

EDITORIAL

EL RISC DE LA MEDICINA

La pràctica de la medicina és una activitat que té molts punts de risc. Durant molts anys pràcticament només s'ha valorat en funció del malalt. Ara ja es comença a valorar també en relació al metge, àdhuc altres sanitaris: professionals de la infermeria, directius de la sanitat o altres, principalment en forma d'agressions i de demandes de responsabilitat, també d'accidents. El col·loqui que es presenta en aquest número, coordinat pel doctor J.M. Mascaró acadèmic numerari, tracta del primer aspecte. Però ja des d'ara cal esmentar també el segon vessant que s'haurà de comentar en altra ocasió.

El perill més important pel malalt, vist de manera global, és evidentment el de patir uns efectes negatius a més de no curar-se, però en el detall de cada cas hi ha formes de risc a vegades més específiques. Així les complicacions, els efectes negatius, els accidents. Quan la pràctica mèdica, la medicina com a ciència i com a assistència, ha millorat la seva eficàcia, s'ha incrementat també el seu risc. I això ha estat quantitativament ja bastant evident des del segle XIX i molt més a la segona meitat del XX.

Alguns antecedents. Sense que sigui el primer potser un dels aspectes més destacats en la millora immediata, directa i més visible, dels resultats de cara als malalts, fou la introducció de l'anestèsia. Va ser a la segona part de la dècada de 1840 quan començà la aplicació de l'òxid nítric, el gas hilarant, amb eficàcia reduïda; i gairebé de seguida van venir l'èter, més als Estats Units i el cloroform, més a Europa, que van modificar el panorama quirúrgic. Ja es podia operar sense que fos de viu en viu, sense haver de lligar el malalt, i sense que cridés. També tenia alguns perills, entre els més coneguts aleshores o més tard, els efectes irritants dels gasos, més el cloroform, sobre les vies respiratòries, amb les "*pulmonies*" postoperatòries. També el risc sobre el fetge amb la icterícia. I encara els trastorns de la conducció elèctrica en el cor, amb les aturades i mort en el quiròfan. El fet ja fou denunciat pocs anys després, en un informe aleshores famós del Col·legi de Cirurgjans anglesos, que fou contradit anys més tard per un treball experimental important en gossos, on no es va valorar, ni es considerava aleshores, la diferència de sensibilitat entre l'home i el gos, respecte a certs tòxics.

El tema per tant no és pas nou. Abans, i ja feia més de tres segles, es coneixien els efectes "*terribles*" d'un medicament emprat de manera molt àmplia per a curar una malaltia també molt greu, la

sífilis. El tractament amb mercurials va ser durant alguns centenars d'anys una causa important de patologia iatrogènica. I molt més recent, i en forma d'episodi agut, hem vist ja a la segona meitat del segle XX, l'episodi dramàtic de la talidomida amb les seves malformacions molt visibles, en forma d'absència de braços o cames.

Un canvi de mentalitat. Tot això ha anat portant a un canvi de mentalitat, per part dels metges que ja saben que el que recreen pot fer mal. També de la indústria farmacèutica, que ha après més ràpidament que els metges a defensar-se front a les exigències de responsabilitat per causa dels efectes adversos. I també ho coneix la societat, els malalts, que ja estan prou advertits del risc. Els prospectes de medicaments solen ser "*dissuasoris*" i molts malalts segueixen, com en altres èpoques, fiant més de la medicina natural, més de les plantes que dels productes de síntesi. I els metges, que estan en el mig de la qüestió, i amb veus diverses, intenten estudiar el problema.

La quantitat d'escrits sobre els efectes nocius dels medicaments és molt gran. Els estudis que es fan abans de la introducció d'una nova substància terapèutica, un medicament, estan molt regulats i els assaigs clínics són una forma de progrés de la terapèutica farmacològica molt important, avui fonamental. Es coneix molt bé el risc de moltes substàncies, i malgrat tot se les continua utilitzant, perquè es pensa que els efectes positius són més importants que els negatius. Això és molt vàlid sobretot en el cas de malalties molt greus, per exemple les tumorals. Tots sabem que la utilització de quimioteràpics, la "*químio*", té molts efectes negatius, que ja s'esperen, que s'adverteixen al malalt o la família, i que és un risc que cal acceptar.

També cal dir que algunes vegades el risc és molt més important que el benefici, per exemple en malalts considerats quasi terminals, en els que el fet de donar més medicines allarga el temps de patiment. Així s'ha arribat al concepte d'obstinació terapèutica, que a la nostra Acadèmia fou magistralment tractat en una aportació memorable dels doctors Jordi Sans i Francesc Abel.

