Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Hospital Universitario Reina Sofía

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

UGC MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Hospital Universitario Reina Sofía

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna

Plan de Seguridad del Paciente

INDICE

Introducción y justificación	3
Metodología empleada para el diseño y desarrollo	4
Resultados obtenidos	5
Despliegue	5
Documentación consultada	5
Anexos	6
Anexo 1. Catalogo de eventos adversos, fallos, causas y acciones preventivas para disminuir el riesgo.	7
Anexo 2. Resultados del AMFE: IPR.	27
Anexo 3. Mapa de riesgos.	29
Anexo 4. Plan de Acciones 2016	33
Anexo 6. Modelo de notificación de eventos adversos del HURS.	34
Anexo 7. Documentación de trabajo empleada.	35
a) Tabla de Identificación de Eventos Adversos, Fallos y Causas.	35
b) Formato de cumplimentación del AMFE	36
c) Instrucciones de Ponderación del AMFE	37
d) Instrucciones para el Diseño de Acciones Preventivas	44
e) Ejemplo de Mapa de Riesgos	47

Hospital Universitario Reina Sofía

Córdoba, 30 de mayo de 2011. Modificado 2 de mayo de 2013. Modificado 10 Noviembre 2017

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de calidad de cualquier servicio sanitario. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura.

A pesar de que rara vez se viola intencionadamente el precepto hipocrático que dicta "sobre todo, no hacer daño", la realidad es que los pacientes sufren daños durante la atención sanitaria, todos los días y en todos los sistemas sanitarios del mundo. Debemos, pues, reconocer esta realidad, rechazar la noción de que estos daños son todos inevitables y tomar medidas para subsanar los problemas que contribuyen a la inseguridad de la atención sanitaria.

Es evidente que la seguridad de los pacientes no solo debe basarse en una actuación correcta por parte del profesional sanitario, sino también en un trabajo en equipo bien coordinado, con una correcta comunicación entre sí y con los pacientes y un diseño adecuado de los procesos asistenciales y de los sistemas de apoyo a la atención sanitaria.

Los efectos adversos y errores clínicos pueden derivar de deficiencias en diferentes niveles de la atención sanitaria, desde la política y financiación sanitaria a la actuación última del profesional sanitario. Nuestro Plan de Seguridad se ocupa específicamente de los procesos asistenciales que llevamos a cabo en nuestro quehacer diario y contiene soluciones que promueven un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño durante la atención que prestamos a nuestros pacientes.

Como primer apartado de su programa, la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Medicina Interna aplica las soluciones iniciales de la OMS [2] y las generales de seguridad del paciente que promueve la Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS):

- Control de infecciones nosocomiales.
- Lavado de manos.
- Medidas para evitar los eventos adversos de la medicación y la notificación de reacciones adversas.
- Sistema de identificación del paciente mediante pulseras.
- Programa de Bacteriemia Zero.
- Listado de comprobación quirúrgico.
- Registro y notificación de eventos adversos.
- Otras recomendaciones.

Aunque un paciente atendido en la Unidad puede sufrir, como cualquier otro, EAs genéricos ligados al hecho mismo de la asistencia, existen otros de este tipo de unidades, relacionados con el proceso de atención específico que reciben en ellas. Por tanto, el plan es el resultado de la aplicación de las medidas generales derivadas del Plan de Seguridad de Paciente del HURS y, como segundo apartado, de las específicas para la UGC.

Con la finalidad de aplicar efectivamente un programa de seguridad del paciente para la UGC, se procedió a la identificación de los eventos adversos, los fallos y causas que

los producen. Tras un análisis del modo de fallos y los efectos que tienen como consecuencia en los pacientes, se procedió al diseño e implantación de las acciones preventivas específicas para la disminución del riesgo.

Por tanto, el programa es el resultado de la aplicación de las medidas generales derivadas del Plan de Seguridad de Paciente del HURS y las específicas para la UGC.

La terminología empleada en este documento sigue las recomendaciones recogidas en el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [2].

METODOLOGÍA APLICADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

1. El Servicio de Calidad y Documentación Clínica asumió la coordinación efectiva, el soporte metodológico y la logística del trabajo.
2. Se constituyó un grupo de trabajo compuesto por los profesionales de la UGC y los miembros del Servicio de Calidad y Documentación Clínica que se indican a continuación:
   - José Felipe Medina
   - Juan Antonio Ortiz Minuesa
   - María José Arias Ruiz
   - Paula Tirado Mesa
   - Purificación Durán García
   - Rafael Molero Cabrilla
   - Manuel Montero Pérez-Barquero
   - María José Berenguer García
   - Rosa Miñarro del Moral
   - Martín Tejedor Fernández

   El grupo precisó de dos sesiones presenciales para el diseño del programa.
3. Revisión bibliográfica. Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema en el ámbito de Medicina Interna, no habiéndose encontrado documentación específica.
4. Elaboración del CATALOGO DE EFECTOS ADVERSOS, FALLOS Y CAUSAS por los componentes del grupo de trabajo, como expertos, mediante la técnica de generación de ideas (“brainstorming”). Anexo 1.
5. Construcción del MAPA DE RIESGOS. Se elaboró un mapa de procesos de la UGC. Sobre estos gráficos se colocaron en cada una de las fases los eventos adversos identificados para cada una de ellas, obteniendo así el mapa de riesgo. Anexo3.
6. PRIORIZACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS y obtención del Índice de Prioridad de Riesgos, empleando el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). El resultado se adjunta en el Anexo 2.
7. Diseño del PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS para la disminución del riesgo, a partir de los fallos y causas de los EAs del catálogo.
8. APLICACIÓN EFECTIVA DEL PLAN DE SEGURIDAD: distribución de las tareas a ejecutar entre los miembros de la UGC. Despliegue para la aplicación efectiva del plan de seguridad. Se priorizaron una serie de acciones preventivas para su aplicación en la práctica y se asignaron las correspondientes tareas a miembros de la UGC.
9. Mantenimiento del plan mediante el registro y notificación de los efectos adversos que se produzcan.

La UGC notifica los eventos adversos que se producen, utilizando el modelo de notificación diseñada y recomendada por la Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente del HURS (Anexo 7).

10. SISTEMA DE MEJORA CONTINUADA: Registro, análisis causa-raíz y adopción de medidas correctoras de los efectos adversos que se produzcan.

