

# Salud Segura



## NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:  
Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca  
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia  
Tel. 968920576 - 968369071  
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>  
Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura

### Comité editorial:

Carlos Albacete, Enrique Aguinaga, Manuel Baeza, M<sup>a</sup>Dolores Beteta, Magina Blázquez, Mar Galindo, M<sup>a</sup>Ariza García, Beatriz Garrido, Mercedes López, Julio López-Picazo, Juana M<sup>a</sup> Marín, Sara Moralo, Celine de Mulder, Arturo Pereda, Virginia Pujalte, Isabel Romero, M<sup>a</sup>Isabel Sánchez, M<sup>a</sup>Dolores Sánchez, Antonio Saura, M<sup>a</sup>Cristina Solé, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer  
e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: [ucarrixaca.sms@carm.es](mailto:ucarrixaca.sms@carm.es)

## ÁREA DE SALUD 1 MURCIA-OESTE

# Arrixaca

Volumen 13, Número 1

1º trimestre

## ENERO - MARZO 2025

### EN ESTE NÚMERO:

- *Cursos SiNASP: chulos, útiles y acreditados*  
Núcleo de Seguridad
- *SiNASP sirve:*
  - *Sé que eres tú, pero no cómo te llamas: seguridad en la identificación de pacientes ingesados.*
  - *La enfermera solitaria ante una parada*
  - *La etiqueta de la ampolla de al lado*
  - *Equivocarse es de cajón*
  - *(Casi) isoapariencia*Núcleo de Seguridad
- *¡No más errores en la Profilaxis Antibiótica Quirúrgica!*  
Disponibles las "Chuletas" que todo cirujano necesita  
Comité de Seguridad Quirúrgica
- *11 de febrero, 16:10 horas ¡Selene ha caído! ¿Cómo nos funcionó el plan de contingencia?*  
Jorge López Díaz

## Cursos SiNASP: chulos, útiles y acreditados



Tenemos disponible un curso de formación on-line sobre Seguridad del Paciente y funcionamiento del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), dirigido a todos los profesionales sanitarios del Área.

El curso incluye una introducción sobre aspectos básicos de la seguridad del paciente, para comprender la relevancia de implantar sistemas de notificación. Se centra también en los objetivos, las características y el modo de funcionamiento del SiNASP, incluyendo el proceso para realizar una notificación y la utilización de esta información. Hay una versión para los que trabajáis en el hospital y otra para los que lo hacéis en atención primaria. Son muy similares.

El curso tiene una duración breve (estimada entre 1 hora y media y 3 horas) y es fundamental para comprender lo que el sistema de notificación puede aportar a nuestra organización. Está acreditado con 4 créditos de formación continuada. No hace falta ninguna formación previa para realizar el curso.

Consideramos que **este curso puede ser una importante ayuda para mejorar la Seguridad del Paciente en nuestro centro, por lo que os animamos a todos a realizarlo.**



### INSTRUCCIONES:

- El curso de formación está disponible en <https://www.sinasp.es>
- Por favor consulta el documento del QR con las instrucciones de inscripción al curso de formación.

El sistema solicitará una contraseña según el curso que desees. Las tienes abajo.

Es muy importante escribir correctamente el nombre y los apellidos en el momento de la inscripción, puesto que el certificado del curso incluirá automáticamente esta información (incluyendo mayúsculas y minúsculas). Si tienes alguna duda, por favor ponte en contacto con la Unidad de Calidad Asistencial ([ucarrixaca.sms@carm.es](mailto:ucarrixaca.sms@carm.es), o 968381035).

<https://sinasp.es/>



# SiNASP sirve: Sé que eres tú, pero no cómo te llamas. Seguridad en la identificación de pacientes ingresados

*En el entorno hospitalario, la identificación inequívoca de los pacientes es fundamental para garantizar la seguridad de la atención, ya que evita incidentes y eventos adversos*

## DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Paciente ingresado en hospitalización a cargo del servicio de digestivo que tenía citado un TAC por la tarde con hora aproximada 15:30h.

Sobre las 17h enfermería de planta llama al servicio de radiología porque el paciente aún no ha bajado a la prueba. Informan en esa llamada que la prueba está realizada. Se habla de nuevo con el paciente que niega que se le hiciera.

Se vuelve a contactar con radiología para confirmar los datos del paciente y corroborar que la prueba no estaba realizada, contestan que van a comprobarlo. Sobre las 18:30h se persona en el servicio de digestivo un enfermero de radiología, que nos informa de un error de identificación del paciente, ya que ese mismo día se había hecho otro TAC a un paciente con mismo nombre y apellidos ingresado en otra planta a cargo de neumología.

Finalmente se realiza el TAC a nuestro paciente. El

informe del TAC se cuelga informando de lesión tumoral metastásica extendida. Se realizan más pruebas de imagen y biopsia al paciente y se informa de mal pronóstico en base al informe del TAC. Se contacta con servicio de oncología para valorar opciones de tratamiento/ paliativas. Posteriormente avisan desde el servicio de radiología de modificaciones en el informe del TAC tras realizar RNM y comparar las imágenes de ambas pruebas. En el nuevo informe se descarta patología tumoral. El otro paciente a cargo de neumología falleció.



## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SEGURIDAD

Se ha producido un doble fallo en la identificación. Error al trasladar al paciente equivocado, y error al duplicar informes en 2 pruebas a pacientes diferentes. A destacar:

- Dificultad en cumplimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente. No realización de la verificación con el número de Hª clínica, solo con nombre y apellidos del paciente.
- Inadecuada identificación que puede desencadenar errores con consecuencias graves para un paciente equivocado en la administración de medicamentos o transfusiones, realización de analíticas, pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas.
- Falta de compromiso de los profesionales, sanitarios y no sanitarios, que tengan contacto con el paciente.

## INVESTIGACIÓN REALIZADA

Tras recibir la notificación, comprobamos que los celadores de Rx, diariamente se anotan el nombre de los pacientes y donde están ingresados, para recogerlos de la unidad de hospitalización correspondiente y trasladarlos a la unidad de radiología. Al hablar con el Supervisor de esa unidad, se le sugiere que hasta que pongamos en marcha las medidas correctoras, se compruebe el nº de Hª del paciente con la pulsera identificativa, a la hora del traslado.

Hay desconocimiento del procedimiento de identificación aprobado en el Área 1 - Arrixaca, que para el proceso hospitalización exige la comprobación de la pulsera identificativa.

## MEDIDAS CORRECTORAS

Con el fin de evitar al máximo errores de identificación en la transferencia de pacientes de una unidad a otra, se ha elaborado un listado para Celadores en el que se excluya el nombre y apellidos del paciente y sólo lo identifique por número de historia y unidad de ingreso. Así es obligado comprobar dicho número con el de la pulsera identificativa del paciente, con doble check, una comprobación por el personal de planta donde se encuentra ingresado cuando llega el celador a recogerlo y otra por el Celador que lo recoge para trasladarlo al Servicio de Radiología. Así aseguramos que es el paciente correcto.



