

# “NEVER EVENTS” Incidentes que no deben ocurrir nunca

Dr. Fabián Vítolo  
Noble Compañía de Seguros

El término “Never Event” fue acuñado en el año 2001 por Ken Kizer, entonces CEO del National Quality Forum (NQF) de los Estados Unidos, en referencia a errores médicos particularmente impactantes (como el error de sitio quirúrgico), que los pacientes no deberían sufrir nunca en instituciones de salud. EL NQF inicialmente definió como tales a una lista de 27 potenciales incidentes en el año 2002. La lista ha sido continuamente revisada desde entonces (por última vez en el 2011), y consta actualmente de 29 eventos agrupados en seis categorías: quirúrgicos, productos o dispositivos médicos, protección de pacientes, atención general, ambientales, radiológicos y criminales. El concepto fue luego adoptado por el Servicio Nacional de Salud Británico (NHS), el cual definió una lista similar de 25 incidentes agrupados en otras cinco categorías: cirugía, medicación, salud mental, atención general y maternidad. (Ver cuadro 1)

Es esta última lista la que presentamos en este artículo, ya que la misma se encuentra actualizada al 2014 y presenta las ventajas de una definición muy clara de cada incidente y de adjuntar para cada uno recomendaciones de consenso y guías de práctica basadas en la evidencia.

Independientemente del listado que se utilice, existe consenso acerca de qué se entiende por “never event” y de la importancia que tiene su identificación y reporte. Los never events son un conjunto de incidentes de seguridad graves, en su inmensa mayoría prevenibles, que no deberían haber ocurrido si los prestadores hubieran implementado las medidas preventivas disponibles.

Los incidentes son considerados “never events” si:

- El incidente derivó en daños graves o en la muerte del paciente o bien tuvo el potencial de hacerlo.

- Existen evidencias de que dicho evento ha ocurrido en el pasado y es una conocida fuente de riesgo (por ejemplo, a través de los sistemas obligatorios de reportes de incidentes como el de eventos centinela de la Joint Commission).

## Cuadro 1. LISTADO DE NEVER EVENTS, NHS 2013/2014

### CIRUGÍA

1. Error de sitio quirúrgico
2. Error de prótesis/implantes
3. Cuerpos extraños retenidos post-procedimiento (oblitos)

### MEDICACIÓN

4. Medicación inyectable de alto riesgo mal preparada
5. Mala administración de soluciones que contengan potasio
6. Error de vía de administración en quimioterapia
7. Error de vía de administración en tratamientos orales/enterales
8. Administración intravenosa de medicación epidural
9. Administración incorrecta de insulina
10. Sobredosis de midazolam durante sedación consciente
11. Sobredosis de opiáceos en pacientes vírgenes a estos fármacos
12. Inapropiada administración de metrotexate oral

### SALUD MENTAL

13. Suicidio utilizando grifería o barras no colapsables
14. Escape de un prisionero transferido

**ATENCIÓN GENERAL**

15. Caídas desde ventanas no protegidas
16. Atrapamientos entre las barandas de las camas
17. Transfusión de hemocomponentes ABO incompatibles
18. Trasplante de órganos ABO incompatibles a consecuencia de un error
19. Sondas naso u orogástricas mal colocadas
20. Administración del gas equivocado
21. Falla para monitorear y responder a la saturación de oxígeno
22. Embolias aéreas
23. Incorrecta identificación de pacientes
24. Quemaduras severas por agua hirviendo

**MATERNIDAD**

25. Muerte materna por hemorragia puerperal luego de cesárea electiva

- Existen guías nacionales e internacionales de consenso o recomendaciones de seguridad que si hubieran sido seguidas, hubieran prevenido la ocurrencia de ese tipo de evento (Ej Listado de verificación de la OMS de la seguridad de la cirugía,)

- La ocurrencia del “never event” es fácilmente identificada, definida y medida sobre bases continuas.

Algunos tipos de never events tienen un alto potencial para producir daños significativos, y son considerados como tal independientemente del grado de daño real que haya producido. Otro tipo de incidentes son considerados never events sólo si a consecuencia de los mismos se producen daños graves o incluso la muerte. La muerte y el daño grave se definen como:

**Daño Grave:** Cualquier incidente de seguridad del paciente que resulta en daño permanente a una o más personas en la institución. El daño permanente a su vez se define como la disminución permanente de funciones sensoriales, sensitivas, motoras, fisiológicas o intelectuales directamente relacionadas al incidente y que no se justifican por el curso natural de la enfermedad o condiciones subyacentes del paciente.

