

Prácticas seguras: identificación, caídas, contenciones, medicación, cirugía segura

Las prácticas seguras son medidas concretas, de eficacia demostrada, para evitar los daños más conocidos de la asistencia: identificar mal a un paciente, equivocarse con un medicamento de alto riesgo, perder información de la medicación al cambiar de nivel asistencial, operar en el sitio equivocado, que el paciente se caiga o que se le sujete sin necesidad. En el EIR caen sobre todo la definición de conciliación de la medicación, el listado de verificación quirúrgica (quién está, qué se comprueba, para qué se marca el sitio), el etiquetado de la medicación en anestesia, el potasio intravenoso, la escala de Downton y el concepto de sujeción mecánica y farmacológica.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



6 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Conciliación de la medicación: definición y objetivo (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Qué son las prácticas seguras y dónde se recogen	7
2. Identificación inequívoca del paciente	8
3. Medicamentos de alto riesgo y potasio intravenoso	10
4. Conciliación de la medicación	13
5. Medicación en el quirófano: etiquetado en anestesia	16
6. Cirugía segura: el listado de verificación quirúrgica	19
7. Prevención de caídas en el paciente atendido	22
8. Contenciones mecánicas y farmacológicas	24
Todas las preguntas del tema (8)	27
Preguntas que también podrían ser de este tema (1)	30
Solucionario	31
Fuentes	32

Resumen para repasar

1. Qué son las prácticas seguras y dónde se recogen

- Estrategia SNS: las prácticas seguras son la **línea 2** (medicamento, infecciones, cirugía, cuidados, identificación, comunicación, EA graves, radiaciones) ^{F1}.
- La Estrategia **2025-2035** añade el objetivo 2.9: recomendaciones de **«No Hacer»** ^{F2}.
- OMS, **mayo de 2007**: nueve **Soluciones**, entre ellas identificación, cirugía en el lugar correcto, **electrolitos concentrados** y medicación en la transición ^{F3,F4}.
- «Medicación sin daño»: tres áreas, **alto riesgo, polimedicación inapropiada y transiciones asistenciales** ^{F2}.

2. Identificación inequívoca del paciente

- Identificación inequívoca: datos que **solo pertenecen a ese paciente**; confirmarla en cada procedimiento, sobre todo **invasivo** ^{F1}.
- **Al menos dos identificadores**, preferentemente **automatizados, nunca la cama ni la habitación**; implicar al paciente ^{F1,F15}.
- Recién nacido: **antes de salir del paritorio**, con la madre o un familiar ^{F1,F2}; muestras etiquetadas **en el momento de obtenerlas** ^{F1}.
- Errores típicos: **número de habitación**, preguntar «¿es usted X?», mismo nombre, pulsera perdida ^{F2}.
- En quirófano: se pregunta al paciente **y** se comprueba el **brazalete** ^{F10}.

3. Medicamentos de alto riesgo y potasio intravenoso

- Alto riesgo = error con **consecuencias más graves**, no más frecuente ^{F5,F2}.
- Lista mínima hospitalaria: anticoagulantes, insulinas, opiáceos, **bloqueantes neuromusculares, potasio IV, metotrexato oral** y citostáticos ^{F5}.
- **Doble chequeo independiente** solo en puntos críticos, no generalizado; metotrexato: pauta **semanal** ^{F5}.
- Potasio: **retirar los viales concentrados** de las unidades; **vía oral** si se puede; dosis en mEq, volumen y velocidad ^{F4}.
- Solución preparada: **invertirla al menos seis veces**; nunca añadir potasio a una mezcla que ya lo tenga ni a un suero en curso ^{F4}. Programa 2026: viales concentrados fuera; en áreas críticas, **premezclas de farmacia** ^{F15}.
- Periférica: $\leq 40 \text{ mEq/l}$ y $\leq 20 \text{ mEq/h}$ (≤ 10 si $K^+ \geq 2,5$); **100 mEq/l** y **40 mEq/h** solo por **vía central** o en emergencia ^{F6}. Hipopotasemia con **hipomagnesemia** ^{F7}.

4. Conciliación de la medicación

- Conciliación: **mejorar la comunicación y disminuir los errores** en las transiciones, con la **medicación correcta en cada momento** ^{F8}.
- Proceso **estructurado y multidisciplinar** con profesionales, **pacientes y familiares o cuidadores** ^{F8}.
- Pasos: **historia completa de medicación domiciliaria**, comparar y resolver **discrepancias**, **lista actualizada** para todos ^{F8}.
- Ingreso: primeras **24 h**; alta: comparar con la domiciliaria y las **últimas 24 h**; resuelve el **médico responsable** ^{F8}.
- **No es** revisar la adecuación, deprescribir, evaluar la adherencia ni comprobar dosis, vía y frecuencia ^{F8}.
- Magnitud: hasta el **86,8 %** con error de conciliación al ingreso y el **63 %** al alta; se prioriza a los **crónicos polimedicados** ^{F8}.

5. Medicación en el quirófano: etiquetado en anestesia

- SEDAR, SENSAR e ISMP-España (2011): **nunca** administrar una jeringa sin etiqueta; etiqueta quien prepara, al cargar ^{F9}.
- Jeringas: código de colores por **Pantone®**; antagonistas con **barras diagonales de 1 mm a 45°**; opioides **azul 297** ^{F9}.
- Envases blancos salvo **epidural e intratecal: amarillos**, texto **negro, Arial 10-12** ^{F9}.
- **«mL», nunca «cc»**; concentración por mL, nunca como proporción ^{F9}.
- Líneas: epidural e intratecal **amarillo**, intraarterial **rojo 1787**; dos etiquetas, proximal y distal ^{F9}.

6. Cirugía segura: el listado de verificación quirúrgica

- Listado OMS (2008): **tres fases, 22 ítems**; mortalidad **1,5 → 0,8 %** en el estudio piloto ^{F10}.
- Facilita el **protocolo universal: paciente, procedimiento y sitio correctos**, y mejora la **comunicación** del equipo ^{F1,F2}.
- **Entrada** (antes de la inducción): mínimo **anestesista y enfermería**; **pausa** (antes de la incisión): **cirujano, enfermera y anestesista**; **salida**: antes de retirar el campo estéril ^{F10}.
- Profilaxis antibiótica en los **últimos 60 minutos**; leer **en voz alta** ^{F10}.
- Marca: **el cirujano**, con **rotulador indeleble**, si hay **lateralidad o niveles**, para no operar al **paciente o sitio equivocados** ^{F10}.
- La **instrumentista confirma verbalmente el indicador de esterilización**; recuento y muestras en la salida ^{F10}.
- Gestor del listado: la **enfermera de anestesia o la circulante** (o quien designe el centro), ayudada por todo el equipo; los ítems no verbalizados quedan **en blanco** ^{F10}.

7. Prevención de caídas en el paciente atendido

- Plan de cuidados con prevención de caídas y **escalas de estratificación del riesgo** ^{F1,F2}.
- **Downton**: caídas previas, medicación, déficit sensorial, estado mental y deambulación; **alto riesgo** ≥ 3 ^{F11}.
- Downton **no valora el entorno**; ninguna escala recoge todos los factores ^{F11}.
- Medidas: **cama baja, timbre** al alcance, **ruedas frenadas**, calzado seguro, **identificador visual** ^{F11}.
- Guía FASE (2017): las escalas **no superan al juicio clínico** y se desaconsejan en el hospital; el EIR pregunta **Downton** ^{F16,F11}.

8. Contenciones mecánicas y farmacológicas

- Sujeción, contención y restricción: jurídicamente **lo mismo** (art. 17 de la Constitución) ^{F13}.
- **Mobiliario ergonómico con dispositivos de retención = sujeción**, salvo que la persona sepa liberarse ^{F13}.
- Farmacológica: uso **deliberado** para un problema **no psiquiátrico ni médico** que limita las **AVD** ^{F12}.
- **No reducen las caídas**: pueden aumentarlas y agravarlas; riesgo de **asfixia y estrangulamiento** ^{F12}.
- CBE 2016: buscar **alternativas**; prescripción del **facultativo** (enfermería puede iniciarla en urgencia); **consentimiento** por escrito más allá del episodio agudo ^{F14}.
- Estrategia 2025-2035: **prevenir y reducir** las contenciones ^{F2}.
- La **prevención de caídas** motiva el **75 %** de las sujeciones ^{F13}.

