

HERRAMIENTAS CORPORATIVAS en SEGURIDAD CLÍNICA

Las instrucciones de Seguridad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Volumen I

**Unidad Funcional
de Riesgos Sanitarios**

Hospital Clínico San Carlos



Hospital Clínico San Carlos

 **Comunidad de Madrid**

HERRAMIENTAS CORPORATIVAS EN SEGURIDAD CLÍNICA

Las Instrucciones de Seguridad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Volumen I

**Unidad Funcional
de Riesgos Sanitarios**
Hospital Clínico San Carlos



Hospital Clínico San Carlos



Primera Edición, Abril 2011

ISBN: 978-84-694-5231-8

Coordinación y Redacción

Dra. Ana Isabel Alguacil Pau

Dr. Andrés Santiago Sáez

Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios

Hospital Clínico San Carlos

Diseño y Maquetación

Unidad de Comunicación

Impresión

Imprenta Hospital Clínico San Carlos

Indice

Introducción	5
1.- Presentación del Manual. ¿Por qué el formato elegido?	7
2.- Política de Seguridad. Compromiso del Director Gerente	13
3.- La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos del HCSC.	19
4.- Descripción del Manual	21
5.- Instrucciones de Seguridad:	29
- Cap. 1 Identificación de pacientes alérgicos	31
- Cap. 2 Identificación de pacientes con pulsera	37
- Cap. 3 Uso del ascensor de urgencias	41
- Cap. 4 Verificación de zona quirúrgica	45
- Cap. 5 Custodia de pertenencias de pacientes	51
- Cap. 6 Prevención de caídas durante la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos	55
- Cap. 7 Listado de verificación en quirófano	59
- Cap. 8 Notificación de eventos adversos	63
- Cap. 9 Identificación inequívoca de solicitud y muestras biológicas	67
- Cap.10 Prevención de bacteriemia asociada a catéter venoso central en pacientes hospitalizados	71

Introducción

Es un honor para quien dirige un Hospital presentar un trabajo de sus profesionales.

Para mí, como Director Gerente del Hospital Clínico San Carlos, lo supone muchas veces, por la capacidad y la voluntad de trabajo e innovación que demuestra la gente del Clínico.

Otra vez tengo la fortuna de hacerlo con esta publicación, fruto del saber y del querer de más de 50 profesionales durante tres años, con la idea de aportar conocimiento y experiencia propias a la mejora de la seguridad del paciente.

Tienen en sus manos la concreción de su empeño en forma de 10 Instrucciones de Seguridad que han venido divulgándose e implantándose en el trabajo diario de todo el Hospital.

Todas ellas importantes por la temática que tratan y por la relevancia de su abordaje en estos momentos.

Les invito a empaparse de ellas, a considerarlas una herramienta de acción más a incorporar al acerbo profesional de su desenvolvimiento en este Centro.

Nuestros pacientes son los principales beneficiados del éxito y la perseverancia en su cumplimiento, pero también nosotros, los que componemos esta Institución de excelencia que, a lo largo de 224 años, ha venido considerándose al servicio de la sociedad.

Gracias a todos cuantos hacen de su trabajo una ocasión para disfrutar mejorando lo que hacemos.

José Soto Bonel

Director Gerente

Hospital Clínico San Carlos.

Presentación del Manual. ¿Por qué el formato elegido?

1

1. Presentación del Manual. ¿Por qué el formato elegido?

Con la creación de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, nuestra organización ha dado un paso de gigante en incrementar la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad de los profesionales y pacientes en el entorno sanitario.

En España, y en general los países desarrollados se estima que aproximadamente uno de cada 9 pacientes hospitalizados sufren daños como consecuencia de la atención recibida. Una vez que conocemos los eventos adversos mas frecuentes que suceden en nuestros pacientes durante su estancia en el hospital, lo más importante es evitar que éstos ocasionen daños y en la medida de lo posible que se vuelvan a repetir.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en 2007 "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. Las soluciones fueron formuladas por el Centro Colaborador de la OMS sobre la Seguridad del Paciente. Estas nueve soluciones se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se han difundido para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios del Hospital Clínico San Carlos, tomandocomo referencia estas nueve soluciones de la OMS, ha desarrollado desde 2008

una herramienta innovadora capaz de divulgar en toda la institución no solo cultura de seguridad, sino también procedimientos adaptados a las necesidades asistenciales relacionadas con seguridad clínica. Esta herramienta son las denominadas “Instrucciones de Seguridad”.

Las instrucciones de seguridad guardan relación con la identificación de pacientes; la realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto; prevenir la bacteriemia relacionada con los catéteres venosos centrales, la identificación inequívoca de muestras biológicas, etc. Estas instrucciones, persiguen como objetivo reformular la asistencia a los enfermos y evitar errores humanos perjudiciales para los pacientes.

En estos tres años, más de 50 profesionales del Hospital han trabajado en identificar y elaborar las diez instrucciones de seguridad que se han editado hasta ahora y que se publican en el primer volumen de este Manual.

Es un compromiso de futuro de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos y en general de los profesionales de este Hospital, seguir trabajando en elaborar cuantas instrucciones de seguridad sean necesarias para mejorar la seguridad de nuestros pacientes y hacer de la práctica sanitaria un acto mas seguro para nuestros profesionales.

¿Cómo se elaboran las Instrucciones de Seguridad?

Cuando es detectada por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios una posibilidad de mejora en cualquier área asistencial se propone la creación de un grupo de trabajo coordinado por un líder. El grupo se compone de profesionales implicados directamente en los circuitos asistenciales u organizativos relacionados en el área de mejora. Preferiblemente los grupos serán multidisciplinares y estarán integrados por profesionales asistenciales y de

gestión y siempre habrá un representante del equipo directivo.

Con una secuencia de reuniones adaptada a la magnitud de la mejora propuesta, se va configurando un documento, con instrucciones vinculantes para el personal implicado.

Una vez consensuado el documento se procede a su difusión para su puesta en marcha con un cronograma preestablecido.

Diseño y edición del documento

Hemos elegido un diseño sencillo. Nuestras instrucciones de seguridad debían tener una seña de identidad que las hiciera claramente únicas y atractivas desde el principio para facilitar su implantación.

El documento de cada instrucción de seguridad ocupa como máximo una cara en DINA-4 y se caracteriza por maquetarse en un color característico e individual.

Tras la edición de la primera Instrucción de Seguridad, se dotó a todos los Jefes de Servicio, Supervisoras de Área y Unidad de Enfermería y Controles de Enfermería de una carpeta donde archivar de forma correlativa las diferentes instrucciones que se fueran implantando en el centro.

Tanto la creación, como la edición de las instrucciones de seguridad siempre se ha llevado a cabo con recursos propios del Hospital.

Divulgación de las Instrucciones de Seguridad

Probablemente la tarea más difícil. Por una parte debe llegar a todo el personal susceptible de llevar a cabo la mejora y por otro lado no debe suponer una sobrecarga de información que sea percibido por el profesional que la recibe como un documento mas, que no capte su interés y por tanto no sea aplicado en la práctica asistencial.

Utilizamos tres mecanismos principales:

1. Difusión personalizada a través de carta firmada por el Director Gerente, anunciando la justificación de la instrucción y la fecha de puesta en marcha. En algunas ocasiones la instrucción se ha remitido a todos los trabajadores del centro.
2. Difusión a través del correo corporativo utilizando los canales del Departamento de Relaciones Institucionales y colgando la información en el Portal de Seguridad del Paciente de la intranet del Hospital.
3. Sesiones presenciales, dirigidas al personal implicado en la asistencia, que puede hacerse en grupos reducidos o utilizar el propio auditorio con capacidad para 600 personas. Los miembros de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos acuden a ellas como docentes.

La edición de este Manual supone un esfuerzo por recopilar todas las instrucciones de seguridad publicadas y va a suponer de ahora en adelante un avance en su difusión, tanto como material impreso como electrónico. Creemos que la edición de este Manual puede mejorar la difusión de estos documentos tanto dentro como fuera del Hospital, por el interés científico de su contenido.

Política de seguridad. Compromiso del Director Gerente

2

2. Política de seguridad.

Compromiso del Director Gerente.

El Plan Estratégico del Hospital 2006-2009 recogía un Plan de Acción para “Gestionar el riesgo” que pretendía asegurar la identificación, evaluación y minimización del riesgo, mejorando la seguridad clínica, la del personal y la medioambiental, incorporando las recomendaciones de la Comisión Europea.

Para establecer el desarrollo de éste plan de acción, se considera fundamental difundir una cultura de seguridad entre los profesionales del Hospital y para ello, en junio del 2008 el Director Gerente, D. José Soto Bonel, presentó la **“Política de Seguridad del Hospital Clínico San Carlos”**, en forma de díptico, dirigida a la mejora en la calidad asistencial en un aspecto tan importante como es la seguridad de nuestros pacientes, **asegurando una política no punitiva para mejorar la cultura de seguridad.**

El díptico contempla los principios de la política no punitiva del Hospital y las excepciones para la notificación no punitiva; informando además de aquellas definiciones empleadas habitualmente en seguridad clínica.