**Muerte:** Cualquier incidente de seguridad del paciente que directamente resulta en la muerte de una o más personas atendidas en la institución.

Cada definición individual de un never event especifica claramente cuándo el mismo aplica a todos los incidentes o sólo a aquellos que ocasionaron daños graves o la muerte. El término no debería ser utilizado para incidentes que no cumplen con estos criterios.

Los eventos adversos en la atención de la salud son una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo, y la protección de los pacientes para que no sufran daños evitables es algo en lo que existe un acuerdo universal. El cómo conseguir esto es generalmente más complejo. Con los “never events” existen procesos y procedimientos a seguir claramente definidos que ayudan a garantizar que estos incidentes no ocurran. Se trata en general de situaciones intolerables e inexcusables y las políticas sanitarias e institucionales deberían apuntar a reducir su incidencia a cero.

La lista de “never events” se constituye así en una herramienta fundamental para mejorar la seguridad de los pacientes a través de un mayor foco, escrutinio, transparencia y responsabilidad. Por otra parte, la ocurrencia de un never event indica una falla grave en las barreras y procesos de protección, y su falta de análisis demuestra una pobre actitud organizacional hacia la seguridad de los pacientes.

Uno de los principios fundamentales de los esfuerzos por mejorar la seguridad de los pacientes es el reporte de los eventos adversos. Lo que resulta importante para cualquier incidente, resulta vital ante la ocurrencia de un never event. El reporte es el primer paso para aprender de los errores y garantizar que no vuelvan a suceder. La falta de notificación de eventos de esta naturaleza es simplemente inaceptable y es un indicador de una cultura organizacional patológica. Como fue apuntado por Sir Liam Donaldson, uno de los líderes mundiales del movimiento por la seguridad de los pacientes: “Error es humano, ocultar los errores es imperdonable, y no aprender de ellos es inexcusable.”

## 1. Error de sitio quirúrgico

Intervención quirúrgica realizada en el sitio equivocado (por ejemplo rodilla equivocada, ojo equivocado, paciente equivocado, miembro equivocado u órgano equivocado); el incidente es detectado en cualquier momento luego del inicio de la operación y el paciente requiere una nueva cirugía, en el sitio correcto, y/o puede tener complicaciones a consecuencia del error.

- Incluye biopsias, procedimientos radiológicos e inserción de drenajes cuando la intervención es considerada quirúrgica o invasiva
- Excluye bloqueos anestésicos en el sitio equivocado.
- Excluye intervenciones en donde el sitio presuntamente equivocado es elegido adrede por anomalías anatómicas desconocidas o inesperadas del paciente. Esta decisión debe estar documentada en la historia clínica.

Ámbito: Toda la institución de salud

Guías de práctica:

- Safer Practice Notice – Standardising Wristbands improves patient safety, 2007, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59824>
- Patient Safety Alert – WHO Surgical Safety Checklist, 2009, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/clinical-specialty/surgery/>
- How to Guide to the five steps to safer surgery', 2010, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=92901>

## 2. Error de prótesis/implantes

Colocación quirúrgica de un implante o prótesis erróneo cuando el implante o prótesis difiere del especificado en el plan quirúrgico ya sea a antes o durante el procedimiento. El incidente es detectado en cualquier momento luego de la colocación del implante/prótesis y el paciente requiere una nueva cirugía para reemplazar

el implante o la prótesis incorrecta y/o sufre complicaciones luego de la cirugía.

- Excluye situaciones en las cuales el implante o la prótesis colocada en el paciente es intencionalmente diferente a la especificada en el plan quirúrgico, cuando esta decisión está basada en el juicio clínico del cirujano en el momento de la operación.
- Excluye situaciones en las cuales se colocó el implante o la prótesis planificada, la cual luego se reveló como subóptima o no apropiada.