    Los eventos adversos que se han producido desde la puesta en marcha del programa de seguridad son analizados por todo el equipo en una de las sesiones clínicas ordinarias que se realizan regularmente por la UGC. Tras el análisis causa-raíz se adoptan las medidas correctoras y preventivas de los fallos que se hayan producido.

RESULTADOS

Los eventos adversos, sus fallos y causas de los mismos se recogen en la tabla que se adjunta como Anexo 1.

Los resultados del AMFE: IPR se recogen como Anexo 2.

El mapa de riesgos obtenido se adjunta como Anexo 3.

DESPLIEGUE

Se identificaron una serie de acciones preventivas para la disminución del riesgo por lotes homogéneos. Para su aplicación efectiva se asignaron responsables a cada uno de estos lotes.

Las acciones llevadas a cabo, el responsable de cada una de ellas, la situación de la acción y las evidencias disponibles se encuentran en los Anexos 4, 5 y 6 adjuntos a este informe.

DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

1. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. WHO. Disponible en: http://www.who.int/about/copyright/es/index.html
2. Soluciones iniciales (de la OMS) para la seguridad del paciente Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety
3. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006.
4. Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Depósito legal: M. 19200-2006.
5. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
6. Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente. Tutorial y herramientas de apoyo. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
7. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2008.
8. Laura Ashley, Ph.D.; Gerry Armitage, Ph.D., R.N.; Maria Neary, B.Sc., R.N.; Gillian Hollingsworth, R.N. A Practical Guide to Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Making the Most of the Team and Its Meetings. Comm J Qual Patient Saf 36:351–358, Aug. 2010.

9. Santiago Tomás, Manel Chanovas, Fermí Roqueta, Julián Alcaraz, Tomás Toranzo y grupo de trabajo EVADUR-SEMES: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de Medicina Interna de hospitales españoles. Emergencias 2010; 22: 415-428.

ANEXOS

Anexo 1. Catalogo de eventos adversos, fallos, causas y acciones preventivas para disminuir el riesgo.

Anexo 2. Resultados del AMFE: IPR.

Anexo 3. Mapa de riesgos.

Anexo 4. Plan de Acciones 2011

Anexo 5. Plan de Acciones 2012

Anexo 6. Modelo de notificación de eventos adversos del HURS.

Anexo 7. Documentación de trabajo empleada.

a) Tabla de Identificación de Eventos Adversos, Fallos y Causas.

b) Formato de cumplimentación del AMFE

c) Instrucciones de Ponderación del AMFE

d) Instrucciones para el diseño de Acciones Preventivas

e) Ejemplo de Mapa de Riesgos

ANEXO 1. Catalogo de eventos adversos, fallos, causas y acciones preventivas para disminuir el riesgo.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
1	Identificación errónea del paciente	El paciente no tiene la pulsera identificativa puesta. La HC contiene etiquetas identificativas de otro paciente. La HC contiene etiquetas identificativas mezcladas con las de otro paciente. No presencia de etiquetas en la HC.	Premura en el traslado. Horarios de traslados intespectivos (cambio de turnos) Falta de verificación de la identidad del paciente y de la HC.	Preguntarle al paciente, si lo permite su estado de salud, el nombre. Comprobación de que el nombre del paciente coincide con el de la pulsera identificativa. Comprobación de las etiquetas en la HC y de la pulsera identificativa. Si la HC no tuviese etiquetas,, solicitarlas a admisión. Protocolizar cada 24 horas, la revisión de que los pacientes tengan la pulsera identificativa.
2	Deterioro del paciente durante el traslado desde urgencias / observación hasta el Hospital Provincial.	Traslado sin personal sanitario Realización del traslado sin familiares.	Traslado inadecuado por inestabilidad previa Falta de comunicación con familiares.	Comunicación al H. General de la posibilidad de planificar los traslados para que sean acompañados por los familiares.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
3	Lesiones corporales a los pacientes (hematomas o luxaciones)	Mala manipulación de los pacientes dependientes	Desconocer los procedimientos de movilización de pacientes Insuficiente personal Personal no formado Prisas	Formación del personal Utilización de dispositivos de ayuda (grúa).
4	Dieta incorrecta	Proporcionar dieta que no es la adecuada No existencia de dieta	No existencia o petición incorrecta a cocina Error en cocina Envío de dos dietas por cocina cuando la petición se hace fuera de hora. Confusión entre habitaciones	Comprobación de la dieta de cocina con la prescrita. Petición de dietas en el programa y comprobación de la grabación. Comunicar a cocina la petición de dieta fuera de hora para que no envíen la dieta anterior y la nueva dieta, Comprobación que la dieta corresponde al paciente, contrastando el nombre de la dieta con el del paciente.
5	Trascripción incorrecta del Servicio de Farmacia	Recepción defectuosa en el Servicio de Farmacia de los tratamientos prescritos por el facultativo.	Letra ilegible del facultativo. Orden médica difícil de entender por cuestiones técnicas	Letra legible. Comprobación en la unidad de que el nombre del paciente, la fecha de la hoja de tratamiento, la dosis, el nombre de los fármacos, la vía de administración y la

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
			(FAX).	frecuencia coinciden con la orden médica. En caso de error por farmacia, comunicación inmediata con el servicio de farmacia para su corrección.
6	Generación de sentimiento de culpa en familiares	Inadecuada información del personal sanitario	Comentarios desacertados del personal al familiar como ”su familiar está muy mal y debería haberlo traído antes al hospital”	Información adecuada y adaptada al estado anímico de los familiares. No prejuzgar a los familiares.
7	Desconocimiento del profesional que atiende al paciente	El profesional no se ha identificado	No realización del protocolo de presentación No llevar la tarjeta identificativa	Tarjeta identificativa de todos los profesionales. Realización del protocolo de presentación.
8	Caídas	Barandillas de la cama en mal estado o bajadas en pacientes con riesgo. No valoración del riesgo de caída. Falta de medidas de	Camas muy altas. Habitaciones pequeñas. Excesivos elementos de mobiliario. Falta de supervisión.	Valoración de la escala de riesgo de caída de Morse de hospitalización. Aplicación del procedimiento de prevención de caídas. Vigilancia de los pacientes que por la patología de ingreso, antecedentes, medicación prescrita, cambio brusco del