Puntos clave

- 1 Identificar al paciente con **al menos dos identificadores**, preguntándole a él, nunca por el número de habitación ^{F1,F2}.
- 2 Conciliación: práctica para **mejorar la comunicación y disminuir los errores de medicación en las transiciones**; proceso **estructurado y multidisciplinar** que incluye a pacientes y cuidadores ^{F8}.
- 3 La conciliación **no es** revisar la adecuación, deprescribir ni evaluar la adherencia ^{F8}.
- 4 Potasio IV: viales concentrados **fuera de las unidades**; la solución preparada se **invierte al menos seis veces** ^{F4}.
- 5 Epidural e intratecal: etiquetas **amarillas**; «mL», nunca «cc»; colores por **Pantone®** ^{F9}.
- 6 Listado quirúrgico: Entrada con **anestesista y enfermería** como mínimo; pausa y salida con **cirujano, anestesista y enfermera** ^{F10}.
- 7 El marcado del sitio busca **paciente, procedimiento y sitio correctos** (protocolo universal) ^{F1,F10}.
- 8 La **instrumentista confirma verbalmente el indicador de esterilización** en la pausa quirúrgica ^{F10}.
- 9 **Downton**: alto riesgo con **3 o más puntos**; no valora el entorno ^{F11}.
- 10 Las sujeciones **no disminuyen las caídas**; el mobiliario con dispositivos de retención **es sujeción** ^{F12,F13}.

1. Qué son las prácticas seguras y dónde se recogen

La **Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020** dedicaba su **línea estratégica 2** a las **prácticas clínicas seguras**, con ocho objetivos generales: uso seguro del **medicamento** (2.1), prevención de las **infecciones** asociadas a la asistencia (2.2), prácticas seguras en **cirugía** (2.3), en los **cuidados** (2.4), **identificación inequívoca** del paciente (2.5), **comunicación** entre profesionales (2.6), abordaje de los **eventos adversos graves** (2.7) y uso seguro de las **radiaciones ionizantes** (2.8) ^{F1}. La **Estrategia 2025-2035**, la vigente, mantiene esos ocho objetivos (amplía el 2.5 a las muestras y la documentación clínica, y el 2.6 a la comunicación con los pacientes) y añade el **2.9**: disminuir las prácticas de escaso valor con recomendaciones de **«No Hacer»** ^{F2}.

La **OMS**, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, presentó nueve **«Soluciones para la Seguridad del Paciente»**: documentos breves con acciones concretas que habían demostrado reducir el riesgo en algunos países, elaborados por encargo de la OMS a un grupo de expertos de **The Joint Commission International** ^{F3}; la fecha de mayo de 2007 la da la bibliografía del documento del potasio de 2009 ^{F4}. Son estas ^{F3}:

- 1. Denominación diferenciada para los nombres de los medicamentos ^{F3}.
- 2. **Identificación de los pacientes** ^{F3}.
- 3. Comunicación durante la movilización y el traslado de los pacientes a otras unidades asistenciales ^{F3}.
- 4. **Intervención quirúrgica con el procedimiento y en el lugar correcto** ^{F3}.
- 5. **Control en la administración de soluciones concentradas de electrolitos** ^{F3}.
- 6. **Asegurar la adecuación de la medicación en la transición asistencial** ^{F3}.
- 7. Evitar errores en la conexión entre catéteres y otras vías ^{F3}.
- 8. Uso único de jeringas y dispositivos de inyección ^{F3}.
- 9. Mejora de la higiene de manos para prevenir infecciones ^{F3}.

El tercer reto mundial de la OMS, **«Medicación sin daño»**, fija **tres áreas prioritarias**: las **situaciones de alto riesgo**, la **polimedicación inapropiada** y las **transiciones asistenciales**; y cuatro pilares sobre los que actuar: los sistemas y prácticas de medicación, los medicamentos, los profesionales sanitarios y los pacientes y la ciudadanía ^{F2}. Las situaciones de alto riesgo incluyen los medicamentos, los pacientes (edad avanzada, pediátricos, oncológicos) y los entornos de alto riesgo (unidades geriátricas, cuidados intensivos, unidades quirúrgicas y urgencias) ^{F2}.



El mapa del tema

Cinco de las nueve Soluciones de la OMS de 2007 son materia de este tema: **identificación, cirugía en el lugar correcto, electrolitos concentrados** (potasio), **medicación en las transiciones** (conciliación) y nombres de medicamentos ^{F3}. En la Estrategia del SNS, las prácticas seguras son la **línea 2**; la de 2025-2035 añade el objetivo **«No Hacer»** ^{F1,F2}.

2. Identificación inequívoca del paciente

Identificación inequívoca del paciente: procedimiento que permite tener la certeza de la identidad del paciente durante el proceso de atención a partir de datos que **solo pertenecen a ese paciente** y no pueden ser compartidos por otros ^{F1}. Sus deficiencias pueden derivar en diagnósticos erróneos o en pruebas, intervenciones quirúrgicas o administración de medicamentos o **hemoderivados** a pacientes equivocados; por eso hay que confirmar la identidad **siempre que se le realice un procedimiento, especialmente si es invasivo** ^{F1}.

Recomendaciones de la Estrategia 2015-2020 para identificar al paciente ^{F1}:

- Utilizar **al menos dos identificadores únicos** del paciente, y preferentemente **métodos de identificación automatizados** ^{F1}.
- Comprobar la identificación **en cada procedimiento**, especialmente en los de **alto riesgo** ^{F1}.
- Establecer sistemas estandarizados de identificación de pacientes y de los que tienen **riesgos específicos** ^{F1}.
- Formar al personal e **incorporar activamente al paciente o al cuidador** en el proceso de identificación, y evaluar el proceso ^{F1}.
- Identificar al **recién nacido antes de salir del paritorio**, en presencia de la madre o de un familiar siempre que sea posible ^{F1}.
- **Etiquetar las muestras** biológicas y pruebas de imagen **en el mismo momento de su obtención** y asegurar su trazabilidad ^{F1}.
- Establecer mecanismos para identificar a los pacientes **no identificables** y diferenciar a los que tienen **identificadores similares** (mismo nombre) ^{F1}.

La **Estrategia 2025-2035** amplía el objetivo a la identificación del paciente, **las muestras y la documentación clínica** ^{F2}. Pide sistemas **estandarizados, evaluables y preferiblemente automatizados**; identificar las muestras con **al menos dos identificadores**, confirmando la identidad al etiquetarlas y evitando interrupciones; e identificar al recién nacido **antes de salir del paritorio o antes de cualquier posible separación de su madre** ^{F2}.

Recoge además un análisis del instituto ECRI de más de 7.000 errores de identificación: la mayoría (**72,3 %**) ocurrió con el paciente ya en el centro; más de la mitad, en **pruebas diagnósticas** (36,5 %) y **tratamientos** (22,1 %); el **91,4 %** se detectó antes de causar daño; y alrededor del **15 %** fueron errores de identificación física, la mayoría por **pérdida de la pulsera**, pulseras incorrectas o no haber verificado la identidad ^{F2}. Situaciones que favorecen el error, según ese informe ^{F2}:

- Usar el **número de habitación** para identificar al paciente (puede haber sido trasladado) ^{F2}.
- **Preguntar al paciente si es** un paciente determinado, diciéndole el nombre, en lugar de que **sea él quien se identifique** ^{F2}.
- Dos pacientes con el **mismo nombre y apellidos** ^{F2}.
- Administrar medicamentos **sin haber confirmado antes la identidad** ^{F2}.

El **Programa de prácticas prioritarias** para el uso seguro de los medicamentos (Ministerio e ISMP-España, 2026) concreta: **al menos dos identificadores inequívocos antes de prescribir, preparar, dispensar o administrar** un medicamento, que **no deben ser el número de habitación ni la cama** (p. ej., nombre completo y fecha de nacimiento, o nombre completo y número de historia); **pulseras identificativas** y, si es posible,

verificación automatizada con **código de barras**; y en **neonatos**, identificadores específicos (nombre de la madre, orden de nacimiento en partos múltiples) y, si es posible, **doble pulsera** ^{F15}.

En el quirófano, la primera comprobación del listado de verificación es la **identidad del paciente**, **preguntándole a él y comprobando el brazalete** (si el centro lo tiene), junto con la localización quirúrgica, el procedimiento y el consentimiento; si el paciente no puede confirmarlo, lo corrobora el **familiar** que le acompaña hasta el área quirúrgica ^{F10}.

Pregunta abierta, nunca cerrada

Es el paciente quien dice su nombre: preguntarle «¿es usted X?» favorece el error, igual que fiarse del **número de habitación** ^{F2}; la Estrategia 2015-2020 y el programa del Ministerio de 2026 dicen expresamente **nunca el número de cama o habitación** ^{F1,F15}. Mínimo **dos identificadores**, y la pulsera se comprueba además de preguntar ^{F1,F10}.

3. Medicamentos de alto riesgo y potasio intravenoso

Medicamentos de alto riesgo: los que tienen una probabilidad muy elevada de causar **daños graves o incluso mortales** cuando se produce un error en su utilización. Eso **no implica que los errores con ellos sean más frecuentes**, sino que, si se producen, sus consecuencias suelen ser **más graves** ^{F5,F2}. La Estrategia 2015-2020 ya pedía identificarlos y establecer procedimientos para su manejo seguro ^{F1}.

