

# Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE

**Edita:**

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste  
Hospital Clínico Universitario V. Arrixaca- Ctra. Murcia-Cartagena, s/n.  
30120 Murcia.  
Tel.: 968381064 - 986369701  
<http://www.murciasalud.es/saludsegura> - También en Arrinet/Calidad  
[saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)

**Comité editorial:**

Pablo de la Cruz, Pilar Ferrer, Catalina García, Beatriz Garrido, Juan A Gómez Company, Julio López-Picazo, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Nuria Tomás.

**Coordinador de edición:** Julio López-Picazo Ferrer

**Suscripción:** Envío gratuito. **Solicitudes:** [saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013



Volumen 1, Número 3. SEPTIEMBRE 2013

**En este número:**

- *Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente en la Región de Murcia. 2012-2016.*  
Dra. Susana Valbuena. Coordinadora Regional del Programa de Seguridad del Paciente
- *SiNASP sirve. Logrando una buena "IMAGEN"*  
Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste.
- *Las plumas de insulina tienen nombre y apellidos.*  
D. Pablo de la Cruz. Farmacéutico. Servicio de farmacia.
- *Listado de verificación quirúrgica. Otra herramienta para la seguridad del paciente*  
D<sup>a</sup>. Catalina García. Supervisora de Oftalmología
- *Los eventos centinela (I). Lo que nunca debe pasar en el quirófano*  
Dr. Julio López-Picazo. Coordinador de la Unidad de Calidad Asistencial.

## Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente en la Región de Murcia 2012-2016 (PAMSP).



Dra Susana Valbuena.  
Coordinadora del Programa Regional en Seguridad del Paciente.

En los últimos años, las administraciones públicas han realizado, a través del Ministerio de Sanidad (PS e I), un gran esfuerzo económico y formativo para garantizar la seguridad de los pacientes en el entorno de la asistencia sanitaria. Sus actuaciones han seguido las recomendaciones de la OMS, desarrolladas a través de campañas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente .

En nuestra Región, una parte considerable del Programa de Seguridad del Paciente se relaciona con los desafíos planteados por la Alianza Mundial. Las áreas de colaboración principales han sido:

- La identificación inequívoca de pacientes y recién nacidos.
- La prevención de la infección asociada a la asistencia, con campañas sobre higiene de manos, o los proyectos Neumonía y Bacteriemia Zero.
- El compromiso con el proyecto "cirugía segura salva vidas".
- Varias iniciativas para un uso seguro de los medicamentos.
- Garantizar la protección radiológica de los pacientes.
- La incorporación a un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos, el SiNASP.

La implantación y desarrollo de estas iniciativas ha sido desigual. El esfuerzo e implicación creciente de muchos profesionales puso de manifiesto la necesidad de elaborar el PAMSP, a fin de aportar seguridad, efectividad y eficiencia a la actividad sanitaria y avanzar en el compromiso de todos con la seguridad, la mejora continua y el aprendizaje a partir de los errores. El PAMSP 2012-2016 es un compromiso de futuro cuyas líneas de actuación convergen en una atención más segura y de calidad. Estas son:

- La formación y el "uso compartido de experiencias de éxito"
- Avance de programas destinados a reducir los eventos adversos
- Desarrollo de una cultura de seguridad, que integre el aprendizaje a partir de los errores.
- Participación e implicación de los pacientes y de los ciudadanos en la mejora de su propia seguridad.
- Investigación para el desarrollo de la seguridad del paciente.
- Creación de los mecanismos necesarios, estructurales o funcionales, para promover proyectos e iniciativas.

Tienes disponible el PAMSP tanto en Arrinet/Calidad/Seguridad, como en internet, [www.murciasalud.es/seguridaddelpaciente](http://www.murciasalud.es/seguridaddelpaciente), donde además puedes informarte y colaborar en las actividades que se desarrollan en la Región.

# SiNASP sirve. Logrando una buena “IMAGEN”.

Una notificación recibida en SiNASP nos informa que a un paciente portador de marcapasos se le había practicado una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) sin comprobar su situación. El resultado fue un malfuncionamiento del dispositivo que precisó el ingreso del paciente para su sustitución.