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
		sujeción. Insuficiente tratamiento en pacientes agitados. Suelo mojado (baño, habitación). .	Deterioro de la movilidad física. Camas sin posibilidad de subirlas o bajarlas	estado de salud, tienen riesgo de agitación. Supervisión de la distribución del mobiliario en la habitación y del estado del piso (suelo mojado, bolsas...) y si es necesario tomar las medidas adecuadas. Prestar ayuda en las actividades que no pueda realizar el paciente solo (levantarse de la cama, deambulación).
9	Enfado de los familiares por no satisfacer la demanda de localización de pacientes.	Falta de información de la existencia de la LOPD. Información de forma inapropiada de la LOPD.	Nueva LOPD Falta de formación en habilidades de la comunicación	Mantener el cartel sobre la prohibición de dar información en lugar visible. Difusión de la LOPD. Promoción de la actividad formativa relacionada con las habilidades en la comunicación.
10	Muerte	Alergias medicamentosas. Error en dosis de medicamentos. Confusión en la administración de	Incorrecto cálculo de dosis del medicamento. Error de prescripción médica. Identificación	.Comprobar que la medicación es la correcta en dosis, hora y vía de administración Identificación correcta del paciente. Administración del fármaco a la hora prescrita y si hubiese cualquier cambio de

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
		medicamentos. Incorrecta actuación sanitaria. No administración de la medicación en el momento adecuado para la supervivencia. Inadecuada RCP.	incorrecta del paciente. Falta de material en el carro de parada. Falta de medicación.	horario, registrarlo. Revisar el carro de parada según protocolo de planta. Reponer lo antes posible cualquier material utilizado durante una parada. Formación del personal de nueva incorporación en RCP. Realización de sesiones periódicas de reciclaje en RCP.
11	Error en la administración de medicación	Administración de doble dosis de medicamento (dado por la familia y por el personal sanitario) Identificación errónea de la medicación. Duplicidad u omisión de administración de la medicación	Envases semejantes de medicación. No identificación del medicamento en español. Falta de comunicación entre los profesionales y la familia. Interrupciones al profesional durante la preparación.	Comprobar que la medicación es la correcta en dosis, hora y vía de administración Identificación correcta del paciente. Administración del fármaco a la hora prescrita y si hubiese cualquier cambio de horario, registrarlo. Información a la familia de que no le administren ninguna medicación por su cuenta

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
			Falta de comprobación de la dosis, tipo de medicamento y paciente antes de la administración. No registro de la medicación administrada o de la pendiente de administrar en el traslado del paciente.	Retirada de la medicación domiciliaria que no suministre la farmacia del Hospital y que el paciente precise durante la hospitalización. Identificación correcta de la medicación, así como del paciente al que pertenece.
12	Interacciones medicamentosas	Ausencia de valoración de interacciones medicamentosas.	Polifarmacia. Errores de administración de medicamentos.	Administración correcta de los medicamentos. Identificación correcta del paciente. Consulta de interacciones medicamentosas en caso de duda. Alerta de farmacia.
13	Ausencia de medicación	No administración de la medicación prescrita. Alteración del horario de administración.	Dispensación de la medicación por parte de farmacia no coordinada con los horarios de administración.	Comunicación a farmacia de la falta de medicación y precisar la necesidad de envío urgente. Localización del medicamento en otras unidades del hospital si fuese preciso.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
				Mayor stock de medicación.
14	Broncoaspiración	No incorporación de la cama durante la alimentación. No cortar la NET durante el aseo. Administración de líquidos a pacientes con disfagia Desplazamiento de la SNG de alimentación.	Inadecuada información al cuidador o nula de las precauciones en la alimentación No verificación de que el cuidador ha entendido lo que se la explicado. Nutrición por SNG	Valoración del nivel de conciencia y del estado de deglución antes de la alimentación Cortar la NET durante el aseo Información al cuidador de las precauciones en la administración de la alimentación y comprobación in situ de que sigue las recomendaciones. Verificación por turno de la posición correcta de la SNG
15	Agitación psicomotriz	Ausencia de medidas preventivas	Fiebre Ausencia de familiares con el enfermo Efecto a determinados fármacos. Sujeción del paciente. Demencia.	Vigilancia del enfermo susceptible para instaurar las medidas oportunas. Evitar la sujeción del paciente si está acompañado. Ubicación de los pacientes con riesgo de agitación, cerca del control de enfermería.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
16	Infección hospitalaria	Transmisión de gérmenes por parte del personal Falta de asepsia.	Incorrecto lavado de manos. Utilización inadecuada de guantes estériles. No utilización de guantes estériles. Tránsito de carpetas entre habitaciones. No lavado de elementos de exploración: fonendo… Exceso de visitas en los aislamientos.	Aplicación del protocolo de lavado de manos. Limpieza y desinfección de carpetas. Limpieza del material de exploración cada vez que se haya utilizado con un paciente. Aplicar los protocolos en los aislamientos Limitación de las visitas en los aislamientos..
17	Flebitis	Falta de revisión de las vías periféricas	No aplicación de los protocolos del centro	Aplicación del procedimiento “cuidado y mantenimiento de los catéteres periféricos”.
18	Disminución del nivel de conciencia tras el ingreso	Falta de recogida del nivel de conciencia previo en la HC Prescribir medicación	Deshidratación Sobremedicación sedante.	Presencia en la valoración de enfermería del nivel de conciencia del paciente Reposición de líquidos adecuada.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
		sedante ante la demanda de los familiares por persistencia de agitación del paciente	Proceso intercurrente	Mantenimiento de la vía periférica permeable. Registro de la ingesta hídrica. No dejarse intimidar por los familiares y transmitir seguridad.
19	Reacción alérgica a medicamento o alimento	Administración de dicho medicamento o alimento	No registro en la H C de las alergias. No comprobación previa de alergias en la HC. Alergia desconocida No comunicación de las alergias alimentarias a cocina.	Registro de todas las alergias, tanto medicamentosas como a alimentos en la HC. Comprobación en la HC de alergias antes de administrar un medicamento o de prescribirlo. Alerta de farmacia. Comunicación de las alergias alimentarias a cocina.
20	Hipotensión ortostática	Ausencia de medidas preventivas	Encamamiento prolongado Levantamiento brusco de la cama Efecto a fármacos	Evitar el encamamiento prolongado. Mantener al paciente sentado en la cama unos minutos antes de levantarse. Vigilancia en los pacientes con riesgo.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
21	Aparición de UPP	Falta de cambios posturales y de movilización del paciente.	Falta de personal suficiente. Falta de colchones antiescaras	Realización de la escala de Braden. Aplicación del protocolo de prevención de UPP.
22	Falta de intimidad del paciente	No utilización de las cortinas separadoras	Habitación compartida.	Utilización de las cortinas de las ventanas y de entre las camas. Respeto del aseo por parte de los profesionales.
23	Trombosis venosa profunda durante el ingreso	No prevención con anticoagulación o medidas físicas	Encamamiento prolongado Patología médica o quirúrgica de riesgo	Evitar posiciones que dificulten el flujo sanguíneo por compresión venosa. Establecer un plan de ejercicios según las posibilidades del paciente: estimular al paciente para que cambie de postura cuando esté en la cama y realice ejercicios con los dedos de los pies, flexione rodillas, eleve las piernas, etc Elevación de las piernas mientras permanezca sentado. Deambulación precoz. Sedestación precoz. Instauración de medidas farmacológicas