Ámbito	Lista mínima de medicamentos de alto riesgo del centro (Ministerio, 2023) ^{F5}
Hospitales	Anticoagulantes, insulinas, opiáceos, bloqueantes neuromusculares, potasio IV, metotrexato oral (uso no oncológico) y citostáticos (salvo que no se usen en el centro) ^{F5}
Atención primaria y residencias socio-sanitarias	Anticoagulantes, insulinas, opiáceos, metotrexato oral (uso no oncológico) y citostáticos orales ^{F5}

Cada centro debe elaborar **su propia lista**, con un número reducido de medicamentos para que las prácticas sean factibles, implantar **múltiples prácticas seguras** en todas las etapas del circuito, difundirla y formar a los profesionales, informar a los pacientes y evaluar su efectividad ^{F5}. La lista australiana **«A PINCH»** (difundida por la OMS) agrupa Antiinfecciosos, **Potasio** y otros electrolitos, **Insulinas**, **Narcóticos** (opioides) y otros sedantes, **Citostáticos** y **Heparina** y anticoagulantes; todas las listas coinciden en **anticoagulantes, opioides, insulinas y potasio y otros electrolitos** ^{F5}.

El **doble chequeo independiente** (una persona comprueba el trabajo de otra) se considera importante, pero **no de forma generalizada**: se limita a medicamentos de alto riesgo seleccionados, a los puntos más proclives a error y a los pacientes más vulnerables, como la programación de **bombas de infusión** o la comprobación de dosis en **pediatría** o con **citostáticos**; los **lectores de códigos** son una alternativa muy efectiva ^{F5}. Con el **metotrexato oral** de uso no oncológico, el error típico es la administración **diaria en lugar de semanal**, y los sistemas electrónicos deben proponer por defecto la **pauta semanal** ^{F5}. La Estrategia 2025-2035 pide además **bombas de infusión inteligentes** al menos para los medicamentos de alto riesgo y el **código de barras** en los hospitales ^{F2}.

Potasio intravenoso. La administración accidental de **cloruro potásico concentrado** ha causado muertes en distintos países, y un factor común ha sido tener **viales o ampollas concentrados en las unidades asistenciales**; la OMS lo incluyó entre sus primeras nueve Soluciones ^{F4}. Las **Recomendaciones para el uso seguro del potasio intravenoso** (Ministerio de Sanidad e ISMP-España, 2009) piden ^{F4}:

- **Retirar los viales y ampollas de cloruro potásico concentrado de las unidades asistenciales** y sustituirlos por **soluciones diluidas** ^{F4}.
- Definir las pocas unidades donde haga falta el concentrado (áreas críticas) y cómo se almacena **separado** del resto de la medicación; en armarios automatizados, en un cajetín de acceso restringido con la alerta **«diluir antes de administrar»**, que también debe llevar el vial si su etiqueta no lo advierte ^{F4}.
- Estandarizar las soluciones, los límites de **dosis y concentración**, las **velocidades** de infusión y cuándo se precisa **bomba** ^{F4}.

- Usar **potasio oral** en lugar de intravenoso siempre que sea clínicamente posible ^{F4}.
- Prescribir siempre la **dosis en mEq o mmol** (1 mEq = 1 mmol), el **volumen de dilución** y el **tiempo** o la **velocidad** de infusión ^{F4}.
- Las recomendaciones se aplican también al **fosfato potásico** y a otras sales concentradas de potasio ^{F4}.

Si una unidad tiene que preparar el potasio intravenoso a partir del concentrado, el documento pide ^{F4}: aplicar el protocolo del centro; **asegurar que la solución preparada es homogénea, invirtiéndola al menos seis veces; no añadir nunca potasio concentrado a una mezcla que ya contenga potasio ni a una solución que ya se está administrando**; etiquetar bien la solución; y considerar un **doble chequeo independiente** al prepararla y antes de administrarla.

El **Programa de prácticas prioritarias** del Ministerio y el ISMP-España (2026) mantiene la práctica: **eliminar los viales o ampollas de potasio concentrado de las unidades asistenciales** y sustituirlos por **soluciones diluidas o premezcladas**; en las **áreas críticas**, soluciones concentradas **premezcladas preparadas en el servicio de farmacia** y etiquetadas como «concentradas» ^{F15}. La implantación en los hospitales españoles es baja: **35,6 %** en las medidas del potasio y **30,5 %** en la restricción de su disponibilidad en las unidades ^{F15}.

Las cifras de concentración y velocidad las dan las fichas técnicas. La del cloruro de potasio Kabi 0,04 mEq/ml indica que **10 mEq/h** se considera una velocidad segura y que, como norma general, **por vía periférica nunca se deben sobrepasar los 20 mEq/h**; por vía central se pueden alcanzar velocidades superiores ^{F6}. Su tabla ^{F6}:

Ficha técnica de Kabi ^{F6}	Vena periférica	Vena central
Concentración de potasio	≤ 0,04 mEq/ml (40 mEq/l)	≤ 100 mEq/l ; por encima de 60 mEq/l, estrecha monitorización ECG
Velocidad con hipopotasemia moderada (K+ ≥ 2,5 mEq/l)	≤ 10 mEq/h	≤ 20 mEq/h
Velocidad con hipopotasemia grave (K+ < 2,5 mEq/l)	≤ 20 mEq/h	≤ 20 mEq/h (excepcionalmente, en emergencias, hasta 40 mEq/h con monitorización ECG continua)

La **hipopotasemia** coincide con frecuencia con la **hipomagnesemia** (no con la hipermagnesemia): cuando van juntas, hay que corregir ambos déficits para frenar la pérdida renal de potasio ^{F7}.

«Agitar» o «invertir» seis veces

El documento del Ministerio dice **«invirtiéndola al menos seis veces»** para que la solución sea homogénea ^{F4}: es la misma idea que «agitarla al menos 6 veces». Por vía **periférica**, la concentración máxima es **40 mEq/l** y la velocidad, **no más de 20 mEq/h**; los **100 mEq/l** y los **40 mEq/h** son cifras de **vía central** y de emergencia con ECG ^{F6}. Y al potasio bajo se asocia el **magnesio bajo** ^{F7}.

Uso seguro del potasio: agitar la solución

Indique la respuesta correcta con relación al uso seguro del potasio:

1. Una vez reconstituida la solución, ha de agitarse al menos 6 veces.
2. Soluciones con una concentración ≤ 60 mEq/l pueden administrarse mediante sistemas de regulación de flujo.
3. Por vía periférica, se repondrá en una concentración máxima de 100 mEq/l, administrándose normalmente a una velocidad de 40 mEq/h.
4. Ha de valorarse el nivel de magnesio ante la posibilidad de una hipermagnesemia asociada a la hipopotasemia.

4. Conciliación de la medicación

En las **transiciones asistenciales** (ingreso, traslados, alta) se producen numerosos errores de medicación por fallos de comunicación ^{F8}. La **conciliación de la medicación** es una práctica que se ha desarrollado con el objetivo de **mejorar la comunicación y disminuir estos errores**, garantizando que el paciente **recibe en cada momento la medicación correcta** a lo largo de toda su asistencia ^{F8}. Es un **proceso estructurado y multidisciplinar**, que implica **tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y sus familiares o cuidadores**, para lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los **puntos de transición o traspaso asistencial** sea **precisa, completa y segura** ^{F8}. La Estrategia 2025-2035 repite la misma definición ^{F2}.

La definición clásica, hospitalaria, que recoge la Estrategia 2015-2020: **proceso formal** que consiste en obtener una **lista completa y precisa de la medicación previa al ingreso** y compararla con la prescrita **al ingreso, en los traslados y al alta**; las **discrepancias** se comentan con el prescriptor y, si procede, se corrigen; y los cambios se registran y se comunican al siguiente profesional y al paciente ^{F1}. Con la conciliación, el paciente recibe **todos los medicamentos necesarios** que estaba tomando, prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correctas, y se evitan **duplicidades, omisiones e interacciones** ^{F8}: se trata de que lo que tomaba no se pierda ni se cambie por error en la transición, no de juzgar si ese tratamiento es el adecuado (eso es la revisión de la medicación, más abajo) ^{F8}.

El proceso tiene **tres pasos** ^{F8}:

- a) Obtener la **historia completa de la medicación domiciliaria** («mejor historia de medicación domiciliaria posible»), revisando **al menos una fuente de información** y con una **entrevista estructurada** al paciente o a su familia o cuidadores; es la **piedra angular** de la conciliación ^{F8}.
- b) **Compararla** con los medicamentos que se prescriben en cada punto de transición e **identificar y resolver cualquier discrepancia** ^{F8}.
- c) Asegurar que en todo momento hay una **lista completa y actualizada** de la medicación para el paciente, su familia o cuidadores y **todos los profesionales** que le atienden ^{F8}.