Durante la investigación se comprobó que el prescriptor había utilizado el procedimiento previsto, comprobado la situación del paciente y solicitado su consentimiento para la prueba. La mala fortuna quiso que entre esta solicitud y su realización, el paciente presentó una arritmia y precisó marcapasos. El día de la RMN el técnico comprobó que la documentación era correcta y completa, por lo que no se tomaron otras medidas especiales.

Las actuaciones recomendadas por el equipo SiNASP han sido sencillas. La cartelería de advertencia suministrada por el fabricante se situaba en la puerta de acceso al aparato, de tal forma que era fácil que el paciente no se diera cuenta de ella o no pudiera leerla. Por ello, se incluyó otra (en español e inglés) en la sala de espera de radiología. Además, se consensuó con la unidad

la necesidad de comprobar siempre estas situaciones de riesgo, aunque se tenga toda la documentación “en regla”. El técnico desde entonces formula preguntas de comprobación a todos los pacientes justo antes de la prueba.

Se ha propuesto además formalizar una lista de comprobación de seguridad (check-list) similar a la de quirófano. Incluiría las preguntas necesarias y los objetos y situaciones potencialmente peligrosas. Sería visible por el técnico durante la prueba, para favorecer su exactitud y cumplimiento.

Esta notificación muestra la importancia de contar con procedimientos definidos y seguidos sistemáticamente en cualquier actividad diagnóstica o terapéutica. Infórmate de los protocolos y procedimientos

existentes y sígelos siempre.

Además asegúrate siempre que el paciente conoce y comprende los riesgos que asume (consentimiento informado).

Contribuyes así a crear un entorno más seguro.

## WARNING



**NO PACEMAKERS  
NO METALLIC IMPLANTS  
NO NEUROSTIMULATORS**  
Persons with pacemakers, neurostimulators, or metallic implants must not enter this area.  
Serious injury may result.

## ADVERTENCIA



**AFECTA A MARCAPASOS  
AFECTA A IMPLANTES METALICOS**  
Las personas con marcapasos, estimuladores neurológicos o implantes metálicos no deben ingresar a esta zona, por riesgo de efectos dañinos o lesiones graves.



**AFECTA A OBJETOS METALICOS**  
No deben introducirse objetos de hierro o acero a esta zona, pueden causar daños materiales y lesiones graves.

## Las plumas de insulina tienen nombre y apellidos



D. Pablo de la Cruz.  
Farmacéutico. Servicio de farmacia.

Parte de nuestra misión es informar a los profesionales para que conozcan y adopten prácticas seguras. En el campo de la seguridad de los medicamentos queremos hacernos eco de varias alertas publicadas advirtiendo del **riesgo de transmisión de infecciones por virus y otros patógenos de transmisión sanguínea por la utilización de la misma pluma precargada de insulina para más de un paciente.**

Debéis conocer los riesgos de contaminación biológica asociados con esta práctica y descartar la idea de que cambiar la aguja desechable entre los pacientes es suficiente para evitar la transmisión de infecciones. **Las plumas dosificadoras de insulina son dispositivos desechables diseñados para ser utilizados exclusivamente por un solo paciente.**

Efectivamente, todos los fabricantes indican que no se compartan las plumas de insulina entre pacientes. Su cartucho o depósito se puede contaminar con sangre después de la inyección, y así transmitirse posibles agentes patógenos a otros pacientes, aunque se cambie la aguja desechable entre ellos. Así, algunos estudios muestran que estos cartuchos pueden estar contaminados por material biológico de los pacientes.

A pesar de esto, se sabe que en nuestro país la práctica de utilizar una pluma de insulina para diferentes pacientes, cambiando la aguja desechable de un paciente a otro, ha ocurrido. Esto sucede por desconocimiento de los riesgos que entraña esta práctica, o a la idea de que así se desperdicia menos insulina, ya que realmente las plumas están pensadas para un uso continuado y no para el uso puntual que se realiza habitualmente en los hospitales.



Plumas dosificadoras de insulina. Modelos actualmente en uso en la Arrixaca.

