

### Edita:

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

### Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Pablo de la Cruz, Magina Blázquez, Pilar Ferrer, Beatriz Garrido, Juan A Gómez Company, Julio López-Picazo, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler, Nuria Tomás.

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

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

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

Volumen 3, Número 4.

OCTUBRE  
2015



### En este número:

- *Mejorando la seguridad en la administración de nutrición parenteral a pacientes adultos*  
Toñi García Verdú, Fuensanta Hellín, Paqui García.
- *Equipos de Atención Primaria: bienvenidos a SiNASP*  
Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste.
- *Vitamina D<sub>3</sub>: error de dosis administrada para la prevención del raquitismo en lactantes.*  
Pablo de la Cruz, Beatriz Garrido.
- *Seguridad del niño en el proceso de urgencias: trazabilidad.*  
Juan García, Dolores Beteta, Alfonso C Llamas, Francisca Ortega, Eva M<sup>a</sup> Sánchez, Marta Fuentes.
- *Errores relacionados con el horario de administración de enoxaparina (Clexane®).*  
Pablo de la Cruz.
- *Procedimiento de actuación ante una parada cardiorrespiratoria en el hospital materno-infantil*  
Grupo promotor del ACR 1303, Grupo H. Maternal, G. H. Infantil.

## Mejorando la seguridad en la administración de nutrición parenteral a pacientes adultos

García Verdú A<sup>1</sup>, Hellín Gil F<sup>2</sup>, García Ortuño F<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Enfermera (responsable de material). UCI General.

<sup>2</sup>Area de Calidad de Enfermería..

<sup>3</sup>Coordinador de la Unidad de Calidad Asistencial.

<sup>4</sup>Supervisora de Farmacia.

La nutrición parenteral es la técnica de alimentación que permite aportar nutrientes directamente al torrente circulatorio en pacientes incapaces de alcanzar los requerimientos nutricionales por vía enteral, o en los cuales no se puede utilizar con seguridad el tracto gastrointestinal. Es el tipo de nutrición más cara y la que requiere mayor manipulación y monitorización, además de un lugar físico especial. Su puesta en marcha engloba a un equipo multidisciplinar (Servicio de Farmacia, personal médico y de enfermería) que debe ocuparse desde la prescripción, preparación y administración de la fórmula, hasta la inserción del catéter adecuado, su control y mantenimiento, así como una constante supervisión del paciente durante la administración.

La nutrición parenteral no está exenta de riesgos. Su administración en defecto o en exceso puede conducir a complicaciones mecánicas, infecciosas o metabólicas que hay que saber reconocer, prevenir y tratar. Por ello su prescripción, preparación y administración deben estar a cargo de personal capacitado y entrenado. Para evitar estas complicaciones, este personal debe seguir una estricta normativa de manejo de catéteres y observar las recomendaciones tanto de administración del Servicio de Farmacia (protección de la luz, uso de filtros y evitar la administración en "Y" de medicamentos), así como las de actuación del personal de enfermería que participa en la técnica.



En la Arrixaca habíamos detectado cierta variabilidad en cuanto a las medidas aplicadas durante la administración de nutrición parenteral en pacientes adultos ingresados, por lo que planteamos el objetivo de mejorarla mediante un ciclo de evaluación y mejora.

Inicialmente, completamos un Diagrama de Ishikawa para analizar y representar las causas potenciales de este problema de calidad (figura 1). Tras ello, y a fin de conocer la calidad con que usamos esta técnica, enunciarnos 5 criterios de proceso, así como sus correspondientes excepciones y aclaraciones:

- 1 Presencia de bolsa fotoprotectora durante toda la administración
- 2 Filtro adecuado al tipo de nutrición
- 3 Administración por la vía adecuada
- 4 Vía exclusiva durante la infusión
- 5 Velocidad indicada.