El compromiso por la seguridad del paciente de la Dirección del Hospital se ha mantenido en la edición de nuestro nuevo Plan Estratégico 2010-2014.

La iniciativa de la Unidad Funcional de Riesgos en la elaboración de estas instrucciones de seguridad, se ha consolidado como una estrategia clave del Hospital y en un compromiso de la Dirección. Así, en el nuevo Plan Estratégico 2010-2014 el 5º eje **“Despliegue del Modelo de Calidad y Seguridad Asistencial”**, se plantea en el punto 5.2 **“Consolidar una estrategia propia de seguridad al paciente”**

y se recoge como plan de acción **“Garantizar la implantación de las instrucciones de seguridad mediante el establecimiento de una normativa interna”**:

Este eje estratégico para los próximos cuatro años, consolida la implantación de esta herramienta como instrumento para promover prácticas clínicas seguras mediante la difusión e implantación de prácticas de seguridad, con el fin de reducir la incidencia de eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria y al uso de medicamentos.

II. DEFINICIONES

Evento adverso: una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados.

Incidente: acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma.

No punitivo: ausencia de medidas punitivas o acciones disciplinarias para un error específico.

Error sanitario: no realizar una acción tal como se planeó o utilizar un plan equivocado para alcanzar un objetivo.

Aprobado en Comisión de Dirección del HCSC
con fecha 7 de abril de 2008

D. José Soto Bonel
Director General

Política de Seguridad del Paciente en el Hospital Clínico San Carlos

Junio, 2008

El HCSC recoge en su Plan Estratégico 2006-

2009 un Plan de Acción para Gestionar el

riesgo que pretende asegurar la identificación,
evaluación y minimización del riesgo,

mejorando la seguridad clínica, la del personal,

la del edificio y la medioambiental,

incorporando las recomendaciones de la

Comisión Europea.

Se considera fundamental para el desarrollo

de este plan de acción, establecer una cultura

de seguridad entre los profesionales del centro

y es por esto que **SE ACUERDA ASEGURAR**

UNA POLÍTICA NO PUNITIVA PARA

MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD, que

considera los siguientes:

■ PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA NO PUNITIVA DEL HCSC:

A. Sabemos que los profesionales de la salud competentes pueden excepcionalmente cometer errores y no queremos provocar el miedo o el castigo al notificarlos.

B. Certos incidentes pueden ser el resultado de una organización inadecuada o compleja.

C. Los incidentes deberían ser analizados en un intento de establecer tendencias y patrones para aprender de ellos y prevenir la recurrencia, de este modo se aumenta la seguridad del paciente.

D. Debe existir un ambiente no punitivo, de soporte para todo el personal que notifica los incidentes.

E. En el proceso de evaluar los incidentes, los profesionales sanitarios participan en la notificación y en el desarrollo de procesos de mejora.

F. La notificación de los incidentes es crítica en el programa de seguridad del paciente y el control del riesgo.

■ EXCEPCIONES PARA LA NOTIFICACIÓN NO PUNITIVA:

A. Saber que el acto es intencionado con un intento de hacer daño o mentir.

B. En un evento adverso, si está claro que la competencia del profesional es su principal causa, la Dirección realizará los esfuerzos razonables para que los profesionales atiendan a los pacientes con seguridad. Si queda claro que un profesional no puede realizar un procedimiento de un modo seguro, a pesar de su formación y entrenamiento, esta situación será abordada por la Dirección como un tema de competencia profesional a través de los procedimientos establecidos.

La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos

3

3.- La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos

Se compone de un grupo de profesionales de múltiples áreas y con diferentes estamentos, que garantizan una visión multidisciplinar.

En el díptico que se presenta a continuación se explica su justificación, su función, sus integrantes, las vías de contacto y el sistema de notificación de eventos adversos.

El perfil de los miembros de la Unidad Funcional de Riesgos:

- Coordinación de Calidad
- Jefe del Servicio de Farmacia
- Médico Facultativo Especialista de Cirugía General y Aparato Digestivo
- Supervisor de Unidad de Hospitalización
- Subdirección Médica y de Enfermería
- Enfermería del Servicio de Urgencias
- Supervisora de Enfermería de la UCI
- Médico Facultativo Especialista del Servicio de Farmacología Clínica
- Supervisora de Área del Bloque Quirúrgico
- Jefe de Sección de UCI
- Jefe de Sección de Anestesiología
- Jefe de Seguridad
- Jefe del Servicio de Medicina Legal
- Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva



Portal de
Seguridad del
Paciente del
Hospital Clínico
San Carlos
(Intranet)

¿Dónde puedo notificar un evento adverso?

Cualquier accidente o incidente que surja durante la asistencia sanitaria y que haya ocasionado daño en el paciente o hubiera podido causarlo, se considera un evento adverso.

Los eventos adversos podéis notificarlos de forma anónima y voluntaria a través del Portal de Seguridad del paciente de la intranet del hospital.

La Unidad Funcional de Riesgos siempre analizará el caso y recomendará a la Dirección del Centro las acciones de mejora necesarias para evitar otro evento adverso.

*La seguridad del paciente es cosa de todos.
Si falla el sistema, fracasamos todos y el
paciente se puede ver perjudicado.*



Observatorio Regional
de Riesgos Sanitarios



Observatorio Regional
de Riesgos Sanitarios

Esta campaña se realizó en el Hospital Clínico San Carlos, Octubre 2012

Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios

Unidad Funcional
de Riesgos Sanitarios
Hospital Clínico San Carlos



Hospital Clínico San Carlos



Observatorio Regional
de Riesgos Sanitarios

Área 7, Atención Especializada

La Unidad Funcional de Riesgos Hospital Clínico San Carlos

¿Qué es?

La mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios es un elemento clave para conseguir la mejora de la calidad asistencial.

La creciente complejidad y diversidad en el manejo de los pacientes influida por factores organizativos personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad conlleva efectos no deseados en la atención sanitaria. Estos efectos son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud y diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias para controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica (9 de cada 100 pacientes hospitalizados sufre un evento adverso en España según el estudio ENEAS publicado en 2005).

En esta línea, en mayo de 2005 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios y crea las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios. El 27 de septiembre de 2008 se constituye la Unidad Funcional de Riesgos (UFR) del Hospital Clínico San Carlos dependiente de la Dirección Gerencia y a la que se confirió un carácter consultivo y asesor en materia de seguridad del paciente.

¿Qué función tiene?

En la Unidad Funcional de Riesgos del Hospital trabajamos para mejorar la seguridad de nuestros pacientes y difundir una cultura de seguridad del paciente entre todos los profesionales.

Abordamos los problemas de seguridad centrándonos en identificar los fallos que se han producido en el sistema, con el fin de establecer las barreras que prevengan nuevos fallos en el futuro. No tratamos de cambiar a las personas sino de intentar cambiar las condiciones en las que trabajan.

Nuestros objetivos son:

- **Difundir una cultura de seguridad del paciente que no busca culpables.**
- **Promover la investigación y la innovación en seguridad del paciente.**
- **Identificar los fallos del sistema mediante la notificación voluntaria y anónima de eventos adversos.**
- **Promover medidas para la prevención o reducción de situaciones de riesgo sanitario mediante la implantación de INSTRUCCIONES DE SEGURIDAD**

¿Quién trabaja en la UFR?

La Unidad está compuesta por profesionales del área médica, enfermería y gestión, junto con la dirección del centro. También se constituyen Grupos de Trabajo para el desarrollo de Instrucciones de Seguridad según el ámbito afectado.

¿Dónde estamos?

Si estáis interesados en trabajar con nosotros o queréis acceder a información podéis hacerlo a través del **"Portal de seguridad del paciente"** de la intranet del hospital donde disponéis de información sobre gestión de riesgos sanitarios y bibliografía complementaria sobre seguridad del paciente además de todas las publicaciones elaboradas por la UFR.

Podéis encontrar herramientas de ayuda para el análisis de elementos adversos, enlaces web a organizaciones internacionales y nacionales sobre seguridad del paciente y material educativo que os puede ayudar en la docencia.

Contacta con nosotros en los teléfonos 3402 y 7204 y a través de nuestro correo electrónico ufr.hcsc@salud.madrid.org

Objetivos



Descripción del Manual

4

4.- Descripción del Manual

El Manual se estructura en volúmenes y cada volumen en capítulos. Cada capítulo comienza con una justificación de la necesidad de crear la instrucción de seguridad, el objetivo y alcance de la misma, un resumen de la bibliografía consultada, seguida de la propia instrucción y el grupo de trabajo que participó en su elaboración.