Recuerda, las plumas de insulina tienen nombre y apellidos. Cambiar la aguja no es suficiente: no utilices nunca la misma pluma para distintos paciente. Ayúdanos a conseguir un uso seguro de las plumas de insulina. Sigue estos consejos:

- **Revisa los procedimientos de uso de plumas de insulina** en tu unidad o servicio y asegúrate que se prohíbe el uso compartido.
- **Informa a tus compañeros que manejan insulina.** No debemos dar por sentado que todos conocemos que no se pueden utilizar las mismas plumas de insulina para diferentes pacientes.
- **Etiqueta cada pluma de insulina con los datos del paciente.** Así ayudas a reforzar el concepto de que este dispositivo está destinado exclusivamente al uso individual, facilitas verificar que la pluma correcta se utiliza para el paciente correcto y evitas errores de medicación.



# Listado de verificación quirúrgico, otra herramienta para la seguridad del paciente



Dª Cati García. Supervisora de Oftalmología.

Pretender que nunca ocurra ningún error en la actividad sanitaria es una utopía, lo que sí está a nuestro alcance es utilizar herramientas que nos ayuden a disminuir la incidencia de errores al máximo.

Ya en 1999 el informe del Instituto de Medicina (IOM) “To err is human” alertó que los eventos adversos no deseados durante la atención sanitaria son causa de una elevada morbilidad y mortalidad. Centrémonos en la actividad quirúrgica, según la OMS las complicaciones derivadas de estos eventos adversos prolongan la estancia al 3%-25% de los pacientes (dependiendo del entorno hospitalario y la complejidad de la intervención) y producen una mortalidad de entre el 0,4 y 0,8%.

En el HCUVA se realizan unas 32.000 intervenciones anuales, lo que equivaldría (siendo optimistas) a casi 1000 pacientes con complicaciones debido a eventos adversos tras cirugía, y un saldo de 4 muertes al año.

Por ello, la OMS elaboró una herramienta basada en una lista de chequeo utilizada en el campo de la aviación que tiene por objetivo reconocer ciertas normas mínimas de atención en el proceso quirúrgico, aplicables de manera universal. El resultado es el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ o Checklist). Su uso permite reducir en un tercio la incidencia de muertes y complicaciones postoperatorias (al menos una vida cada año en el HCUVA).

El objetivo de este listado es fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre los profesionales del equipo quirúrgico, reforzando las prácticas seguras

| ENTRADA   | PAUSA   | SALIDA  |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO <ul style="list-style-type: none"> <li>• SU IDENTIDAD</li> <li>• EL LUGAR DEL CUERPO</li> <li>• LA OPERACIÓN</li> <li>• SU CONSENTIMIENTO</li> </ul> | <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODO EL PERSONAL SE HA IDENTIFICADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN  | <input type="checkbox"/> LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL PERSONAL:   |
| <input type="checkbox"/> MARCA EN EL LUGAR DEL CUERPO/NO APLICA   | <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESISTA Y LA ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE <ul style="list-style-type: none"> <li>• LA IDENTIDAD DEL PACIENTE</li> <li>• EL LUGAR DEL CUERPO</li> <li>• LA OPERACIÓN</li> </ul> | <input type="checkbox"/> EL NOMBRE DE LA OPERACIÓN REGISTRADA   |
| <input type="checkbox"/> VERIFICAR QUE LOS EQUIPOS Y LA MEDICACIÓN ANESTÉSICA ESTÁN COMPLETOS   | <b>ANTICIPACIÓN DE CASOS CRÍTICOS</b>   | <input type="checkbox"/> QUE LOS RECUENTOS DE LOS INSTRUMENTOS, ESPONJAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O QUE NO APLICA)                                 |
| <input type="checkbox"/> EL PULSIOXÍMETRO ESTÁ COLOCADO EN EL PACIENTE Y FUNCIONANDO  | <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REPASA: ¿CUÁLES SON LOS PASOS CRÍTICOS O INESPERADOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN, LA PÉRDIDA SANGUÍNEA ANTICIPADA?  | <input type="checkbox"/> CÓMO SE HAN ROTULADO LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)  |
| ¿TIENE EL PACIENTE?<br><input type="checkbox"/> ¿ALGUNA ALERGIJA CONOCIDA?  | <input type="checkbox"/> EL ANESTESISTA REPASA: ¿PRESENTA EL PACIENTE ALGUNA PECULIARIDAD QUE SUSCITE PREOCUPACIÓN?   | <input type="checkbox"/> SI HAY PROBLEMAS CON EL EQUIPO QUE REQUIERAN ATENCIÓN  |
| <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SÍ  | <input type="checkbox"/> LA ENFERMERA REPASA: ¿SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD DEL EQUIPO E INSTRUMENTOS (INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES)? ¿HAY PROBLEMAS O INQUIETUDES CON EL MATERIAL?                      | <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA REPASAN LAS INQUIETUDES CLAVES SOBRE LA RECUPERACIÓN Y EL MANEJO DEL PACIENTE |
| <input type="checkbox"/> ¿DIFICULTAD CON LA VIA RESPIRATORIA O RIESGO DE ASPIRACIÓN?  | <input type="checkbox"/> ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?   |   |
| <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SÍ, Y EL EQUIPO Y LA ASISTENCIA ESTÁN DISPONIBLES   | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO APLICA   |   |
| <input type="checkbox"/> ¿RIESGO DE PÉRDIDA DE SANGRE >500 ML (7 ML/KG EN LOS NIÑOS)?   | <input type="checkbox"/> ¿SE MUESTRAN LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?   |   |
| <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SÍ, Y TIENE UNA VIA DE ACCESO INTRAVENOSA ADECUADA Y LOS LÍQUIDOS NECESARIOS PARA REVIVIRLO   | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO APLICA   |   |

