IDENTIFICACIÓN TARDÍA DE UN CATÉTER DRUM EN POSICIÓN INTRAARTERIAL TRAS UN TRASLADO INTERHOSPITALARIO A UCI

Tras sufrir una parada cardiorrespiratoria en la vía pública, un varón ingresó en el hospital más cercano, donde se le canalizó un catéter periférico (DRUM) en el miembro superior derecho. A las dos horas fue trasladado a nuestra UCI (su hospital de referencia) con un informe **sin registro** de inserción del dispositivo y con la radiografía de tórax descrita como "**normoposicionada**"(a pesar de que la malposición era visible desde las primeras placas). El dispositivo permaneció situado en **posición intraarterial** de forma inadvertida durante un total de 10 días. Desde el 1er día, las gasometrías extraídas como muestras venosas tenían cifras de **pO_2 inusualmente elevadas**. Al 6º día de estancia se realizó un TC de cuerpo entero; aunque el informe radiológico inicial no describió alteraciones en el catéter, un **addendum** emitido una hora después precisó que el extremo distal del DRUM se encontraba ubicado en la aorta ascendente. Cuatro días después de la emisión del addendum (día 10 de ingreso), el equipo advirtió el error y suspendió el uso del dispositivo. Al día siguiente (día 11) durante la retirada del catéter por parte de Cirugía Vascular, se diagnosticó una **trombosis de la arterial braquial** derecha, tratada mediante trombectomía y reparación quirúrgica, lográndose la revascularización completa de la extremidad sin secuelas permanentes.

ANÁLISIS DE CAUSAS (factores contribuyentes)

- **Fallos en la transferencia y sesgo de confirmación:** La ausencia de registro de enfermería, sumada a la consideración inicial de la radiografía como adecuada, creó un exceso de confianza que impidió reevaluar minuciosamente el catéter en la UCI receptora.
- **Criterios objetivos en lectura de imagen:** Lectura superficial de las Rx diarias, sin comprobar parámetros objetivos (profundidad en cm o marcas anatómicas), incluso en ausencia de informe radiológico formal.
- **Comunicación de hallazgos críticos:** Radiología no realizó contacto verbal/telefónico directo tras detectar malposición en RX ni tampoco al emitir el addendum en el TC.
- **Señales analíticas de alarma:** La pO_2 hiperóxica persistente en muestras venosas no motivó verificación activa por UCI ni Laboratorio.

APRENDIZAJES (acciones de mejora)

1. **Registro de dispositivos:** Cumplimentación en la historia clínica con parámetros cuantificables (profundidad en cm, localización de la punta y confirmación formal).
2. **Comunicación directa de alertas:** Protocolo de contacto verbal inmediato (telefónico/presencial) entre Radiología e Intensivos ante dudas de posición o addendums.
3. **Circuito de alertas analíticas:** Notificación activa desde Laboratorio a UCI ante pO_2 anómala en muestra etiquetada como venosa.
4. **Sesiones clínicas en cultura de seguridad:** Formación continuada del equipo para evitar el sesgo de confirmación y promover la comprobación sistemática de vías (clínica, analítica e imagen) antes de usar cualquier dispositivo.