

DRA. IRENE LITVAN

Uruguay que, en EE.UU., investiga nuevas opciones en el tratamiento del Parkinson

Al finalizar agosto visitó nuestro país, su país, la Dra. Irene Litvan quien, con un currículo realmente impresionante, es una de las tantas profesionales que, habiéndose doctorado en la Facultad de Medicina del Uruguay, reside desde hace años en los EE.UU.: donde se ha destacado como investigadora en los principales centros científicos de aquel país.

En su breve estadía se pregunta cuándo y cómo este Uruguay suyo y nuestro, que ha formado gratuitamente, con el esfuerzo de su pueblo, a tantos investigadores que hoy brindan en el extranjero todo el potencial de sus in-

quietudes, asumirá que no hay mejor inversión que la destinada al enriquecimiento de sus recursos humanos.

Pertenciente a la generación 70 de nuestra Facultad, tan pronto se recibió (1979) se trasladó a España, vivien-

do 8 años en Barcelona donde realizó una residencia en Medicina Interna (Dr. L. Drobnic - Hospital General Nuestra Señora del Mar), luego una residencia en Neurología (Departamento de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau), para graduarse después en la especialidad de Neuropsicología también en España. Posteriormente se trasladó a los Estados Unidos con la idea de hacer investigación y ampliar su especialización. En aquel momento le

interesaba saber cómo funcionaba la memoria y qué podía hacer la ciencia para desarrollarla y mejorarla. Hoy es docente en un Centro dedicado exclusivamente a la investigación y a la formación de investigadores (Instituto Nacional de la Salud que se encuentra dentro del área de Washington), con decenas de publicaciones sobre nuevas perspectivas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson e integrante de las más recono-

cidas Asociaciones, Clínicas y Sociedades Científicas de EE.UU. y Europa.

EL DIARIO MÉDICO la entrevistó en su breve visita a nuestro país, donde están sus raíces y su familia. Dedicada hoy a investigar y evaluar las nuevas opciones para el encare de aquella enfermedad en sus diferentes estadios clínicos, mantuvo una extensa charla con nuestro Director. La trascendencia de los aportes brindados, las limitaciones de tiempo y espa-

cio ya que la entrevista se realizó sobre el cierre de esta edición, determina que posterguemos aquella para la del mes de setiembre. Nuestras disculpas a la Dra. Litvan, pero hacerlo de otra manera, sería cercenar las importantes informaciones brindadas y las opiniones frontales que vertiera sobre la realidad del desarrollo científico de nuestro país y el cercenamiento de las expectativas de cientos de investigadores que hoy están diseminados en todo el mundo.

Iniciativa española para detectar y prevenir errores médicos

Los errores médicos constituyen la octava causa de muerte en Estados Unidos, por encima de los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el sida. Así lo revelaba en 1999 un informe del Institute Office titulado To error is human: Building a safer health system, que alertó a los demás países de la necesidad de incrementar la seguridad de los pacientes.

En España, como en la mayoría de los países, se desconoce cuántas muertes causan los errores médicos, pero los expertos creen que si se calculara, se obtendrían resultados similares a los de Estados Unidos.

Conocer y registrar todos los errores que se cometen para analizar sus causas ha permitido en aquel país dise-

ñar sistemas de prevención, lo que ha empezado a redundar en un descenso de los fallecimientos por accidentes o errores asistenciales.

Éste es el objetivo que se ha fijado en España el nuevo Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes, impulsado por la Fundación Mapfre Medicina y la Fundación Avedis Dona-

bedian.

Los responsables de la iniciativa parten de la premisa de que el error se produce en medicina como en cualquier otro ámbito de la actividad humana. Sabemos que es imposible prevenir todos los errores, pero sí se pueden reducir las posibilidades de que se produzcan o se pueden crear sistemas de detección y corrección antes de que tengan consecuencias para el paciente, asegura Rosa Suñol, directora de la Fundación Avedis Donabedian.

Una de las claves de la mejora de la seguridad de los pacientes es, según Suñol, la

modificación de los sistemas de trabajo en los centros sanitarios. El nuevo proyecto es crear un registro, "que será confidencial", de accidentes y errores asistenciales para que puedan ser analizados. A partir de la investigación de los casos declarados y de la experiencia de otros países se

elaborarán recomendaciones para la prevención de situaciones que pongan en riesgo la seguridad de los pacientes.