Listado de Verificación Quirúrgica de la OMS: Dividido en 3 fases, abarca desde la entrada a quirófano antes de la inducción de la anestesia hasta antes de retirar el campo estéril, durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. Ha sido adaptado a nuestro entorno por el SMS y, en nuestro caso, además por el HCUVA.

para disminuir los posibles eventos adversos y garantizar la seguridad del paciente durante la intervención quirúrgica. Es un formulario simple y de fácil manejo que precisa exactamente lo que debe de ser observado, verificado y registrado en el proceso quirúrgico. Comienza con la entrada del paciente en quirófano y termina al finalizar la intervención quirúrgica. La idea es no omitir nada útil para detectar posibles errores y tener prevista la actuación pertinente para solucionar complicaciones y consecuencias no deseadas. Desde 2010, el uso de una versión adaptada del LVQ es obligatorio en todos los Hospitales del SMS.

En nuestro hospital, la figura designada para cumplimentar el LVQ entre los profesionales que componen el equipo quirúrgico es la enfermera circulante, aunque podría ser cumplimentado por cualquiera de ellos. La responsabilidad de cumplimentación del LVQ es compartida por todo el equipo quirúrgico.

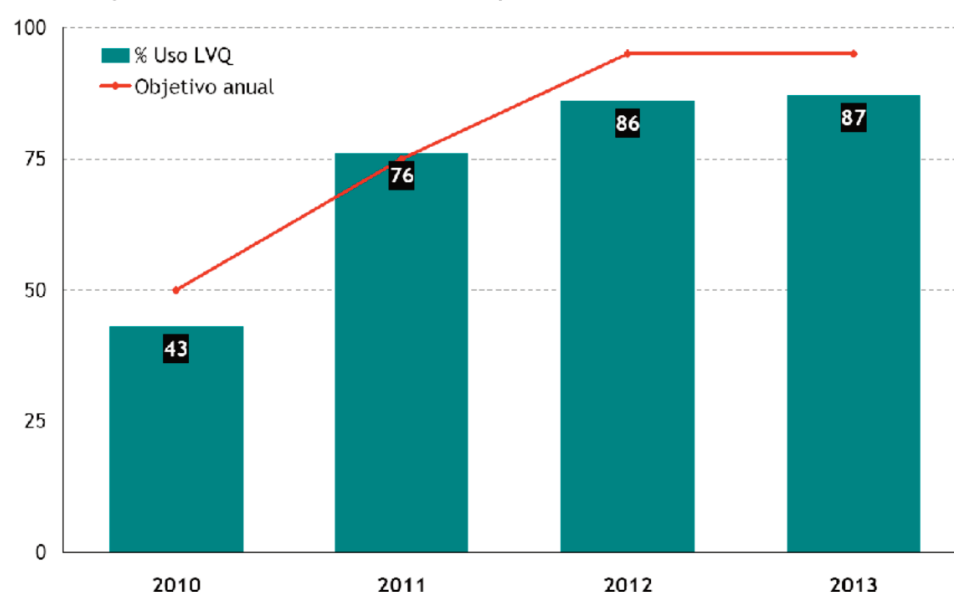
Es cierto que en quirófano existen más registros a cumplimentar y que en ellos se repiten algunos de los ítems del LVQ. Esta circunstancia no debe influir a la hora de su cumplimentación, ya que el peor enemigo de esta efectiva barrera contra los eventos adversos en quirófano sería el caer en la automatización, dando por verificados y marcando como tal algunos ítems sin comprobarlos realmente. Esta práctica desvirtuaría la función del LVQ convirtiéndolo en una pérdida de tiempo, lo que hemos de evitar a toda costa.