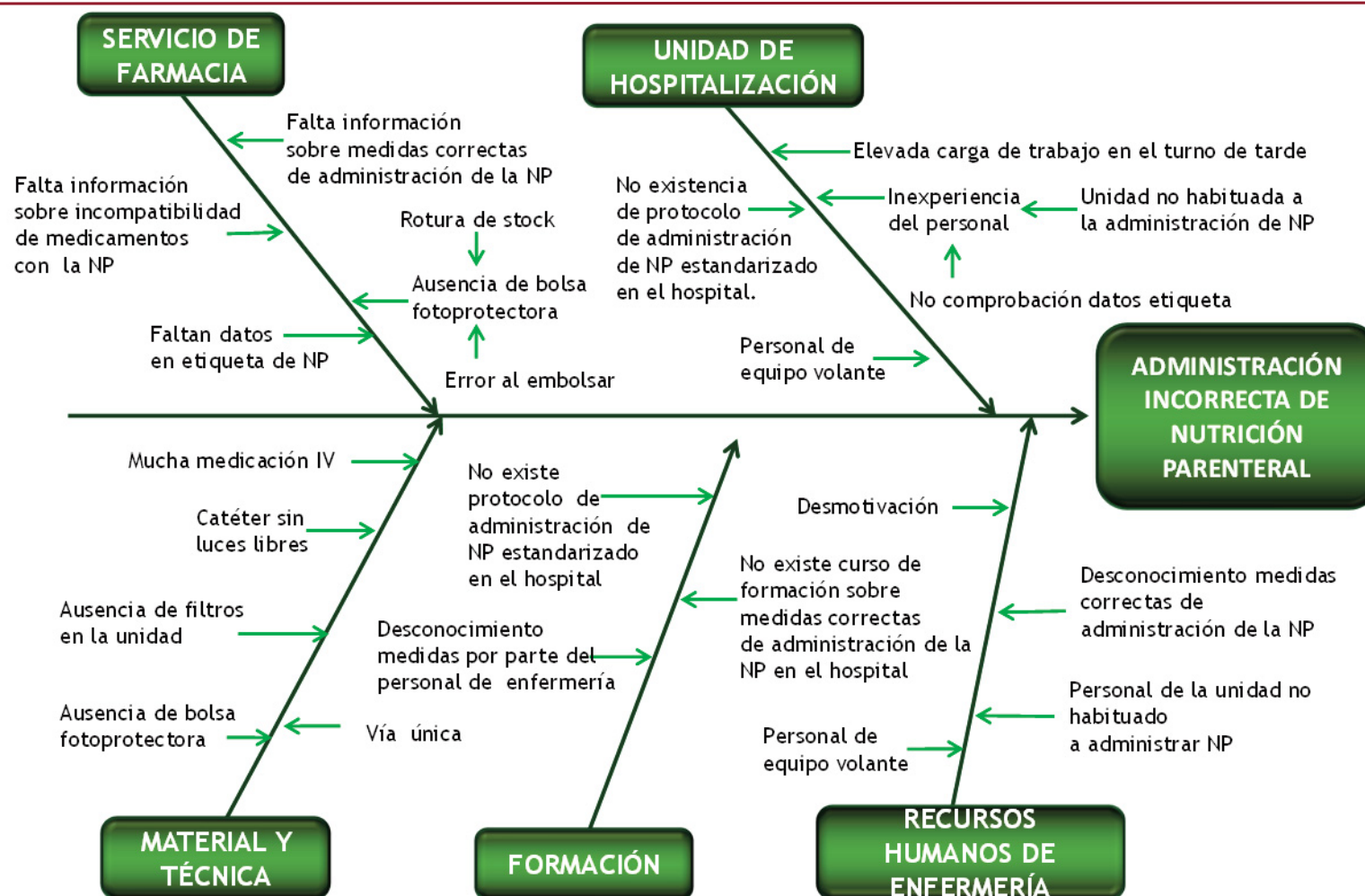


Figura 1. Análisis de causas para posibles defectos de calidad en la administración de nutrición parenteral (NP)

Se realizaron 2 evaluaciones a una muestra de 60 casos identificados a través del listado de nutriciones parenterales realizado diariamente por la Unidad de Nutrición Parenteral del Servicio de Farmacia de la Arrixaca. Para conocer el cumplimiento de los criterios se realizó observación directa del sistema de administración de la nutrición parenteral al paciente, y de la etiqueta de la bolsa de nutrición parenteral.

En la 1ª evaluación, la vía y velocidad de infusión fueron correctas en todos los casos, por lo que las medidas correctoras se dirigen hacia los 3 criterios restantes, cuyos cumplimientos fueron:

- Filtro adecuado, 57%.
- Administración exclusiva por única vía o luz del catéter, 88%.
- Bolsa fotoprotectora, 97%.

Las medidas correctoras se basaron en:

- Creación y difusión del **protocolo de administración de nutrición parenteral** y de su algoritmo correspondiente,
- **Garantizar las existencias de filtros adecuados** según el tipo de nutrición: disponer de los filtros de 0,2 micras para su dispensación con cada nutrición que no lleve lípidos, y comprobar la existencia de los filtros de 1,2 micras en el almacén de cada unidad
- **Mejorar la comunicación entre el Servicio de Farmacia y los supervisores de las unidades** mediante notas interiores y reuniones. En ellas se comunican los resultados de la 1ª evaluación y se distribuye el protocolo.
- **Realizar sesiones de enfermería**
- **Correcta dispensación de las nutriciones parenterales** con o sin bolsa fotoprotectora, según proceda.

CRITERIOS	Cumplimientos (%)		Mejora (%)		Significación estadística
	1ª Evaluación	2ª Evaluación	Absoluta	Relativa	
<b>1 BOLSA FOTOPROTECTORA</b>	96,6 ±4,5	100±0	3,4	100	Ns
<b>2 FILTRO</b>	56,6±12,5	100±0	43,4	100	<0,001
<b>3 VIA DE ADMINISTRACIÓN</b>	100±0	100±0	-	-	-
<b>4 VIA UNICA O LUZ DEL CATÉTER</b>	88±8,2	100±0	12,0	100	<0,05
<b>5 VELOCIDAD</b>	100±0	100±0	-	-	-

Figura 2. Resultados de la intervención. Porcentajes de cumplimiento, mejoras obtenidas y su significación estadística

En la 2ª evaluación, se ha conseguido un 100% de cumplimiento para todos los criterios, con mejoras estadísticamente significativas (figura 2).

Mediante la realización de este ciclo de evaluación y mejora, y la aplicación de sus correspondientes medidas correctoras, se ha conseguido mejorar el procedimiento de administración de nutrición parenteral, de manera que se garantiza la calidad de las actividades de enfermería necesarias para su correcta administración, y al mismo tiempo, la seguridad del paciente que la recibe, disminuyendo los riesgos y complicaciones asociadas.

#### Equipo de Mejora de la Nutrición Parenteral.

De izquierda a derecha:

- Toñi García Verdú
- Fuensanta Hellín Gil
- Paqui García Ortuño





# Equipos de Atención Primaria: Bienvenidos a SiNASP

Desde su inicio, el formulario de notificación de SiNASP tenía una clara concepción hospitalaria que ha dificultado su puesta en marcha en los centros de salud y otras estructuras extrahospitalarias. Por eso, el Ministerio de Sanidad decidió acometer un proyecto piloto para implantar el SiNASP en Centros de Atención Primaria, en el que participó uno de los nuestros, el EAP de Alcantarilla-Sangonera. El resultado alcanzado es la adaptación de la aplicación SiNASP a las características y necesidades de los Centros de Atención Primaria. El sistema está listo para su implantación progresiva en los centros de salud, y así se está haciendo durante este trimestre en nuestro Área.