Este primer volumen contiene diez capítulos con las instrucciones de seguridad elaboradas y difundidas en el periodo 2008-2010:

- 1 Identificación de pacientes alérgicos
- 2 Identificación de pacientes con pulsera
- 3 Uso del ascensor de urgencias
- 4 Verificación de zona quirúrgica
- 5 Custodia de pertenencias de pacientes
- 6 Prevención de caídas durante la realización de procedimientos diagnósticos terapéuticos
- 7 Listado de verificación en quirófano
- 8 Notificación de eventos adversos
- 9 Identificación inequívoca de solicitud y muestras biológicas
- 10 Prevención de bacteriemia asociada a catéter venoso central en pacientes hospitalizados

Instrucciones de seguridad

5

Capítulo 1

Identificación de Pacientes Alérgicos

Grupo de trabajo y autores

Al. Alguacil Pau, L. Arias Fernández, B. Gómez Mayoral, MJ. Marín González, JC Martín Benítez, R de la Morena, ME Pérez Castells, A Santiago Sáez

Justificación

Un número más elevado de lo esperado de nuestros pacientes, manifiestan ser alérgicos o presentar intolerancia a múltiples fármacos, alimentos o productos sanitarios. Por ello se inició una campaña de identificación de este tipo de pacientes, que garantizara durante la estancia hospitalaria que todos los profesionales son alertados por distintas vías de la predisposición de estos pacientes.

Objetivo

Evitar al máximo posible la aparición de reacciones alérgicas por la administración errónea del medicamento, alimento o producto sanitario y por tanto, de consecuencias graves en los pacientes.

Alcance

Se ha establecido un sistema de identificación de pacientes hospitalizados con alergias conocidas a medicamentos, alimentos y/o productos sanitarios, que constituye un conjunto de alarmas para prevenir posibles errores y en el que participan todos los profesionales sanitarios con responsabilidades en el paciente. La campaña puesta en marcha ha consistido en implantar un color corporativo, en concreto el azul, con el que se identifica la hoja de prescripción de fármacos, las pulseras de identificación, los cabeceros de las camas, los cajetines de unidosis de las plantas, las bandejas de comida y los biberones en lactantes.

Bibliografía consultada

- Hamond, S. Records of patient drug allergy status. The Pfizer Project Awards 2007. London Pharmacy Education and Training. NHS. Disponible en: www.londonpharmacy.nhs.uk/educationandtraining/prereg/pfizerProjectAwards2007/pfizerProjectAwards2007.aspx
- Smith, J. Building a safer NHS for patients: Improving medication safety, DoH, gateway ref: 1459, 2004, pp. 1-180. Disponible en: www.dh.gov.uk/assetRoot/o4/08/49/61/04084961.pdf
- De la Hoz Caballero, B; Gómez, J; Sánchez-Cano, M; Losada, E. Protocolo de adecuación del material anestésico y quirúrgico para alérgicos al látex. Rev Esp Alergol Inmunol Clin, 1999, vol. 14(1): 11-18.
- Gilbar, P; Ridge, A. Inappropriate labelling of patients as opioid allergic. J Onc Pharm Practice 2004, vol. 10 (3):177-182.
- Tempest, A. Auditing the recording of allergy status in community hospitals. Hospital Pharmacist 2006, vol. 13, 259:260
- Etherington, R. Hospitals put allergy patients at risk. British Pharmaceutical Conference 2007. Reference nº: practice 66, 75.
- Procedimiento de actuación ante el paciente alérgico al látex. Intervenciones quirúrgicas programadas. Revisión 2 (agosto 2007). Servicio de Alergología y de Prevención. Hospital Clínico San Carlos.
- Sevdalis, N. Standardising wristbandas improves patient safety: Guidance on implemeting the safer practice notice. Design and specification of patient wristbands. Evidence from existing literature, NPSA-facilitated workshops, and a NHS Trusts survey.. 2007, National Patient Safety Agency. NHS. Disponible en: www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/notices/wristbands/

- Ball, S. Patient identification policy. Clinical Guidelines. National Health Services. Disponible en: www.cornwall.nhs.uk/CIOSPCT/KeyDocuments
- MacPherson, R.D.; Willcox, C.; Chow, C.; Wang, A. Anaesthetist's responses to patients' self-reported drug allergies. Br J Anaesthesia 2006, September 1, 1-6.
- Pau, AK; Morgan, JE; Terlingo, A. Drug allergy documentation by physicians, nurses, and medical students. Am J Hospital Pharmacy 1989, vol. 46 (3): 570-573.
- Allergy-the unmet need: a blueprint for better patient care. Reports from the Royal College of Physicians, 2003.
- Scott H; Donald Y.M. Advances in allergic skin disease, anaphylaxis, and hypersensitivity reactions to foods, drugs, and insects in 2007. J Allergy Clin Immunol Vol. 121(6), 2008:1351-1358



IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES ALÉRGICOS

La correcta identificación de pacientes alérgicos es una medida de seguridad que previene posibles errores en la administración de medicamentos, productos o alimentos. Para prevenirlos se establecen las siguientes INSTRUCCIONES:

1. Desde el primer contacto con el paciente **se investigará la posibilidad de alergias conocidas por el paciente**
2. Se **registrará en el interior de la historia clínica** tanto electrónica como en papel y en lugar visible **la condición de alérgico del paciente**
3. Se le colocará en la **pulsera identificativa un punto adhesivo de color azul**
4. Todas las **hojas de tratamiento serán de color azul** para identificar claramente en la historia clínica que se trata de un paciente alérgico
5. La **cama/cuna del paciente alérgico se identificará en lugar visible con una tarjeta o etiqueta adhesiva removible de color azul**
6. En las unidades de hospitalización con **unidosis, se comunicará al Servicio de Farmacia la condición de alérgico del paciente y el medicamento/producto al que el paciente es alérgico**
7. El **cajetín de la unidosis con medicación del paciente alérgico vendrá identificado con un punto adhesivo removible de color azul**
8. Siempre **se comunicará al Servicio de Nutrición la condición de alergia a alimentos del paciente y el alimento al que el paciente es alérgico**
9. La **bandeja de comida del paciente alérgico a alimentos vendrá identificada por fuera con una etiqueta adhesiva removible azul**
10. Para la alimentación de **lactantes y niños alérgicos a las proteínas de la leche** se utilizarán los **biberones de cristal transparente con anilla azul y tetina sin látex desechable** (también para alérgicos al látex) y se **identificará el biberón con etiqueta adhesiva removible donde se registrará el contenido preparado**.

En cualquier caso, los profesionales sanitarios siempre harán una triple verificación antes de administrar un medicamento: 1º lectura de la prescripción facultativa previa a la preparación, 2º verificación previa a la distribución y 3º confirmación con el paciente previa a la administración.

Capítulo 2

Identificación de pacientes con pulsera

Grupo de trabajo y autores

Al. Alguacil Pau, L Arias Fernández, C. Dueñas Mato, B. Gómez Mayoral, MJ Marín González, JC Martín Benítez, R de la Morena, ME Pérez Castells, A Santiago Sáez

Justificación

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de errores y complicaciones en la asistencia sanitaria. Estas complicaciones pueden deberse a errores en la administración de medicamentos, cirugía en paciente incorrecto, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc.

Culturalmente está aceptada la identificación del paciente de forma verbal en cualquier acto asistencial. Sin embargo, esta sistemática puede no ser correcta en el caso de pacientes sedados, con alteración de la conciencia, déficit neurológico, niños, dificultades en la comunicación, barreras idiomáticas, etc.

De los sistemas de identificación inequívoca de pacientes, la utilización de una pulsera con datos personales del paciente es el método más utilizado. Se ha observado una disminución de alrededor de un 50% en los errores asociados a la inadecuada identificación de los pacientes con el uso de una pulsera.

Objetivo

Identificar de forma inequívoca a los pacientes asegurando la correcta relación entre este y el servicio o tratamiento administrado, garantizando una adecuada identificación de los

pacientes en cualquier momento durante su estancia en el Hospital hasta que es dado de alta.

Alcance

Este sistema de identificación se utiliza en todos los pacientes hospitalizados tanto urgentes como programados. Existen dos tipos de pulseras: impresas para adultos y niños hospitalizados y de escritura manual para su uso en el dúo madre-recién nacido. Toda la institución vela por que se proceda a la emisión de la pulsera tanto en el momento del ingreso como durante la estancia, si por cualquier motivo se deteriorara o se perdiera.