Servicio Murciano de Salud		Pacientes citados en RAD			ÁREA DE SALUD 1 ARRIXACA
[LCEX127]		17/03/2025 12:19:23	dtp64v	1 de 1	
NHC	UENF	DESCRIPCION	RECURSO	SERVICIO	
5694496	HG-UJI	RM DE ATM SIN/CON CONTRASTE	HG-RAD-RNM-1	RAD	
5004669	HG-3I	COLANGIO RM.	HG-RAD-RNM-2	RAD	
279967	HG-3D	COLANGIO RM.	HG-RAD-RNM-2	RAD	

## SiNASP sirve: La enfermera solitaria ante una parada

La actuación ante la parada tiene la misión de atender de forma ágil y efectiva a los pacientes



### ACTUACIÓN EN SITUACIÓN DE PARADA

En primer lugar, tras la detección de un paciente en situación de parada cardiorrespiratoria, se han de movilizar los recursos necesarios para una correcta atención, asignar roles, seguidamente aplicar medidas de soporte vital básico y, en cuanto sea posible, de soporte vital avanzado para mantener la vida del paciente en situación de PCR hasta que pueda ser trasladado a la unidad de cuidados críticos.

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En alguna unidad de nuestro Hospital, solo trabaja una Enfermera, por lo que en el supuesto de que un paciente presente una parada cardiorrespiratoria, pueden surgir dudas en el momento de asignación de roles según procedimiento de PCR establecido. ¿Qué hacer primero, si estoy yo sola?

En el procedimiento se dice que "Enfermera 1" se ocupa del soporte vital básico, mientras "Enfermera 2" reúne la información clínica necesaria y coordinar el traslado con celadores, actuaciones in situ. "Auxiliar 1" llama al teléfono 221 (más la extensión correspondiente).

**Si sólo hay una enfermera, lo correcto es: primero, llamar y pedir ayuda (221 + extensión), y luego iniciar el soporte vital básico mientras llega.**

Para realizar la llamada, dice la información que se solicita (en general: bloque o edificio, planta, unidad y cama de la PCR, o localización si no está ingresado). Según cartel de información de activación de la unidad que debe estar visible cerca del carro de parada y a continuación comienza las maniobras de soporte vital básico.

Las personas así avisadas se trasladan de forma inmediata al lugar de la PCR para iniciar el soporte vital avanzado hasta que el paciente pueda ser trasladado a la unidad de cuidados críticos.

## SiNASP sirve: La etiqueta de la ampolla de al lado

### DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Paciente ingresada en UCI pediátrica, retirado por la mañana soporte ECMO, anticoagulada, precisaba retirada de cánulas de ECMO (canulación central, tórax abierto), para lo que se solicitó a enfermería tener a mano **sulfato de protamina** (antídoto) por si sangraba. No estaba disponible en unidad, por lo que se bajó a quirófano a pedir 1 ampolla y subió con 1 ampolla de brivaracetam, fármaco antiepiléptico, [ubicada por error en el cajón de la protamina del armario de dispensación automatizado, SADME (Athos®)]. El error no llegó al paciente ya que el personal de enfermería de la unidad se percató del error.

### PROBLEMAS DE SEGURIDAD

La confusión de estos medicamentos, podría haber generado complicaciones adicionales en una situación de urgencia que ya es una situación de riesgo persé y en un tipo de paciente vulnerable por la edad y por la situación crítica

### INVESTIGACIÓN REALIZADA

En el Servicio de Farmacia se realizan 2 reposiciones diarias en las plantas de hospitalización con SADME. La persona que prepara la reposición (saca la medicación del Kardex) es diferente de la que repone en las unidades. Se solicita a la supervisora de farmacia que se compruebe el resto de viales de protamina que contiene el dispensador del quirófano donde se detectó el error. Se revisan listados de reposición del sistema ATHOS del quirófano materno infantil. Se comprueba que nunca se ha cargado brivaracetam por lo que el error se ha generado en la farmacia y se han

preparado ampollas de brivaracetam etiquetadas como protamina. Se revisa la ubicación de ambos fármacos en el almacén de farmacia (kardex) comprobándose que ambos productos se encuentran colocados de forma continua dentro de la misma bandeja por lo que al abrirse la puerta del almacén automático han seleccionado las cajas equivocadas.

### MEDIDAS CORRECTORA Y RECOMENDACIONES

Se informa de lo acontecido a todo el personal técnico de Farmacia que realiza las preparaciones y reposiciones de la medicación en los SADME.

Se añade un pequeño stock de protamina en el ATHOS de UCI pediátrica para que puedan disponer del fármaco en caso de urgencia de forma inmediata sin necesidad de buscarlo en otra localización

Se insiste en Farmacia en la importancia de establecer un circuito de doble chequeo de la medicación que se prepara para reponer los dispensadores en el momento de la reposición en el dispensador.



## SiNASP sirve: Equivocarse es de cajón

### DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

A las 08:00h se comienza el turno de mañana con las matronas sacando la medicación del dispensador. A continuación se reparte la medicación a las 09:00h, al pase de planta de la ginecóloga a las 09:10h la ginecóloga se da cuenta que la pastilla de progesterona que tenía que tomar otra paciente no era la de progesterona, sino que era de clotrimazol. Entonces lo comunica al equipo de matronas de planta y éstas se encargan de hacer una revisión de todas las pacientes que llevan progesterona prescrita para ver si existe algún error más, y se dan cuenta que **en el cajón donde está la progesterona está por error al reponer el dispensador el clotrimazol, ya que el envase es idéntico y se encuentran en cubículos contiguos**. Y debido a ese error, una de las pacientes ya había ingerido la pastilla de clotrimazol en lugar de progesterona. La supervisora llama a la farmacéutica y a la supervisora de farmacia para notificar el error.

### PROBLEMAS DE SEGURIDAD

La causa principal es que los medicamentos re-ensados desde Farmacia presentan similitud en las etiquetas puesto que se realizan todos en la máquina re-ensadora del Hospital. Los dos fármacos estaban mal colocados por el técnico de Farmacia que repone el dispensador

### INVESTIGACIÓN REALIZADA

Se revisa el dispensador y efectivamente ambos fármacos tenían ubicaciones contiguas. Se revisa el almacén automatizado de farmacia por si los fármacos estuvieran colocados de manera conjunta y hubiera sido un error al preparar el pedido y etiquetarlo en la farmacia pero no es el caso.

Los medicamentos tampoco estaban mezclados en el cajetín.

Revisando los listados de reposición del dispensador de esa unidad, no se encontró que se repusieran a la vez por lo que el error pudo generarse al devolver el fármaco en propia unidad o intentar reubicarlo el técnico de farmacia. La similitud del acondicionamiento es la habitual ya que son comprimidos re-ensados en la farmacia del hospital. Las etiquetas tienen el mismo formato pero se lee perfectamente el fármaco y la dosis (LETRA en NEGRITA). No existe similitud fonética ni ortográfica.