La adaptación ha sido necesaria porque la seguridad del paciente tiene características propias en Atención Primaria:

- Es aquí donde se producen la mayor parte de los encuentros profesional-paciente del sistema sanitario.
- Provee un tipo de atención centrada en la persona, adaptada a sus creencias, necesidades, valores y preferencias.
- Maneja un amplio espectro de síntomas y signos, desde los autolimitados y menores hasta los que pueden amenazar la vida.
- Ha de enfrentarse a diario con pacientes que presentan comorbilidades y enfermedades crónicas
- Ofrece atención habitual a los estados iniciales de las enfermedades, con manifestaciones poco definidas y no etiquetadas con un diagnóstico, al que no siempre es posible llegar.

Según el estudio APEAS, llevado a cabo en 48 EAP de toda España en 2006, y en el que participaron compañeros del Área 1 Murcia-Oeste, la prevalencia de sucesos adversos fue del 19%, siendo poco más de la mitad de ellos de carácter leve aunque que el 7% fueron graves, la mayor parte relacionados con la medicación (figura 1).

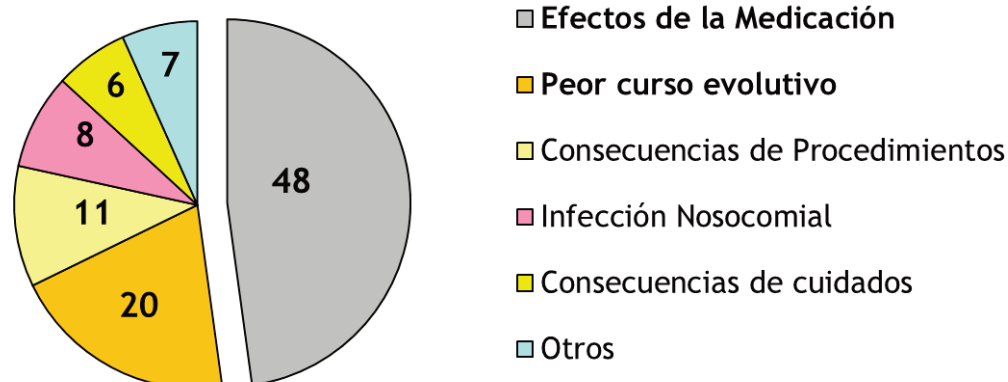


Figura 1. Tipos de eventos adversos descubiertos en el estudio APEAS

Según este informe, la Atención Primaria es razonablemente segura: frecuencia de efectos adversos baja y además predominan los de carácter leve. Pero no nos dejemos engañar pues la elevada frecuentación hace que, aun siendo relativamente baja la frecuencia de eventos adversos, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados. Si generalizáramos los resultados, podrían verse afectados de media 7 de cada 100 ciudadanos en un año. Por ello, la prevención de los efectos adversos en Atención Primaria debe ser una estrategia prioritaria, donde el 70% de los efectos adversos son evitables, y además más fácilmente evitables a medida que es mayor su gravedad.

Por eso te pedimos que colabores en hacer la asistencia sanitaria más segura para tus pacientes:

Entra en [www.sinasp.es](http://www.sinasp.es) y **notifica**.

Si has olvidado el código de acceso de tu centro, o tienes cualquier duda sobre qué o cómo notificar, contacta con el Núcleo de Seguridad: teléfono 968381064 (Unidad de Calidad), ó en [saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es). Te ayudaremos.

## Vitamina D<sub>3</sub>: error de dosis administrada para la prevención del raquitismo en lactantes.

De la Cruz P., Garrido B., Galindo M.  
Farmacéuticos. Uso seguro del medicamento.

Informamos de la reciente notificación a través de SiNASP de una confusión en la administración de la dosis adecuada de vitamina D<sub>3</sub> a un lactante como profilaxis del raquitismo.

El error se produjo porque en España el laboratorio KERN PHARMA ha comercializado 2 presentaciones de VITAMINA D<sub>3</sub> SOLUCION ORAL, con la misma concentración (2.000 UI/mL) pero diferente volumen total y diferente medida dosificadora (figura 1):

- CN: 654778. Vitamina D<sub>3</sub> Kern Pharma 2.000 UI/mL solución oral, frasco de 10 mL. El envase contiene un frasco con un gotero dosificador incorporado por lo que el número de gotas prescritas deben verse en una cucharilla.
- CN: 704217. Vitamina D<sub>3</sub> Kern Pharma 2.000 UI/mL solución oral, frasco de 30 mL. El envase contiene un frasco con tapón a prueba de niños, con una jeringa de uso oral de 1 mL, por lo que debe medirse con la jeringa dosificadora los mL prescritos.

En función del dispositivo de administración utilizado (gotero o jeringa dosificadora), se debe prestar especial atención a las cantidades a administrar indicadas en la tabla de equivalencias que aparece en la figura 2.

Volumen en gotas (para uso con gotero)	Equivalente en ml (para uso con jeringa)	UI de Vitamina D <sub>3</sub>
3 gotas	0,1 ml	200 UI
6 gotas	0,2 ml	400 UI
9 gotas	0,3 ml	600 UI
12 gotas	0,4 ml	800 UI
18 gotas	0,6 ml	1200 UI
36 gotas	1,2 ml	2400 UI

Figura 2. Tabla de equivalencia entre ambas presentaciones de Vitamina D<sub>3</sub> de Kern Pharma



Figura 1. Las dos presentaciones de Vitamina D<sub>3</sub> de Kern Pharma que pueden generar confusión

La práctica habitual es recomendar en lactantes un consumo aproximado de 400 UI de vitamina D al día durante los 6 primeros meses de vida, esto es: 6 gotas (del frasco de 10 mL) ó 0,2 mL (de la jeringa de 1 mL que contiene el frasco de 30 mL).