Momento	Qué se hace (Recomendaciones del Ministerio, 2019) ^{F8}
Ingreso	Preferentemente en las primeras 24 horas , un profesional asignado (médico, farmacéutico o enfermera) compara la historia domiciliaria con la medicación prescrita al ingreso y resuelve las discrepancias (omisiones, duplicidades, información ambigua) ^{F8}
Alta	Se compara el listado de medicación al alta con la historia domiciliaria y con la administrada en las últimas 24 horas en el hospital; informe de alta con los cambios, hoja de medicación y explicación al paciente ^{F8}
Quién resuelve	Las discrepancias las resuelve el médico responsable del tratamiento, que deja constancia en la historia ^{F8}
Tras el alta	El médico responsable en el centro de salud o sociosanitario concilia, preferentemente en la primera semana o, en todo caso, antes de hacer la receta de un medicamento nuevo ^{F8}

La magnitud del problema en España: hasta el **86,8 %** de los pacientes puede presentar algún **error de conciliación al ingreso** y hasta el **63 % al alta**; el riesgo aumenta con el número de medicamentos y de enfermedades crónicas, por eso se prioriza a los **crónicos polimedicados** ^{F8}. El documento de 2019 se centra en el **alta**, porque el paciente pasa a su domicilio sin supervisión sanitaria ^{F8}.

Lo que no es conciliar. El documento advierte que la conciliación **no se debe confundir** con otras intervenciones que tienen sus propios métodos y que pueden hacerse además de ella ^{F8}:

- La **revisión de la adecuación del tratamiento**, la **deprescripción** o la **evaluación de la adherencia** terapéutica ^{F8}.
- La **revisión de la adecuación de los medicamentos** o la comprobación de que los medicamentos (**dosis, vía y frecuencia**) son **correctos y clínicamente necesarios** ^{F8}.
- Revisar el tratamiento **para mejorar su adecuación** al paciente o a su situación clínica ^{F8}.
- El objetivo de la conciliación es **mantener y comunicar una información completa y exacta** sobre la medicación en las transiciones: es cuestión de **estandarización de procesos**; la revisión de la medicación lo es de conocimiento y juicio clínico ^{F8}.

La Estrategia 2015-2020 añade que conciliar **permitiría también valorar** la adherencia o la falta de comprensión de los tratamientos: es un beneficio añadido, no el objetivo del proceso ^{F1,F8}. Tampoco es conciliación la **prescripción electrónica**, la **notificación** de incidentes con medicamentos o el **análisis de los errores** de medicación: son otras prácticas del mismo objetivo de uso seguro del medicamento de la Estrategia ^{F1}.



Conciliar = comunicar, no revisar

Conciliación: práctica para **mejorar la comunicación y disminuir los errores en las transiciones**, garantizando la **medicación correcta en cada momento**; proceso **estructurado y multidisciplinar** con **profesionales, pacientes y familiares o cuidadores** ^{F8}. No es revisar la adecuación, deprescribir ni evaluar la adherencia ^{F8}.

Conciliación de la medicación: definición y objetivo

En relación con la conciliación de la medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos presentes en las recomendaciones de prácticas seguras, señale la respuesta correcta:

1. Es una práctica que se ha desarrollado con el objetivo de mejorar la comunicación y disminuir los errores de medicación en las transiciones asistenciales, y así garantizar que el paciente recibe en cada momento la medicación correcta a lo largo de todo el proceso asistencial.
2. Supone la revisión del tratamiento para mejorar la adecuación del mismo al paciente o a su situación clínica.
3. Supone la revisión de la adecuación de los medicamentos o comprobación de que los medicamentos (dosis, vía y frecuencia) son correctos.
4. Se trata de la revisión de la adecuación del tratamiento, la deprescripción, la evaluación de la adherencia terapéutica u otras intervenciones que tienen sus propios métodos o herramientas específicas, y que están asociadas con una mejor utilización de los medicamentos.

Conciliación de la medicación: definición y objetivo

Indique cuál de los siguientes es un proceso estructurado y multidisciplinar, que implica tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y sus familiares o cuidadores, para lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de transición o traspaso asistencial sea precisa, completa y segura:

1. Análisis y gestión de los errores de medicación.
2. Conciliación de medicación.
3. Prescripción electrónica.
4. Notificación de incidentes relacionados con el uso de medicamentos.

5. Medicación en el quirófano: etiquetado en anestesia

Los errores de medicación son uno de los principales problemas de seguridad del paciente quirúrgico, sobre todo en anestesia ^{F10}. La **Declaración de Helsinki** sobre seguridad en anestesia recomienda que todas las instituciones proporcionen **etiquetas específicas para las jeringas** con medicación que se administran durante la anestesia, conforme a las normas internacionales ^{F10}. En España, la **SEDAR**, el **SENSOR** y el **ISMP-España** publicaron en **2011** unas recomendaciones de etiquetado de jeringas, envases y vías ^{F9,F10}.

- Todas las jeringas, frascos y bolsas con medicación deben ir etiquetados; **nunca se administra el contenido de una jeringa o bolsa que no esté bien etiquetada** ^{F9}.
- Prepara, etiqueta y administra **la misma persona** siempre que sea posible; se etiqueta **inmediatamente después de cargar** el medicamento y no se empieza el siguiente hasta terminar el anterior ^{F9}.
- Se etiquetan los **extremos de las líneas** usadas para las vías **epidural, intratecal e intraarterial**, y se usan, siempre que se pueda, sistemas con **conexiones no compatibles** entre vías ^{F9}.
- Los medicamentos para vía **epidural o intratecal** los comprueba **siempre una segunda persona** ^{F9}.
- En los quirófanos **no deben almacenarse viales o ampollas de cloruro potásico concentrado** ^{F9}.

Etiquetas de jeringas. Miden **35-45 mm de largo** y **15-25 mm de ancho** ^{F9}. El color sigue un **código internacional** por grupo terapéutico, que **se rige por la escala Pantone®** ^{F9}. Los **antagonistas** llevan el color de sus agonistas con **barras diagonales de 1 mm, inclinadas 45°, alternadas con barras blancas de 1 mm**; el nombre va en el **centro** de la etiqueta y alrededor de él se omiten las barras ^{F9}. El texto es **negro**, salvo en **adrenalina y succinilcolina**, cuyo nombre va sobre una franja negra, y la fuente es tipo **Arial de al menos 10 puntos** ^{F9}. Como mínimo, la etiqueta lleva el **nombre del principio activo** y la **concentración por mililitro** (p. ej., 5 mg/mL), **nunca como proporción** (1:1000) ^{F9}.

Grupo terapéutico	Ejemplos	Color (Pantone®) ^{F9}
Benzodiacepinas	Diazepam, midazolam	Naranja 151
Antagonistas de benzodiacepinas	Flumazenil	Naranja 151 con barras diagonales blancas
Inductores anestésicos	Tiopental, propofol, ketamina	Amarillo
Bloqueantes neuromusculares no despolarizantes	Vecuronio, rocuronio, atracurio, cisatracurio	Rojo 811
Antagonistas de los bloqueantes no despolarizantes	Neostigmina, sugammadex	Rojo 811 con barras diagonales blancas
Bloqueantes neuromusculares despolarizantes	Succinilcolina	Parte superior: nombre en rojo 811 sobre fondo negro; resto, rojo 811
Opioides	Morfina, fentanilo	Azul 297
Antagonistas de opioides	Naloxona	Azul 297 con barras diagonales blancas

Grupo terapéutico	Ejemplos	Color (Pantone®) ^{F9}
Anestésicos locales	Lidocaína, bupivacaína	Gris 401
Antieméticos	Droperidol, ondansetrón, dexametasona	Salmón 156
Anticolinérgicos	Atropina	Verde 367
Neurolépticos	Haloperidol, clorpromazina	Salmón 156
Vasopresores excepto adrenalina	Efedrina	Violeta 256
Adrenalina	Adrenalina	Parte superior: nombre en violeta 256 sobre fondo negro; resto, violeta 256
Hipotensores	Nitroglicerina, urapidil, hidralazina	Violeta 256 con barras diagonales blancas
Miscelánea	Oxitocina, antibióticos, heparina	Blanco

Abreviaturas. Se usan las unidades aceptadas internacionalmente: se recomienda **evitar «cc» y utilizar siempre «mL»**, y evitar la letra griega «μ» para «μg» (se escribe «mcg» o «microgramo») ^{F9}. Para nombres parecidos se pueden **resaltar con mayúsculas** las letras que los distinguen (DOBUTamina-DOPamina) ^{F9}.

