

Editorial

¿Cómo evitar que se repita?

En marzo de este año el Uruguay todo, pero muy especialmente aquellos que estamos vinculados a la atención sanitaria nos sentimos conmocionados por la muerte intencional de pacientes en manos de enfermeros que supuestamente debían cuidarlos.

Se puede afirmar sin temor a equivocarnos que en el cuidado de la salud hay un antes y un después a partir de estos hechos.

La población requiere de sus prestadores una mayor seguridad y muy especialmente que se desarrollen diferentes estrategias para restablecer la confianza en el sistema de atención por parte de nuestros pacientes y de sus familiares. Se debe tener presente que los hechos mencionados son actos voluntarios e intencionales, por lo que no pueden ser considerados errores cometidos durante la atención sanitaria.

¿Los homicidios intencionales de pacientes están vinculados al concepto de seguridad de los pacientes?

Existe consenso respecto a que en la primer ocasión en que ocurre un hecho de este tipo el mismo es imprevisible, pero cuando se está frente a la reiteración de estos eventos se debe asumir que existe una falla sistémica y como tal debe analizarse.

Aclaremos que la situación planteada tiene múltiples antecedentes a lo largo y ancho del planeta. Los asesinatos cometidos por profesionales de la salud en el marco de su actividad asistencial es un fenómeno nuevo, de causas poco conocidas pero de frecuencia creciente. Los casos del Dr. Harold Shipman a quien se le atribuye haber asesinado a 218 de sus pacientes en un período de 23 años en el Reino Unido y del Licenciado en Enfermería Charles Cullen quien confesó haber asesinado a por los menos 40 pacientes durante 16 años en los EE.UU. llevan a cuestionarse cómo pudieron ocurrir estos asesinatos durante largos períodos sin ser descubiertos.^(1,2)

En una búsqueda bibliográfica de una base de datos judicial se comprobó que en el mundo entre los años 1970 y 2006, 90 profesionales de salud fueron llevados a juicio acusados de haber asesinado a sus pacientes. En todos los casos dichos profesionales llevaron a cabo sus acciones mientras cumplían con sus funciones asistenciales. Cincuenta y cuatro fueron encontrados culpables mientras que veinticuatro estaban en proceso judicial. El 86% eran Licenciados en Enfermería, 12% Médicos y 2% tecnólogos. Aunque en números absolutos los médicos son minoría, el número absoluto de sus víctimas es el mayor de la serie.⁽³⁾

Este estudio reveló que por lo general los asesinatos son llevados a cabo en el turno nocturno y en particular durante los cambios de guardia. La mayoría de los acusados cambió de lugar de trabajo en cuanto se daba un alerta de que podrían estar ocurriendo muertes sospechosas. El total de víctimas de estos 90 acusados es de 2.113. La mayoría eran pacientes en estado crítico, ancianos o niños. Estos pacientes tienen la característica de estar desorientados, sedados, y no ser conscientes respecto a qué se les está haciendo por lo que están imposibilitados de defenderse. No obstante un grupo de víctimas eran pacientes ambulatorios con capacidad cognitiva conservada lo que demuestra que ningún paciente es inmune a estas agresiones.

¿Los homicidios cometidos por miembros del equipo de salud en su lugar de trabajo son eventos significativos para la seguridad de los pacientes?

Estos eventos suelen ser cometidos por una misma persona en múltiples instituciones asistenciales durante largos períodos de tiempo, a veces décadas, por lo que al ser descubiertos se comprueba el asesinato de múltiples víctimas. Estas características subrayan la vulnerabilidad en la seguridad de los sistemas de salud, que incluye la dificultad en compartir información sobre trabajadores de la salud potencialmente problemáticos, el reconocimiento tardío e investigación inadecuada de incidentes sospechosos, métodos inconsistentes o inefectivos de monitorización y de evaluación de eventos adversos en la salud, así como una comprensión incompleta de sus causas.⁽⁴⁾

¿Cuál es la responsabilidad del sistema de salud en la prevención de estos eventos criminales?