La similitud de envases puede generar confusión a todos los niveles: al prescribir y al pautar la dosis, pero también cuando enfermería recuerda a la madre la conveniencia de esta profilaxis, cuando se dispensa en la oficina de farmacia y finalmente cuando la madre prepara la dosis a administrar. En esta ocasión a la madre se le indicó dar 6 gotas diarias, pero usó el frasco de 30 mL y administró 0,6 mL/día (por el "6"), dosis triple a la recomendada.

# Seguridad del niño en el proceso de urgencias: trazabilidad.

García J<sup>1</sup>, Beteta D<sup>2</sup>, Llamas AC<sup>2</sup>, Ortega F<sup>2</sup>, Sánchez EM<sup>2</sup>, Fuentes M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Supervisor Urgencias Infantil

<sup>2</sup>Enfermero Urgencias Infantil

Uno de los factores más importantes que afectan directamente a la calidad asistencial es la seguridad del paciente en el entorno sanitario. Por eso, minimizar la ocurrencia de eventos adversos es uno de los principales retos para los profesionales de la salud.

La disminución de estos efectos adversos requiere un seguimiento continuo del paciente, de los tiempos de espera y, especialmente, de la vigilancia de cada una de las zonas en la que se les presta asistencia, se prescriben fármacos y cuidados y se administran. Todo ello desde su llegada al centro asistencial hasta que son dados de alta, proceso que es conocido como trazabilidad.

La trazabilidad cobra especial interés en las puertas de urgencias, que se ocupan de un gran número de pacientes por día y cuya estancia en el centro y el modelo de administración de medicamentos tiende a limitarse a períodos cortos de tiempo. Conocer la trazabilidad de los niños atendidos en la puerta de urgencias infantil es el equivalente a identificar y localizar a los pacientes en todo momento, conociendo su estado, medicación prescrita y administrada, así como informar a familiares en tiempo real de su situación clínica. Este trabajo pretende describir la trazabilidad de los niños en la puerta de urgencias en todo el proceso asistencial como elemento para mejorar su seguridad.

El proceso (figura 1) se inicia en admisión, donde se recogen los datos de filiación del niño y se le hace entrega la pulsera identificativa. Simultáneamente los datos son volcados en una sala virtual denominada "Triage 1" donde un/a enfermera evalúa al niño y le adjudica un nivel de urgencia (del I al V).