Etiquetas de envases (bolsas, frascos, jeringas de bomba). Son **blancas, excepto las de medicamentos para las vías epidural o intratecal, que son amarillas** (esto se refiere solo a envases, no a jeringas); el texto es **negro**, con fuente **Arial o similar de 10 a 12 puntos** ^{F9}. Llevan el nombre del medicamento, la cantidad total y el volumen, la concentración por mililitro, el **nombre completo del paciente** y el número de historia o la fecha de nacimiento; en las de vía epidural o intratecal se incluye **siempre la vía**, en negrita de al menos 12 puntos ^{F9}.

Vía de riesgo	Color de la etiqueta de la línea	Texto ^{F9}
Epidural	Amarillo Pantone	EPIDURAL
Intratecal (espinal)	Amarillo Pantone	ESPINAL
Intraarterial	Rojo Pantone 1787	IntraARTERIAL

La etiqueta de la línea es de tipo **bandera**, con texto negro en fuente recta tipo Arial de **al menos 12 puntos**; cada línea lleva **dos etiquetas**, una en el extremo **proximal (paciente)** y otra en el **distal (envase)**, y otra más justo por debajo de la **bomba** si se usa ^{F9}. No hay un código de colores internacional para cada vía, **salvo el amarillo para epidural e intratecal** (recomendado por la National Patient Safety Agency británica); para la intraarterial se tiende a usar el **rojo** ^{F9}.



Epidural e intratecal: amarillo

Envases y líneas de **epidural e intratecal: amarillos**, con texto **negro**; intraarterial: **rojo** ^{F9}. El **azul 297** es el de los **opioides** en las jeringas ^{F9}. Colores por **Pantone®**; antagonistas con **barras diagonales blancas de 1 mm a 45°; «mL», nunca «cc»** ^{F9}.

EIR 2020 · 165

P7 · respuesta en el solucionario

Medicación en quirófano: etiquetado de la vía intratecal o epidural

En relación a las prácticas seguras de administración de medicamentos intraquirófano NO es cierto que:

1. La medicación intratecal o epidural debe ir rotulada en una etiqueta azul, texto negro y una fuente de letra tipo Arial o similar de 10 a 12 puntos.
2. Se recomienda evitar la abreviatura “cc” (centímetros cúbicos) y emplear en su defecto la abreviatura “ml” (mililitros).
3. Los colores del etiquetado se regirán por la escala Pantone®.
4. Los fármacos antagonistas se distinguirán mediante barras diagonales blancas de 1 mm de longitud y 45° de inclinación del mismo color que los fármacos agonistas, y se alternarán con barras blancas de 1 mm. El nombre del fármaco se encontrará en el centro de la etiqueta, y alrededor del mismo se omitirán las barras.

6. Cirugía segura: el listado de verificación quirúrgica

El **listado de verificación quirúrgica de la OMS** nació dentro del reto «**La cirugía segura salva vidas**» y salió a la luz en **junio de 2008**; tiene **tres secciones y 22 ítems**: antes de la inducción de la anestesia (*sign in*, 7 ítems), antes de la incisión (*time out*, 10 ítems) y **antes de que el paciente abandone el quirófano** (*sign out*, 5 ítems) ^{F10}. En el estudio de la OMS en 8 hospitales, tras introducirlo la **mortalidad bajó del 1,5 % al 0,8 %** y las **complicaciones del 11 % al 7 %** ^{F10}. **España se sumó en 2008** al programa de Cirugía Segura de la OMS ^{F10}.

Para la Estrategia 2015-2020, el listado es una **medida simple, eficiente y efectiva** que facilita el cumplimiento del **protocolo universal (paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto)** y la **prevención de la infección del sitio quirúrgico**; trasciende la **simple comprobación**: mejora la **comunicación y el trabajo en equipo**, y debería hacerse **al menos en cirugía programada** ^{F1}. Entre sus recomendaciones está **promover el marcado del sitio quirúrgico como práctica rutinaria** ^{F1}. La Estrategia 2025-2035 añade que los listados mejoran **las relaciones y la comunicación en el equipo**, reducen la **morbimortalidad** quirúrgica y mejoran la seguridad del paciente ^{F2}.

El **Programa de Cirugía Segura del SNS**, financiado por el Ministerio de Sanidad y liderado técnicamente por la **Asociación Española de Cirujanos**, en colaboración con las comunidades autónomas, comparte objetivos con **Infección Quirúrgica Zero** ^{F10}. En cada centro hay un equipo formado por un **especialista quirúrgico, una enfermera, un anestesiólogo** y un responsable nombrado por la dirección ^{F10}. El listado se cumplimenta en el formato de cada hospital, **con base en el de la OMS** ^{F10}.

Fase	Cuándo y quién	Qué se comprueba ^{F10}
Entrada	Antes de la inducción anestésica. Como mínimo, anestesta y personal de enfermería ; es aconsejable que esté también el cirujano ^{F10}	Consentimiento; identidad (preguntando al paciente y con el brazalete), localización y procedimiento; marca del sitio o «no aplicable»; chequeo de seguridad anestésica; pulsioxímetro colocado y funcionando; alergias ; vía aérea difícil ; riesgo de perder más de 500 ml de sangre (7 ml/kg en niños); material quirúrgico específico ^{F10}
Pausa quirúrgica	Después de la inducción y justo antes de la incisión. Cirujano, enfermera y anestesta confirman ^{F10}	Todos se presentan por nombre y función ; confirmación verbal de identidad, localización, procedimiento y posición ; profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos ; imágenes esenciales; anticipación de incidentes críticos (cirujano, anestesta y enfermera) ^{F10}
Salida	Durante o justo después del cierre, antes de retirar el campo estéril y antes de que el equipo abandone el quirófano ^{F10}	Procedimiento realizado, eventos intraoperatorios y plan (cirujano); plan de recuperación (anestesta); recuento de gasas, agujas e instrumental e identificación de las muestras con el nombre del paciente ^{F10}

Lo realiza un **gestor del listado**: la **enfermera de anestesia, la enfermera circulante o la persona que designe el centro**, responsable de chequear las casillas **ayudado por todos** los que participan en la

intervención ^{F10}. Según el equipo coordinador nacional, su cumplimentación puede ser **dirigida por enfermería, anestesiólogo o cirujano**, y se dejan **en blanco** los ítems que no se hayan podido constatar o **verbalizar** ^{F10}. Se recomienda **leer el listado en voz alta** para todo el equipo, en lugar de que cada uno lo aprenda de memoria ^{F10}. Cada casilla de la pausa se marca solo cuando el anestesista, el cirujano y la enfermera circulante lo han confirmado **individual y explícitamente** ^{F10}.

«Anestesista y enfermera» solo basta para la Entrada

La presencia mínima de **anestesista y enfermería** (aconsejable el cirujano) se exige para la **Entrada**, antes de la inducción ^{F10}. En la **pausa quirúrgica** confirman **cirujano, enfermera y anestesista**, y en la **salida** revisan los tres ^{F10}. Decir que el listado «se realiza en presencia de anestesista y enfermera» deja fuera al cirujano, que debe participar en la confirmación antes de la incisión y en la revisión de la salida ^{F10}.

EIR 2020 · 179

P6 · respuesta en el solucionario

Lista de verificación quirúrgica: quién la realiza

De entre las siguientes respuestas indique la opción INCORRECTA en referencia al sistema de verificación quirúrgica en el bloque quirúrgico:

1. Se realiza en voz alta antes de la inducción anestésica, previo a la incisión quirúrgica y antes de salir el paciente de quirófano.
2. Antes de la incisión quirúrgica uno de los ítems que se comprueba es la administración de la profilaxis antibiótica pautada.
3. Se debe realizar en presencia de anestesista y enfermera.
4. Su uso mejora la seguridad del paciente, y a nivel profesional, mejora las relaciones y la comunicación de los equipos de trabajo.

Marcado del sitio quirúrgico. En la Entrada, el gestor confirma que **el cirujano que opera o un ayudante designado ha marcado el sitio**, normalmente con un **rotulador indeleble**, cuando la cirugía implica **lateralidad** (derecha o izquierda) o **múltiples estructuras o niveles** (un dedo concreto, una lesión de la piel, una vértebra) ^{F10}. Con la confirmación de identidad, procedimiento y sitio, lo que se busca es **evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea**: es el **protocolo universal** de la Joint Commission contra la cirugía en el **sitio, el procedimiento o la persona equivocados** ^{F10,F1}. Estos errores están entre los eventos adversos quirúrgicos de consecuencias severas ^{F10}; un **evento centinela** es un suceso imprevisto con muerte o lesión física o psíquica grave, o riesgo de que se produzca, que exige una investigación y una respuesta inmediatas ^{F1}.