Altres vegades el risc ve més del camp de la cirurgia. Aquí els mecanismes d'informació als malalts, i de defensa dels metges, són diferents. L'efecte de l'acció agressiva és més immediat i puntual en la seva intensitat. Després hi ha les complicacions. Aquí ara només cal esmentar el risc de les anestèsies en persones ja grans, amb una patologia prèvia coneguda principalment en la circulació cerebral. Quan les condicions prèvies no són les que podem consi-

derar normals, a vegades principalment per raó d'edat, cal considerar aquests perills. Una anestèsia, i més si és prolongada, en una persona "vella", comporta en molts casos un risc important que duu a una situació coneguda, i a la frase "l'avi des que el van operar ja no és el mateix". Els exemples són prou abundants perquè calgui pensar en aquest perill i valorar-lo. Aquí el balanç risc/benefici pot estar desequilibrat cap a la banda del risc.

Un altre punt cada vegada més important és el de les infeccions hospitalàries. Ara n'hi ha de manera bastant freqüent i es consideren fins a cert punt "normals" en alguns malalts. En tots els grans hospitals hi ha un percentatge del que no s'hauria de passar. Les possibilitats terapèutiques són bastant grans i no solen passar, en grans números, gaires problemes importants. Però una altra cosa és la valoració puntual, al qui li toca, o en episodis usualment petits, però que no es poden desconèixer. Des de soques microbianes resistents a defectes d'esterilització, poden fer aparèixer brots que sense massa transcendència per les grans xifres sanitàries, han creat preocupació i alarma i han tingut un bon ressò mediàtic.

I encara cal esmentar també que les condicions deficitàries de molts malalts que en altre temps no haurien sobreviscut, fan que siguin un camp més fàcil de cultiu d'infeccions. Hi ha dos aspectes principals: un és la baixa immunitària de moltes persones que estan sotmeses a medicaments que causen aquest risc, que per altra banda és conegut. Tot i que es prenen les mesures de precaució que cal, a vegades és difícil evitar una sobreinfecció. El segon aspecte és l'existència de "vies", és a dir vies d'entrada, en malalt sotmesos a terapèutiques parenterals, sondatges persistents, etc. Així, amb les "portes obertes" les vies d'entrada de les infeccions són més fàcils.

Cap a un equilibri. Les aportacions dels doctors Antoni Bayés, Xavier Forn i Josep Muñoz, coordinats de forma suau i acurada pel doctor Josep M. Mascaró, són importants per a fer conèixer l'estat de la qüestió i una posició, que és la de l'Acadèmia, en la consideració de l'equilibri entre el risc que hem d'assumir i el benefici que es pot obtenir.

És important assenyalar una posició activa aprofitant totes les possibilitats que el progrés en els coneixements ens ofereix. Sabem que hi ha dificultats i per això hem de valorar el balanç. També cal dir que aquesta posició no és uniforme per a totes les patologies.

En les més greus, i principalment si vénen de manera aguda, sembla clar que la quantitat de risc que hem d'assumir és més alta, perquè el pronòstic negatiu potser sigui més clar. En canvi en el cas de patologies d'evolució crònica, en que calen tractaments llargs, algunes substàncies poden acabar causant complicacions. Una de les més clàssiques eren els salicílics, dit de manera més general, en els processos reumàtics. Aquí moltes persones, entre elles molts sanitaris també, opten per terapèutiques potser més suaus, potser menys actives, i està creixent una tendència a valorar més els productes "naturals", siguin d'herboristeria, o en forma de "dieta" amb una orientació concreta. En tot cas són opcions que si la persona està ben informada no hi ha res a dir, i potser moltes vegades els efectes secundaris són menors.

Dret i obligació d'informar. En tot cas cal que els malalts, la seva família, la societat en conjunt, tinguin una informació suficient. La informació l'han de donar principalment els professionals sanitaris, siguin metges, farmacèutics, la pròpia indústria farmacèutica, i també cal tenir en compte que el progrés en la transmissió de coneixement per mitjà de la xarxa, per internet, fa que moltes persones tinguin una idea, que potser sigui més o menys clara, però suficient, de l'estat de la qüestió en aquell moment.

Els sanitaris hem de facilitar la informació, i cuidar que sigui correcta. Els malalts, les persones que han de seguir un o altre tractament són les que han de decidir. Aquest és un dels drets que reconeix la llei de sanitat. L'Acadèmia creu que aquest és un tema important que cal analitzar i sospesar, ajudant a que el subjecte passiu, és a dir tots els possibles afectats, que som la totalitat de la població en un moment o altre de la vida, puguem tenir un criteri clar.

Deiem en el primer paràgraf, que també cal recordar el risc que pateixen els sanitaris. Després en el col·loqui es comenta el risc pels malalts que utilitzen les medicines o estan sotmesos a tractament, és a dir el risc d'origen sanitari.

Però en aquest mateix número de la revista, una mica més enllà, hi ha l'aportació magnífica del doctor J. M. Macià. Ens explica com és molt més gran el risc per a no tenir accés a la sanitat, a unes condicions mínimes de vida, que incloguin l'educació però també el dret a menjar, més clar a no passar gana, o morir de fam. L'Acadèmia s'honora incorporant-lo en el seu sí.