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Safer Practice Notice – Standardising Wristbands improves patient safety, 2007, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59824>
- Patient Safety Alert – WHO Surgical Safety Checklist, 2009, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/clinical-specialty/surgery/>
- Safer Surgery Checklist for Cataract Surgery, 2010, disponible en: <http://www.rcophth.ac.uk/page.asp?section=365&sectionTitle=Information>
- How to Guide to the five steps to safer surgery', 2010, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=92901>

## 3. Cuerpos extraños retenidos post-procedimiento (oblitos)

Retención de un cuerpo extraño (oblito) en un paciente luego de una cirugía o procedimiento invasivo.

Los términos "cirugía/procedimiento invasivo" incluyen radiología intervencionista, cardiología e intervenciones relacionadas a partos vaginales.

“Cuerpo extraño” incluye cualquier ítem que debería estar sujeto a un proceso formal de conteo/chequeo al comienzo del procedimiento y antes de la finalización del procedimiento (como gasas, compresas, agujas, instrumental), **excepto cuando:**

- Los ítems son insertados durante el procedimiento pero son intencionalmente dejados luego de finalizar el procedimiento, con una remoción planificada para una hora o fecha posterior.
- Se sabe que desaparecieron ítems antes de finalizar el procedimiento y que los mismos pueden haber quedado en el paciente (ej: partes de tornillos, agujas,) pero donde las acciones para localizar o retirar el ítem serían imposibles o más dañinas que la retención en sí.
- Los ítems fueron insertados en una fecha u hora anterior al procedimiento y no fueron removidos según lo planificado durante una cirugía o procedimiento invasivo posterior.

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Standards and recommendations for safe perioperative practice, 2011, disponible en: <http://www.afpp.org.uk/books-journals/books/book-123>
- Accountable items, swab, instrument and needle counts 2012, disponible en: <http://www.afpp.org.uk/careers/Standards-Guidance>
- Patient Safety Alert – WHO Surgical Safety Checklist, 2009, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/clinical-specialty/surgery/?entryid45=59860&p=3>
- Reducing the risk of retained swabs after vaginal birth and perineal suturing, 2010 disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/alerts/?entryid45=74113>
- Reducing the risk of retained throat packs after surgery, 2009, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59853>

## 4. Medicación inyectable de alto riesgo mal preparada

Muerte o daño grave como resultado de la administración de una medicación de alto riesgo mal preparada.

• Los medicamentos inyectables de alto riesgo pueden ser identificados utilizando la herramienta de evaluación de riesgos de la National Patient Safety Agency Británica (NPSA). La lista de medicamentos de alto riesgo fue preparada por el Aseptic Pharmacy Services Group List, del Servicio Nacional de Salud Británico (NHS) utilizando esta herramienta. En nuestro país podría utilizarse la Lista de medicamentos de alto riesgo elaborada por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP- España) en diciembre de 2007. Entre otras medicaciones inyectables se incluyen en esta lista agentes inotrópicos, de contraste, adrenérgicos, antiagregantes plaquetarios, antiarrítmicos, bloqueantes neuromusculares, medicamentos por vía epidural, heparinas, medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas, opiáceos, insulinas, ocitocina, prometazina, cloruro de potasio, soluciones hipertónicas, etc.

• El paciente recibe una medicación inyectable mal preparada cuando:

- No fue preparada de acuerdo a la especificación del fabricante.
- No fue preparada de acuerdo al protocolo formalmente acordado por la organización local (por ejemplo para el uso de medicación off-label o de productos sin licencia).
- No fue preparada de acuerdo a las indicaciones específicas dadas por un prescriptor en una situación urgente o de emergencia y apoyada por la evidencia o la recomendación de expertos.

• Este evento excluye cualquier incidente que no se encuentre cubierto por otros never events

• Los daños severos o muertes que no pueden ser atribuidos a una incorrecta preparación, no entran en esta categoría.

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Patient Safety Alert - Promoting safer use of injectable medicines, 2007, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/medication-safety/?entryid45=59812&p=4>
- Multiple use of single use injectable medicines, 2011, available at: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/signals/?entryid45=130185>

Listas de Medicamentos de Alto Riesgo:

- NPSA High Risk Medication Risk Assessment Tool, 2007, available at: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60097&type=full&servicetype=Attachment>
- Pharmaceutical Aseptic Services Group. Example risk assessment of injectable medicines. 2007. Available at <http://www.civas.co.uk/>
- Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Lista de medicamentos de alto riesgo. ISMP-España. Diciembre 2007. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/39>

## 5. Mala administración de soluciones que contengan potasio

Muerte o daño grave a consecuencia de la incorrecta administración de una solución que contenga potasio.