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
				preventivas en pacientes con riesgo.
24	Error en pruebas complementarias	Extravío de la petición de pruebas complementarias. Identificación incorrecta de las peticiones.	Desconocimiento de las instalaciones del Hospital. Traslados erróneos Errores en la descripción de la prueba	Información al personal de nueva incorporación de las instalaciones del hospital. Letra legible Identificación correcta del paciente mediante comprobación del nombre en la pulsera identificativa. En caso de citas telefónicas, solicitar además de la ubicación del paciente, el nombre. Comprobación de que la prueba citada está solicitada para el paciente. Registro de todas las pruebas solicitadas en la HC de forma clara.
25	Estrés por sobrecarga del cuidador	Hacer al cuidador partícipe de los cuidados sin estar preparado	Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad del cuidador.	Valoración del CP al ingreso. Realización de talleres para cuidadores. Planificación del alta.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
			Incorrecta valoración del cuidador (conocimientos, dudas, habilidades) Adiestramiento inadecuado del cuidador	Registro de las actividades realizadas con el cuidador. Registro de la evolución en el aprendizaje del cuidador. Favorecer el descanso del cuidador.
26	Pruebas dolorosas innecesarias	Repetición de analíticas. Repetición de pruebas diagnósticas.	Falta de iluminación adecuada en las habitaciones. Falta de coordinación entre los profesionales sanitarios.	Registro de pruebas solicitadas. Comunicación entre los profesionales. Solicitud de iluminación adecuada en las habitaciones.
27	Ruido excesivo	No control del volumen de los TV Excesivo nº de acompañantes Comunicación entre los profesionales con tono elevado de voz	Mala educación de los acompañantes Libre acceso de acompañantes Tono elevado de los acompañantes Tono elevado de voz de los profesionales	Supervisión del ruido del TV, de los acompañantes e invitación para que el volumen sea el correcto. Control del tono de voz de los profesionales.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
28	Diarrea durante la estancia	Mantenimiento de dieta inadecuada. Antibioterapia inadecuada o innecesaria. Administración de nutrición enteral a un ritmo elevado en relación a la situación de salud del paciente.	Infección hospitalaria. Disbacteriosis	Aislamiento cuando esté indicado. Aplicación correcta de las medidas de aislamiento, Control de la antibioterapia Vigilancia de síntomas de diarrea y aplicación de medidas (dieta astringente, paciente celíaco). Aumento progresivo del ritmo de NE adaptado al estado del paciente.
29	Mala evolución de UPP	Curas de UPP siguiendo criterios individuales	No consenso con el resto de los profesionales	Sesiones clínicas para consensuar las curas de UPP de difícil resolución. Aplicación del protocolo de cura de UPP.
30	Desnutrición durante la hospitalización	Inadecuada alimentación durante la hospitalización	Mala programación en la realización de pruebas que requieren ayunas Prolongación de ayunas de forma innecesaria. Falta de personal que colabore en la	Programación de pruebas adecuada. Informar a los familiares del horario de las comidas e invitarlos a que participen en la alimentación. Cuantificación de la ingesta de los pacientes.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
			alimentación. Ausencia de familiares durante el horario de las comidas. No control de la ingesta de los pacientes.	
31	Insomnio	Inversión del ritmo del sueño No valoración de las horas y de la calidad de sueño del paciente Interrupciones: administración de terapias, pruebas de laboratorio	Horario de sueño inadecuado Uso de tratamiento inadecuado Ausencia de tratamiento inductor del sueño, si está indicado. Entorno no familiar. Iluminación. Inadecuada organización del trabajo asistencial	Valoración de las horas de sueño. Utilización de medicación que favorezca el sueño. Información al facultativo del insomnio del paciente.. Organización del trabajo y técnicas para no interferir en el sueño y descanso. Favorecer un ambiente que facilite el descanso (ausencia de ruidos, iluminación.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
32	Deterioro de la movilidad física y aumento de la dependencia en las actividades de la vida diaria	No movilización durante el ingreso. Ausencia de rehabilitación	Atrofia por encamamiento prolongado. Desnutrición durante el ingreso. Efecto secundario a la medicación. Falta de personal para realizar las movilizaciones. Ausencia de fisioterapeuta en HP Ausencia de camas que se puedan bajar,	Sedestación y deambulación precoz. Enseñanza del uso de dispositivos de ayuda para la movilización (andador, bastón). Implicación del paciente en sus cuidados. Dieta adecuada. Ejercicios pasivos en la cama.
33	Dificultad para la comunicación entre el paciente encamado y los profesionales	Ausencia de comunicación con el paciente	Insuficientes teléfonos supletorios.	Vigilancia del paciente. Ubicación de los pacientes encamados cerca del control de enfermería, si es posible. Aumentar el número de teléfonos supletorios.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
34	Hipoglucemia	Error en la medicación o dieta	Confusión en paciente o prescripción médica. Error en la trascripción por parte de farmacia. Administración de dosis inadecuada	Identificación correcta del paciente. Administración correcta de la insulina. Comprobación de ayunas previamente a la administración de insulina. Comprobación de la trascripción correcta de la insulina..
35	Error de información a familiares	Confusión de pacientes. No conocer bien la historia clínica. Error en la comunicación de pruebas diagnósticas	Información en lugares inadecuados. Falta de tiempo. HC mal realizadas. Información por médico de guardia	Identificación correcta del paciente. Registro en la HC de la información más relevante. Información a los familiares de los horarios de información médica y de la importancia de que sea su médico el que se la dé.
36	Coma hipercápnico	Inadecuada administración de oxigenoterapia.	Aerosolterapia de alto flujo en pacientes con hipercapnia por error en indicación o en administración	Registro expreso del flujo en aerosolterapia si el paciente tiene hipercapnia. Consultar en la HC, antes de administrar aerosolterapia la existencia o no de hipercapnia.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
37	Rotura de secreto profesional	Comentarios en sitios públicos. Información a familiares en sitios inadecuados.	No tener constancia del problema. Falta de espacios adecuados para informar	Formación de los profesionales. Utilización de los lugares destinados a la información
38	Tromboembolismo pulmonar	No detectar riesgos	No administración de heparina (anticoagulación)	Medias de anticoagulación en paciente con riesgo. Reposo si TVP. Evitar posiciones que dificulten el flujo sanguíneo por compresión venosa. Establecer un plan de ejercicios si está indicado.
39	Hemorragia digestiva	No identificación del riesgo del paciente en la historia clínica.	Administración de medicación gastro erosiva sin medidas preventivas.	Utilización de medidas preventivas en pacientes. con riesgo (AP y fármacos gastro erosivos).
40	Prolongación inadecuada de la estancia	Días de estancia hospitalaria excesiva en relación al proceso del paciente. Problemas sociales	Tardanza de realización de pruebas diagnósticas. Demora en la contestación de las hojas de consulta.	Planificación de las pruebas Utilización de los medios técnicos para consulta de resultados o solicitud de pruebas (petición electrónica y FAX. Realización del AEP y análisis de los