★ Para qué se marca

Identidad + procedimiento + sitio marcado = **protocolo universal: paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto** ^{F1}. La marca la hace **el cirujano** (o ayudante designado) con **rotulador indeleble** si hay **lateralidad o niveles** ^{F10}.

Lista de verificación de la OMS: objetivo de evitar paciente o procedimiento equivocado

Durante la programación de una colecistectomía laparoscópica, el equipo quirúrgico aplica la lista de verificación de seguridad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El anestesiólogo revisa con la enfermera circulante la identificación del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico. Posteriormente, el cirujano marca con un rotulador el área de incisión. ¿Cuál es el objetivo principal de este procedimiento según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad?:

1. Reducir la probabilidad de infecciones de localización quirúrgica al delimitar con precisión el campo operatorio.
2. Disminuir el riesgo de eventos centinela relacionados con paciente equivocado, procedimiento incorrecto o localización errónea.
3. Facilitar el registro de la trazabilidad quirúrgica en la historia clínica electrónica y en la hoja de ruta quirúrgica.
4. Facilitar la coordinación entre los distintos profesionales del Bloque Quirúrgico mediante la unificación de la secuencia de pasos quirúrgicos.

El papel de enfermería. En la pausa, **la enfermera repasa** el resultado de los **indicadores de esterilidad**, los problemas del equipamiento y otras precauciones: **la enfermera instrumentista debería confirmar verbalmente el indicador de esterilización, que verifica que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente** (p. ej., «Esterilización verificada. No hay precauciones especiales») ^{F10}. En la salida, **la instrumentista o la circulante confirma verbalmente el recuento final** de gasas e instrumental y la **identificación de las muestras**, leyendo en voz alta el nombre del paciente y la descripción ^{F10}.

Enfermería también participa en la **organización y la evaluación** del programa: está en el equipo de cada centro y en el de cada comunidad autónoma (cirujano o anestesista y una enfermera), los responsables del área quirúrgica son **líderes de enfermería y médicos**, y el seguimiento incluye la **vigilancia de la cumplimentación** del listado por un evaluador externo o la **supervisora** y el cirujano coordinador, y la **recogida de los registros** por la **supervisora de quirófano** ^{F10}. Todo el personal del área quirúrgica es responsable del cumplimiento de las normas de seguridad, no solo enfermería ^{F10}.

Cirugía Segura: funciones de la enfermera instrumentista (indicador de esterilización)

Según el Proyecto Cirugía Segura, ¿cuál de las siguientes funciones corresponde al personal de enfermería en la implementación de prácticas seguras dentro del bloque quirúrgico?:

1. Supervisar el cumplimiento de las medidas de seguridad quirúrgica y promover la aplicación de la lista de verificación de forma exclusiva entre el personal de enfermería.
2. Limitarse al cumplimiento de las indicaciones aprobadas por el personal médico que motiven su participación en la verificación del procedimiento.
3. La enfermera instrumentista deberá confirmar verbalmente el indicador de esterilización, que verifica que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente.
4. No se contempla la participación en los procesos de auditoría del programa.

7. Prevención de caídas en el paciente atendido

La Estrategia 2015-2020 pide un **plan de cuidados individualizado** que incluya, al menos, la **prevención de caídas** y lesiones asociadas y la **seguridad en la contención física** ^{F1}. La de 2025-2035 concreta: prevención de caídas y lesiones asociadas, **con especial atención a la fractura de cadera**, mediante **escalas de valoración y estratificación del riesgo** ^{F2}.

El procedimiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2009) recuerda que **ninguna escala contempla todos los posibles factores de riesgo** ^{F11}. Elige la **escala de J. H. Downton** para unificar el cribado entre ámbitos: es validada, de fácil uso y aplicable en los distintos niveles asistenciales ^{F11}. **Alto riesgo con 3 o más puntos** (más de 2) ^{F11}:

Ítem de Downton	Puntúa 1	Puntúa 0 ^{F11}
Caídas previas	Sí	No
Medicación	Tranquilizantes-sedantes, diuréticos, hipotensores (no diuréticos) , antiparkinsonianos, antidepresivos	Ninguno; otros medicamentos
Déficit sensorial	Alteraciones visuales , alteraciones auditivas, extremidades (ictus...)	Ninguno
Estado mental	Confuso	Orientado
Deambulación	Insegura con ayuda o sin ayuda	Normal, segura con ayuda , imposible

Downton no puntúa el entorno

Los cinco bloques de Downton son **caídas previas, medicación, déficit sensorial, estado mental y deambulación: no hay ningún ítem sobre el entorno** ^{F11}. La deambulación **segura con ayuda** se valora, pero puntúa 0 ^{F11}. El entorno y otros factores que la escala no recoge se valoran aparte ^{F11}.

EIR 2017 · 189

P9 · respuesta en el solucionario

Escala de Downton: elementos valorados

Al valorar en una persona anciana el Riesgo de caídas siguiendo la Escala de Downton, cuál de los siguientes elementos no habremos valorado:

1. La toma de medicamentos hipotensores no diuréticos.
2. La limitación sensorial visual.
3. La deambulación estable con bastón.
4. El entorno desfavorable.

¿Escala de riesgo de caídas en el hospital?

La **Guía FASE** del Servicio Andaluz de Salud (2017), posterior al procedimiento de Downton, dice que **no hay consenso** sobre qué escala usar, que las escalas **no han demostrado ser más eficaces que el juicio clínico** y que existe una **recomendación explícita de que no se utilicen escalas de predicción del riesgo de caídas en el hospital** ^{F16}. La Estrategia 2025-2035, en cambio, sigue hablando de **escalas de valoración y estratificación del riesgo** ^{F2}. La escala que se pregunta es **Downton**, con sus ítems ^{F11}.

Tras la valoración inicial, el paciente es de **alto riesgo** con 3 o más puntos o si hay otros factores que el profesional considere desencadenantes (incontinencia, edad, transferencia) ^{F11}. Se **reevalúa cada vez que cambia su estado de salud o su entorno** ^{F11}. Al incluirlo en el protocolo se le pone un **identificador visual** de riesgo de caídas en la historia, se informa a los profesionales que le atiendan y se informa al paciente y a la familia para que participen en su seguridad ^{F11}. Con bajo riesgo se aplican medidas generales; con alto riesgo, además, intervenciones específicas sobre sus factores ^{F11}.

- **Unidad asistencial:** objetos al alcance del paciente; **cama en la posición más baja; timbre** a su alcance y responder de inmediato a la llamada; suelo sin obstáculos; barandillas de longitud y altura adecuadas si es necesario; señales que alerten del alto riesgo ^{F11}.
- **Paciente:** dispositivos de ayuda para una deambulación estable, **gafas** y otros dispositivos prescritos, **calzado seguro** ^{F11}.
- **Transferencias:** **bloquear las ruedas** de sillas y camas; sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos ^{F11}.
- **Entorno general:** buena **iluminación**, suelos antideslizantes y superficie antideslizante en la ducha o bañera ^{F11}.
- **Familia:** educar sobre los factores de riesgo y cómo reducirlos ^{F11}.

★ Downton en una línea

Caídas previas, medicación, déficit sensorial, estado mental y deambulación; **alto riesgo ≥ 3 puntos**; sin ítem de entorno ^{F11}. Reevaluar al cambiar el estado o el entorno, identificador visual e implicar al paciente y la familia ^{F11}.

8. Contenciones mecánicas y farmacológicas

Contención, restricción o sujeción son términos que se usan para lo mismo: medidas utilizadas con el objetivo de **restringir la movilidad** del paciente, **físicas o mecánicas** (manoplas, muñequeras, cinturones, arneses, tobilleras, barras laterales) o **farmacológicas** (neurolépticos, benzodiacepinas) ^{F14}. Para la SEGG, desde el punto de vista **jurídico** todos esos términos suponen privar de la **libertad de movimientos** y afectan al derecho fundamental del **artículo 17 de la Constitución**, por lo que deben tener el **mismo tratamiento** ^{F13}.

Sujeción mecánica (SEGG, 2014): cualquier acción, procedimiento o método que, mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo, **el paciente no sea capaz de mover o retirar con facilidad**, y que **deliberadamente** se utiliza para limitar su libertad de movimientos o el acceso normal a su propio cuerpo ^{F13}.