La “incorrecta administración” se refiere a:

- Selección y administración errónea de una solución de potasio concentrado en lugar de la medicación indicada.
- Error en la vía de administración, por ejemplo, la administración por vía periférica de una solución de potasio indicada para una vía central.
- Administración a un ritmo mayor al indicado

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Patient safety alert – Potassium chloride concentrate solutions, 2002 (updated 2003), available at <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59882>
- Standard Operating Protocol fact sheet; Managing Concentrated Injectable Medicines, part of the WHO High 5's project, available at: <https://www.high5s.org/bin/view/Main/WebHome>

## 6. Error de vía de administración en quimioterapia

Quimioterapia endovenosa u otra (por ej: vincristina) correctamente prescrita, pero administrada por la vía incorrecta (generalmente por vía intratecal).

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- HSC2008/001: Updated national guidance on the safe administration of intrathecal chemotherapy, 2008, disponible en: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_086844.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_086844.pdf)
- Rapid Response Report NPSA/2008/RRR004 using vinca alkaloid minibags (adult/adolescent units), 2008, available at: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59890>
- Minimising Risks of Mismatching Spinal, Epidural and Regional Devices with Incompatible Connectors, 2011, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=132897>
- Safer spinal (intrathecal), epidural and regional devices, 2011, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/alerts/?entryid45=94529>

## 7. Error de vía de administración en tratamientos orales/enterales

Muerte o daño grave a consecuencia de la administración por vía parenteral de medicación o alimentación indicada para la vía oral/enteral.

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Patient Safety Alert NPSA/2007/19 - Promoting safer measurement and administration of liquid medicines via oral and other enteral routes, 2007, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59808>

## 8. Administración intravenosa de medicación epidural

Muerte o daño grave a consecuencia de la administración intravenosa de medicación epidural.

- El Servicio Nacional de Salud Británico desarrollará una definición más amplia de este tipo de never event en quimioterapia, que cubra la administración intravenosa de medicación intratecal y la administración intratecal de medicación IV, sólo luego de cumplir con los plazos establecidos en las partes A y B del documento “Safer Spinal (intratecal), epidural and regional devices”, divulgados en una alerta de seguridad del 2011.

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Patient Safety Alert NPSA/2007/21, Safer practice with epidural injections and infusions, 2007, disponible en <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59807>
- Safer spinal (intrathecal), epidural and regional devices, 2011, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/alerts/?entryid45=94529>

- Minimising Risks of Mismatching Spinal, Epidural and Regional Devices with Incompatible Connectors, 2011, available at:

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=132897>

## 9. Administración incorrecta de insulina

Muerte o daño grave a consecuencia de una incorrecta administración de insulina por parte de un profesional de la salud.

La “Incorrecta administración” en esta instancia hace referencia a cuando el profesional de la salud:

- Utiliza cualquier abreviación en reemplazo de las palabras “unidad” o “unidades” cuando prescribe por escrito insulina.
- Emite una orden verbal poco clara o sujeta a malas interpretaciones.
- Se equivoca en la utilización del dispositivo de inyección específico para la insulina prescrita (ej: error en el tipo y tamaño de la jeringa).
- No administra la insulina correctamente prescrita.

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Rapid response report – Safer administration of insulin, 2010, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts/?entryid45=74287>
- NHS Diabetes – Safe use of insulin, 2010, disponible en: [http://www.diabetes.nhs.uk/safe\\_use\\_of\\_insulin/](http://www.diabetes.nhs.uk/safe_use_of_insulin/)
- NHSIII Toolkit – Think Glucose, 2008, disponible en: [www.institute.nhs.uk/thinkglucose](http://www.institute.nhs.uk/thinkglucose)
- The adult patient’s passport to safer use of insulin, 2011, available at: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=130397&p=2>

## 10. Sobredosis de midazolam durante sedación consciente

Muerte o daño severo a consecuencia de una sobredosis de midazolam cuando se inyectan altas dosis (5mg/ml o 2 mg/ml) para sedación consciente.