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
			Falta de hospital de derivación. Días no laborables en los que no se realizan pruebas programadas.	resultados.
41	Traumatismo craneal en paciente hospitalizado	Caída del bote de suero sobre el paciente	Insuficiente sujeción del suero	Comprobación previa de la sujeción correcta del suero. Posición del bote de suero alejado del paciente.
42	Quedarse el paciente encerrado en el ascensor	Fallo técnico Falta de luz	Insuficiente mantenimiento	Aviso inmediato al servicio de mantenimiento.
43	Estreñimiento	Mantenimiento de dieta inadecuada. No control de la ingesta hídrica. Falta de intimidad. No estimular la realización de ejercicio dentro de las posibilidades de cada	Ingesta insuficiente de líquidos. Farmacológicas. Actividad física insuficiente. Cambio ambiental	Pauta de la ingesta hídrica según las características del paciente Control de la ingesta hídrica. Planificación de la distribución de los líquidos a lo largo del día. Informar al paciente/cuidador de los beneficios del ejercicio y estimularlo. Registro de las deposiciones diarias y de sus características.

N	Evento adverso	Fallo	Causas	Acciones preventivas
		paciente.		Uso de cortinas durante la deposición..
44	Incorrecto seguimiento del tto posthosìtalización	No entrega del informe de continuidad de cuidados. No explicación de ICC. Descoordinación interniveles	Presión asistencial. Falta de formación. Falta de coordinación.	Formación en el programa informático y en metodología de cuidados. Coordinación previa al día de alta, entre médico, enfermera responsable y EHE.

ANEXO 2. Resultados del AMFE: IPR.

ORDEN	EFECTO ADVERSO	nº Votantes IPR	Promedio IPR	Promedio Gravedad	Promedio Frecuencia	Promedio Detectabilidad	nº Votantes Criticidad
29	Desnutricón durante La hospitalización	5	222,00	7,00	5,40	6,00	1
21	Estrés por sobrecarga del cuidador	4	209,50	4,75	7,00	5,50	0
28	Mala evolución de UPP	4	180,75	6,50	5,00	5,25	1
37	Interacciones medicamentosas	4	159,25	6,75	4,50	5,25	1
38	Tromboembolismo pulmonar	5	154,00	8,60	3,00	5,60	2
36	Rotura de secreto profesional	5	126,20	4,40	5,60	4,00	1
4	Error administracción de medicación	5	123,60	7,60	3,40	5,00	2
10	Broncoaspiración	5	119,20	7,80	4,80	3,20	2
35	Coma hipercápnico	5	118,20	8,40	3,80	4,00	3
31	Deterioro de la movilidad física y aumento de la dependencia en las actividades de la vida diaria	5	108,60	6,20	6,60	2,80	0
33	Hipoglucemia	5	99,40	7,20	3,80	4,20	2
40	Incorrecto seguimiento del tto posthosìtalización	4	92,25	5,00	4,50	4,00	0
15	Reacción alérgica a medicamento o alimento	5	88,60	8,00	2,80	3,60	2
6	Interacciones medicamentosas	5	83,40	6,20	2,80	5,00	2
5	Trascripción incorrecta del Servicio de Farmacia	5	71,40	5,40	6,20	2,00	1
12	Infección hospitalaria	5	70,80	6,80	5,00	2,20	2
23	Pruebas dolorosas innecesarias	5	69,00	3,80	5,20	3,40	2
22	Generación de sentimiento de culpa en familiares	4	68,75	3,00	4,25	5,00	0
13	Flebitis	5	68,00	4,00	6,40	2,60	0
30	Insomnio	5	66,40	4,00	6,80	2,60	0
43	Traumatismo craneal en paciente hospitalizado	5	64,80	6,80	3,00	2,60	0
8	Deterioro del paciente durante el traslado desde urgencias/observación hasta el Hospital provincial.	4	64,25	4,75	6,25	2,25	0
11	Agitación psicomotriz	5	62,20	5,00	6,00	2,20	0
14	Disminución del nivel de conciencia tras el ingreso	5	61,80	5,20	5,40	2,60	0
41	Hemorragia digestiva	5	59,00	7,60	3,20	3,00	2
46	Estreñimiento	5	58,40	3,40	7,60	2,20	0
19	Trombosis venosa profunda durante el ingreso	5	58,20	6,40	3,00	3,40	1
17	Aparición de UPP	5	57,60	5,60	6,00	1,60	0
26	Diarrea durante la estancia	5	57,60	5,60	4,40	2,40	0
9	Identificación errónea del paciente	5	51,00	5,80	3,20	2,80	2