Para universalizar su uso, el HCUVA ha adaptado el LVQ, confeccionado un formulario en Selene y facilitado información y formación a todos los implicados. Sin embargo, el factor más importante es sin duda conseguir una cultura de seguridad que nos conciencie a todos durante nuestro quehacer diario y nos facilite comunicar nuestros fallos y errores para aprender de ellos y prevenirlos en el futuro.

La mejoría en el uso del LVQ ha sido notable, duplicándose desde el 43% de la primera medición (Febrero 2010) hasta el 87% de la última (Junio 2013). No obstante, aún quedan áreas de mejora. Así, el LVQ es habitual en inter-

venciones programadas (97%), pero muy mejorable en los quirófanos de urgencias (51%). Por servicio, todos menos tres (obstetricia, traumatología infantil y oftalmología infantil), alcanzan el objetivo del 95%. En cuanto a defectos de cumplimentación, la media ítems no comprobados es de 0,75 por documento (cumplimentación global, 97%: una vez abierto el LVQ, suelen cumplimentarse la mayoría de los ítems). Por etapas, es en la de salida donde se acumulan más del 50% de los defectos. Puedes consultar el informe completo en Arrinet/Áreas/Calidad/Seguridad.

El LVQ es efectivo. Si trabajas en quirófano, úsalo correctamente en todas las intervenciones y haz que tus compañeros hagan lo mismo. No es un capricho, la seguridad e incluso la vida del paciente va en ello.



Cumplimentación del LVQ en el HCUVA: Las barras indican el porcentaje de intervenciones donde se usó el LVQ (en rojo, el objetivo anual). Aunque las cifras se han doblado en estos años, su uso no es aún universal y sistemático, en especial en las intervenciones urgentes.



# Los eventos centinela (I). Lo que nunca debe pasar en el quirófano

“Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero ninguno al que no podamos dañar”

Arthur Bloomfield (1888-1962). Internista. Profesor de la Universidad de Stanford

Un Evento Centinela es “un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas”. Se trata de eventos inaceptables que nunca deberían suceder, pero además prevenibles. Por ello, si aparecen deben desencadenar actuaciones para evitar que se repitan en el futuro.

Aunque existen múltiples listados de eventos centinela (el de la Joint Commission, el National Quality Forum o, recientemente, el National Health Service, por citar los más conocidos), para evitar su aparición en un entorno concreto es fundamental contar con uno propio, consensado y aceptado por todos. Es necesario además que sea conocido y que **los profesionales nos concienciamos para notificar los que pudieran ocurrir y de los que tengan noticia (a través de SiNASP o por otro método)**. Así serán conocidos por el Núcleo de Seguridad e investigados para prevenir su recurrencia. Esta serie de artículos que iniciamos hoy pretende satisfacer todos estos requisitos, comentando el listado de eventos centinela consensado por el Núcleo y la Comisión de Seguridad del hospital en Mayo de este año.

En el HCUVA hemos dividido los eventos centinela en 6 bloques:

- El quirófano,
- Los equipos,
- Los medicamentos,
- La atención sanitaria,
- El entorno
- La protección del paciente.

Hoy abordamos el primer grupo, relacionado con la actividad quirúrgica.