Dispositivo	¿Es sujeción? (SEGG) ^{F13}
Dos barandillas, o una sola que impida la única salida posible de la cama y que el usuario no pueda retirar fácilmente	Sí , es una medida de restricción-sujeción ^{F13}
Una sola barandilla a petición (voluntaria) del propio usuario, como asidero o apoyo, que deje libre una salida y con entrenamiento para retirarla	Puede considerarse que no ^{F13}
Mobiliario ergonómico adaptado con dispositivos de retención (bandejas, mesas...)	Sí , salvo que la persona haya sido entrenada para liberarse con facilidad ^{F13}
Mobiliario no adaptado en posiciones que bloquean la movilidad (sillas o sillones reclinados, mesas que atrapan, colchones cóncavos)	Es mala praxis , aunque no se use ningún dispositivo específico ^{F13}

En su artículo de presentación del consenso, la SEGG lo resume: las barandillas elevables y el **mobiliario ergonómico (sillas, sillones y mesas) con dispositivos de retención** son, para el grupo de consenso, **mecanismos de sujeción**, porque limitan la libertad de movimientos ^{F12}.

Sujeción farmacológica o química: la utilización de medicamentos de forma **deliberada e intencional** para controlar un **problema de base no psiquiátrica ni médica**, para el que **existe mejor tratamiento**, y que acaba limitando los movimientos o la actividad física, las **actividades de la vida diaria** y el funcionamiento mental ^{F12}. El documento de consenso habla de psicofármacos de cualquier grupo y dosis usados para controlar una conducta inadecuada o molesta (vagabundeo, rechazo de los cuidados) **por conveniencias organizativas**, no por un trastorno psiquiátrico o médico diagnosticado ^{F13}.

¿Evitan caídas? No. La **prevención de caídas** es la causa del **75 %** de las sujeciones, pero los estudios demuestran que **no disminuyen el número ni las consecuencias de las caídas, sino que pueden aumentarlas**; las caídas que se producen tienen consecuencias **más graves**, y los psicótrópos aumentan el riesgo de caídas, deterioro funcional y muerte ^{F12,F13}. Además producen **lesiones directas** (erosiones, laceraciones, desgarros, isquemias) y, a veces, **lesiones potencialmente mortales por estrangulamiento y asfixia**, e **indirectas**: deterioro funcional, síndrome de inmovilidad, incontinencia, úlceras, infecciones ^{F12}. El

★ Sujeciones: lo que cae

No reducen las caídas: pueden aumentarlas y agravarlas ^{F12}. **Mobiliario ergonómico con dispositivos de retención = sujeción**, salvo que la persona sepa liberarse sola ^{F13}. Sujeción farmacológica: fármacos usados **deliberadamente** para un problema **no psiquiátrico ni médico** que restringe las **actividades de la vida diaria** ^{F12}.

EIR 2020 · 97

P8 · respuesta en el solucionario

Sujeciones en ancianos institucionalizados

En cuanto al uso de las sujeciones mecánicas y/o farmacológicas en los ancianos en centros geriátricos y gerontológicos, es FALSO:

1. El uso de las sujeciones no disminuye las caídas ni sus consecuencias, sino que pueden aumentarlas, producir lesiones y accidentes potencialmente mortales.
2. La utilización, deliberada e intencional, de medicamentos para controlar un problema de base no psiquiátrica ni médica, que restringe las actividades de la vida diaria del paciente, es una sujeción.
3. El mobiliario ergonómico adaptado como sillas, sillones geriátricos, mesas, no constituirían una restricción mecánica en aquellos casos en los que se utilizan para mantener la postura corporal, o cuando es solicitado por el propio usuario.
4. Las sujeciones, con arreglo a la aceptación o no de la persona se clasifican en voluntarias e involuntarias.

Cuándo y cómo. Para la SEGG, su uso debe ser **excepcional**: solo para aplicar **terapias esenciales** para la subsistencia que el paciente rechaza (sueroterapia, sondajes, oxigenoterapia) o ante agitación, agresividad, intento autolítico o inmovilización posfractura, **agotados todos los recursos** y con **riesgo vital** para sí o para otros ^{F12}. Requiere **prescripción, dispositivo homologado, el tiempo estrictamente necesario** y un plan de cuidados y supervisión; hay que pedir el **consentimiento informado** si se va a usar más allá de un episodio agudo y **comunicarlo al juez** ante discrepancias con el paciente o sus representantes ^{F12}.

El **Comité de Bioética de España** (informe aprobado el **7 de junio de 2016**) recuerda que España usa más contenciones que su entorno: **casi el 40 %** en residencias frente a alrededor del **15 %** en Francia, Italia, Noruega o EE. UU. ^{F14}. Entre sus **16 recomendaciones** ^{F14}:

- Antes de indicar una contención **se deben buscar alternativas**; su indicación y supervisión han de estar **protocolizadas** y los protocolos, evaluados ^{F14}.
- La **prescripción** es **competencia exclusiva del facultativo**, tanto la física como la farmacológica; en una **urgencia** en que no se pueda contactar con el médico, **enfermería podría iniciar la contención mecánica** comunicándolo al médico con la menor demora posible ^{F14}.
- Solo el **tiempo estrictamente necesario**, de forma proporcional; indicación, uso y tipo, **siempre registrados** en la historia ^{F14}.

- Exige **consentimiento** del paciente salvo **riesgo para la salud pública** o **urgencia vital con el paciente incapaz de decidir**; si no puede decidir, por **representación** ^{F14}.
- El consentimiento es **por escrito** si se usa más allá de un episodio agudo, y **explícito para la situación**: no valen los consentimientos **genéricos ni diferidos** ^{F14}.
- Ante una **muerte o lesión grave** durante una contención, la organización debe hacer un **análisis sistemático e inmediato** ^{F14}.

La Estrategia 2015-2020 hablaba de **seguridad en la contención física** ^{F1}. La de 2025-2035 pide un protocolo de **prevención y registro** del uso de las contenciones y otras **prácticas coercitivas**, con el objetivo de **reducirlas**, en línea con la Estrategia de Salud Mental del SNS ^{F2}.

Todas las preguntas del tema (8)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 186

P1 · respuesta en el solucionario

Durante la programación de una colecistectomía laparoscópica, el equipo quirúrgico aplica la lista de verificación de seguridad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El anestesiólogo revisa con la enfermera circulante la identificación del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico. Posteriormente, el cirujano marca con un rotulador el área de incisión. ¿Cuál es el objetivo principal de este procedimiento según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad?:

1. Reducir la probabilidad de infecciones de localización quirúrgica al delimitar con precisión el campo operatorio.
2. Disminuir el riesgo de eventos centinela relacionados con paciente equivocado, procedimiento incorrecto o localización errónea.
3. Facilitar el registro de la trazabilidad quirúrgica en la historia clínica electrónica y en la hoja de ruta quirúrgica.
4. Facilitar la coordinación entre los distintos profesionales del Bloque Quirúrgico mediante la unificación de la secuencia de pasos quirúrgicos.

EIR 2026 · 181

P2 · respuesta en el solucionario

Según el Proyecto Cirugía Segura, ¿cuál de las siguientes funciones corresponde al personal de enfermería en la implementación de prácticas seguras dentro del bloque quirúrgico?:

1. Supervisar el cumplimiento de las medidas de seguridad quirúrgica y promover la aplicación de la lista de verificación de forma exclusiva entre el personal de enfermería.
2. Limitarse al cumplimiento de las indicaciones aprobadas por el personal médico que motiven su participación en la verificación del procedimiento.
3. La enfermera instrumentista deberá confirmar verbalmente el indicador de esterilización, que verifica que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente.
4. No se contempla la participación en los procesos de auditoría del programa.

EIR 2025 · 208

P3 · respuesta en el solucionario

Indique la respuesta correcta con relación al uso seguro del potasio:

1. Una vez reconstituida la solución, ha de agitarse al menos 6 veces.
2. Soluciones con una concentración ≤ 60 mEq/l pueden administrarse mediante sistemas de regulación de flujo.
3. Por vía periférica, se repondrá en una concentración máxima de 100 mEq/l, administrándose normalmente a una velocidad de 40 mEq/h.
4. Ha de valorarse el nivel de magnesio ante la posibilidad de una hipermagnesemia asociada a la hipopotasemia.

Indique cuál de los siguientes es un proceso estructurado y multidisciplinar, que implica tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y sus familiares o cuidadores, para lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de transición o traspaso asistencial sea precisa, completa y segura:

1. Análisis y gestión de los errores de medicación.
2. Conciliación de medicación.
3. Prescripción electrónica.
4. Notificación de incidentes relacionados con el uso de medicamentos.

En relación con la conciliación de la medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos presentes en las recomendaciones de prácticas seguras, señale la respuesta correcta:

1. Es una práctica que se ha desarrollado con el objetivo de mejorar la comunicación y disminuir los errores de medicación en las transiciones asistenciales, y así garantizar que el paciente recibe en cada momento la medicación correcta a lo largo de todo el proceso asistencial.
2. Supone la revisión del tratamiento para mejorar la adecuación del mismo al paciente o a su situación clínica.
3. Supone la revisión de la adecuación de los medicamentos o comprobación de que los medicamentos (dosis, vía y frecuencia) son correctos.
4. Se trata de la revisión de la adecuación del tratamiento, la deprescripción, la evaluación de la adherencia terapéutica u otras intervenciones que tienen sus propios métodos o herramientas específicas, y que están asociadas con una mejor utilización de los medicamentos.