Bibliografía consultada

- The Joint Commission's National Patient Safety Goals 2007. Hospital Program. www.jointcommission.org
- The Joint Commission's National Patient Safety Goals 2007. Critical Access Hospital Program. www.jointcommission.org
- Identificación de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen 1, solución 2. Mayo de 2007. Disponible en www.who.int/patientsafety/
- Alerta de seguridad nº 1. Inadecuada identificación de pacientes. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Disponible en www.fadq.org
- Sevdalis, N. Standardising wristbands improves patient safety: Guidance on implementing the safer practice notice. Design and specification of patient wristbands. Evidence from existing literature, NPSA-facilitated workshops, and a NHS Trusts survey.. 2007, National Patient Safety Agency. NHS. Disponible en: www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/notices/wristbands/
- Ball, S. Patient identification policy. Clinical Guidelines. National Health Services. Disponible en: www.cornwall.nhs.uk/CIOSPCT/KeyDocuments



IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON PULSERA

La utilización de pulseras tiene como objetivo identificar de forma inequívoca a los pacientes, asegurando la correcta relación entre este y el servicio o tratamiento administrado. La pulsera consta de nombre y apellidos, nº de historia clínica y fecha de nacimiento y habrá dos tipos: pulseras impresas para todos los pacientes ingresados y pulseras de escritura manual para pacientes ingresados en los Servicios de Obstetricia y Neonatología y para pacientes en circunstancias especiales en el Servicio de Urgencias. Con el fin de utilizar correctamente las pulseras se establecen estas INSTRUCCIONES:

Pulseras impresas

1. El Sº de Admisión cuando reciba la solicitud de ingreso programado y/o urgente editará la pulsera junto con el resto de documentos del paciente, tanto en el HCSC como en el P8.
2. La enfermera que realiza la acogida en la unidad donde ingresa el paciente, tras verificar su identidad, es la responsable de colocar la pulsera en la muñeca o en el tobillo. El paciente deberá portar la pulsera identificativa en todo momento durante su estancia hospitalaria y será retirada por la enfermera solo en el momento del alta, cortando y por tanto destruyendo, los datos de carácter personal del paciente.
3. En caso de incidencia o deterioro de la pulsera la enfermera solicitará su renovación inmediata a Admisión Central de L a V de 8h a 21h y fuera de este horario a Admisión de Urgencias, con una "solicitud de duplicado" indicando: datos del paciente, motivo de la solicitud del duplicado, firma con nº de empleado y fecha de solicitud.
4. Si el paciente fallece durante su estancia en el hospital no se retirará la pulsera.
5. Los pacientes en situación especial de urgencia que ingresan directamente sin paso previo por admisión, será el Sº de Admisión quien una vez recibida la solicitud de ingreso, envíe junto con el resto de documentos la pulsera del paciente.
6. Los pacientes ingresados inconscientes y desconocidos el Sº de Admisión al recibir la solicitud de ingreso, emitirán una pulsera con código "desconocido, desconocido nº".
7. Los pacientes ingresados con datos de especial protección: el Sº de Admisión al recibir la solicitud de ingreso, emitirá una pulsera codificada según protocolo de protección de datos.

Pulseras de escritura manual

1. En los Sº de Obstetricia y Neonatología: la enfermera identificará a la madre y al recién nacido con pulsera de escritura manual, como hasta ahora.
2. En el Sº de Urgencias: en pacientes inconscientes e indocumentados aunque no se realice ingreso, la enfermera los identificará con pulsera de escritura manual, como hasta ahora.

Capítulo 3

Uso del Ascensor de Urgencias

Grupo de trabajo y autores:

Al. Alguacil Pau, S. Arnela Cuellar, B Gómez Mayoral JC Martin Benítez JA Nieto Bazán, F Padilla Sancha, A Santiago Sáez, A Yela Funcia

Justificación

La movilización de pacientes críticos y la diversidad de patologías a trasladar, puede conllevar complicaciones de su propia enfermedad durante el traslado, sobre todo si por razones ajenas al paciente o al personal que acompaña, este se dificulta o se enlentece. Esta situación se puede agravar si además hay que cambiar de planta dentro del centro.

Algunos autores encuentran hasta 20% de cambios fisiológicos en pacientes procedentes de cuidados intensivos durante el transporte intrahospitalario y otros hasta 68% durante el trayecto. Variando también la intensidad de las mismas desde 40% hasta 65% de mínimas a graves, dependiendo de que los traslados sean programados o urgentes y con mortalidad de 0 al 13%.

Objetivo

Consensuar unas normas para el traslado intrahospitalario de este tipo de pacientes, que incluya la priorización de patologías, la cualificación de los profesionales, la estabilización del paciente y los recursos necesarios para el traslado, con el fin de disminuir estos eventos adversos durante el traslado.

Alcance

Esta Instrucción viene justificada por el uso inapropiado del ascensor nº 10, ubicado en la zona norte del Hospital, que es el único ascensor de Urgencias que tiene el hospital. Este hecho entorpece enormemente la labor de los profesionales que necesitan este ascensor para el traslado urgente de pacientes críticos. Por ello se reguló el flujo de utilización del mismo, asignando además personal que evita en la medida de lo posible el uso injustificado en un amplio horario del centro.

Bibliografía consultada:

- Abundis Villanueva et al. Traslado intrahospitalario de enfermos con ventilación mecánica. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2004;18(5):148-152 MG
- Peter G M Wallace, Saxon A Ridley. Transport of critically ill patients. Clinical Review. *BMJ* 319 : 368, 1999
- Warren, Jonathan MD et al. Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients. Critical Care Medicine: January 2004 - Volume 32 - Issue 1 - pp 256-262



INSTRUCCIONES DE SEGURIDAD UNIDAD FUNCIONAL DE RIESGOS



Hospital Clínico San Carlos

Comunidad de Madrid

USO DEL ASCENSOR DE URGENCIAS

El traslado de pacientes en situación crítica es una prioridad absoluta debido al riesgo vital que supone para el paciente un retraso en su diagnóstico y tratamiento y debe hacerse además en unas condiciones seguras para que no disminuya en ningún momento el nivel de cuidados ya conseguido.

Para el traslado de pacientes críticos el Hospital Clínico dispone de un ascensor de **"Uso Exclusivo de Urgencias"** (ascensor nº 10) ubicado en la zona norte. El buen uso de este ascensor es clave para garantizar un traslado de estos pacientes críticos seguro y rápido.

Para prevenir situaciones que puedan comprometer el traslado de estos pacientes en el HCSC se establecen las siguientes **INSTRUCCIONES**:

El ascensor será de USO EXCLUSIVO para el traslado de pacientes en estado crítico (emergentes y urgentes) y pacientes post-quirúrgicos:

Todo el personal sanitario y no sanitario del Hospital Clínico estará obligado a cumplir este requisito para el uso de este ascensor. **Se evitará absolutamente** el uso del ascensor para el desplazamiento de personal del hospital en cualquier circunstancia que no sea acompañando a un paciente crítico o post-quirúrgico, ni para el traslado de camillas, muebles, archivos, residuos o material de limpieza.

Ante la confluencia de varias situaciones críticas para traslado en este ascensor **se priorizará según el siguiente orden:**

- 1º Traslado de paciente crítico de la UCI al quirófano
- 2º Traslado de paciente crítico de la Urgencia a la UCI
- 3º Traslado de paciente post-quirúrgico de quirófano a la UCI
- 4º Entradas y salidas del quirófano

ES RESPONSABILIDAD DE TODOS EL **USO EXCLUSIVO** DE ESTE ASCENSOR PARA EL TRASLADO DE PACIENTES EMERGENTES, URGENTES Y POST-QUIRÚRGICOS.

Capítulo 4

Verificación de zona quirúrgica

Grupo de trabajo y autores:

Al. Alguacil Pau, A Alcaraz Bethencourt, C. Dueñas Mato, B. Gómez Mayoral, I Laredo Velasco, MJ Marín González, JC Martín Benítez, J Mayol Martínez, R de la Morena, J Olivares Corral, A Santiago Sáez

Justificación

La Organización Mundial de la Salud tiene en marcha un gran proyecto “La Cirugía Segura Salva Vidas”. Relacionado con ello, el Ministerio de Sanidad ha trabajado con las sociedades científicas, con el fin de adaptar las metas de éste proyecto a nuestro sistema sanitario.

La cirugía en el lugar incorrecto de un paciente es un problema relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente por las consecuencias para el paciente, sino por la repercusión legal que conlleva.

La cirugía en lugar erróneo se define como la intervención quirúrgica realizada en el lugar anatómico incorrecto. Esto puede referirse al lado, a la posición (por ejemplo dedos), a la realización de un procedimiento diferente del planificado o al paciente incorrecto.

Desde la American Academy of Orthopaedic Surgeons se plantea que un cirujano tiene un 25% de probabilidad de realizar una cirugía en un sitio erróneo en 35 años de profesión.

El Hospital participa con la edición de esta Instrucción de Seguridad, ya que se hace indispensable un procedimiento que sea capaz de evitar un fallo durante el proceso quirúrgico disminuyendo los posibles daños para el paciente.

Objetivo

Prevenir la cirugía en el sitio quirúrgico incorrecto, el procedimiento quirúrgico incorrecto y la persona incorrecta.

Alcance

La verificación de la zona, el procedimiento y el paciente a intervenir debe realizarse de forma sistemática y en cualquier momento del proceso quirúrgico, desde que el cirujano indica la intervención hasta el momento en que se inicia la cirugía, tanto en cirugía urgente como programada.