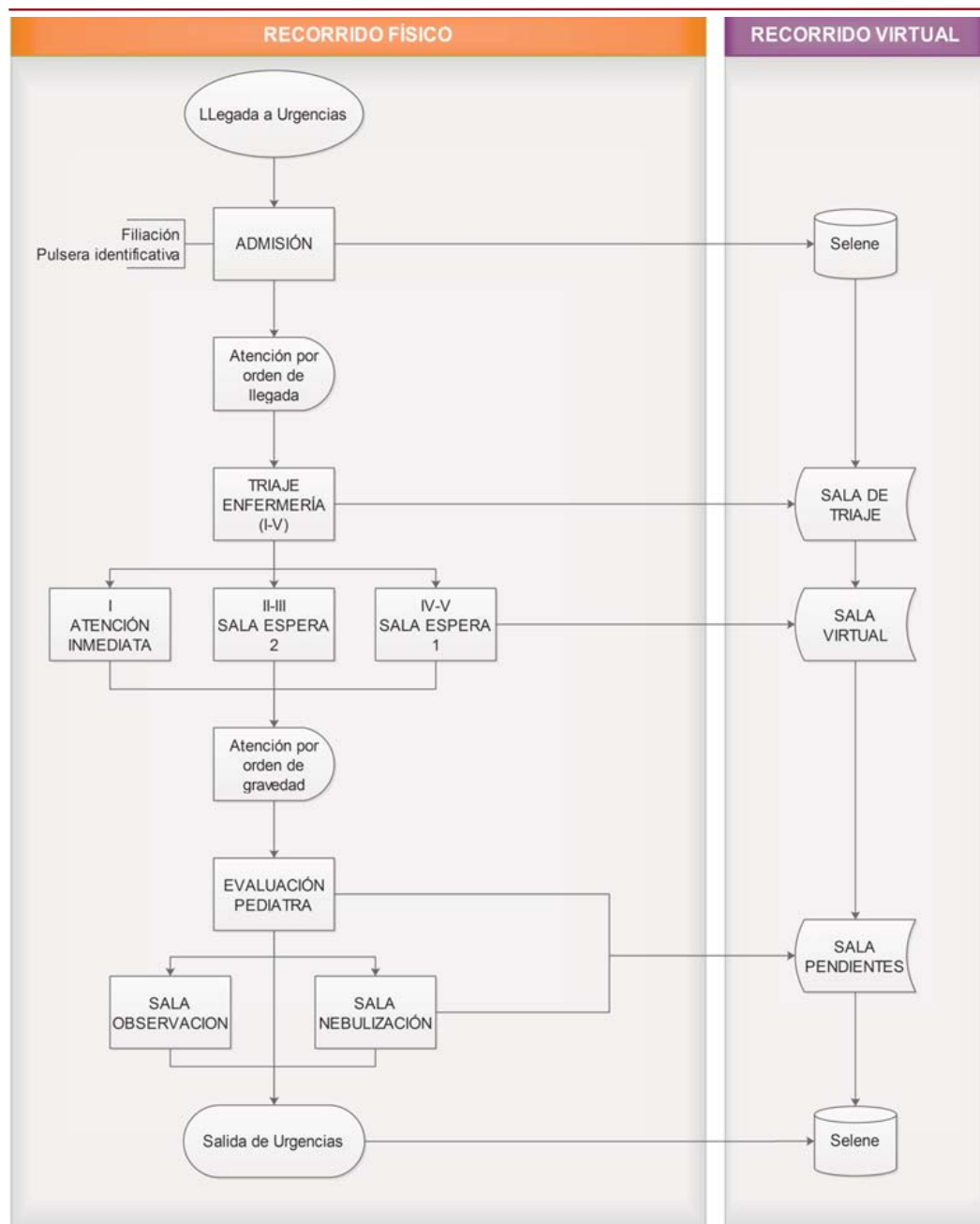
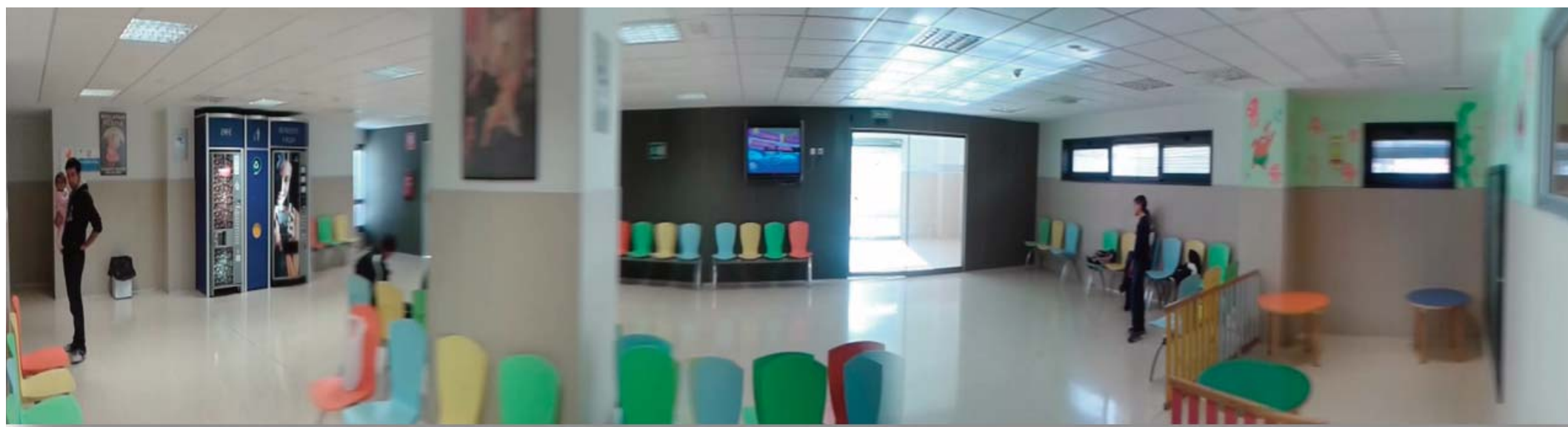


Figura 1. Trazabilidad del niño en Urgencias Infantil: los recorridos físico y virtual se complementan

La enfermera envía entonces al niño de forma virtual (en Selene) a las salas 2, 3, 4 y 5 en función del nivel de urgencia y físicamente a la sala de espera 1 (niveles IV y V), sala de espera 2 (niveles II y III) o bien a la sala de Atención Inmediata (nivel I).

En la sala virtual de triaje de Selene aparece el listado de niños que han dado los datos en admisión por hora de llegada. La hora de llegada solo es criterio de prioridad para la tria, a partir de este momento los niños serán llamados por nivel de urgencia.

La ubicación por salas virtuales viene reflejada en un monitor que se encuentra en el control de enfermería y sirve de guía a la hora de llamar a los pacientes al reconocimiento médico siguiendo el orden de triaje, no el de llegada al servicio. Los niños aparecen ordenados por salas, indicando hora a la que ha sido triado, nivel de gravedad y si se le ha realizado triaje avanzado.

Cuando el niño pasa al reconocimiento para ser visto por el pediatra, cambia de ubicación a la sala virtual llamada "sala de pendientes", siendo su ubicación física la sala de espera 1 ó 2. Este estado lo mantendrá hasta pasar a la sala de observación (SOU), ingresar, ser dado de alta o derivación a algún especialista para realizar interconsultas. La situación del niño se actualiza continuamente lo que permite al personal sanitario conocer a tiempo real la condición en la que se encuentra el paciente.

Existe un formulario denominado "estado", en el que se va registrando las pruebas, actividades o interconsultas que quedan pendientes a cada niño; dicho estado aparece cuando la ubicación virtual del niño es "sala de pendientes". Este formulario tiene un apartado libre de observaciones que sirve de vía de comunicación entre el médico y enfermería y el médico y los especialistas.







Establecer horarios normalizados de administración de medicamentos también facilita la estandarización de los procedimientos, influye en la calidad asistencial de nuestros pacientes y mantiene la acción terapéutica de los medicamentos.

Por este motivo se ha procedido a **modificar el horario, por defecto, de prescripción de la pauta de profilaxis con enoxaparina (Clexane®) dentro del programa de prescripción electrónica Silicon® y pasar la hora de administración desde las 9h a.m a las 12h a.m.** De esta forma se reduce el riesgo de administración errónea de enoxaparina previo a procedimientos que requieran su suspensión.