### MEDIDAS CORRECTORA Y RECOMENDACIONES

Se consensua retirar el clotrimazol del ATHOS de la unidad ya que no es un fármaco que se utilice con gran frecuencia.

Se recuerda la importancia de leer las etiquetas de los medicamentos antes de su administración y la importancia de no sacar toda la medicación de una vez, sino sacar la medicación que se vaya a administrar en ese momento y por parte de la persona responsable de esa administración.



## SiNASP sirve: (Casi) isoapariencia

### DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

En el Servicio de Urgencias del Hospital General se detecta un error potencial por similitud de las ampollas que contienen metoclopramida (Kern Pharma®) – Tiaprida (Neuraxpharma®)

### PROBLEMAS DE SEGURIDAD

Detectar, declarar y analizar aquellos medicamentos que, por su semejanza de nombre y embalaje, son susceptibles de producir errores de medicación. Se recomienda identificarlos y promover estrategias de mejora con el fin de prevenir estas situaciones.

### INVESTIGACIÓN REALIZADA

Se revisa la similitud entre las ampollas de TAPRIDA (TIAPRIZAL 100MG 12 AMPOLLAS 2ML SOLUCION INYECTABLE) del laboratorio NEURAXPHARM SPAIN S.L. y METOCLOPRAMIDA (METOCLOPRAMIDA KERN PHARMA 10MG/2ML 12 AMP 2ML SOLUCION INYECTABLE).

Ambas ampollas tienen el mismo tamaño, el mismo volumen final (2 mL) y son de vidrio transparente (ninguna es fotosensible).

Sin embargo la primera tiene anillo de color rojo en la parte superior de la ampolla y la otra un anillo color verde encima del embudo prelijado (parte que debe romperse) para acceder al medicamento. Las dosis que contiene cada ampolla son diferentes (100 mg versus 10 mg).



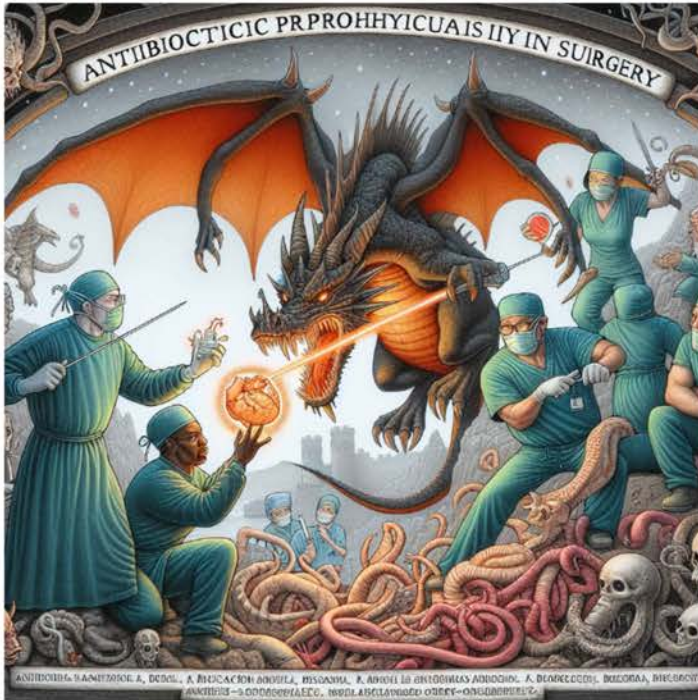
### MEDIDAS CORRECTORA Y RECOMENDACIONES

Se recomienda alejar/separar las ampollas en el dispensador automatizado de forma que no se localicen en cajetines contiguos o cercanos. Se recomienda realizar doble chequeo de la medicación que se selecciona antes de preparar la administración de cada dosis y una vez preparada.

# ¡No más errores en la Profilaxis Antibiótica Quirúrgica!

## Disponibles las "Chuletas" que todo cirujano necesita

Comité de Seguridad Quirúrgica.



La correcta administración de la profilaxis antibiótica en cirugía es crucial para prevenir infecciones postoperatorias y garantizar la seguridad del paciente. Con el objetivo de facilitar esta tarea, se han desarrollado **fichas específicas por especialidad, basadas en la última versión de la guía de profilaxis del Servicio Murciano de Salud (SMS)**. Estas fichas no solo indican la profilaxis adecuada para cada tipo de cirugía, sino que también **incluyen el nombre del protocolo de prescripción asociado en el programa MIRA**.

La importancia de una buena profilaxis radica en su capacidad para reducir significativamente el riesgo de infecciones, mejorando así los resultados clínicos y disminuyendo la estancia hospitalaria. Un punto crucial, y en el que aún debemos mejorar, es **no prolongar la administración de antibióticos** más allá del tiempo recomendado. Por lo general puede ser suficiente una sola dosis antes de la cirugía y, sobre todo, no prolongar más allá de las 24 horas. Saltarse esta recomendación contribuye al desarrollo de resistencias bacterianas y otros efectos adversos.

Estas fichas representan una herramienta valiosa para los profesionales de la salud, ayudándoles a tomar decisiones informadas y optimizar la atención quirúrgica. Hemos mandado la de cada especialidad al correo del jefe de servicio y jefes de sección, para que las hagan llegar a todos. Si han fracasado en esta tarea, no te preocupes: tienes todas en ARRINET:

**Arrinet/Calidad/Seguridad del paciente/Seguridad quirúrgica/**  
<https://portal.sms.carm.es/web/arrinet/seguridad-quirurgica>

### Guía de profilaxis antibiótica quirúrgica en el HCUVA

Adaptada según versión 4.0-2024 de la Guía del SMS. Revisión: 2029

#### RECOMENDACIONES

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>vía intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multirresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p><b>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</b></p>
<b>OTRAS</b>	

### Profilaxis antibiótica en

#### CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

ÁREA DE SALUD 1

MURCIA OESTE

**Arrixaca**

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía vascular periférica de alto riesgo: aorta abdominal, miembros inferiores, cirugía por isquemia y cirugía con colocación de prótesis vasculares.</li> </ul>	Cefazolina 2 g	Clindamicina 900mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CCV PAQ Cx vascular abierta</li> <li>CCV PAQ ALERGIA Cx vascular abierta</li> </ul>
Resto de cirugía cardiovascular, incluido: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía cardiaca de recambio valvular</li> <li>Bypass aorto-coronario</li> <li>Trasplante cardiaco</li> </ul>	Cefuroxima 1.500 mg IV	Clindamicina 900mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CCV PAQ Cx recambio valvular, bypass AoC, trasplante</li> <li>CCV PAQ ALERGIA Cx recambio valvular, bypass AoC, trasplante</li> </ul>