Bibliografía consultada

- The Joint Commission's National Patient Safety Goals 2008. Accreditation Program: Critical Access Hospital. Disponible en www.jointcommission.org
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Implementation Expectations for the Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure and Wrong Person Surgery. 2003
- Alerta Nº4: Cirugía en el lugar erróneo. Alerta de seguridad en atención sanitaria. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Disponible en www.fadq.org
- García-Germán Vázquez D, et al. Cirugía en sitio erróneo. Rev esp cir ortop traumatol. 2009. disponible en: www.asjusa.com/medios/Revista_Espanola_de_Cirugia_Ortopedica_y_Traumatologia_08092009.pdf
- The WHO Guidelines for Safe Surgery, First Edition. WHO/IER/PSP/2008.08-1E
- Safe Surgery Save Lives - WHO/IER/PSP/2008.07

- Aranaz JM, et al. Acontecimientos adversos en un servicio de cirugía general y de aparato digestivo de un hospital universitario. Cir Esp 2003;73 (2):104-9
- Aguiló J, et al. Experiencia en el estudio de efectos adversos en un servicio de cirugía general. Rev Calidad Asistencial. 2005;20 (4):185-92
- Palou Bretones A et al. La responsabilidad del personal sanitario de quirófano: un principio básico de la seguridad del paciente. Rev Calidad Asistencial. 2007;22 (2):98-100
- Héctor Ortiz Informe sobre el análisis de resultados y propuestas de mejora del proyecto: “Equipos seguros en la cirugía del cáncer de recto en España”. Ministerio de sanidad, 2009.
- Rebollo-Rodrigo H et al. Sistema de vigilancia continua de eventos adversos en los servicios quirúrgicos de Cantabria. Med Clin (Barc). 2010;135(Supl 1):12-16.



VERIFICACIÓN DE ZONA QUIRÚRGICA

La cirugía segura salva vidas. Cualquier fallo durante un procedimiento quirúrgico puede causar graves daños para el paciente. La cirugía en el lugar anatómico incorrecto es un problema muy relevante de seguridad por las consecuencias graves que puede tener. Para prevenir esta situación se establecen las siguientes **INSTRUCCIONES**¹:

1. Verificación de paciente, procedimiento y zona quirúrgica en consulta: Desde la indicación quirúrgica el **cirujano** identificará de forma legible y visible en la historia clínica, en el documento “admitase” y en el **consentimiento informado**, junto al **procedimiento quirúrgico**, la **zona** y **lado** a intervenir.

2. Verificación al ingreso: La **enfermera** que realiza la acogida del paciente al ingreso contrastará con la historia clínica y el paciente: su **identificación correcta** (con la pulsera identificativa), la del **procedimiento** y **zona** de la intervención.

1. En cualquier sitio donde se haga la acogida del paciente (unidad de día de Pabellón 8, unidad prequirúrgica, CMA o unidades de hospitalización) la enfermera **verificará la zona a intervenir** y **confirmará el lado** en los “registros de ingreso de pacientes” correspondientes a cada unidad tanto en papel como electrónicos y en el lugar designado al efecto.

2. En los pacientes de cirugía menor ambulatorios se verificará la zona y se confirmará el lado a intervenir en la “hoja de circulante”.

3. Verificación antes de la intervención: La **enfermera** que lleva a cabo la recepción del paciente en el bloque quirúrgico contrastará con la **historia clínica**, el **parte de programación quirúrgica**, el **consentimiento informado**, la **pulsera identificativa** y el **paciente** su **identificación correcta**, la del **procedimiento** y **zona** de la intervención y lo registrará en la “hoja circulante”.

El **cirujano responsable** hará la verificación final del **paciente** (comprobando la pulsera identificativa), **procedimiento** y **zona** correcta, **marcará visiblemente la zona de la intervención** con rotulador permanente y así lo registrará en el “informe de intervención quirúrgica”.

¹ Adaptadas de: Universal Protocol For Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery. The Joint Commission

Capítulo 5

Custodia de pertenencias de pacientes

Grupo de trabajo y autores:

Al. Alguacil Pau,. E Fernández del Palacio, N Gil Cidoncha, C Gutiérrez de los Ríos, J Madejón Jiménez, MJ Molina Claudio, F Padilla Sancha, A Santiago Sáez

Justificación

Mientras un paciente se encuentra en el Hospital, éste debe custodiar sus pertenencias, su documentación y objetos de valor. En determinadas circunstancias además, acuden a nuestro centro pacientes que se encuentran en una situación de incompetencia (pensemos en una persona en coma) y sin soporte social, que los convierten en personas mas susceptibles de sufrir algún tipo de evento adverso relacionado con la pérdida de alguna pertenencia que le impida su independencia física (prótesis auditivas, dentales, etc.)

Objetivo

El Hospital puso en marcha esta instrucción con un protocolo asociado, con el fin de garantizar la custodia de los enseres del paciente hasta que se contacta con familiares o allegados o el propio paciente pueda asumir la misma.

Alcance

Las normas recogidas en la instrucción tienen por objeto regular las actividades y relaciones entre el personal de todas las Unidades del Hospital de todos los estamentos y la custodia de las pertenencias, documentación y objetos de valor de los pacientes/usuarios durante su estancia en las instalaciones del Hospital. Es por tanto de aplicación a todas

las Unidades del Hospital Clínico y a todos los turnos de trabajo.

Bibliografía consultada

- Salvador Suárez FJ, Millán Soria J, Oliver Martínez C. Implantación de un plan integral de gestión de la calidad en un servicio de urgencias y su impacto en el paciente. Finalista a los IV premios Esteve. García-Suárez M.B. “La mejora continua” como principio en la gestión. XXI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Rev Calidad Asistencial 2003;18(6):379-404
- Hernández Figaredo P. Psiquiatría y ética médica. Rev Hum Med v.7 n.2 Ciudad de Camaguey Mayo-ago. 2007



INSTRUCCIONES DE SEGURIDAD UNIDAD FUNCIONAL DE RIESGOS



Hospital Clínico San Carlos

Comunidad de Madrid

CUSTODIA DE PERTENENCIAS DE PACIENTES

El Hospital tiene que velar por la seguridad del paciente durante su estancia y custodiar, en la medida de lo posible, sus pertenencias, documentación y objetos de valor. Para prevenir situaciones de riesgo por el extravío, desaparición, sustracción o robo de estos objetos se establecen las siguientes **INSTRUCCIONES:**

Una vez detectado la necesidad de custodia de pertenencias y documentación o bien identificado un incidente en relación al extravío, desaparición, sustracción o robo de éstos, todo el personal del Hospital tiene que conocer y por tanto poner en marcha el **“Protocolo de actuación en casos de necesidad de custodia de pertenencias de pacientes/usuarios”**. (Disponible en http://intranet/guías_y_protocolos)

Las situaciones contempladas de **especial riesgo** para la aplicación del protocolo son:

1. **Paciente no facultado para toma de decisiones, ingresado en hospitalización o en el servicio de urgencias (situación de inconsciencia, intoxicación o deterioro cognitivo sin acompañantes).**
2. **Pacientes sin acompañantes, incluidos menores de edad.**
3. **Pacientes que durante su estancia se queden sin soporte social.**
4. **Pacientes portadores de objetos o sustancias de posible implicación en un proceso judicial o policial.**

Todo el personal de la Dirección de Enfermería, del Servicio de Seguridad, de la Coordinación de Personal Subalterno y del Área de Informadores del Hospital, son claves para asegurar el circuito de custodia establecido según el protocolo aprobado por la Dirección Gerencia y Dirección de Gestión.

ES RESPONSABILIDAD DE TODOS GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y SUS PERTENENCIAS DURANTE LA ESTANCIA EN NUESTRO HOSPITAL.

Capítulo 6

Prevención de caídas durante la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Grupo de trabajo y autores:

Al. Alguacil Pau, A García Vega, A Santiago Sáez

Justificación:

El conocimiento del efecto adverso de las caídas de nuestros pacientes hospitalizados, durante los últimos años, obtenido a través de la notificación, y registro interno, realizado con la colaboración de los profesionales enfermeros, nos permite hoy, mediante la explotación de los datos recogidos, obtener unos resultados e información útil, para promover la definición de unos criterios de prevención, en el intento de mejorar la calidad de la asistencia que prestamos.

Aunque no podemos ignorar que estos datos obtenidos conllevan el sesgo de la declaración de las caídas, porque probablemente solo se monitorizan parte de las caídas que se producen en el Hospital, la monitorización de esta incidencia, de los factores de riesgo y de las situaciones que hemos hallado predisponentes, debe permitirnos iniciar estrategias de corrección, tendentes a mejorar la seguridad en la asistencia sanitaria que prestamos, concretamente en lo que se refiere a la prevención y los cuidados de enfermería que deben ser planificados, para mantener cubierta esta necesidad de seguridad en el paciente.

