

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ: Error de lateralidad en IQ de meniscectomía

Publicado en: 23 diciembre 2010

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

El paciente ingresa en Hospital de Día Quirúrgico para intervención quirúrgica de meniscectomía en la rodilla **derecha** vía artroscópica. En el Hospital de Día se verifican los datos del paciente y la intervención quirúrgica que se va a realizar.

Entra al bloque quirúrgico, en la zona de preanestesia se corroboran los datos (paciente, pulsera identificativa, ayuno, historia clínica, preoperatorio y lateralidad de la intervención quirúrgica a realizar).

Se le realiza anestesia intradural sin ninguna incidencia.

El paciente entra en el quirófano de trauma. Se le coloca en la mesa de operaciones, con ayuda del celador, la enfermera circulante y el traumatólogo (recordemos que requiere la ayuda de los profesionales porque está bajo anestesia regional y, por lo tanto, parálisis motora y sensorial de las extremidades inferiores).

El Quirófano ya está preparado para realizar una artroscopia (posición torre/ imagen), mesa de instrumentación, estaba todo ordenado para intervenir la rodilla **derecha**.

Cuando se monta la mesa quirúrgica (donde el paciente ya está tumbado) con los accesorios correspondientes para la intervención, es cuando se produce el error y se prepara los accesorios del lado **izquierdo** para intervenir mediante artroscopia, sin que nadie se de cuenta que se está produciendo un error de preparación de lateralidad.

Durante la intervención quirúrgica se está operando la extremidad inferior **izquierda** con una preparación y colocación del instrumental y de la enfermera instrumentista de **derecha**. Esto implica incomodidad del traumatólogo y la enfermera, pero eso no se evidencia hasta la finalización de la intervención quirúrgica. Una vez retirado el campo quirúrgico del paciente, éste manifiesta dudas y evidencia el error que se ha producido al ver que tiene un vendaje en la extremidad inferior izquierda cuando ella entraba al quirófano para una intervención quirúrgica en la derecha.

FASE 1: PLANIFICACIÓN DEL ACR

Datos básicos del evento a analizar	Detalles del evento	Error de lateralidad en una intervención de meniscectomía por artroscopia. Tras haber confirmado correctamente la lateralidad en la zona de preanestesia, al montar la mesa quirúrgica se prepara los accesorios del lado equivocado y, a partir de ahí, se realiza la intervención en la rodilla equivocada.
	Área o servicio afectado	- Área quirúrgica de traumatología

Integrantes del grupo de trabajo	Rol	Cargo
	Facilitador o coordinador	Responsable de calidad
	Líder clínico	Jefe de servicio de traumatología
	Representante de dirección	Supervisora del Bloque Quirúrgico
	Otros integrantes del grupo relacionados con el evento	- Traumatólogo - Enfermera quirúrgica - Celador