Además, para contribuir a la optimización de éste circuito se establecen las siguientes recomendaciones:



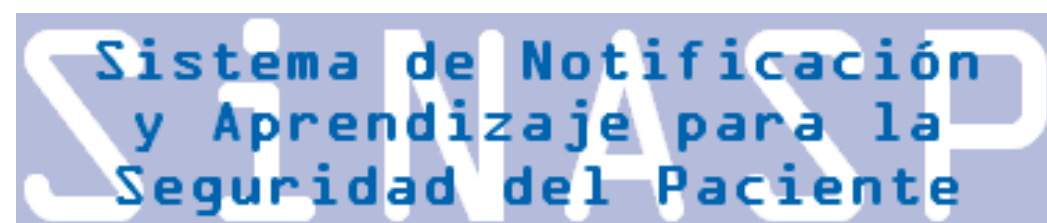
- 1 **Comunicar el listado actual de medicación activa** (con hoja de registro de administración de medicamentos de enfermería) de la unidad de procedencia del paciente, al siguiente profesional que le atienda.
- 2 **Comparar la nueva medicación prescrita en la unidad de traslado** con la hoja de registro de administración de medicamentos de enfermería.

3 **Aclarar y solucionar** con el resto de profesionales de la salud implicados **cualquier discrepancia** no justificada que se observe.

4 **Registrar los cambios** realizados.

Bibliografía:

- Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. Arch Intern Med. 2004; 164: 545-50.
- Perren A, Previsdomini M, Cerutti B, Soldini D, Dongui D, Marone C. Omitted and unjustified medications in the discharge summary. Qual Saf Health Care. 2009; 18: 205-8



## Procedimiento de actuación ante una parada cardiorrespiratoria en el hospital materno-infantil

Grupo promotor (Análisis Causa-Raíz):

García C<sup>1</sup>, Blázquez M<sup>2</sup>, Martínez C<sup>3</sup>, Acosta F<sup>3</sup>, López-Picazo JJ<sup>4</sup>, Tomás N<sup>5</sup>.

Grupo hospital maternal:

Villaescusa ME<sup>6</sup>, Nieto A<sup>7</sup>, Blanco JE<sup>8</sup>, Falcón L<sup>3</sup>, Jara R<sup>6</sup>, Díaz B<sup>7</sup>.

Grupo hospital infantil:

Reyes S<sup>9</sup>, Sánchez-Solís M<sup>6</sup>, Alcaraz T<sup>7</sup>, Ferrer P<sup>7</sup>, Alfayate S<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Supervisora de Oftalmología. Coordinadora del ACR

<sup>2</sup>Equipo Directivo

<sup>3</sup>Servicio de Anestesia

<sup>4</sup>Unidad de Calidad Asistencial

<sup>5</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología

<sup>6</sup>Servicio de Cuidados Intensivos

<sup>7</sup>Supervisora de Enfermería

<sup>8</sup>Servicio de Pediatría

*Un incidente de seguridad notificado a través de SiNASP ha llevado a reorganizar y mejorar la atención a personas con parada cardiorrespiratoria tanto en nuestro hospital maternal como en el infantil.*

Una mujer en su sexta gestación y con antecedentes de HTA en el embarazo es remitida desde la consulta de prenatal a urgencias del maternal. Se trata de un embarazo gemelar bicorial biamniótico. Presenta cefalea y edemas y su tensión arterial es de 190/115. En el ingreso urgente se diagnostica preeclampsia y trombocitopenia, descartándose la presencia de púrpura trombótica trombocitopénica por el servicio de hematología, y se indica su traslado a planta con bomba de trandate®. Dos días después se diagnostica la muerte de uno de los fetos, por lo que se decide practicar cesárea, que transcurre sin incidentes.

Tras pasar unas cuatro horas en reanimación, estando en situación hemodinámica estable y tensiones normales, se decide su traslado a planta.

Un par de horas después, el marido que la acompañaba acude al control avisando que su mujer se ahoga. La enfermera la encuentra con cianosis franca e intensa disnea, por lo que da inmediato aviso al personal de guardia. Entretanto, solicita a la auxiliar el material necesario para la asistencia (bala de oxígeno, cánula de Guedel, Ambú, etc.) e inicia la asistencia. En los siguientes minutos llegan los residentes de guardia, quienes a su vez piden ayuda al personal de plantilla (ginecología, anestesia). Cuando estos acuden, el anestesista asume las maniobras de reanimación, aunque los medios y el instrumental disponibles en planta no son suficientes y es necesario traerlos desde otras dependencias. Media hora después del inicio del cuadro y con la paciente en asistolia, se decide suspender las maniobras de reanimación.

El suceso fue comunicado al Núcleo de Seguridad a través de SiNASP, siendo catalogado como de máxima severidad (SAC1), por lo que solicita a Dirección iniciar un análisis de causa-raíz (ACR), quien lo autoriza.

El ACR es una herramienta de análisis retrospectivo de los incidentes de seguridad, encaminada a identificar qué, cómo y por qué ocurrieron, con el objetivo de diseñar e implementar las intervenciones oportunas para evitar su recurrencia. Se basa en datos comprobados, un enfoque en el sistema y la formulación e implementación de intervenciones factibles basadas en la comprensión del incidente analizado. Su objetivo final no es pues tanto la comprensión del incidente, que es tan sólo un medio, sino averiguar qué se puede hacer para que no vuelva a ocurrir, e implementar esa solución.

