



"CASO KENYA" EVENTOS ADVERSOS

El pasado 5 de marzo a las 09:30 horas el universo médico fue estremecido con una noticia que en minutos se volvería viral.

En un nosocomio del continente africano, específicamente en la República de Kenya, se llevó a cabo una intervención quirúrgica errónea, a un paciente del servicio de neurocirugía, al ser confundido con otro.

Ambos pacientes llegaron al servicio de urgencias con pérdida del estado de alerta. No obstante uno de ellos requería únicamente de vigilancia no invasiva y el otro tenía un hematoma cerebral, mismo que debía ser

intervenido quirúrgicamente.

La "equivocación", y lo pondré entrecomillado, se originó en el momento en el que sendos pacientes fueron identificados mediante la colocación de una etiqueta con sus nombres en las prendas.

Fue ese preciso momento donde los trabajadores del hospital mezclaron (reitero el entrecomillado) "por accidente" las etiquetas de identificación de los pacientes momentos previos a la cirugía.

Tal situación dio origen al acto quirúrgico denominado craniectomía en el paciente incorrecto. Fue

durante la cirugía que los médicos cayeron en cuenta que el paciente intervenido no era el correcto.

Esta conclusión se alcanzó, puesto que la intervención quirúrgica se enfocaba en el drenaje de un hematoma y al no encontrar la entidad patológica, dieron cuenta de su error, procediendo a dar por terminado el acto quirúrgico.

Esta noticia fue viralizada a través de las redes sociales y dio como resultado que cuatro profesionales fueran suspendidos, entre los que se cuentan:

- Neurocirujano
- Enfermera anestésista
- Enfermera de sala
- Enfermera de recepción

Administrativamente, para acallar a los medios y demostrar que la Dirección del Hospital actuaba de forma contundente, procedió a suspender al personal antes mencionado.

Me gustaría hacer hincapié en que la acción tomada por la unidad directiva fue la más sencilla, sin embargo administrativamente incorrecta.



Meta 1.

Identificar correctamente a los pacientes



Nombre completo
Fecha de nacimiento

Meta 2.

Mejorar la comunicación efectiva.



En indicaciones telefónicas y verbales:
Escuchar - Escribir - Leer - Confirmar

Meta 3.

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.



Doble verificación entres pares.
Resguardo seguro.
Etiqueta para identificarlos.

Meta 4.

Procedimientos correctos.



Protocolo Tiempo Fuera: Paciente,
Procedimiento y Sitio correctos.
Lista de verificación en cirugía.

Meta 5.

Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.



Campaña permanente de Lavado de Manos.

Meta 6.

Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.



Evaluar y reevaluar el nivel de riesgo.
Aplicar protocolo de prevención de caídas.



Lo que indican los cánones de la correcta gestión en el caso antes mencionado, es la revisión y validación de los respectivos procesos:

- 1) médicos
- 2) paramédicos
- 3) administrativos

Integrando al personal y los familiares, para la vigilancia de la **Seguridad del Paciente** y con ello minimizar el error.

Fue tal el impacto de la noticia en un servidor que me dí a la tarea de obtener el punto de vista de mis allegados.

Pertenecientes tanto a las áreas clínicas como a las quirúrgicas y que laboran en Instituciones del sector público y/o privado para obtener su apreciación, referente al cumplimiento de las metas de **Seguridad del Paciente**.

No sobra decir que la conclusión general se refería a que se ha avanzado grandemente, pero nuestro país aun no se encuentra en el nivel requerido para alcanzar los estándares de excelencia.

Destaca en la información recabada un dato proporcionado por mi pareja quien es Anestesióloga, misma que se encuentra cursando una Alta



Especialidad Médica (por lo cual me siento ampliamente orgulloso).

Comentó que en su práctica del día a día persiste la falta de comunicación entre el equipo quirúrgico o la inadecuada selección del paciente para el procedimiento elegido. Error que ha conllevado en algunas muertes, pero la escasa supervisión sobre las **Seguridad del Paciente** permite este reprochable acto continúe en la actualidad.

Ahora bien, no omito mencionar con gran alegría que existen varias asociaciones e instituciones, tanto en el ámbito gubernamental como el privado, que están construyendo el camino correcto y venciendo la ignorancia sobre el tema.

Con orgullo puedo decirle a usted querido lector, que la **Fundación Academia Aesculap México**, es una las principales Instituciones que persiguen este fin.

Parfraseando una expresión latina que ha regido mi vida médica y se adecua a los conceptos y metas de **Seguridad del Paciente**, la cual es ampliamente conocida por los médicos y reza como *"Primum Non Nocere"*.

Porque en la seguridad del paciente es... ¡Primero no hacer daño!

Dr. José Félix Saavedra Ramírez
Director Médico
dr-saavedra@hotmail.com

BIBLIOGRAFIA

<http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2018/03/19/899212/Operaron-al-paciente-equivocado-Medicos-de-hospital-en-Kenia-reconocieron-su-error-en-medio-de-una-cirugia-cerebral.html>

<https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20180302/unos-medico-abren-por-error-el-cerebro-a-un-paciente-6661810>

<http://saludiaro.com/medicos-confunden-a-pacientes-y-realizan-neurocirugia-por-error-en-kenia/>