### Guía de profilaxis antibiótica quirúrgica en el HCUVA

Adaptada según versión 4.0-2024 de la Guía del SMS. Revisión: 2029

#### RECOMENDACIONES

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>vía intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multirresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p><b>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</b></p>
<b>OTRAS</b>	

### Profilaxis antibiótica en

#### OFTALMOLOGÍA

ÁREA DE SALUD 1

MURCIA OESTE

**Arrixaca**

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía de cataratas</li> <li>Otras cirugías con apertura de la cámara anterior</li> </ul>	Cefuroxima 1 mg en 0.1 ml intracamerular	Vancomicina 1 mg en 0.1 ml o Moxifloxacino 0.5 mg en 0.1 ml	-

**RECOMENDACIONES**

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>vía intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multirresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</p>

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
<b>CIRUGÍA ENDOCRINA</b>			
<b>C. tiroides y paratiroides SIN apertura mucosa respiratoria o digestiva</b> Adrenalectomía SIN apertura mucosa respiratoria o digestiva Vaciamiento cervical aislado SIN apertura mucosa respiratoria o digestiva	NO PRECISA	-	-
<b>C. tiroides y paratiroides CON apertura mucosa respiratoria o digestiva</b> Adrenalectomía CON apertura mucosa respiratoria o digestiva Vaciamiento cervical aislado CON apertura mucosa respiratoria o digestiva	Amoxicilina-clavulánico 2 g iv	Clindamicina 900 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD END PAQ SI apertura mucosa: Cx tiroides/parat, adrenalectomía, vaciam. Cervical aislado</li> <li>CGD END PAQ ALERGIA</li> </ul>
Diseción radical de cuello y bocio intratorácico	Cefazolina 2 g iv (3 g si peso > 120 Kg)		<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD END PAQ Diseción radical de cuello y bocio intratorácico</li> <li>CGD END PAQ ALERGIA</li> </ul>
<b>CIRUGÍA DE PARED</b>			
Hemiooplastia y hemiorrafia inguinal SIN FR	NO PRECISA	-	-
Hemia umbilical abierta o laparoscópica Hemiooplastia y hemiorrafia inguinal CON FR (anciano, recidiva, inmunodeprimido, drenaje, intervención prolongada):	Cefazolina 2 g iv (3 g si peso > 120 Kg) + Teicoplanina 800 mg iv si portador SARM	Clindamicina 900 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD PARED PAQ Hemiooplastia/hemiorrafia CON FR</li> <li>CGD PARED PAQ ALERGIA Hemiooplastia/hemiorrafia CON FR</li> </ul>
<b>CIRUGÍA DE MAMA</b>			
Cirugía de mama SIN Factores de riesgo ni reconstrucción	NO PRECISA	-	-
Cirugía mamaria CON técnicas de cirugía plástica (reducción, mamoplastia de aumento, reconstrucción autóloga y heteróloga, oncoplastia), Cirugía de mama CON Factores de riesgo (obesidad, DM, inmunodepresión, ASA III) Cirugía mamaria oncológica posterior a neoadyuvancia	Cefazolina 2 g iv (3 g si peso > 120 Kg)	Clindamicina 900 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD MAMA PAQ CON FR o C. Plástica o tras neoadyuvancia</li> <li>CGD MAMA PAQ ALERGIA CON FR o C. Plástica o tras neoadyuvancia</li> </ul>

**RECOMENDACIONES**

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>vía intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multirresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</p>

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
Colecistectomía laparoscópica SIN alto riesgo	NO PRECISA	-	-
Colecistectomía abierta o laparoscópica CON alto riesgo (Cx Urgente, inmunodeprimido, diabetes, embarazo, edad > 70 a, ASA ≥ 3, cólico biliar mes anterior, ictericia, coledocolitiasis, Cx previa v. biliar, Colecistitis < 6 meses, litiasis pancreas, prótesis in situ y antibiótico mes previo)	Cefazolina 2 g iv (3 g si > 120 Kg)	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD HEP PAQ Colecist. abierta / laparoscópica CON FR</li> <li>CGD HEP PAQ ALERGIA</li> </ul>
Hepactetomía simple	NO PRECISA	-	-
Hepactetomía mayor (CON resección biliar extrahepática):	Cefazolina 2 g iv (3 g si > 120 Kg) (+ redosis a las 20 h)		<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD HEP PAQ Hepactetomía mayor</li> <li>CGD HEP PAQ ALERGIA</li> </ul>
Cirugía páncreas	Amoxicilina-clavulánico 2 g iv (+ Gentamicina 320 mg iv si ALTO RIESGO** o si RIESGO MMR*)	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD PANC PAQ Cx páncreas</li> <li>CGD PANC PAQ ALERGIA Cx páncreas</li> </ul>
Cirugía hepatobiliopancreática, CON manipulación previa de la vía biliar (endoscópica) o prótesis biliar	Piperacilina-tazobactam 4 g iv + Gentamicina 320 mg iv		<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD HEP PAQ hep-bilio-panc: CON manipulación previa endoscópica / prot biliar</li> <li>CGD HEP PAQ ALERGIA</li> </ul>
Trasplante hepático	Amoxicilina-clavulánico 2 g iv (+ Gentamicina 320 mg iv si riesgo MMR*)		<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD HEP PAQ Trasplante</li> <li>CGD HEP PAQ ALERGIA Trasplante hepático</li> </ul>
Trasplante de páncreas	2 días con: Amoxicilina-clavulánico 2 g iv c/8 h (+ Gentamicina 320 mg iv c/24h si riesgo MMR* + Fluconazol 400 mg IV c/24 si riesgo infec. fúngica***)	2 días con: Clindamicina 900 mg iv/8 h + Gentamicina 320 mg iv/24h + Fluconazol 400 mg iv/24 si riesgo infec. fúngica***)	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD PANC PAQ Trasplante páncreas</li> <li>CGD PANC PAQ ALERGIA Trasplante páncreas</li> </ul>

\* Exposición previa reiterada a antibióticos (últimos 3 meses), colonización por MMR, hospitalización prolongada o múltiples episodios de hospitali

\*\* Cx previa sobre vía biliar o Cx urgente, inmunodeprimido, diabetes, embarazo, edad > 70a, ASA ≥ 3, Cólico biliar en último mes, ictericia, coledocolitiasis, colecistitis aguda últimos 6 meses, litiasis pancreática, prótesis biliar y antibióticos mes previo

\*\*\* Drenaje pancreato-entérico, trombosis vascular o pancreatitis tras reperusión

**RECOMENDACIONES**

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>via intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1.5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multiresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</p>