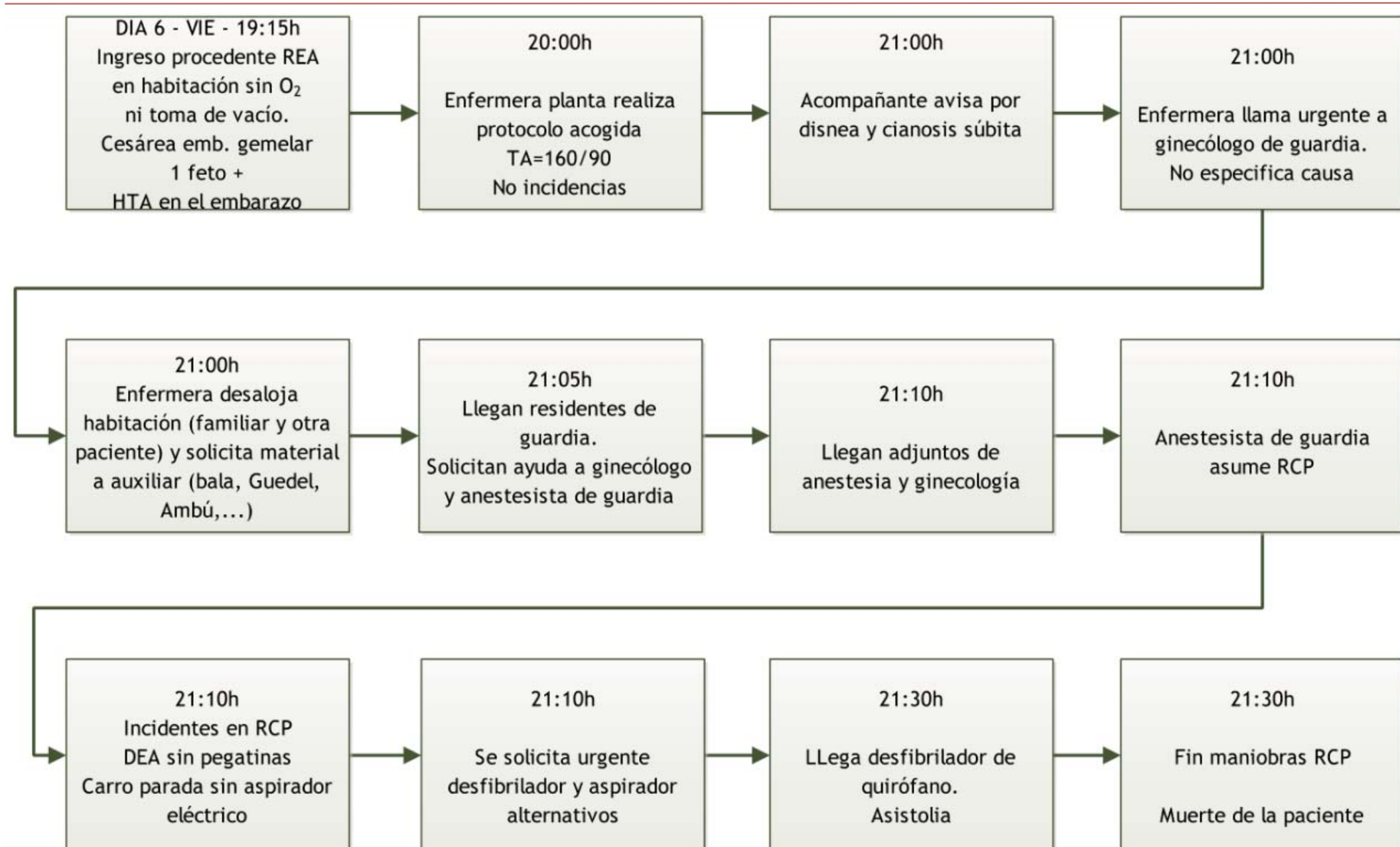


Figura 1. Diagrama de flujo de eventos y causas.

Flujograma de la secuencia de hechos, que se enriquece a medida que es posible ir contestando los interrogantes y plasmando las causas que los han hecho posibles

Existen gran cantidad de métodos y herramientas para realizar un ACR, como la tormenta de ideas, el diagrama de Ishikawa o el de afinidades entre otros. Lo fundamental es una llegar a comprender la secuencia temporal de los hechos en que se puede descomponer el incidente para después indagar y clasificar las causas que la explican de forma que se llegue a las causas-raíz, evitando quedarse en los síntomas o en los fallos humanos como factores explicativos.

El caso que nos ocupa sucedió en el antiguo edificio del hospital maternal. Por ello, en el análisis realizado destacaba entre sus causas raíz la carencia de elementos estructurales, como eran la falta de tomas de oxígeno y vacío en las habitaciones, que están ya solucionadas con el traslado al nuevo edificio.

Sin embargo, se detectaron también otras causas raíz de importancia, que se relacionaron con factores de organización y tarea, procedimientos, mantenimiento de equipos y aparatos, formación del personal, etc, etc. Para acometerlas, el grupo del ACR acordó elaborar y difundir un procedimiento de actuación ante una parada cardiorespiratoria en el nuevo Hospital Maternal, y así disminuir la probabilidad de que estos desenlaces vuelvan a repetirse. Además, se acordó reglar la formación y actualización continua en Reanimación Cardio-Pulmonar para el personal del hospital, para lo que se emplazó a la Unidad de Docencia y Formación del Área. Aquí nos ocuparemos de la primera de las actuaciones.

En primer lugar, se creó un grupo de trabajo para consensuar el procedimiento a seguir en el Hospital Maternal. Lo formaban inicialmente ginecólogos, anestesistas, enfermeras del área de maternal y miembros del Núcleo de Seguridad, aunque durante su trabajo se buscó la colaboración de compañeros pertenecientes a UCI, tanto del hospital general como del infantil. El resultado es el procedimiento que se detalla en la figura 2.