Objetivo

La estrategia que supone la introducción de un programa de prevención basado en una eficaz detección de los pacientes con mayor riesgo de sufrir una caída y la implantación de medidas y actuaciones orientadas a reducir los factores de riesgo son el objetivo de esta instrucción

Alcance:

Para que el programa de prevención de caídas del hospital sea integral, es necesario minimizar el riesgo de caídas en aquellas áreas donde se prestan servicios de diagnóstico y tratamiento. Por ello la presente instrucción hace referencia a pacientes encamados, en silla de ruedas o con deambulación alterada y con riesgo latente de sufrir una caída.

Bibliografía consultada:

- Mora Lozano M.C., Ramírez B.I. Optimización de las medidas de prevención de caídas durante la hospitalización del paciente. Actual. Enferm. 2006; 9(3):18-23
- Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Enfermería Global Nº 15 Febrero 2009
- Morales Santos A. Gestión del riesgo de un servicio de radiología. Todo Hospital junio 2007/237
- Ruiz Hidalgo D. La valoración geriátrica en los hospitales: de la quimera a la necesidad. Rev Mult Gerontol 2005;15(1):36-39



INSTRUCCIONES DE SEGURIDAD UNIDAD FUNCIONAL DE RIESGOS



Hospital Clínico San Carlos

Comunidad de Madrid

PREVENCIÓN DE CAÍDAS DURANTE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS

El “Plan de prevención de caídas” del HCSC (para ser integral) debe contemplar, la minimización del riesgo de caídas de los pacientes, en aquel entorno hospitalario o áreas concretas para la prestación de determinadas formas de la asistencia, donde podría existir, un riesgo latente de sufrir caídas.

Para prevenirlas se establecen las siguientes INSTRUCCIONES:

PACIENTES ENCAMADOS

- 1º. Las **barandillas** de la cama o camilla estarán en posición elevada todo el tiempo que el paciente permanezca en el área donde se lleva a cabo el procedimiento.
- 2º. El **personal** del área prestará la ayuda y seguridad necesarias, para las movilizaciones y posicionamientos que se precisen.
- 3º. Se asegurará convenientemente al paciente con las **medidas de sujeción** establecidas, si fueran necesarias, en todos los cambios de la cama/camilla a la mesa de procedimientos y viceversa.
- 4º. Si existe presencia de inquietud o agitación psicomotriz que suponga un riesgo de caída, se limitarán los movimientos durante la realización de la prueba con la ayuda de material adecuado y permanecerá especialmente **vigilado** por el personal del área (Técnico, Enfermera/o, Auxiliar y Celador)

PACIENTES EN SILLA DE RUEDAS O CON DEAMBULACION ALTERADA

- 1º. Los profesionales del área, realizarán observación y valoración de la marcha y estabilidad en el primer contacto con el paciente.
- 2º. Se le instruirá sobre posiciones adecuadas para realizar la prueba.
- 3º. El personal del área prestará la ayuda y seguridad necesarias para las movilizaciones y posicionamientos que se precisen.
- 4º. Se asegurará convenientemente al paciente, con las medidas de sujeción establecidas (si fuera necesario), antes, durante y después de realizar la prueba.
- 5º. Cuando el paciente haya permanecido un tiempo en decúbito para la realización del procedimiento, hay que mantenerlo incorporado en la mesa de exploraciones y vigilado durante unos minutos antes de iniciar la marcha.
- 6º Si el paciente está agitado permanecerá vigilado por personal del área.

SIEMPRE QUE SE PRODUZCA UNA CAIDA DEBERÁ CUMPLIMENTARSE EL REGISTRO DE MONITORIZACION DE CAIDAS

Capítulo 7

Listado de verificación en quirófano

Grupo de trabajo y autores

Al. Alguacil Pau, A Alcaraz Bethencourt, MJ Marín González, JC Martín Benítez, C Martín Traperó, J Mayol Martínez, P Moral Gutiérrez, MP Torres Villaverde, A Santiago Sáez.

Justificación

La OMS lanza en 2007 el reto mundial “la cirugía segura salva vidas” y propone 10 objetivos para mejorar la seguridad en la cirugía. Para asegurar la implantación de estas 10 medidas, la OMS propone en enero de 2009 la utilización de un listado de verificación en quirófano, que los países adaptarán a su entorno y regularán el sistema para garantizar su implantación.

La Consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid lanza en 2009 una adaptación de la 1ª versión del listado publicada por la OMS.

En junio de 2009 el Hospital constituye un grupo de trabajo compuesto de profesionales médicos y de enfermería de varias especialidades quirúrgicas y de la Dirección, coordinado por la Unidad Funcional de Riesgos, para la adaptación a nuestro entorno del listado propuesto por la Consejería. El listado que consensuamos es coordinado por la enfermera circulante, cada miembro del equipo tiene definidas sus responsabilidades en la verificación, se identifica con firma y nº de empleado cada integrante del equipo y se guarda copia del mismo en la historia clínica.

De esta forma se refuerzan las prácticas de seguridad ya aceptadas y se fomenta la comunicación entre el equipo responsable de la cirugía.

Objetivo

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los eventos adversos antes y durante la cirugía, La Unidad Funcional de Riesgos ha identificado unos controles de seguridad a llevar cabo en el quirófano. El listado tiene como objeto reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y reforzar la comunicación entre el equipo dentro del quirófano.

Alcance

La instrucción de seguridad expone las condiciones necesarias para la utilización del listado en todos los quirófanos, para todos los procedimientos quirúrgicos, tanto urgentes como programados y con ingreso o ambulatorios. No es de aplicación esta instrucción en la cirugía emergente.

Bibliografía consultada

- Surgical safety checklist (first edition). World Health Organization, 2008
- Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1ª edición). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, WHO/IER/PSP/2008.07
- Alex B. Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009;360:491-9.
- World Health Organization Safe Surgery Saves Lives. Starter Kit for Surgical Checklist Implementation Version 1.0, disponible en: www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/technical/en/index.html
- Listado de Verificación para mejorar la Seguridad en Quirófano. Adaptación Servicio Madrileño Salud. 2009
- Listado de Verificación para mejorar la Seguridad en Quirófano. Guía de implementación Servicio Madrileño Salud. 2009



INSTRUCCIONES DE SEGURIDAD UNIDAD FUNCIONAL DE RIESGOS



Hospital Clínico San Carlos

Comunidad de Madrid

LISTADO DE VERIFICACIÓN EN QUIRÓFANO

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa *La cirugía segura salva vidas* como parte de los esfuerzos de la OMS por reducir el número de muertes quirúrgicas. Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir estos sucesos, la Unidad Funcional de Riesgos del HCSC, tomando como referente la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, 1ª edición¹ y con el asesoramiento de cirujanos, anestesiólogos y enfermeros de nuestro hospital, ha identificado unos controles de seguridad a llevar a cabo en quirófano.

Este listado tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación entre el equipo dentro del quirófano. Adoptando de forma sistemática unas medidas de seguridad esenciales, se pueden minimizar los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

Para utilizar este LISTADO se establecen las siguientes **INSTRUCCIONES**:

1. Antes de empezar la intervención, la enfermera circulante cumplimentará las 13 primeras preguntas, verificando en voz alta con los profesionales implicados.
2. En caso de respuesta negativa a alguna pregunta por alguno de los responsables, el acto quirúrgico no podrá iniciarse hasta verificar la respuesta afirmativa.
3. Antes de que el paciente abandone el quirófano, la enfermera circulante cumplimentará las 4 últimas preguntas, verificando en voz alta con los profesionales implicados.
4. En caso de respuesta negativa a alguna pregunta por alguno de los responsables, el paciente no podrá abandonar el quirófano hasta verificar la respuesta afirmativa.
5. Si las respuestas requieren la confirmación por parte de más de un profesional, la puesta en común se realizará entre el equipo de quirófano (cirujano, anestesiólogo y enfermera de quirófano).
6. Cada profesional es responsable de asegurar la respuesta que le afecte y así lo asumirá firmando e identificándose con su nº de empleado al pie del listado.
7. Los listados cumplimentados y correctamente identificados (Quirófano, Servicio, Procedimiento, Paciente, Facultativos responsables y Enfermera) son parte de la documentación clínica del paciente, por tanto se incluirán en la historia clínica.

¹ www.who.int/patientsafety/challenge/safesurgery/en

Capítulo 8

Notificación de eventos adversos

Grupo de trabajo y autores

Al. Alguacil Pau, L Arias Fernández, D Barberán Rodríguez, B Gomez Mayoral, L Laredo Velasco, MJ Marín González, JC Martín Benítez, C Martín Trapero, J Mayol Martínez, P Moral Gutiérrez, R de la Morena, P Torres Villaverde, A Santiago Sáez, C Valverde Sánchez.

Justificación

Los sistemas de comunicación recogen información sobre sucesos adversos, errores o incidentes, con el objetivo de analizar sus causas e implantar cambios en el sistema para evitar su repetición. Para reducir la frecuencia de los problemas de seguridad es necesario entender sus causas y diseñar métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño a los pacientes. Una forma de conseguir esto es tener un sistema de registro y notificación de problemas de seguridad (o potenciales problemas) que recopile ejemplos de la realidad clínica sobre los errores y los riesgos que permitan estrategias para su reducción o eliminación.