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
<b>Cirugía EGD SIN rotura de mucosa y SIN alto riesgo</b>	NO PRECISA		
<b>Cirugía EGD CON rotura de mucosa</b> <b>Cirugía EGD CON alto riesgo*</b> <b>Cirugía bariátrica</b> <b>Cirugía de ID SIN obstrucción</b> <b>Cirugía esplénica CON FR: antibiótico últimos 3 meses, colonización MMR, hospitalización prolongada o episodios hospitalización en últimos 3 meses.</b>	Cefazolina 2 g iv (3 g si > 120 Kg)  Cefazolina 2 g iv (3 g si > 120 Kg) + Gentamicina 320 mg iv	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD DIG PAQ Cx EGD CON riesgo o rotura mucosa, bariátrica, Cx ID SIN obstrucción</li> <li>CGD DIG PAQ ALERGIA EGD CON riesgo/rotura mucosa, bariátrica, Cx ID SIN obstr. Cx esplénica CON FR</li> <li>CGD DIG PAQ Cx esplénica CON FR</li> <li>CGD DIG PAQ ALERGIA EGD CON riesgo/rotura mucosa, bariátrica, Cx ID SIN obstr. Cx esplénica CON FR</li> </ul>
<b>Cirugía de ID CON obstrucción</b>	Cefazolina 2 g iv (3 g si > 120 Kg) + Metronidazol 1.500 mg iv	Metronidazol 1.500 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD DIG PAQ Cx ID CON obstrucción</li> <li>CGD DIG PAQ ALERGIA Cx ID CON obstruc. Trauma abdom. penetrante</li> </ul>
<b>Apendicectomía no complicada</b>	Amoxicilina-clavulánico 2 g iv		<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD COLON PAQ Apendicectomía. Sinus pilonidal</li> <li>CGD COLON PAQ ALERGIA Apendicectomía.</li> </ul>
<b>Trauma abdominal penetrante</b>	Cefuroxima 1.500 mg iv + Metronidazol 1.500 mg iv		<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD DIG PAQ Trauma abdom. penetrante</li> <li>CGD DIG PAQ ALERGIA Cx ID CON obstruc. Trauma abdom. penetrante</li> </ul>
<b>Cirugía colorrectal</b>	Día anterior: Neomicina 1g vo + Metronidazol 500 mg 3 tomas Día cirugía: Cefuroxima 1.500 mg iv + Metronidazol 1.500 mg iv	Día anterior: Neomicina 1g vo + Metronidazol 500 mg 3 tomas Día cirugía: Gentamicina 320 mg iv + Metronidazol 1.500 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD COLON PAQ Cx colorrectal</li> <li>CGD COLON PAQ ALERGIA Cx colorrectal</li> </ul>
<b>Sinus pilonidal</b>	Amoxicilina-clavulánico 2 g iv	Metronidazol 500 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>CGD COLON PAQ Apendicectomía. Sinus pilonidal</li> <li>CGD COLON PAQ ALERGIA Sinus pilonidal</li> </ul>

**RECOMENDACIONES**

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>via intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1.5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multiresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</p>

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
<b>Drenaje ventricular externo</b>	NO PRECISA		
<b>Craneotomía SIN implante</b> <b>Colocacion de shunts en casos NO seleccionados</b> <b>Herida craneoencefálica penetrante &lt; 4 horas</b>	Cefazolina 2 g iv (3 g si > 120 Kg)	Clindamicina 900 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>NCG PAQ Craneotomía SIN implante. Shunt NO selec, Herida CE &lt; 4h</li> <li>NCG PAQ ALERGIA Craneotomía SIN implante. Shunt NO selec, Herida CE &lt; 4h</li> </ul>
<b>Colocación de shunt en casos seleccionados:</b> - colonizaciones previas, - ingresos prolongados, - complicaciones infecciosas previas del sistema shunt, - infecciones de herida quirúrgica por SCN o SAMR	Teicoplanina 400 mg IV + Gentamicina 320 mg IV		<ul style="list-style-type: none"> <li>NCG PAQ Craneotomía CON implante. Shunt seleccionado</li> </ul>
<b>Craneotomía CON implante</b>			
<b>Cirugía transfenoidal</b>	Cefazolina 2 g iv (3 g si > 120 Kg) + Clindamicina 900 mg iv	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>NCG PAQ Cx transfenoidal</li> <li>NCG PAQ ALERGIA Cx transfenoidal</li> </ul>
<b>Columna vertebral</b> - Sin alto riesgo de infección - Con alto riesgo de infección	Cefazolina 2 g (3g si > 120Kg) Añadir Gentamicina 320mg	Clindamicina 900 mg Añadir Gentamicina 320mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>NCG PAQ Columna</li> <li>NCG PAQ ALERGIA Columna</li> </ul>

RECOMENDACIONES

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>via intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
<b>OTRAS</b>	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multirresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p><b>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</b></p>

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
Cirugía limpia sin factores de riesgo	NO PRECISA		
Cirugía en piel glabra	Cefazolina 2 g iv (3 g si > 120 Kg)		<ul style="list-style-type: none"> <li>► CPL PAQ Piel Glabra</li> <li>► CPL PAQ ALERGIA Glabra, limpia-contaminada, limpia CON riesgo, mucosa oral</li> </ul>
Cx limpia-contaminada Cx limpia en: - Extremidades inferiores - Escisión en cuña en labio u oreja - Flaps en nariz o injertos de piel. Cx en mucosa oral	Amoxicilina-clavulánico 2 g iv	Clindamicina 900 mg IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>► CPL PAQ Cx contaminada, limpia-contaminada, limpia CON riesgo, mucosa oral</li> <li>► CPL PAQ ALERGIA Glabra, limpia-contaminada, limpia CON riesgo, mucosa oral</li> </ul>
Cx contaminada		Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>► CPL PAQ Cx contaminada, limpia-contaminada, limpia CON riesgo, mucosa oral</li> <li>► CPL PAQ ALERGIA Cx contaminada</li> </ul>

RECOMENDACIONES

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>via intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
<b>OTRAS</b>	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multirresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p><b>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</b></p>

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
Adenoidectomía Amigdalectomía Septoplastia Drenajes timpánicos Timpanoplastia Miringotomías Frenillos Cx endoscópica nasosinusal (sin atravesar mucosa) Cx. cabeza y cuello limpia, benigna, SIN inserción de material protésico, y SIN apertura de mucosas, incluido: Paratiroidectomía Tiroidectomía Submaxilectomía Vaciamientos cervicales aislados Extirpación de tumor cutáneo	NO PRECISA		
Cx cabeza y cuello CON apertura de mucosas Cx. cabeza y cuello limpia-contaminada y limpia oncológica Cx a través de los senos paranasales o mucosa orofaríngea	Amoxicilina-clavulánico 2 g iv	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>► ORL CMF PAQ NO alergia</li> <li>► ORL CMF PAQ ALERGIA Cx CON a través mucosa o senos, limpia-contam, limpia oncológica</li> </ul>
Cx. cabeza y cuello limpia CON inserción de material protésico (EXCEPTO tubos de timpanostomía)		Clindamicina 900 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>► ORL CMF PAQ NO alergia</li> <li>► ORL CMF PAQ ALERGIA Cx limpia CON inserción material protésico</li> </ul>

RECOMENDACIONES

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>vía intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
<b>OTRAS</b>	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas. En caso de colonización por algún microorganismo multirresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p><b>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</b></p>

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tubo endopleural (sin traumatismo)</li> <li>• Biopsia pulmonar</li> <li>• Simpatectomía torácica</li> </ul>	NO PRECISA		
<b>Procedimientos no cardíacos (VATS o abierta), incluyendo:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lobectomía</li> <li>• Neumonectomía</li> <li>• Toracotomía</li> <li>• Colocación de tubo endopleural por traumatismo penetrante*</li> </ul>	Cefazolina 2 g iv (3 g si > 120 Kg) o Cefuroxima 1,5 g iv	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>► CTO PAQ Lobectomía, Neumonectomía, Toracotomía</li> <li>► CTO PAQ ALERGIA Lobectomía, Neumonectomía, Toracotomía</li> </ul>

\* Si herida sucia o > 4 h desde trauma: iniciar tratamiento.