Cuando la parada sucede en el hospital maternal, la persona elegida para acudir en primer lugar es el anestesista, siempre que esté disponible (en caso contrario, acudirá el intensivista del hospital general). Mientras éste llega, la enfermera de planta inicia el soporte vital básico. Todos los implicados saben qué hacer y en qué orden. El objetivo es resolver el episodio en menos de 20 minutos. El procedimiento será difundido y puesto en marcha antes de fin de año, pendiente de implementar una serie de actividades formativas (a médicos y enfermería) durante el mes de noviembre.

Durante el desarrollo de este procedimiento, el grupo de trabajo contactó con el servicio de pediatría, quien se mostró interesado de adaptar el procedimiento descrito para hacerlo extensivo al hospital infantil. Para ello se formó un segundo grupo de trabajo independiente.

En el hospital infantil es sin embargo el personal de UCI pediátrica, unidad adscrita al servicio de pediatría, el primero en ser llamado para atender estas situaciones. El resto del esquema es similar al propuesto para el hospital maternal, manteniéndose también el objetivo de 20 minutos. El procedimiento está activo y funcionando desde el día 2 de noviembre (Figura 2).

El éxito en la mejora de los servicios sanitarios depende en gran medida de la cultura de las organizaciones y de los profesionales que en ellas trabajan. Ello implica la adquisición de conocimientos, habilidades y cambios de comportamiento que deben ser promovidos con políticas adecuadas que incorporen la excelencia como objetivo prioritario y que utilicen estrategias de consenso que permitan aunar esfuerzos entre todos los actores implicados. El largo proceso que ha llevado a la puesta en marcha de estos procedimientos es un buen ejemplo. Podemos decir que, a partir de ahora y gracias a ellos, nuestro hospital materno-infantil es un lugar aún más seguro para los pacientes que lo utilizan.



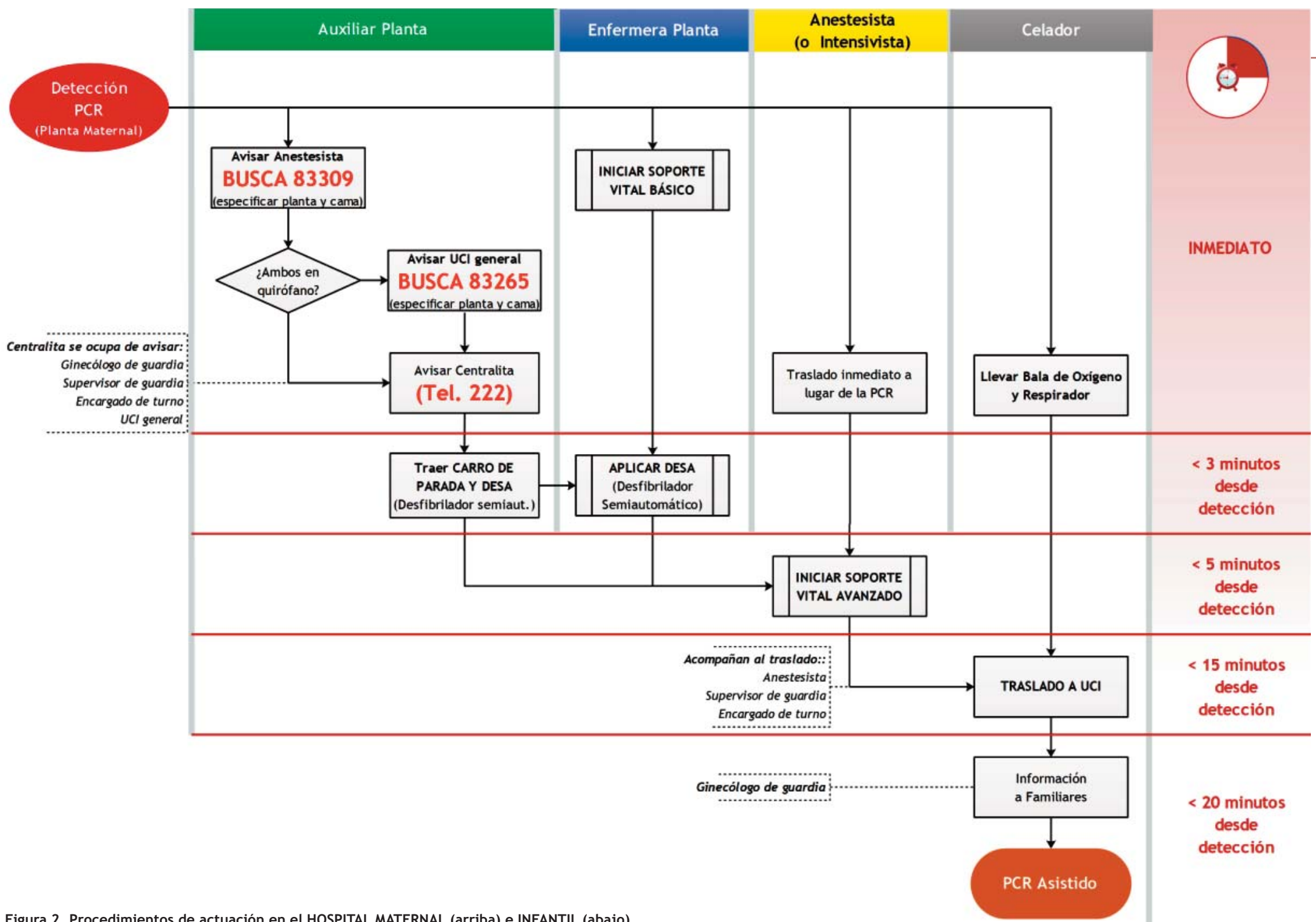


Figura 2. Procedimientos de actuación en el HOSPITAL MATERNAL (arriba) e INFANTIL (abajo)