Los prestadores de salud y las sociedades científicas deben estimular y difundir la toma de conciencia por parte de todos sus integrantes que estos eventos existen y pueden repetirse. Es perturbador pensar y asumir que los profesionales de la salud puedan en forma intencional matar o causar daño a pacientes asignados a su cuidado. Del mismo modo se debe

tomar conciencia de la delgada línea que separa advertir sobre estos eventos criminales y asustar injustificadamente a los pacientes minando así la confianza pública en las instituciones sanitarias. No obstante el primer paso para resolver un problema es definir su magnitud. El éxito en el manejo de otras situaciones que amenazan la seguridad de los pacientes indica que la transparencia en la información es clave para el éxito a pesar de los desafíos que una postura abierta pueda presentar inicialmente. Sin embargo para comunicar los riesgos que implican los homicidios cometidos por el personal de salud es aconsejable diseñar las estrategias muy cuidadosamente.

Es de capital importancia que las autoridades de los centros asistenciales generen una atmósfera que facilite el reporte de situaciones que amenacen la seguridad de los pacientes, en particular la sospecha de actos criminales.⁽⁵⁾

Estrategias recomendadas

Encuestas de clima de seguridad a fin de determinar cómo se percibe el tema de la seguridad del paciente y evaluar en lo posible las mejoras luego de introducidas diferentes estrategias

Cuando se produce la muerte de un paciente en circunstancias en las que al menos uno de sus médicos tratantes y la nurse presente en el momento del evento consideren que la misma no era un suceso esperable se la define como muerte inesperada o inopinada. Esta situación se considera un evento centinela y por tanto debe procederse con su reporte obligatorio y el análisis causa-raíz correspondiente.

Promover las revisiones de morbitmortalidad. Estas son análisis colectivos, retrospectivos, y sistémicos de casos caracterizados por el desarrollo inopinado de una muerte, una complicación, o de cualquier otro evento que podría haber causado un daño grave al paciente, y que tienen por objetivo la puesta en marcha y seguimiento de acciones tendientes a mejorar el cuidado de los pacientes y la seguridad de su atención.⁽⁶⁾

Impulsar la práctica de las autopsias clínicas. Las mismas permiten detectar posibles errores diagnósticos o terapéuticos, aclara la rentabilidad y validez de los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y aporta información acerca de las enfermedades nuevas y de las ya conocidas. En definitiva, este procedimiento contribuye a ejercer un control de la calidad asistencial.⁽⁷⁾

Educar en seguridad de la atención a todo el equipo de salud, quienes constituyen el eslabón más próximo al paciente. Y por tanto podrían interceptar estas situaciones.

Cursos de formación en seguridad clínica dirigidos a los pregrados para que lleguen con una mejor perspectiva al ejercicio clínico.

Dr. Carlos Vivas
Médico Cirujano

Dr. Homero Bagnulo
Médico Internista, Intensivista

BIBLIOGRAFÍA

1. The Shipman Inquiry [en línea]. [acceso 1/10/2012]. Disponible en: <http://www.shipman-inquiry.org.uk/>.
2. Beine KH. Homicides of patients in hospitals and nursing homes: a comparative analysis of case series. *Int J Law Psychiatry*. 2003 Jul-Aug;26(4):373-86.
3. Yorker BC, Kizer KW, Lampe P, Forrest ARW, Lannan JM, Russell DA. Serial murder by healthcare professionals. *J Forensic Sci*, November 2006;51: 1362-71
4. Kizer KW, Stegun MB. Serious Reportable Adverse Events in Health Care. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, ed. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation* (Volume 4: Programs, Tools, and Products). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005. [acceso 1/10/2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20598/>
5. Young JG. Speaking for the dead to protect the living: the role of the Coroner and the Shipman Inquiry. *Br J Gen Pract*. 2004 Mar;54(500):162-3.
6. Bal G, David S, Sellier E, François P. Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : revue de la littérature. *Presse Med*. 2010 Feb;39(2):161-8.
7. Estébanez Gallo A, Fernández Fernández F. La autopsia clínica: aspectos generales. *Rev Esp Patol*. 2003; 36: 267-282.