RECOMENDACIONES

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>vía intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
<b>OTRAS</b>	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-Infecciosas. En caso de colonización por algún microorganismo multirresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p><b>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</b></p>

**TRA** Si la cirugía precisa **torنيقوete**, el antibiótico tiene que haber terminado de pasar, al menos, 15 minutos antes de realizarlo.

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
Cirugía limpia sin material de osteosíntesis o prótesis	NO PRECISA		
Fractura abierta sucia	NO PRECISA profilaxis, sino tratamiento		
<b>Columna vertebral o Artroplastia de cadera o rodilla</b>			
- Sin alto riesgo de infección	Cefazolina 2 g (3g si >120Kg)	Clindamicina 900 mg	► TRA PAQ Columna, cadera, rodilla
- Con alto riesgo de infección	Añadir Gentamicina 320mg	Añadir Gentamicina 320mg	► TRA PAQ ALERGIA Columna, cadera, rodilla
<b>Cirugía limpia con material de fijación permanente</b>	Cefazolina 2 g (3g si >120Kg)	Clindamicina 900 mg	► TRA PAQ Limpia con fijación permanente
<b>Amputación de MMII</b>	Amoxicilina-Clavulánico 2 g	Teicoplanina 800 mg + Gentamicina 320mg	► TRA PAQ ALERGIA Limpia con fijación permanente ► TRA PAQ Amputación MMII ► TRA PAQ ALERGIA Amputación MMII

**RECOMENDACIONES**

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>via intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser</li> </ul>
<b>OTRAS</b>	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según En caso de colonización por algún microorganismo multiresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p><b>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</b></p>

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
Parto vaginal sin complicaciones			
Evacuación aborto incompleto			
Inserción de dispositivo intrauterino			
Histerosalpingografía, SIN antecedentes de EIP		NO PRECISA	-
Cirugía de mama SIN Factores de riesgo ni reconstrucción			
Laparoscopia (excepto histerectomía)			
Cx de EIP			
Hidrosalpix		NO PRECISA PROFILAXIS, SINO TRATAMIENTO	
Histerosalpingografía CON antecedentes EIP	Doxiciclina 200 mg vo	Azitromicina 1 g vo	<ul style="list-style-type: none"> <li>GIN PAQ Histerosalpingografía CON antec. EIP</li> <li>GIN PAQ ALERGIA Histerosalpingografía CON antec. EIP</li> </ul>
Cirugía mamaria CON técnicas de cirugía plástica (reducción, mamoplastia de aumento, reconstrucción autóloga y heteróloga, oncoplastia),			
Cirugía de mama CON Factores de riesgo (obesidad, DM, inmunodepresión, ASA III)	Cefazolina 2 g iv (3 g si peso > 120 Kg)	Clindamicina 900 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>GIN PAQ Mama CON FR o C. Plástica o tras neoadyuvancia</li> <li>GIN PAQ ALERGIA Mama CON FR o C. Plástica o tras neoadyuvancia</li> </ul>
Cirugía mamaria oncológica posterior a neoadyuvancia			
Histerectomía (cualquier vía de acceso)			
Cirugía de cáncer de ovario	Amoxicilina-clavulánico 2 g	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>GIN PAQ Histerectomía, Cx Ca Ovario, vulvectomía</li> <li>GIN PAQ ALERGIA Histerectomía, Cx Ca Ovario, vulvectomía</li> </ul>
Vulvectomía simple y radical			
Corrección prolapso	Cefazolina 2 g iv (3 g si peso > 120 Kg) + Metronidazol 500 mg IV	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv + Metronidazol 500 mg IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>GIN PAQ Prolapso</li> <li>GIN PAQ ALERGIA Prolapso</li> </ul>

**RECOMENDACIONES**

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>via intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt; 1,5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
<b>OTRAS</b>	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M. I.-Infecciosas.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multiresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M. I.-Infecciosas).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar)</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no redosificar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas)</p> <p><b>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</b></p>

Intervención	Tratamiento estándar	Si alergia	Protocolo MIRA
Cistoscopia y estudio urodinámico SIN factores de riesgo			
Litotricia extracorpórea SIN factores de riesgo			
Cirugía peneano-escrotal limpia SIN colocación de implante		NO PRECISA	-
Procedimientos limpios SIN entrada en tracto GU			
Cistoscopia y estudio urodinámico CON factores de riesgo*			
Litotricia extracorpórea CON factores de riesgo*		Fosfomicina-trometamol 3 g vía oral, 3-12 horas antes	<ul style="list-style-type: none"> <li>URO PAQ Estudios y litotricia extra. CON FR,</li> <li>Biopsia TRP SIN FR, Nefrostomía perc. sin fiebre</li> </ul>
Biopsia prostática transrectal SIN factores de riesgo			
Nefrostomía percutánea en paciente no febril			
Biopsia prostática transrectal CON factores de riesgo**		Fosfomicina-trometamol 3 g vía oral, 3-12 horas antes. Repetir dosis tras 24-48h	<ul style="list-style-type: none"> <li>URO PAQ Biopsia TRP CON FR</li> </ul>
Cirugía endoscópica SIN cultivo positivo		Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>URO PAQ Cx endoscópica, proc. abiertos laparoscópicos o robóticos</li> <li>URO PAQ ALERGIA Cx endoscópica</li> </ul>
Procedimientos abiertos, laparoscópicos o robóticos SIN apertura de intestino	Amoxicilina-clavulánico 2 g iv	Gentamicina 320 mg iv + Clindamicina 900 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>URO PAQ Cx endoscópica, proc. abiertos laparoscópicos o robóticos</li> <li>URO PAQ ALERGIA proc. abiertos laparoscópicos o robóticos SIN apertura intestino</li> </ul>
Procedimientos abiertos, laparoscópicos o robóticos CON apertura de intestino		Gentamicina 320 mg iv + Metronidazol 500 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>URO PAQ Cx endoscópica, proc. abiertos laparoscópicos o robóticos</li> <li>URO PAQ ALERGIA proc. abiertos laparoscópicos o robóticos CON apertura intestino</li> </ul>
Corrección incontinencia urinaria con malla o cabestrillo			
Prótesis testicular	Cefazolina 2 g iv (3 g si obeso > 120 Kg)	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>URO PAQ Incontinencia con malla/cabestrillo. Prótesis testicular</li> <li>URO PAQ ALERGIA Incontinencia con malla/cabestrillo. Prótesis.</li> </ul>
Colocación de otras prótesis	Cefazolina 2 g iv (3 g si obeso > 120 Kg) + Gentamicina 320 mg iv	Clindamicina 900 mg iv + Gentamicina 320 mg iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>URO PAQ Otras prótesis</li> <li>URO PAQ ALERGIA Incontinencia con malla/cabestrillo. Prótesis.</li> </ul>
Trasplante renal	Cefazolina 2 g iv (3 g si obeso > 120 Kg) Añadir Gentamicina 320 mg iv si MMR	Clindamicina 900 mg iv Añadir Gentamicina 320 mg iv si MMR	<ul style="list-style-type: none"> <li>URO PAQ Trasplante renal</li> <li>URO PAQ ALERGIA Trasplante renal</li> </ul>