EVENTOS CENTINELA. ÁREA I MURCIA-OESTE. 2013

|                    |   |
|--------------------|---|
| Quirófano          | 1. Cirugía realizada en el lugar equivocado.<br>2. Cirugía realizada en el paciente equivocado.<br>3. Colocación de un implante o prótesis equivocada.<br>4. Retención de un objeto extraño dentro de un paciente después de cirugía u otro procedimiento.<br>5. Muerte de un paciente de bajo riesgo como consecuencia de una operación.   |
| Equipos            | 6. Muerte o secuela grave de un paciente asociada al uso de medicamentos, aparataje o instrumental contaminados.<br>7. Muerte o secuela grave de un paciente asociada a uso o funcionamiento de aparatos o instrumentos de forma distinta a la recomendada o deseada.<br>8. Muerte o secuela grave a un paciente debido a una embolia gaseosa ocurrida durante su estancia.<br>9. Muerte o secuela grave asociada a problemas durante la monitorización de la saturación de oxígeno.  |
| Medicamentos       | 10. Muerte o secuela grave asociada a la preparación incorrecta de medicamentos de Alto Riesgo para administración vía parenteral<br>11. Muerte o secuela grave asociada a la administración errónea de soluciones que contienen potasio.<br>12. Muerte o secuela grave asociada a errores en la vía de administración de medicamentos<br>13. Muerte o secuela grave asociada a errores de administración de insulina, opiodes y metotrexato oral<br>14. Muerte o secuela grave por un error de medicación asociado a la administración de un medicamento, dosis y/o paciente equivocado.                         |
| Atención Sanitaria | 15. Muerte o secuela grave por reacción hemolítica tras transfusión incorrecta de sangre o hemoderivado.<br>16. Transplante erróneo de un órgano con incompatibilidad ABO<br>17. Muerte o secuela grave ocurrida durante el parto en una gestación de bajo riesgo.<br>18. Muerte materna por hemorragia postparto tras cesárea electiva.<br>19. Muerte o secuela grave de un neonato relacionada con el parto tras un embarazo de bajo riesgo.<br>20. Úlceras por presión en estadio 3 ó 4 adquiridas durante la estancia en el hospital.<br>21. Muerte o secuela grave por sonda oro o nasogástrica mal colocada |
| Entorno            | 22. Muerte o secuela grave asociada a una caída durante la estancia en el hospital<br>23. Muerte o secuela grave de un paciente o un profesional relacionada con una descarga eléctrica recibida durante una intervención con fines terapéuticos o diagnósticos.<br>24. Muerte o secuela grave por administración de un gas equivocado.<br>25. Muerte o lesión grave por quemadura producida durante su estancia.<br>26. Muerte o secuela grave asociada al uso de barandillas o mecanismos de contención durante su estancia   |
| Protección         | 27. Muerte o secuela grave por identificación errónea de un paciente.<br>28. Paciente incapacitado de cualquier edad dado de alta y entregado a la persona incorrecta.<br>29. Suicidio o intento de suicidio que resulta en discapacidad grave, ocurrido durante la estancia en el hospital.<br>30. Tratamientos o cuidados prescritos y/o administrados por personas no autorizadas.<br>31. Agresión o abuso sexual a un paciente o acompañante.<br>32. Muerte o lesión grave por agresión física.   |

Si llega a tu conocimiento alguna de estas situaciones, notifica ([www.sinasp.es](http://www.sinasp.es) ó [saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)).

**Ayúdanos a mejorar la seguridad de los pacientes**

## Cirugía realizada en el lugar equivocado

Intervención quirúrgica practicada en un sitio equivocado del cuerpo del paciente (por ejemplo en la rodilla, ojo, órgano, etc. contrario al que se tenía intención). Se detecta después de que la intervención haya comenzado, por lo que el paciente necesita otra cirugía en el sitio correcto y/o pudiera tener complicaciones o secuelas de la cirugía incorrecta.

- Incluye biopsias, procedimientos radiológicos intervencionistas y colocaciones de tubos de drenaje, considerados a estos efectos procedimientos quirúrgico.
- Excluye las intervenciones en las que el sitio equivocado se selecciona a causa de la existencia de anomalías desconocidas en la anatomía del paciente, siempre que esté documentado en la historia.

por el correcto, y/o sufre complicaciones tras la intervención.