Suñol admite que los facultativos y los centros sanitarios son reticentes a revelar los errores que cometen, pero insiste en que la información que ofrezcan revertirá final-

mente en una mejora de la calidad del servicio. 'En Estados Unidos, también hubo al principio cierta resistencia por parte de los agentes de salud a notificar los casos de errores médicos, pero poco a poco estas suspicacias se van venciendo', afirma Suñol.

Fuente: El País de Madrid.

El quirófano de la muerte

El fallecimiento de 35 niños en un centro provoca la revisión de la sanidad infantil en el Reino Unido. El periodo comprendido entre 1991 y 1995 será recordado con amargura en la ciudad británica de Bristol.

Durante esos años, 35 niños enfermos del corazón fallecieron inútilmente en los quirófanos del hospital general local, el Royal Infirmary, por culpa de dos médicos incompetentes.

James Wisheart y Janardan Dhasmana, que aceptaron casos de cirugía infantil sin estar calificados para ello. Su arrogancia y la conspiración de silencio que rodeó su actuación llena ahora las 600 páginas del informe más crítico recibido nunca por la sanidad pública del Reino Unido: un informe que ha provocado la revisión misma de los servicios pediátricos nacionales.

El caso de Wisheart, director médico del hospital, y su colega Dhasmana, ha revelado lo que muchos pacientes, y en especial los padres de los menores de Bristol, llevaban años denunciando: el carácter intocable de los especialistas y el paternalismo reinante aun a la hora de explicar a pacientes y familiares los peligros de las operaciones. La mayoría de los pequeños intervenidos en la Royal Infirmary padecían enfermedades muy graves y sus posibilidades de supervivencia eran escasas. En vez de decir la verdad a los padres, que sus hijos estaban muy enfermos y ellos no se veían capacitados para operarles, los ci-

rujanos en cuestión daban la sensación de que los niños podrían recuperarse.

Un enfoque tan optimista no le sirvió de nada a Tanya Osborne, una niña de cinco años fallecida en Bristol en 1987, cinco días después de que Wisheart cometiera serios errores al operar una malformación congénita en su corazón.

La madre de la pequeña, Jayne Cole, ha podido saber ahora que el cirujano cortó una arteria por error al coser el corazón, no supo cerrar uno de los agujeros que debía corregir y tampoco protegió adecuadamente el órgano durante las 10 horas de intervención. Para desgracia de otras 60 familias, semejante retahíla de errores no fue fruto de la mala suerte.

Wisheart carecía de la habilidad suficiente como para operar a niños y, según señala con dureza el informe, mantuvo en todos los casos una actitud desdeñosa para con las familias. Como si las muertes no tuvieran nada que ver con él.

Organizados en un grupo de presión con más de 300 miembros, los padres que han perdido hijos en Bristol querían saber por qué nadie dio a tiempo la voz de alarma en el hospital. Una vez más el informe, encargado por el Ministerio de Sanidad en 1998, y que ha examinado más de

2.000 casos entre 1984 y 1995, emplea un lenguaje cortante y califica de 'tragedia griega' el hecho de que prácticas médicas tan defectuosas fueran negadas por todos los estamentos hospitalarios y la salud de los niños apenas contara para nadie. Y cuando la denuncia se produjo por fin, su firmante, el anestesista Stephen Bolsin, fue acosado por sus colegas hasta que acabó marchándose a trabajar a Australia.

Contratado en 1988, Bolsin formaba parte del equipo de James Wisheart y vio enseñada que las largas horas pasadas en el quirófano por el cirujano ponían en peligro a niños ya de por sí muy enfermos. En julio de 1990 comunicó sus temores a la gerencia del hospital, que no contestó. En lugar de ello, Bolsin se vio amonestado por Wisheart. El anestesista no se arredró y, después de escribir sin éxito al Ministerio de Sanidad y al Consejo General de la Medicina, acabó por hablar con cardiólogos de otros hospitales y se puso a disposición de los padres.

Wisheart y Dhasmana fueron inhabilitados en 1998, pero ha habido que esperar a la presentación del informe para que el Gobierno británico anunciara la creación de un Servicio Nacional de Salud Infantil, que supervisará a los centros estatales y evitará la repetición de tragedias como la de Bristol. **Fuente: El País de Madrid (Isabel Ferrer)**