- Excluye aquellas áreas en donde la utilización de estas dosis de midazolam resultan apropiadas. Específicamente anestesia general, terapia intensiva, cuidados paliativos o cuando su uso se encuentra formalmente monitoreado.

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Rapid Response Report - Reducing risk of overdose with midazolam injection in adults, 2008, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/medication-safety/?entryid45=59896&p=2>
- Guidelines for nursing care in interventional radiology, 2006, available at <http://www.rcr.ac.uk/docs/radiology/pdf/GuidelinesforNursing.pdf> - Safe sedation, analgesia and anaesthesia with the radiology department, 2003, disponible en: <http://www.rcr.ac.uk/publications.aspx?PageID=310&PublicationID=186>
- Over sedation for emergency procedures in isolated locations, 2011, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/signals/?entryid45=94848>
- Prevention of Harm with Buccal Midazolam, 2012, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/signals/?entryid45=132975>

## 11. Sobredosis de opiáceos en pacientes vírgenes a estos fármacos

Muerte o daño grave a consecuencia de una sobredosis de opiáceos administrada a un paciente virgen de este medicamento.

Específicamente, esto significa:

- Cuando la dosis utilizada no es consistente con el protocolo de dosificación acordado por la organización de salud, o con la dosis recomendada por el fabricante para pacientes vírgenes de opiáceos.\*
- Cuando el prescriptor no se encuentra familiarizado con las características terapéuticas del opiáceo indicado.
- Se excluyen los casos en los que el paciente ya estaba recibiendo medicación opiácea.

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Rapid Response Report – Reducing dosing errors with opioid medicines, 2008, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59888>
- Intravenous morphine administration on neonatal units, 2011, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=130181&p=2>
- Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults, 2012, disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG140>
- End of life care for adults quality standard, 2012, disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/endoflifecare/home.jsp>
- \*Specific Product Characteristics disponible en: [www.medicines.org.uk](http://www.medicines.org.uk)

## 12. Inapropiada administración de metrotexate oral

Prescripción, entrega o administración de metrotexate oral en dosis diarias en paciente sin diagnóstico de cáncer, incluyendo el suministro al paciente con la instrucción de que lo tome diariamente.

- Excluye el tratamiento de cáncer con dosis orales diarias de metrotexate
- Excluye los casos en los cuales el error es interceptado antes de proveerle al paciente la medicación

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Patient safety alert - Improving compliance with oral methotrexate guidelines, 2006, available at <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59800>

### 13. Suicidio utilizando grifería o barras no colapsables

Muerte o daño severo en paciente internado en institución de salud mental como resultado de un intento suicida utilizando la grifería de la ducha o las barras de la cortina de baño.

Ámbito: Instituciones de Salud Mental

Guías de práctica:

- NHSE SN (2002) 01: Cubicle rail suspension system with load release support systems, 2002, disponible en: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Estatesalerts/DH\\_4122863?PageOperation=email](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Estatesalerts/DH_4122863?PageOperation=email)
- NHSE (2004) 10: Bed cubicle rails, shower curtain rails and curtain rails in psychiatric in-patients settings, 2004, disponible en: [www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/lettersandcirculars/estatesalerts/dh\\_4119476](http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/lettersandcirculars/estatesalerts/dh_4119476)
- DH (2007)08: Cubicle curtain track rails (anti-ligature), 2007, disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/lettersandcirculars/estatesalerts/dh\\_076400](http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/lettersandcirculars/estatesalerts/dh_076400)

### 14. Escape de un prisionero transferido

Escape de un prisionero transferido a una institución de salud mental de mediana o alta seguridad por disposición judicial.

Ámbito: Instituciones de Salud Mental de mediana y alta seguridad

Guías de práctica:

- Standards for medium secure units, 2007, disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Final%20Standards%20for%20Medium%20Secure%20Units%20PDF.pdf>
- - Best Practice Guidance: Specification for adult medium-secure services, 2007, disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_078744](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_078744)

### 15. Caídas desde ventanas no protegidas

Muerte o daño grave a consecuencia de la caída de un paciente desde una ventana desprovista de medidas de seguridad.