De entre las siguientes respuestas indique la opción INCORRECTA en referencia al sistema de verificación quirúrgica en el bloque quirúrgico:

1. Se realiza en voz alta antes de la inducción anestésica, previo a la incisión quirúrgica y antes de salir el paciente de quirófano.
2. Antes de la incisión quirúrgica uno de los ítems que se comprueba es la administración de la profilaxis antibiótica pautada.
3. Se debe realizar en presencia de anestesista y enfermera.
4. Su uso mejora la seguridad del paciente, y a nivel profesional, mejora las relaciones y la comunicación de los equipos de trabajo.

En relación a las prácticas seguras de administración de medicamentos intraquirófono NO es cierto que:

1. La medicación intratecal o epidural debe ir rotulada en una etiqueta azul, texto negro y una fuente de letra tipo Arial o similar de 10 a 12 puntos.
2. Se recomienda evitar la abreviatura “cc” (centímetros cúbicos) y emplear en su defecto la abreviatura “ml” (mililitros).
3. Los colores del etiquetado se registrarán por la escala Pantone®.
4. Los fármacos antagonistas se distinguirán mediante barras diagonales blancas de 1 mm de longitud y 45° de inclinación del mismo color que los fármacos agonistas, y se alternarán con barras blancas de 1 mm. El nombre del fármaco se encontrará en el centro de la etiqueta, y alrededor del mismo se omitirán las barras.

En cuanto al uso de las sujeciones mecánicas y/o farmacológicas en los ancianos en centros geriátricos y gerontológicos, es FALSO:

1. El uso de las sujeciones no disminuye las caídas ni sus consecuencias, sino que pueden aumentarlas, producir lesiones y accidentes potencialmente mortales.
2. La utilización, deliberada e intencional, de medicamentos para controlar un problema de base no psiquiátrica ni médica, que restringe las actividades de la vida diaria del paciente, es una sujeción.
3. El mobiliario ergonómico adaptado como sillas, sillones geriátricos, mesas, no constituirían una restricción mecánica en aquellos casos en los que se utilizan para mantener la postura corporal, o cuando es solicitado por el propio usuario.
4. Las sujeciones, con arreglo a la aceptación o no de la persona se clasifican en voluntarias e involuntarias.

Preguntas que también podrían ser de este tema (1)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2017 · 189

P9 · respuesta en el solucionario

Al valorar en una persona anciana el Riesgo de caídas siguiendo la Escala de Downton, cuál de los siguientes elementos no habremos valorado:

1. La toma de medicamentos hipotensores no diuréticos.
2. La limitación sensorial visual.
3. La deambulación estable con bastón.
4. El entorno desfavorable.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 186	2	
P2	EIR 2026 · 181	3	
P3	EIR 2025 · 208	1	
P4	EIR 2025 · 53	2	
P5	EIR 2021 · 156	1	
P6	EIR 2020 · 179	3	
P7	EIR 2020 · 165	1	
P8	EIR 2020 · 97	3	
P9	EIR 2017 · 189	4	

Fuentes

- **F1** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020 (aprobada por el CISNS el 29/07/2015; publicada en 2016). Línea 2 y glosario. · https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf · consultada 2026-09-28
- **F2** Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2025-2035 (versión accesible), 2025. Línea 2, objetivos generales 2.1 a 2.9. · https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2025/docs/estrategia_seguridad_paciente_T25_35_accesible.pdf · consultada 2026-09-28
- **F3** Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del SNS (Plan de Calidad). Boletín Seguridad del paciente, vol. 1, n.º 1, febrero de 2008. Noticias breves: «La Organización Mundial de la Salud propone nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente». · <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/suplementoSeguridadPaciente/1/breves1.html> · consultada 2026-09-28
- **F4** Ministerio de Sanidad y Consumo (Agencia de Calidad del SNS) e Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España), coautor del documento. Recomendaciones para el uso seguro del potasio intravenoso. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009 (introducción, recomendaciones y actuaciones). · <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones%20para%20el%20uso%20seguro%20del%20Potasio%20IV.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F5** Ministerio de Sanidad e ISMP-España. Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo. Madrid: Ministerio de Sanidad; mayo de 2023. · https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/docs/Recomendaciones_para_el_Uso_Seguro_Medicamentos_Alto_Riesgo-2023.pdf · consultada 2026-09-28
- **F6** AEMPS-CIMA. Ficha técnica de Cloruro de potasio Kabi 0,04 mEq/ml en glucosa 3,3 % y cloruro de sodio 0,3 % solución para perfusión (n.º de registro 81902), apartado 4.2. Revisión del texto: marzo de 2017. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/81902/FT_81902.html · consultada 2026-09-28
- **F7** Lewis JL III. Hipopotasemia. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa junio de 2025, última actualización diciembre de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/nefrolog%C3%ADa/trastornos-electrol%C3%ADticos/hipopotasemia> · consultada 2026-09-28
- **F8** Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recomendaciones de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos. Madrid; 2019 (NIPO 731-19-107-7). · <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2019/docs/Practicas-seguras-conciliacion-4-11-2019.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F9** Gómez-Arnau JI, et al. Etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en anestesia. Recomendaciones de la SEDAR, SENSAR e ISMP-España. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2011;58(7):375-83. Texto leído en el PDF que publica ISMP-España, coautor de las recomendaciones (<https://www.ismp-espana.org/ficheros/Rev%20Esp%20Anestesiol%20Reanim.%202011;%2058%20375-%2083.pdf>), porque la revista no ofrece el texto en abierto. · [https://doi.org/10.1016/S0034-9356\(11\)70087-1](https://doi.org/10.1016/S0034-9356(11)70087-1) · consultada 2026-09-28
- **F10** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Asociación Española de Cirujanos y otras sociedades. Programa de Cirugía Segura del Sistema Nacional de Salud. Protocolo (la Estrategia 2025-2035

lo fecha en 2014; esta versión se presentó a las comunidades el 2 de diciembre de 2016), con el anexo 7, Manual de utilización del LVQ. ·

<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadBloqueQuirurgico/docs/Protocolo-Proyecto-Cirugia-Segura.pdf> · consultada 2026-09-28

- **F11** Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Diciembre de 2009 (escala de riesgo de caídas de J. H. Downton y medidas preventivas). · https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf · consultada 2026-09-28
- **F12** Ramos Cordero P, López Trigo JA, Maíllo Pedraz H, Paz Rubio JM. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(1):35-8 (editorial de la SEGG que presenta su documento de consenso). · <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.09.006> · consultada 2026-09-28
- **F13** Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. Madrid: SEGG; 2014 (ISBN 978-84-697-0483-7). · <https://www.segg.es/media/descargas/Puntos-clave%20Consenso-SEGG-sobre-Sujeciones.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F14** Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Informe aprobado en el pleno del 7 de junio de 2016. · <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/Informe-Contenciones-CBE.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F15** Ministerio de Sanidad e Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Programa de prácticas prioritarias para la seguridad en el uso de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2026 (prácticas 2 y 8). · https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2026/docs/Programa_practicas_prioritarias_SNS_version_definitiva_.pdf · consultada 2026-09-28
- **F16** Servicio Andaluz de Salud, Estrategia de Cuidados de Andalucía. Guía FASE para la prevención y actuación ante una caída. 2017 (valoración del riesgo de caídas). · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/guia_fase_caidas_0.pdf · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía (OMS, 2009, versión española): el repositorio IRIS de la OMS no devuelve el PDF a la lectura automática; el tema usa el protocolo del Programa de Cirugía Segura del SNS, que lo adapta.
- Documento «Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones» (Ministerio, 2009): la URL antigua da 404 y la nueva (<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/BQ.pdf>) devuelve un PDF dañado que no se puede leer; no se ha comprobado si trae una formulación distinta sobre quién debe estar presente en el listado de verificación.
- Clasificación de las sujeciones en «voluntarias» e «involuntarias» (opción de EIR2020-097 que la clave da por cierta): el documento de consenso de la SEGG solo menciona la barandilla «a petición (voluntaria)» del usuario; no se ha encontrado la clasificación explícita en una fuente oficial.
- El distractor 2 de EIR2025-208 (≤ 60 mEq/l con sistemas de regulación de flujo) no aparece en ninguna fuente consultada: en la ficha de Kabi, 60 mEq/l es solo el umbral de monitorización ECG por vía central.

Puede proceder del modelo de protocolo escaneado del documento de 2009, que no se puede leer como texto. No afecta a la respuesta.