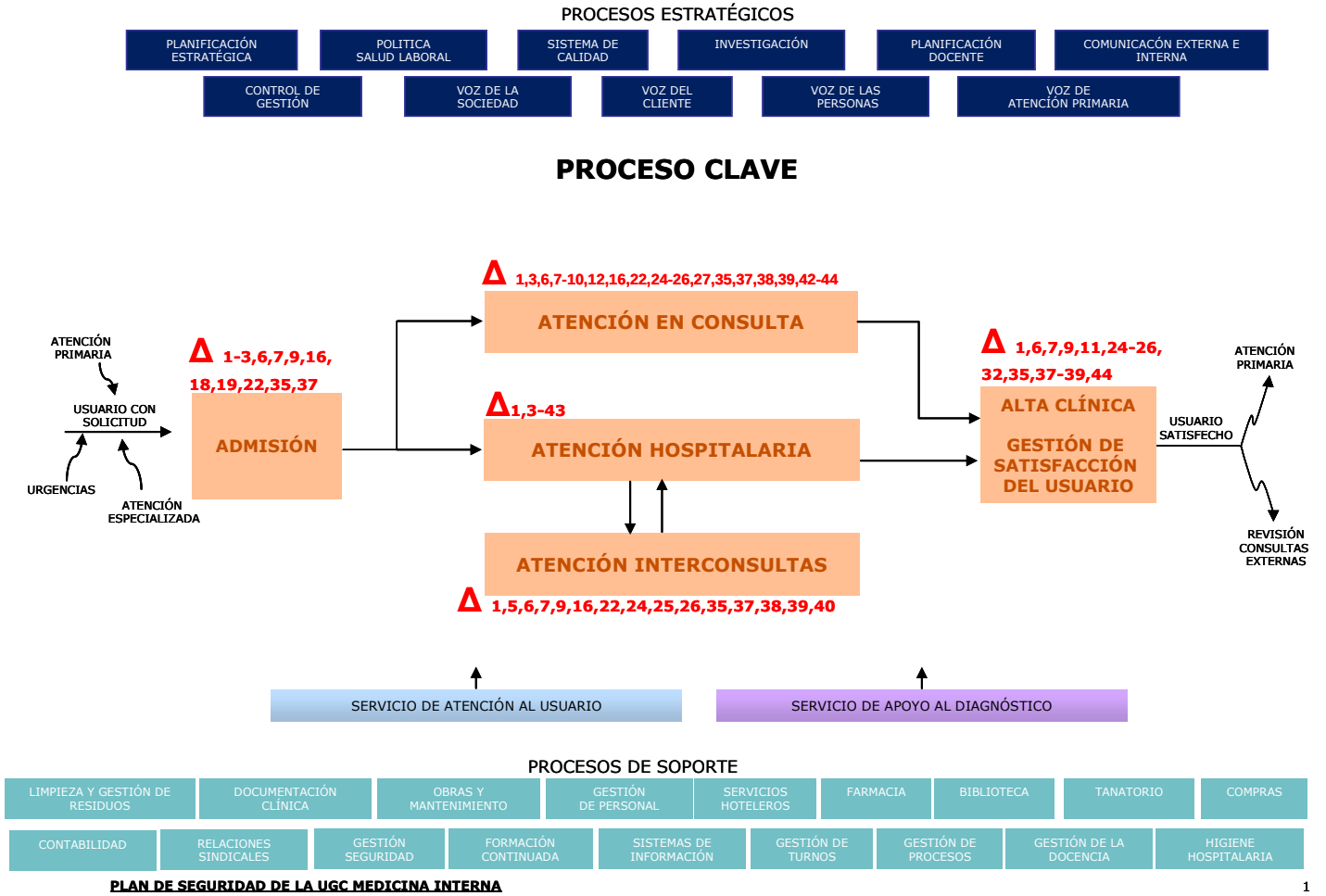
32	Dificultad para la comunicación entre el paciente encamado y los profesionales	5	50,80	3,80	7,00	2,00	0
42	Prolongación inadecuada de la estancia	5	49,20	3,80	5,80	2,40	0
20	Error en pruebas complementarias	5	49,00	3,80	4,00	3,80	1
27	Dieta incorrecta	5	46,00	3,60	5,00	2,60	1
18	Falta de intimidad del paciente	5	45,20	3,40	6,20	2,00	0
39	Lesiones corporales a los pacientes (hematomas o luxaciones)	5	42,40	4,60	4,00	2,40	1
34	Error de información a familiares	5	40,00	4,40	3,20	3,20	0
3	Muerte	4	37,50	10,00	1,75	2,50	5
1	Caídas	5	34,80	4,80	3,80	1,80	1
16	Hiptensión ortostática	5	30,60	3,20	4,60	1,60	0
24	Ruido excesivo	5	30,40	3,20	7,60	1,40	0
7	Ausencia de medicación	5	24,00	4,20	5,40	1,20	0
45	Quedarse el paciente encerrado en el ascensor	4	21,00	2,50	1,75	3,75	0
2	Enfado de los familiares por no satisfacer la demanda de localización de pacientes.	5	19,60	1,80	6,00	2,00	0
25	Desconocimiento del profesional que atiende al paciente	5	19,20	1,60	6,80	1,80	0

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
Hospital Universitario Reina Sofía

MAPA DE RIESGOS DE LA UGC DE MEDICINA INTERNA

Abril 2013

Δ **PUNTOS CRÍTICOS DE RIESGO** (VER PAG. 2)