Desde que en el año 2008 la Dirección aprobó y publicó la Política de seguridad del paciente del Hospital Clínico San Carlos, la Unidad Funcional de Riesgos ha continuado difundiendo la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del Hospital.

La notificación de eventos es la única manera de poder tener información fehaciente del estado real de situación del que partimos. No se pueden poner en marcha acciones de mejora si se desconoce donde falla el sistema.

Objetivo

Recopilar información y aprender de los fallos del sistema que se puedan detectar, con el objetivo de adoptar medidas de mejora para evitar que el suceso adverso vuelva a ocurrir.

Alcance

El objeto del registro es únicamente los eventos adversos (accidentes e incidentes en el curso de la asistencia sanitaria que ocasionan daño en el paciente o que hubieran podido causarlo), los incidentes (sucesos imprevistos, inesperados que no producen daño al paciente, ni pérdidas materiales) y accidentes (sucesos imprevistos e inesperados que producen daño al paciente o pérdidas materiales). El Hospital garantiza el anonimato con el sistema de notificación implantado a través de la intranet del centro.

Bibliografía consultada

- Rome Casabona CM, Urruela Mora A, Libano Beristain A. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. La notificación de eventos adversos en el sector sanitario: perspectiva de derecho comparado: segundo informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- J.M. Aranaz, J. Vitaller. Identificación de efectos adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):115
- Bartolomé A, et al. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4):228-34
- Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Joaquim Bañeres, Elisa Caveró, Lidia López, Carola Orrego, Rosa Suñol. Edita Ministerio de Sanidad y consumo, 2005.
- Bañeres J, et al. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4):216-22
- E. Vargas Castrillón. La notificación de los efectos adversos de los medicamentos. An. Med. Interna (Madrid) v.19 n.6 Madrid jun.2002

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

El HCSC ha establecido un registro para la notificación de eventos adversos ocurridos con nuestros pacientes, que nos permite recopilar información y aprender de los fallos del sistema que se puedan detectar, con el objetivo de adoptar medidas de mejora para evitar que el suceso adverso vuelva a ocurrir.

Para la notificación de eventos adversos en el HCSC hay que seguir las siguientes **INSTRUCCIONES:**

1. Cualquier profesional del hospital puede notificar un evento adverso en el registro de notificación accediendo a través de la intranet y pinchando en el icono 
Observatorio Regional
de Riesgos Sanitarios
2. Siempre estará garantizado el anonimato de los profesionales que hacen la notificación
3. Una vez que se ha accedido al sistema de **Notificaciones Anónimas de un Evento Adverso**, los campos señalados con asterisco son obligatorios. Para el análisis posterior y puesta en marcha de acciones de mejora, es conveniente completar todos los campos y describir con la mayor claridad y precisión posible los hechos acontecidos en el espacio "Descripción del incidente"
3. Es objeto de este registro únicamente los **EVENTOS ADVERSOS** (*conjunto de accidentes e incidentes en el curso de la asistencia sanitaria que ocasionan daño en el paciente o que hubieran podido causarlo*), **INCIDENTES** (*sucesos imprevistos e inesperados que no producen daño al paciente, ni pérdidas materiales*) y **ACCIDENTES** (*sucesos imprevistos e inesperados que producen daño al paciente o pérdidas materiales*)
4. En la descripción del evento adverso no se deben dar datos personales del paciente y/o de los profesionales implicados en el suceso
5. Una vez notificado el evento adverso, la Unidad Funcional de Riesgos del Hospital investiga los hechos que se han descrito, identifica las causas del suceso y comunica a la Dirección Gerencia la propuesta de acciones de mejora que pueden evitar que el suceso vuelva a ocurrir. Una vez concluido el estudio del caso y puesto en conocimiento de la Dirección del Hospital, se borra el registro de la base de datos

TU COLABORACIÓN ES CLAVE PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
NOTIFICA CUALQUIER EVENTO ADVERSO DEL QUE TENGAS CONOCIMIENTO

Capítulo 9

Identificación inequívoca de solicitud y muestras biológicas

Grupo de trabajo y autores

Al. Alguacil Pau, J Cabello Carro, E Casanova Colominas, MÁ Cuadrado Cenxual, C Elvira Rodríguez, R García de la Morena, R García Martínez, M Gil Lázaro, L Laredo Velasco, C Mañas y Rueda, MJ Marín González, A Merino Marina, A Santiago Sáez, C Verdejo Bravo

Justificación

Existe una necesidad de identificar de forma inequívoca las solicitudes y las muestras de cualquier material biológico enviado al laboratorio.

Los errores de identificación de muestras o sus volantes suponen un grave problema con repercusión directa e inmediata sobre la asistencia sanitaria y conlleva un potencial riesgo para la salud del paciente.

Los agentes implicados en los circuitos hospitalarios de emisión, recogida y procesamiento de muestras biológicas deben establecer medidas capaces de corregir los errores detectados.

Objetivo

Establecer las barreras necesarias en todo el proceso de extracción, transporte, procesamiento y validación de muestras biológicas, con el fin de establecer una identificación inequívoca de muestra biológica y solicitud.

Alcance

Se entiende por muestra biológica cualquier material humano incluyendo secreciones, sangre y sus componentes, líquidos corporales, tejidos y fluidos titulares.

Bibliografía consultada

- C. Olivares, S. Villanueva, M.J. Llorente, L. Barbolla, A. Herranz, I. Serralvo, A. Erroz. Impacto de diversas actuaciones en la correcta identificación del paciente en el sistema de gestión del laboratorio. Rev Diagn Biol v.51 n.4 Madrid oct.-dic. 2002
- Santiago Prieto Carmen Sempere M. Luisa Salve J Manuel Moreno. Metodología para la estimación del error preanalítico y su significación, en determinaciones realizadas a partir de especímenes obtenidos en puntos periféricos de obtención y recogida de especímenes (PPORE) Rev Diagn Biol v.52 n.1 Madrid ene.-mar. 2003
- Lillo R, et al. Variabilidad en los errores preanalíticos del laboratorio entre centros periféricos de extracción: un reto para la seguridad del paciente. Enferm Clin.2009. . doi:10.1016/j.enfcli.2009.07.009

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE SOLICITUD Y MUESTRAS BIOLÓGICAS

Los errores de identificación del paciente y/o sus muestras biológicas suponen un problema grave con repercusión directa e inmediata, conllevando un potencial riesgo para el paciente. Se entiende por muestra biológica cualquier material humano, incluyendo secreciones, sangre y sus componentes, líquidos corporales, tejidos y fluidos tisulares.

Para prevenir estas situaciones se establecen las siguientes **INSTRUCCIONES**:

CUMPLIMENTACION DE SOLICITUDES

- Las peticiones obligatoriamente se harán en el **Modelo de Solicitud** adecuado **cumplimentando los requisitos necesarios**
- El **médico peticionario** necesariamente tiene que identificar adecuadamente todos y cada uno de los volantes de petición con las etiquetas de paciente y el resto de los datos con letra legible (preferiblemente en mayúsculas). En situaciones excepcionales (emergencia vital, quirófano) y consultas propias de enfermería serán las enfermeras/os los responsables de esta identificación adecuada. En MICROBIOLOGÍA Y CITOLOGÍAS se cumplimentará un volante por muestra. En los casos excepcionales de ausencia de etiqueta, se debe escribir de forma legible, como mínimo:

- Nombre y Apellidos	- Fecha Nacimiento (dd/mm/año)	- Género
- Nº Historia Clínica o CIP Autonómico (CIP-A) o Tarjeta sanitaria		

- Servicio/Unidad Asistencial** peticionaria y/o código (por ejemplo Sala A, AM03, CG23)
- Destino** del resultado (el lugar donde se remitirán los resultados)
- Identificación** de médico peticionario con nº de empleado, nombre, apellidos y firma
- Teléfono** de contacto del solicitante
- Fecha** de solicitud y de toma de muestras
- Orientación diagnóstica**

CITACION

- En **Admisión** se comprobará la concordancia de los datos de la tarjeta sanitaria y los datos de las solicitudes
- No se citarán pacientes con volantes sin la identificación mínima** descrita anteriormente

OBTENCION Y RECEPCION DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

- La **enfermera/o** responsable de la toma de muestras y el profesional que las recepciona comprobarán que concuerda la identidad del paciente con la solicitud. Una vez tomada la muestra debe identificar el volante de petición y la muestra biológica de forma inequívoca (ej. código de barras, código interno, etiqueta del paciente, nº de historia, nombre y apellidos). Además es necesario reflejar fecha y hora de la obtención de muestras
- No se enviara al Laboratorio ninguna muestra biológica y solicitud si no están correctamente identificados**