- Aplica a las ventanas que se encuentran al alcance del paciente. Esto significa ventanas que se encuentran dentro del alcance de alguien parado al nivel del piso y que pueden ser alcanzadas sin necesidad de mover muebles o de utilizar alguna herramienta para abrirlas.
- Incluye las ventanas localizadas en instalaciones/áreas en donde se brinda atención y donde los pacientes tienen acceso.
- Incluye los casos en los cuales los pacientes, ya sea en forma deliberada o accidental, se caen de una ventana originalmente protegida pero que se encontraba dañada. No incluye los eventos en los cuales el paciente deliberadamente destruye las barras/rejas, o rompe la ventana inmediatamente antes de arrojararse.



Ámbito: Instituciones de Salud Mental de mediana y alta seguridad

Guías de práctica:

- Health Technical Memorandum (HTM) 55: Windows, available <http://www.spaceforhealth.nhs.uk/England/space-health> (login required) via
- DH(2007)09 – Window restrictors, 2007, available [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_080164.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_080164.pdf)
- Risk of falling from windows, disponible en: <http://www.hse.gov.uk/healthservices/falls-windows.htm>

## 16. Atrapamientos entre las barandas de las camas

Muerte o daño grave a consecuencia del atrapamiento de un adulto entre barandas de camas que no cumplen con las dimensiones de tamaño establecidas por la autoridad de aplicación.

Ámbito: Toda la institución de salud.

Guías de práctica:

- Safer practice notice – Using bedrails safely and effectively, 2007, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59815>
- DB 2006(06) Safe use of bed rails, 2006, disponible en: [http://www.mhra.gov.uk/home/idcplg?IdcService=G ET\\_FILE&dDocName=CON2025397&RevisionSelectionMethod=LatestReleased](http://www.mhra.gov.uk/home/idcplg?IdcService=G ET_FILE&dDocName=CON2025397&RevisionSelectionMethod=LatestReleased)
- Local Authority Circular - Bed Rail Risk Management, 2003, available at <http://www.hse.gov.uk/lau/lacs/79-8.htm>
- Safe use of bedrails, available at <http://www.hse.gov.uk/healthservices/bed-rails.htm>

## 17. Transfusión de hemocomponentes ABO incompatibles

Muerte o daño grave a consecuencia de la transfusión inadvertida de hemocomponentes ABO incompatibles.

- Excluye los casos en donde los hemocomponentes ABO-incompatibles son deliberadamente transfundidos bajo un adecuado control.

## 18. Trasplante de órganos ABO incompatibles a consecuencia de un error

Muerte o daño grave a consecuencia del trasplante por error de un órgano sólido con incompatibilidad ABO.

- Se excluyen los escenarios en donde órganos sólidos ABO incompatibles se juzgan clínicamente apropiados y son trasplantados deliberadamente.
- En este contexto, los anticuerpos “incompatibles” deben ser clínicamente significativos. Si el receptor tiene anticuerpos anti-ABO específicos contra el donante y por lo tanto es probable que tenga una reacción inmune al órgano trasplantado, entonces debería considerarse como “never event” el trasplante inadvertido, sin un adecuado manejo.

Ámbito: Toda la Institución de salud.

Guías de práctica:

- BSHI and BTS Guidelines for the Detection and Characterisation of Clinically Relevant Antibodies in Allograft Transplantation, 2010, disponible en: [http://www.bshi.org.uk/pdf/BSHI\\_BTS\\_guidelines\\_2010.pdf](http://www.bshi.org.uk/pdf/BSHI_BTS_guidelines_2010.pdf)
- Antibody incompatible transplant guidelines, 2011, disponible en: <http://www.bts.org.uk/transplantation/standards-and-guidelines/>
- Patient Safety Alert – WHO Surgical Safety Checklist, 2009, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59860>

## 19. Sondas naso u orogástricas mal colocadas

Muerte o daño grave a consecuencia de la utilización de una sonda oro o naso gástrica mal colocada, cuando la inapropiada localización no es detectada antes de comenzar con la alimentación o medicación.

- Cuando se han realizado y documentado las verificaciones adecuadas y las mismas demuestran que la sonda estaba en el lugar correcto, y luego se encuentra que la sonda se desplazó luego del chequeo formal, no se considera un never event.