ANEXO 3. Mapa de Riesgo

PLAN DE SEGURIDAD DE LA UGC DE MEDICINA INTERNA
RELACION DE EVENTOS ADVERSOS

1. Identificación errónea del paciente
2. Deterioro del paciente durante el traslado desde urgencias / observación hasta el Hospital Provincial.
3. Lesiones corporales a los pacientes (hematomas o luxaciones)
4. Dieta incorrecta
5. Trascripción incorrecta del Servicio de Farmacia
6. Generación de sentimiento de culpa en familiares
7. Desconocimiento del profesional que atiende al paciente
8. Caídas
9. Enfado de los familiares por no satisfacer la demanda de localización de pacientes.
10. Muerte
11. Error en la administración de medicación
12. Interacciones medicamentosas
13. Ausencia de medicación
14. Broncoaspiración
15. Agitación psicomotriz
16. Infección hospitalaria
17. Flebitis
18. Disminución del nivel de conciencia tras el ingreso
19. Reacción alérgica a medicamento o alimento
20. Hipotensión ortostática
21. Aparición de UPP
22. Falta de intimidad del paciente
23. Trombosis venosa profunda durante el ingreso
24. Error en pruebas complementarias
25. Estrés por sobrecarga del cuidador
26. Pruebas dolorosas innecesarias
27. Ruido excesivo
28. Diarrea durante la estancia
29. Mala evolución de UPP
30. Desnutrición durante la hospitalización
31. Insomnio
32. Deterioro de la movilidad física y aumento de la dependencia en las actividades de la vida diaria
33. Dificultad para la comunicación entre el paciente encamado y los profesionales
34. Hipoglucemia
35. Error de información a familiares
36. Coma hipercápnico
37. Rotura de secreto profesional
38. Trombo embolismo pulmonar
39. Hemorragia digestiva
40. Prolongación inadecuada de la estancia
41. Traumatismo craneal en paciente hospitalizado
42. Quedarse el paciente encerrado en el ascensor
43. Estreñimiento
44. Incorrecto seguimiento del tratamiento post hospitalización

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
Hospital Universitario Reina Sofía

MAPA DE RIESGOS DE LA UGC DE MEDICINA INTERNA

Abril 2013

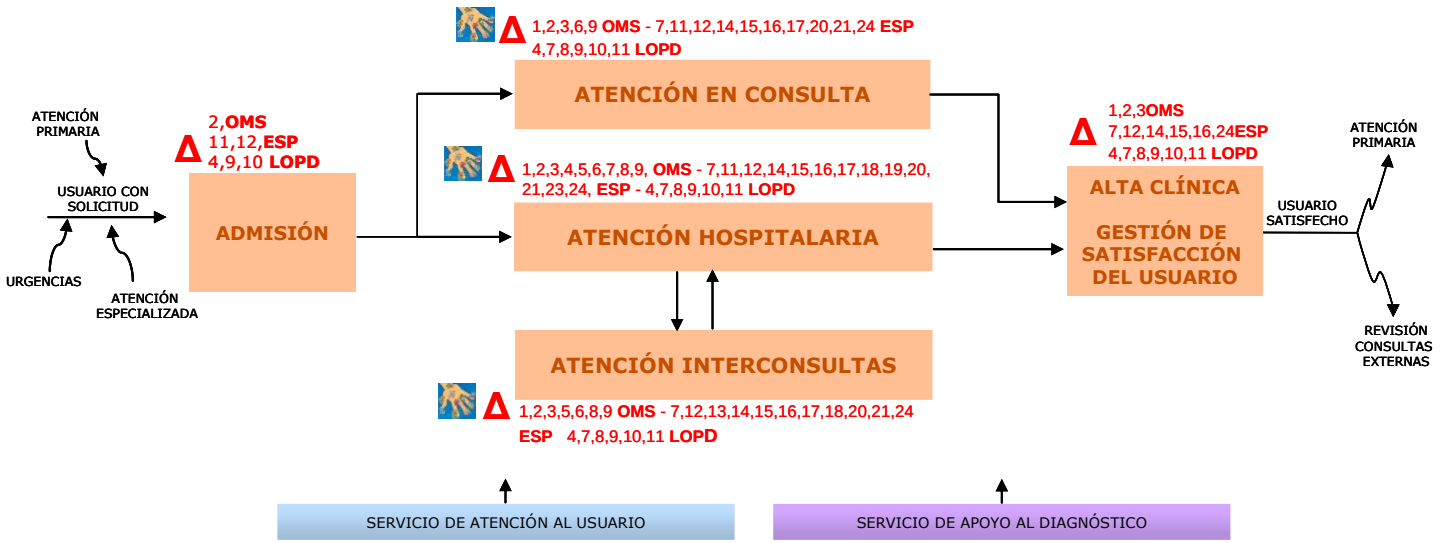
Δ ACTUACIONES TRANSVERSALES (VER PAG. 4)

PROCESOS ESTRATÉGICOS

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA | POLITICA SALUD LABORAL | SISTEMA DE CALIDAD | INVESTIGACIÓN | PLANIFICACIÓN DOCENTE | COMUNICACÓN EXTERNA E INTERNA

CONTROL DE GESTIÓN | VOZ DE LA SOCIEDAD | VOZ DEL CLIENTE | VOZ DE LAS PERSONAS | VOZ DE ATENCIÓN PRIMARIA

PROCESO CLAVE



PROCESOS DE SOPORTE

LIMPIEZA Y GESTIÓN DE RESIDUOS | DOCUMENTACIÓN CLÍNICA | OBRAS Y MANTENIMIENTO | GESTIÓN DE PERSONAL | SERVICIOS HOTELEROS | FARMACIA | BIBLIOTECA | TANATORIO | COMPRAS

CONTABILIDAD | RELACIONES SINDICALES | GESTIÓN SEGURIDAD | FORMACIÓN CONTINUADA | SISTEMAS DE INFORMACIÓN | GESTIÓN DE TURNOS | GESTIÓN DE PROCESOS | GESTIÓN DE LA DOCENCIA | HIGIENE HOSPITALARIA

ACTUACIONES TRANSVERSALES

OMS "NUEVE SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE"

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las soluciones concentradas de electrólitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1999-23750

Artículos a aplicar:

4. Calidad de los datos.
5. Derecho de información en la recogida de datos.
7. Datos especialmente protegidos.
8. Datos relativos a la salud.
9. Seguridad de los datos.
10. Deber de secreto.
11. Comunicación de datos.

ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Gestión de la calidad asistencial

1. Impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes

(Pág. 23).

1. Incorporar los objetivos de seguridad propuestos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión (Pag. 24).
2. Gestión de los riesgos descentralizada, horizontal y flexible (Pág. 25).
3. Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad del Modelo de Acreditación de Andalucía (Pág. 25).