\* Alto riesgo: > 65 años, anom. estructurales vía urinaria, malnutrición, tabaco, uso crónico esteroides, inmunosupresión, catéter externalizado, colonización de material endógeno o exógeno, infección activa a distancia, hospitalización prolongada (≥ 3 días ingreso).  
\*\* Factores de riesgo: Diabetes, catéter urinario, necesidad de proc. endoscópicos concomitante, antec. de biopsia prostática o de infección local o sistémica tras biopsia TRP previa, litiasis vesical.

RECOMENDACIONES

<b>CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se administrará una <b>única dosis</b>, salvo que se especifique lo contrario. No prolongar <b>nunca más de 24 horas</b>.</li> <li>Se administrará por <b>vía intravenosa</b>, salvo que se especifique lo contrario</li> <li>Se administrará dentro de los <b>60 minutos previos</b> a la incisión quirúrgica (preferiblemente en la inducción anestésica), salvo que se especifique lo contrario</li> <li><b>Repetir dosis intraoperatoria</b> en intervenciones de más de 2-3 horas de duración, pérdida de sangre &gt;1.5 L, y valorar en pacientes con quemaduras extensas. En insuficiencia renal puede no ser necesaria la redosis.</li> </ul>
<b>OTRAS</b>	<p>Si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, habrá que individualizar la indicación de profilaxis. Si el antibiótico cubre los principales patógenos de una eventual infección quirúrgica, mantener y asegurar que se administra en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si el antibiótico pautado no cubre el espectro más probable de la infección quirúrgica, prescribir profilaxis según protocolo. Ante la duda, consultar con M.I.-infecciosos.</p> <p>En caso de colonización por algún microorganismo multiresistente, adaptar la profilaxis (consultar con M.I.-infecciosos).</p> <p>En pacientes que pesan más de 120 kg, aumentar la dosis de cefazolina y de cefuroxima a 3 g (el resto de los antibióticos mantienen la dosis estándar).</p> <p>Si el paciente presenta insuficiencia renal, valorar aumentar el intervalo de redosis o no reeditar.</p> <p>Si durante la cirugía hay evidencia de infección (ej. presencia de pus), se iniciará el tratamiento antibiótico oportuno.</p> <p>Valorar profilaxis de endocarditis infecciosa en los pacientes de riesgo (ver recomendaciones específicas).</p> <p>Usar los protocolos de profilaxis del programa MIRA y su opción de prescripción a futuro mejora la adecuación de las prescripciones</p>

Especialidad	Intervención	Tratamiento estándar	Protocolo MIRA
CIRUGÍA GENERAL	Esófago* Gastroduodenal*, Intestino delgado**, Apendicetomía**, Esplenectomía***	Amoxicilina/Clavulánico * Opcional: Cefazolina	Clindamicina + Gentamicina **Gentamicina + Metronidazol ***Azitromicina
	Vía biliar Colecistectomía Laparoscópica*	Amoxicilina/Clavulánico o Ampicilina + Ceftriaxona *Cefazolina (Alto riesgo)	Clindamicina + Gentamicina
	Colorrectal		Metronidazol + Gentamicina Metronidazol + Gentamicina o Clindamicina + Gentamicina
	Trauma abdominal penetrante	Metronidazol+ Cefuroxima	
	Biopsia hepática CPRE hernias		NO PRECISA
UROLOGÍA	Fimosis, testículo		NO PRECISA
	Vía urinaria en general Cistectomía con plastia intestinal Nefrectomía	Amoxicilina/Clavulánico o Cefazolina+ Gentamicina Amoxicilina/Clavulánico Cefazolina	Clindamicina + Gentamicina Metronidazol + Gentamicina Vancomicina
GINECOLOGÍA	General	Cefazolina + Gentamicina o Ampicilina + Metronidazol	Clindamicina + Gentamicina
CARDIOVASCULAR	General	Cefazolina	Vancomicina o Clindamicina
CIRUGÍA TORÁCICA	Videocirugía toracoscópica (con resección) Tubo endopleural (proceso no infeccioso)		NO PRECISA
	Resección pulmonar Drenajes pleurales (traumatismo, etc)	Cefazolina	Clindamicina
NEUROCIRUGÍA	Cirugía transefenoidal Heridas penetrantes Recto	Cefuroxima o Amoxicilina/clavulánico Cefotaxima + Vancomicina Cefazolina	Clindamicina + Aztreonam o Clindamicina + Gentamicina Vancomicina + Gentamicina Vancomicina
	Cirugía limpia sin material de osteosíntesis o prótesis Cirugía limpia con material de osteosíntesis o prótesis. Fracturas abiertas limpias Fracturas abiertas sucias o contaminadas Cirugía del raquíis	Cefazolina o Amoxicilina/Clavulánico Cefazolina + Gentamicina Cefazolina + Gentamicina	NO PRECISA Vancomicina Clindamicina + Gentamicina Clindamicina + Gentamicina o Vancomicina + Gentamicina
ORL Y MÁXILOFAC.	Amigdalas, vegetaciones, drenajes timpánicos y miringotomías, frenillos implante coclear Cirugía mayor a través de mucosas	Cefazolina o ceftriaxona Amoxicilina/Clavulánico	NO PRECISA Vancomicina Clindamicina + Gentamicina
OFTALMOLOGÍA	Catarata (lente intraocular)		Cefuroxima 1mg/0.1ml intracameral o Quinolona tópica 5 días
ONCOLÓGICA (Tórax/Abd)	Biopsias, Hickman, reservorios Exéresis tumorales		No profilaxis/ cefazolina opcional Clindamicina o Vancomicina

## 11 de febrero, 16:10 horas ¡Selene ha caído! ¿Cómo nos funcionó el plan de contingencia?

**Jorge López Díaz**  
Jefe de Servicio de Planificación y Proyectos  
Coordinador del grupo de trabajo del PdCA del A1

### EL INCIDENTE

El pasado 11 de febrero, sobre las 16:10, la aplicación corporativa Selene, que gestiona la actividad asistencial en el Hospital, cayó debido a un problema técnico, manteniéndose inoperativa aproximadamente hasta las 4:20 del día 12 de febrero de 2025, unas 12 horas de indisponibilidad. El resto de las aplicaciones funcionó con normalidad, así como la red de datos y la telefonía fija y móvil.