RECEPCION, REGISTRO Y PROCESAMIENTO DE SOLICITUDES Y MUESTRAS

- Los profesionales del Laboratorio comprobarán la adecuada identificación del paciente, la muestra y la solicitud; el código de barras del volante se corresponderá con el de los contenedores que acompañan al mismo.
- En caso de **discordancia o cumplimentación inadecuada** se comunicará a la **unidad peticionaria**, que será la responsable de solucionar el problema
- En el registro de petición, los profesionales del Laboratorio comprobarán que los datos de filiación del paciente reflejados en el volante se corresponden con los datos de filiación almacenados en el sistema informático del Laboratorio.
- En caso de **discordancia** se comunicará a la **unidad peticionaria** que será la responsable de solucionar el problema

EMISION DEL INFORME DE RESULTADOS

- Para la validación de resultados el facultativo comprobará, si procede, los datos clínicos del paciente
- En caso de **discordancia** el laboratorio emitirá una alerta a la **unidad peticionaria**
- En caso de retraso en la recepción del resultado, la Unidad peticionaria contactará directamente con el Laboratorio, en ningún caso a través del paciente

Capítulo 10

Prevención de bacteriemia asociada a catéter venoso central en pacientes hospitalizados

Grupo de trabajo y autores

Al. Alguacil Pau, R Anula Fernandez, D Barberán, E Iglesias Rodríguez, F García García, JL Gonzalez López, P Moral Gutiérrez, M Nieto Cabrera, A Santiago Sáez, C Valverde Sanchez

Justificación

Diversas iniciativas han demostrado su eficacia en la reducción de las tasas de bacteriemia relacionada con el uso de CVC. Uno de ellas, el estudio liderado por Peter Pronovost realizado en 103 UCI, demostró la reducción de la bacteriemia relacionada con CVC prácticamente a cero.

La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS), en colaboración con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, puso en marcha en 2009 el proyecto “Bacteriemia zero” de Prevención de Bacteriemias relacionadas con CVC (BRC) en las UCI españolas. Este proyecto financiado por la Agencia de Calidad, ha estado liderado por la Sociedad de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y se ha desarrollado en colaboración con las comunidades autónomas. La UCI del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) ha participado en dicho estudio. El proyecto se ha basado en la experiencia llevada a cabo por el Dr. Pronovost y el objetivo ha sido reducir la media de la tasa de BRC a menos de 4 episodios de bacteriemia por 1000 días de CVC, que

representa una reducción del 40% respecto a la tasa media de los últimos 5 años en las UCI españolas.

Basado en el proyecto “Bacteriemia Zero”, el HCSC ha puesto en marcha un proyecto para garantizar una serie de medidas de higiene y asepsia en los pacientes hospitalizados a los que se somete a la inserción de una vía central. Para ello se pone a disposición del personal sanitario las herramientas básicas que aseguren la disminución de complicaciones durante el procedimiento o su cuidado posterior.

Objetivo

Prevenir el riesgo de BRC, implantando las medidas de prevención de infección asociada a CVC del proyecto “bacteriemia zero” en todos los pacientes a los que se canalice una vía central en unidades de hospitalización.

Alcance

Las medidas que contempla esta instrucción se deben aplicar a todos los catéteres centrales venosos y arteriales que se canalicen en pacientes fuera del bloque quirúrgico.

Bibliografía consultada:

- Young M, Manaker S, Wilson KC. Indications for and complications of central venous catheters. UpToDate, 14 jul 2009.
- McGee, DC, Gould, MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med 2003; 348:1123.
- Eisen LA; Narasimhan M; Berger JS; Mayo PH; Rosen MJ; Schneider RF. Mechanical complications of central venous catheters. J Intensive Care Med. 2006 Jan-Feb;21(1):40-6.
- Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una

intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.

- Pronovost P et al. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N Engl J Med 355;26 disponible en www.nejm.org
- Protocolo prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (BRC) en las UCI españolas. SEMICYUC y Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política y Social, 2009.
- Hind D; Calvert N; McWilliams R; Davidson A; Paisley S; Beverley C; Thomas S. Ultrasonic locating devices for central venous cannulation: meta-analysis. BMJ 2003 Aug 16;327(7411):361.
- Teodoro D, Bausano B, Lewis L, Evanoff B, Kofell M. A descriptive comparison of ultrasound-guided central venous cannulation of the internal jugular vein to landmark-based subclavian vein cannulation. Acad Emerg Med 2010 Apr; 17(4):416-22
- Ayoub C, Lavallée C, Denault A. Ultrasound guidance for internal jugular vein cannulation: continuing professional development. Can J Anaesth. 2010 May;57(5):500-14.
- Keenan SP. Use of ultrasound to place central lines. J Crit Care. 2002 Jun; 17(2):126-37
- Rothschild JM. Ultrasound guidance of central vein catheterization. Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices. Agency for Healthcare Research and Quality.: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap21.htm>
- Errando CL. Ultrasonidos (ecografía) aplicados a las punciones y accesos vasculares. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2008;55:593-594
- National Institute of Clinical Excellence. A survey measuring the impact of NICE Guidance 49: The use of ultrasound

locating devices for placing central venous catheters. 2004; disponible en www.nice.org.uk.

- Grebenik C, Boyce A, Sinclair M, Evans R, Mason D and Martin B. NICE guidelines for central venous catheterization in children. Is the evidence base sufficient?. British Journal of Anaesthesia 92 (6): 827±30 (2004)
- Nicholson J. Development of an ultrasound-guided PICC insertion service. BR J Nurs. 2010 May 27-Jun 9;19(10):9-17
- McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003;348(12):1123-33.
- Ohara T, Itoh Y, Itoh K. Ultrasound instruments as possible vectors of staphylococcal infection. J Hosp Infect. 1998;40(1):73-7.
- Cavanna L, Anselmi E, Di Nunzio C. Ultrasound guidance of central venous catheterization: toward a zero risk of iatrogenic pneumothorax. Thorac Cardiovasc Surg. 2010 Jun;58(4):255

INSTRUCCIONES DE SEGURIDAD

UNIDAD FUNCIONAL DE RIESGOS



Hospital Clínico San Carlos

Comunidad de Madrid

PREVENCIÓN DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

La bacteriemia relacionada con el catéter (BRC) aumenta la morbilidad, mortalidad y costes de la atención. La implantación de medidas, basadas en la mejor evidencia científica, en la inserción y mantenimiento de catéteres centrales (CC) venosos y arteriales, reducen la BRC a una mediana de cero¹.

Las siguientes **INSTRUCCIONES** se basan en el proyecto de "bacteriemia zero" llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad y en el que ha participado la UCI de nuestro hospital y **se deben aplicar a todos los CC venosos y arteriales que se canalicen en pacientes fuera del bloque quirúrgico**:

1. La decisión de colocar un CC en un paciente hospitalizado la tiene el médico responsable del paciente. La inserción del CC la hará un médico con formación suficiente en la técnica, preferiblemente guiado con ecografía.
2. Los CC de inserción periférica (PICC/Drum) los colocan enfermeras entrenadas y con experiencia en la técnica, en coordinación con Radiología Vascular, de quien reciben soporte técnico y médico.
3. Siempre se informará al paciente de los riesgos del procedimiento.
4. Para la inserción del CC deben estar presentes como mínimo dos profesionales, siendo uno de ellos el médico que va a colocar el CC. En el caso de PICC/Drum uno de ellos será el profesional de enfermería que vaya a colocarlo.
5. El profesional que inserte el CC debe llevar mascarilla y gorro. Antes de la inserción debe realizar un adecuado lavado quirúrgico de manos. Tras el lavado deberá ponerse bata y guantes estériles. El profesional ayudante llevará gorro, mascarilla y guantes.
6. El personal que está ayudando en la inserción supervisará todo el proceso y cumplimentará el listado de verificación de CC. Si observa cualquier desviación en los pasos fundamentales, lo debe notificar inmediatamente al profesional que lo está realizando y puede detener el procedimiento hasta que se haya corregido. Una copia del listado de verificación cumplimentado se incluirá en la historia clínica.
7. La piel del lugar de inserción se lavará con jabón antiséptico y una vez seco se aplicará clorhexidina alcohólica al 1%, dejando secar al menos 30 segundos.
8. Para la colocación del CC se cubrirá el cuerpo y cabeza del paciente con sábana y paño fenestrado estéril.
9. Se canalizará preferentemente la v. subclavia. En caso de canalizar una vía femoral, se cambiará lo antes posible a la v. subclavia. Se evitará la v. femoral en CC de previsible larga duración.
10. Durante la inserción del CC el paciente debe estar monitorizado.
11. Preferentemente se utilizarán CC con el mínimo nº de luces necesarias.
12. Una vez insertado el CC el profesional que lo ha colocado verificará la permeabilidad de todas las luces y lo cubrirá con apósito transparente estéril.
13. El cuidado diario del CC se realizará según el procedimiento de enfermería de canalización y mantenimiento de CC.
14. Diariamente el médico responsable del paciente replanteará retirar los CC no necesarios.

¹Pronovost P et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.* 2006 ;355(26):2725-32



Edita Hospital Clínico San Carlos, Mayo 2011