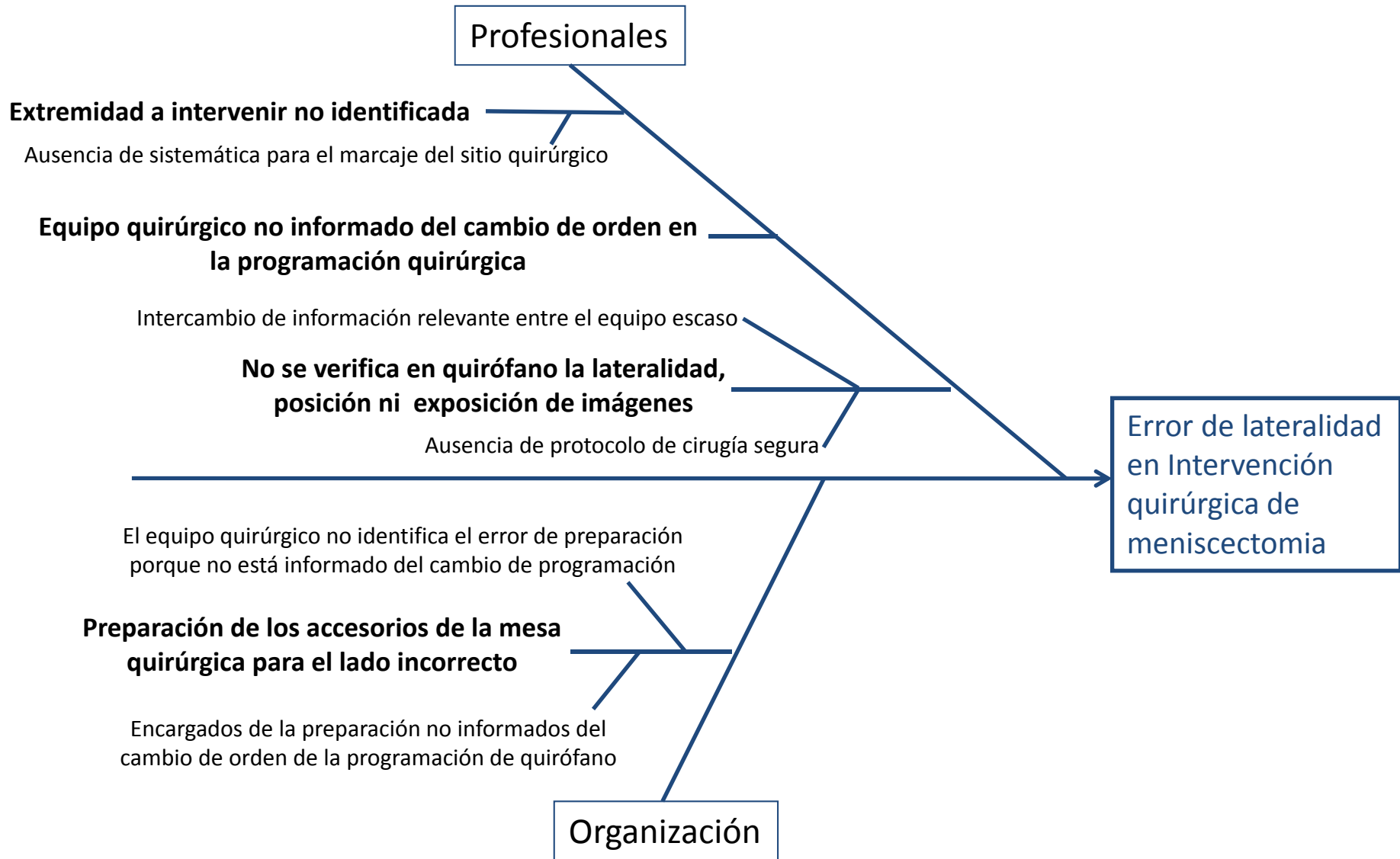
FASE 2: RECOGIDA DE DATOS Y COMPRENSIÓN DEL EVENTO

Recogida de información relevante para el análisis

- Entrevistas con el personal involucrado: Cirujanos, Anestesta, Enfermeras

FASE 3: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS SUBYACENTES

DIAGRAMA CAUSA EFECTO



FASE 3: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS SUBYACENTES

PROTOCOLOS, NORMAS	Hechos, causa inmediata	Causa raíz o factores contribuyentes
	<p>Preparación incorrecta de la extremidad a intervenir: la extremidad a intervenir no está identificada.</p> <p>El cirujano, anestesiólogo y enfermera circulante no verifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lateralidad / lugar correcto ✓ Posición correcta ✓ Marcaje ✓ Exposición correcta de imágenes radiológicas 	<p>El centro no cuenta con un sistema de trabajo estandarizado para el marcaje del sitio quirúrgico</p> <p>Ausencia de un protocolo de cirugía segura que garantice la verificación de aspectos relevantes antes de iniciar el procedimiento.</p>

ASPECTOS ORGANIZATIVOS	Hechos, causa inmediata	Causa raíz o factores contribuyentes
	<p>Preparación incorrecta de los accesorios de la mesa quirúrgica: se prepara los accesorios del lado izquierdo en lugar del lado derecho, que sería el correcto.</p>	<p>Fallo en la comunicación del cambio de programación quirúrgica: Tocaba, según la programación, operar a un paciente rodilla izquierda y al hacer el cambio se paso paciente de rodilla derecha con quirófano preparado para rodilla izquierda.</p>

FASE 3: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS SUBYACENTES

FACTORES HUMANOS	Hechos, causa inmediata	Causa raíz o factores contribuyentes
Comunicación	<p>Falta de comunicación verbal y comprobación entre los miembros del equipo.</p> <p>Equipo quirúrgico mal informado sobre la programación quirúrgica</p>	<p>Dentro del quirófano no hubo comunicación, ya que se suponía que le tocaba operar la rodilla derecha. El problema es que hubo un cambio de programación (orden de paciente) y se sabía que primero se operaban 3 intervenciones del lado izquierdo y la última era del lado derecho. No se verificó dentro del quirófano que había habido un cambio de orden de paciente y se supuso que era aún la izquierda por operar.</p> <p>Se cambió el orden de programación sin aviso al personal del quirófano.</p>

FASE 4. ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

Descripción de las acciones de reducción del riesgo	Responsable (cargo)	Medida evaluación
<p><u>Acción 1:</u></p> <p>Formalizar el protocolo de aplicación de un listado de verificación con la firma de los directivos, jefes de servicio y supervisoras correspondientes para ser un protocolo "oficialmente aprobado" por el centro. Realizar sesiones previas informativas a los responsables implicados.</p>	<p>Responsables de todas las disciplinas implicadas: Cirugía, Anestesia y Enfermería</p>	<p>Revisión de historias clínicas cada 3 meses Cortes observacionales.</p>
<p><u>Acción 2:</u></p> <p>Fomentar la señalización de la zona a intervenir con el fin de prevenir errores de lateralidad</p>	<p>Responsable medico del área quirúrgica y Jefes de servicio de las diferentes cirugías</p>	<p>Revisión del listado de verificación Cortes observacionales</p>
<p><u>Acción 3:</u></p> <p>Realizar la difusión y formación del protocolo de cirugía segura a todos los profesionales del área quirúrgica.</p>	<p>Responsable medico del área quirúrgica Supervisora de enfermería del área quirúrgica</p>	<p>100% de los profesionales del área quirúrgica conocen la aplicación del protocolo de cirugía segura</p>
<p><u>Acción 4:</u></p> <p>Realizar la difusión y formación del protocolo de cirugía a los profesionales de nueva incorporación al área quirúrgica.</p>	<p>Responsable medico - Supervisora de enfermería del área quirúrgica Responsable de acogida de nuevos profesionales</p>	