Como consecuencia de esta situación se aplicó el **Plan de Contingencia Asistencial del Área 1 (PdCA)** mientras duró la incidencia.

### DEFINICIÓN DE PDCA

El Plan de Contingencia Asistencial (PdCA) es la planificación de la respuesta de la organización ante una situación anómala de las aplicaciones informáticas que afecte o pueda afectar a la capacidad, calidad y seguridad de la asistencia sanitaria que se presta.

Es fundamental que el personal sanitario esté preparado para responder a situaciones imprevistas y priorizar la atención segura y de calidad a los pacientes. El objetivo de la implementación de un Plan de Contingencia Asis-

tencial, robusto y adaptado a las necesidades del hospital, es garantizar la continuidad de la atención sanitaria en caso de fallos informáticos, minimizando el impacto en la seguridad y calidad de la atención a los pacientes.

### RESULTADO

Del análisis de los hechos se desprende que el desarrollo del Plan de Contingencia fue correcto y que la secuencia de acciones previstas se fue realizando en orden y de acuerdo con los procedimientos establecidos. En ese sentido, la aplicación del PdCA fue un éxito.

Sin embargo, algunos de esos pasos, con especial atención a la contraseña, aunque se ejecutaron según lo previsto, la información disponible no estaba correctamente actualizada en alguno de los lugares previstos.

Otra cuestión a destacar fue la gestión de la solicitud y recogida de resultados de pruebas radiológicas. Aunque en los procedimientos y documentos está perfectamente determinado como hacerlo, muchos profesionales no siguieron esos pasos lo que motivó retrasos en la obtención de resultados tanto en Análisis Clínicos como en Radiología, donde varios profesionales se desplazaron a ver las imágenes directamente en los dispositivos, siendo esto innecesario,

Afortunadamente, no fue un impedimento determinante para la aplicación del PdCA, y por tanto para la asistencia sanitaria durante la contingencia.

## PROPUESTAS DE MEJORA

Del análisis, observación y testimonios recogidos durante la gestión de la aplicación del Plan de Contingencia, se ha visto la necesidad de implementar algunas mejoras para la mejor efectividad del PdC.

- **Trazabilidad del cambio de contraseña.** Se ha actualizado el PdC para que permita dejar constancia de cuando, quién y cómo se actualiza y comunica la contraseña tras la activación del PdC o cuando resulte necesario.
- **Ampliación de las comprobaciones en las rondas de seguridad.** Se ha solicitado la inclusión de la comprobación de la corrección de la contraseña en el sobre depositado en Centralita.
- **Mejora del registro de ordenadores de contingencia,** y de su gestión. Se ha revisado la corrección de los datos y ampliado las informaciones complementarias para su correcta consulta
- **Ampliación de la información y el nivel de detalle** contenidos en el Plan de Contingencia. Tanto en el documento del Plan de Contingencia como en el de los Procedimientos del PdC, se han revisado para ampliar la información y el detalle relativo a la realización de algunos pasos y la posibilidad de alternativas ante posibles dificultades.
- **Revisión conjunta de los procedimientos de contingencia de los servicios centrales.** Se convocará a los servicios de Análisis Clínicos y Radiología para revisar los respectivos PdC y evitar que se repro-

duzcan las situaciones de duda y desconocimiento tanto por los profesionales peticionarios como por los miembros de estos servicios (solicitadas citas para tratarlo).

- **Realización de nuevas acciones de formación** sobre el PdC a profesionales. Es necesario realizar formaciones sobre el PdC de forma continuada o puntual:
  - Puntualmente, a los jefes de Guardia, incluyendo a los supervisores de Guardia.
  - Sesiones semestrales para supervisores de enfermería
  - Inclusión del PdC en el manual de acogida para nuevos profesionales, así como en la sesión de bienvenida.
- **Habilitación de la Supervisión de Enfermería de guardia para activar o desactivar el PdC.** Si el jefe de Guardia no está disponible por cualquier motivo, se ha habilitado a la Supervisión de Guardia para activar o desactivar el PdC.
- **Solicitud de la implementación de un sistema de consulta de datos básicos de pacientes.** En caso de contingencia, sobre todo si afecta a la red de datos, no se podrá consultar la HC de los pacientes por lo que será muy difícil conocer el NHC o el CIPA de los que lleguen de Urgencias. Se ha solicitado al Servicio de Informática la implementación de un sistema que permita disponer localmente de los datos más básicos de todos los pacientes a fin de dotar al registro manual de las actuaciones y peticiones de pruebas durante la contingencia, de más trazabilidad e información. Se debería establecer cuáles son esos datos básicos, pero al menos serían:

- NHC
- CIPA
- Nombre y Apellidos
- Edad/Fecha de Nacimiento

- **Inclusión en Arrinet de un conjunto de preguntas frecuentes acerca del PdC y su aplicación.** Se ha añadido una sección dentro de la página del PdC con preguntas frecuentes acerca del PdC y su uso:

- **Creación de un entorno de pruebas.** A fin de que las sesiones formativas resulten efectivas y para que los profesionales puedan comprobar individualmente sus conocimientos sobre la aplicación del PdC, se va a solicitar el estudio de la implementación de un entorno de pruebas o de simulación, en función de su factibilidad.
- **Incluir en la carpeta de contingencia toda la documentación de los PdC y sus procedimientos, así como los formularios de contingencia.** Se va a solicitar la inclusión de una carpeta con una copia en PDF tanto de los diferentes documentos del PdC como de los formularios a usar en caso de Contingencia.
- **Señalar los ordenadores de contingencia** para que resulten fácilmente identificables. Se está diseñando un nuevo sistema de señalización que dificulte la retirada de las etiquetas, su deterioro o su ocultación involuntaria.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos destacar la implicación para la eficacia del PdC de las siguientes personas o unidades:

- Silvia Martínez, Supervisora de guardia del Hospital General
- Ana Marín, Supervisora de guardia del Hospital Infantil
- M<sup>a</sup> Dolores Melgares, Supervisora de Urgencias Infantil
- Dra Frutos, jefe de Guardia
- Equipo de Centralita de guardia
- Centro de Soporte
- Juanjo Vera, jefe de Servicio de Informática
- Juana Marín, Unidad de Calidad Asistencial