J.: *La Tiranía del Éxito*. Penguin Random House, 2020.
- Serracant Barrera, A.: *Errors en cirugía general. Puntuació i detecció dels errors més rellevants. Pla d'actuació per a disminuir-ne la incidència*, tesi doctoral, 2018.
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., et al: What exactly is patient safety? A: *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches*. Agency for healthcare research and quality, p.1-18, 2008.
- Dankelman, J.: Systems approach to reduce errors in surgery. *Surgical Endosc* 19: 1017-21, 2005.
- Leape, L.L., Brennan, T. A., Laird, N., et al: The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med* 324: 377-84, 1991.
- Rebasa, P., Moral, L., Vallverdu, H., et al: Efectos adversos en cirugía general. Análisis prospectivo de 13.950 pacientes consecutivos. *Cir Esp* 89: 599-605, 2011.
- Oliva, G., Alava, F., Navarro, L., et al: Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los hospitales de Cataluña durante el periodo 2010-2013. *Med Clin* 143: 55-61, 2014.
- Bañeres, J., Orrego, C., Navarro, L., et al: Epidemiología de los eventos adversos hospitalarios en Cataluña: Un primer paso para la mejora de la seguridad del paciente. *Med Clin* 143: 3-10, 2014.
- Montmany, S., Pallisera, A., Rebasa, P., et al: Preventable deaths and potentially preventable deaths. What are our errors. *Injury* 47: 669-73, 2016.