Ámbito: Toda la Institución de salud.

### Guías de práctica:

- Patient safety alert – Reducing harm caused by misplaced nasogastric feeding tubes, 2005, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59794>
- Patient safety alert – Reducing harm caused by misplaced naso and orogastric feeding tubes in babies under the care of neonatal units, 2005, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59798&q=0%c2%acnasogastric%c2%ac>
- Reducing the harm caused by misplaced naso-gastric feeding tubes in adults, children and infants, 2011, disponible en <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=129640&p=2>
- Harm from flushing of naso-gastric tubes before confirmation of placement, 2012. disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=133441>

## 20. Administración del gas equivocado

Muerte o daño grave a consecuencia de la administración del gas equivocado, o falla en la administración de cualquier gas, ya sea a través de circuitos centrales o a través de un circuito conectado a un tubo de gas portátil.

Ámbito: Toda la Institución de salud.

### Guías de práctica:

- Health Technical Memorandum 02-01 parts A & B, 2006, disponible via: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/DH\\_4118956https://www.gov.uk/search?q=Health+Technical+Memorandum+0201+parts+A+%26+B%2C+2006&tab=government-results](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/DH_4118956https://www.gov.uk/search?q=Health+Technical+Memorandum+0201+parts+A+%26+B%2C+2006&tab=government-results)
- Rapid Response Report - Oxygen Safety in Hospitals, 2009, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/alerts/?entryid45=62811>
- NHSE SN (2003) 02: Medical liquid oxygen supply systems, 2003, disponible en: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Estatesalerts/DH\\_4121318](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Estatesalerts/DH_4121318)
- NHSE SN (2003) 01: Oxygen cylinder manifolds used to supply oxygen for patient use, 2003, disponible en <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+neverevents.dh.gov.uk/gas-administration/>

## 21. Falla para monitorear y responder a la saturación de oxígeno

Muerte o daño grave a consecuencia de la falla para monitorear y responder a los niveles de saturación de oxígeno en un paciente bajo anestesia general/ regional o bajo sedación consciente para la realización de un procedimiento (Ej: endoscopia).

- Incluye la falta de colocación del oxímetro y la falta de acción frente a información relevante obtenida por el mismo cuando estaba colocado.
- Excluye las situaciones en las cuales se responde a registros de baja saturación de oxígeno, pero las acciones no logran prevenir la muerte o el daño grave por otras razones (ej: problemas preexistentes con la oxigenación del paciente que no pudieron ser resueltos).

- Excluye incidentes en donde las limitaciones aceptadas del equipo de monitoreo llevan a que las lecturas adversas puedan ser artificios (ej: shock, vasoconstricción).

Ámbito: Toda la Institución de salud.

Guías de práctica:

- Recommendations for the Standards of Monitoring During Anaesthesia and Recovery 2007, disponible en: <http://www.aagbi.org/publications/guidelines/docs/standardsofmonitoring07.pdf>
- British Society of Gastroenterology, Guidelines on safety and sedation during endoscopic procedures, 2003, available at <http://www.bsg.org.uk/clinical-guidelines/endoscopy/guidelines-on-safety-and-sedation-during-endoscopic-procedures.html>
- Academy of Royal Medical Colleges, Implementing and ensuring safe sedation practice for healthcare procedures in adults. Report of an intercollegiate working party chaired by the Royal College of Anaesthetists, 2001, available at: <http://aomrc.org.uk/publications/reports-a-guidance.html>
- Over sedation for emergency procedures in isolated locations, 2011, available at <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/signals/?entryid45=94848>

## 22. Embolia Aérea

Muerte o daño grave a consecuencia de una embolia de aire intravascular producida durante la administración de una infusión/bolo o a través de un circuito de hemodiálisis.

- Excluye las embolias aéreas originadas en otros procedimientos, tales como cirugías de nariz, garganta y oídos, neurocirugías y durante la inserción de catéteres venosos centrales.
- Se incluye la introducción de aire luego de la inserción de la vía central, a través de la vía o durante su remoción.

- Se excluyen los casos en los cuales la embolia aérea fue causada por acciones del paciente.

Ámbito: Toda la Institución de salud.