- Excluye la colocación intencional de implantes o prótesis distintos a los previstos, en base a al juicio clínico del cirujano durante la intervención, o de implantes o prótesis conforme a lo previsto, aunque más tarde no sean considerados como la mejor opción.

## Retención de un objeto extraño dentro de un paciente

Retención no deseada de un objeto extraño dentro de un paciente tras una intervención quirúrgica, incluyendo radiología intervencionista, cardiología y parto por vía vaginal.

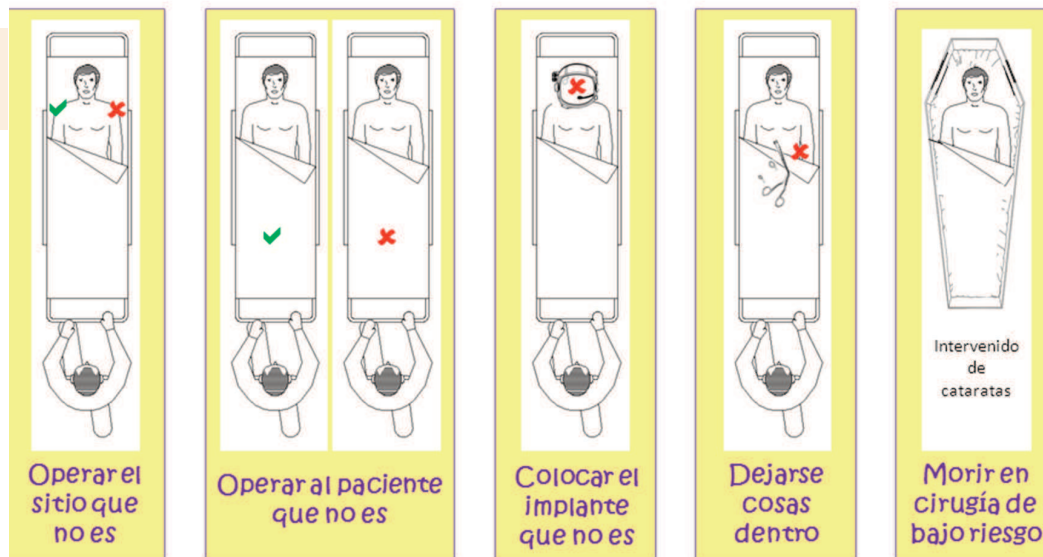
- Incluye gasas, agujas, implantes, instrumental o fragmentos de material.
- Excluye objetos identificados como perdidos durante la intervención y que pudieran estar dentro del paciente, pero donde se asume que emprender acciones para su localización y/o retirada es más dañino que la posible retención, o es imposible. Esta situación ha de ser informada al paciente, y quedar documentada en la historia clínica.

## Cirugía realizada en el paciente equivocado

Intervención quirúrgica practicada en un paciente diferente al que se pretendía. Se detecta después de que la intervención haya comenzado, por lo que el paciente pudiera tener complicaciones o secuelas de la cirugía incorrecta.

- Incluye biopsias, procedimientos radiológicos intervencionistas y colocaciones de tubos de drenaje, considerados a estos efectos procedimientos quirúrgicos.

## Las cinco cosas que nunca deben suceder en quirófano



## Muerte de un paciente de bajo riesgo a consecuencia de la operación

Muerte intraoperatoria o en postoperatorio inmediato (24 horas) de un paciente de bajo riesgo según la

clasificación de riesgo anestésico de la American Society of Anesthesiologists.

- Incluye los pacientes en situación ASA I: paciente sano, menor de 65 años, cuya única patología es la que motiva la cirugía.
- Excluye los pacientes en situación ASA II, III, IV ó V, y las intervenciones quirúrgicas urgentes (ASA IE).

## Colocación de un implante o prótesis equivocada

Intervención quirúrgica donde el implante o prótesis que se coloca al paciente es diferente a la que se tenía previsto colocar antes de o durante el procedimiento. Se detecta después de que la intervención haya comenzado, por lo que el paciente necesita otra cirugía para reemplazar el implante o prótesis