Guías de práctica:

- Risk of air embolism when removing central lines, 2011, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=132830>
- Section 9.8 - Air Embolism, RCN; Standards for Infusion Therapy, 2010, disponible en: [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/78593/002179.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/78593/002179.pdf)

## 23. Incorrecta identificación de pacientes

Muerte o daño grave a consecuencia de la administración de un tratamiento equivocado luego de la incorrecta identificación de un paciente internado. El evento debe estar originado en la falta de pulsera identificatoria y en la falta de cumplimiento de los procesos de identificación del paciente establecidos por la autoridad de aplicación (NHS -Servicio Nacional de Salud Británico-).

Esto significa:

- Falta de utilización de pulseras que cumplan con los requisitos de diseño del Sistema Nacional de Salud.
- Falta de inclusión de los cuatro identificadores básicos en las pulseras (nombre, apellido, día de nacimiento y Nº de seguridad social del NHS)
- Fracaso para seguir procesos claros y consistentes para la producción, colocación y chequeo de las pulseras de identificación.
- Imprimir varias etiquetas con detalles del paciente al mismo tiempo.

Este evento no aplica a aquellas unidades en donde no se utilizan pulseras, como por ejemplo, algunas

instituciones de salud mental con internación (esto requiere de acuerdos locales).

Quedan excluidas las situaciones en las cuales el paciente se niega a utilizar una pulsera identificatoria a pesar de una clara explicación acerca de los riesgos de no hacerlo, o cuando ha sido documentado que el paciente no puede utilizar una pulsera debido a su condición clínica o tipo de tratamiento, o en ámbitos de emergencias, en donde la alta rotación de pacientes, la insuficiente información acerca de su identidad y la necesidad de instituir un rápido tratamiento pueden demorar la utilización de la pulsera.

Ámbito: Toda la Institución de salud.

Guías de práctica:

- Patient Identifiers for Identity Bands: Information standard; Information Standards Board for Health and Social Care - DSCN 04/2009, March 2009, disponible en <http://www.isb.nhs.uk/library/standard/175>
- Safer Practice Notice – Standardising Wristbands improves patient safety, 2007, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59824>
- Safer practice notice – Safer Patient Identification, 2005, disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/patient-admission-transfer-discharge/?entryid45=59799>

## 24. Quemaduras severas por agua hirviendo

Muerte o daño grave a consecuencia de quemaduras producidas por agua hirviendo o muy caliente mientras se lavaba/bañaba al paciente.

- Excluye las quemaduras producidas por agua utilizada para otros propósitos (ej: “volcado” de de teteras)

Ámbito: Toda la Institución de salud.

Guías de práctica:

- Health Technical Memorandum 04-01 - The control of Legionella, hygiene, “safe” hot water, cold water and drinking water systems, 2006, disponible via <http://www.whtlimited.com/doc/lib/98/htm-04-01-part-b-20061009113435.pdf>
- Scalding risks from hot water in health and social care LAC: 79/5, 2007, disponible en: <http://www.hse.gov.uk/lau/lacs/79-5.htm>
- Scalding and burning, disponible en: <http://www.hse.gov.uk/healthservices/scalding-burning.htm>

## 25. Muerte materna por hemorragia puerperal luego de cesárea electiva

Muerte intrahospitalaria de una madre a consecuencia de una hemorragia luego de una cesárea electiva.

- Excluye los casos en los cuales se encuentra una placenta ácreta, o en los cuales existe un trastorno de coagulación previo o cuando la madre se niega, por cualquier motivo, a ser transfundida.
- Excluye los casos de cesáreas de emergencia y aquellos en los cuales una cesárea programada debe adelantarse de urgencia.

Ámbito: Toda la Institución de salud.

Guías de práctica:

- The role of emergency and elective interventional radiology in postpartum haemorrhage, good practice No. 6, 2007, disponible en: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/role-emergency-and-elective-interventional-radiology-postpartum-haem>
- Saving mothers’ lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2006-2008, 2011, disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjo.2011.118.issue-s1/issuetoc>
- BCSH Guidelines on the Management of Massive Blood Loss, 2006, disponible en: [http://www.bcshguidelines.com/documents/massive\\_blood\\_loss\\_bjh\\_2006.pdf](http://www.bcshguidelines.com/documents/massive_blood_loss_bjh_2006.pdf)