Formación

5. Plan de formación (Pág. 26).

Investigación

6. Impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente (Pág. 27).

PROCESOS DE SOPORTE

Implicación del paciente y persona cuidadora

7. Fomentar la implicación del paciente y persona cuidadora (Pág. 30).

Sistemas de información

8. Integrar la información sobre seguridad que facilitan los distintos sistemas de información existentes con el propósito de conocer, analizar y prevenir los EA (Pág. 32)

Notificación

9. Desarrollar y mantener un sistema de notificación. (Pág. 34)

Observatorio de seguridad del paciente

10. Disponer de un Observatorio de Seguridad. (Pág. 35)

PROCESOS OPERATIVOS

Contacto con el sistema

11. Disminuir barreras arquitectónicas y señalizar adecuadamente los centros (Pág. 38).
12. Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA (Pág. 38).
13. Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática (Pág. 39).

Valoración del paciente y persona cuidadora

14. En la valoración de los pacientes se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente (Pág. 40).
15. Valoración de la persona cuidadora (Pág. 40).

Asistencia

16. Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos (Pág. 42).
17. Prevenir la infección nosocomial (Pág. 45).
18. Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados (Pág. 47).
19. Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas (Pág. 49).
20. Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas (Pág. 51).
21. Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito (Pág. 51).
22. Fomentar entornos seguros en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas (Pág. 51).
23. Monitorización de las extubaciones no planeadas. (Pag. 52)

Alta/ Continuidad asistencial

24. Asegurar la continuidad asistencial. (Pag. 53)

ANEXO 4. Plan de Acciones 2016

AÑO 2016	EVENTO ADVERSO	ACCIONES PREVENTIVAS
	Identificación errónea del paciente	Evaluaciones trimestrales
	Dieta incorrecta	Sesiones informativas por parte del servicio de cocina
	Error en la administración de medicación	Declaración de eventos adversos
		Análisis de dichos eventos
	Desconocimiento del profesional que atiende al paciente	Sesiones informativas sobre la obligatoriedad de llevar la tarjeta identificativa
		Sesiones informativas reforzando la presentación del personal al paciente (el paciente debe conocer el nombre del profesional que le atiende)
	Infección hospitalaria	Sesiones sobre lavados de manos
		Sesiones sobre procedimientos de aislamiento
		Análisis de los resultados de los controles emitidos trimestralmente por el Servicio de Preventiva
	Aparición de UPP	Difusión de resultados estudio de prevalencia 2015
		Análisis de los resultados. Propuesta de mejora
	Muerte	Evaluación procedimiento de “Administración de fármacos por nebulizadores”, “Administración de fármacos por sonda nasogástrica”
		Evaluación procedimiento de “Prevención de UPP”
		Realización de estudios de Incidencias
	Falta de intimidad del paciente	Análisis de los resultados mensuales de las encuestas de satisfacción
		Comprobación visual del uso de cortinas separadoras y cortinas de las ventanas
	Estrés por sobrecarga del cuidador	Cumplimiento procedimiento “Tarjeta + Cuidados”
		Realización de talleres para cuidadoras.
		Fomento de la formación del cuidador al alta

ANEXO 6. Modelo de notificación de eventos adversos del HURS.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERIA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía

Hoja de notificación de incidentes y eventos adversos

Si fuera necesario puede escribir en el anverso de esta hoja

Año 200_

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Registro de Entrada

1.DECLARANTE: Si lo desea puede identificarse o **permanecer en el anonimato**

Apellidos:

Nombre:

Categoría:

Unidad/Servicio: Puesto:

2. AFECTADO

Paciente: ☐ Visitante: ☐ Personal: ☐

Apellidos: Nombre:

V ☐ M ☐ Fecha de nacimiento: / /

Unidad (si se trata de un trabajador)

Nº Historia (si procede):

3. Fecha hora y lugar del evento no deseado

Fecha: / / Hora: Lugar:

4. Evento no deseado o resultado no esperado

5. Descripción de los hechos:

6. Medidas adoptadas de inmediato:

7. Consecuencias inmediatas o previstas:
Señale su impresión al respecto:

8. Gravedad estimada:
Vital (supone un peligro para la seguridad de personas o la institución, etc.):
Crítica (necesidad de actuación para mantener los cuidados):
Normal (no hay peligro para personas, pero entorpece el funcionamiento del servicio o unidad):

9. Reclamación previsible: SI ☐ NO ☐

10. Seguimiento previsible del evento SI ☐ NO ☐ No sabe ☐

11. ¿Desea acuse de recibo? SI ☐ NO ☐ ¿Desea que se le informe sobre lo actuado? SI ☐ NO ☐

ANEXO 7. Documentación de trabajo empleada

a) TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS, FALLOS Y CAUSAS.

Unidad de Gestión Clínica de ……

Tabla de identificación de eventos adversos

Descripción del evento adverso Daño o lesión física o psíquica (No más de 10 palabras)	**Fallos** (el evento adverso se debe a …..)	**Causas** (el fallo es causado por ……)

b) FORMATO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL AMFE

TABLA DE PONDERACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Unidad de Gestión Clínica de MEDICINA INTERNA			**Fecha ponderación:**		**Página Nº**
Profesional que realiza la ponderación:					
EA Nº	**DESCRIPCIÓN**	**¿CRÍTICO?**	**PUNTUACIÓN**		
			GRAVEDAD	**FRECUENCIA**	**DETECTABILIDAD**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

c) INSTRUCCIONES DE PONDERACIÓN DEL AMFE

INSTRUCCIONES PARA LA PONDERACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS MEDIANTE EL AMFE Y DISEÑO DE ACCIONES PREVENTIVAS

1. PONDERACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS MEDIANTE EL AMFE

1.1 Leer detenidamente las recomendaciones para el uso del AMFE que se adjuntan.

1.2 Puntuar **cada uno de los eventos adversos** (no es necesario ponderar cada uno de los fallos o causas) en el fichero de Excel denominado "1 AMFE UGC MEDICINA INTERNA", utilizando las escalas que se adjuntan en este documento.

1.3 Cuando uno de los fallos se considere crítico (por la gravedad clínica, extraordinario coste económico, prestigio de la Unidad,…..), colocar una "**X**" en el lugar correspondiente.

1.4 Remitir el fichero de Excel cumplimentado a Rosa Miñarro (rosam.minarro.sspa@juntadeandalucia.es)

Recomendaciones para su cumplimentación

Utilice el fichero de Excel denominado “4 FORMATO VOLCADO PONDERACION AMFE”.

Si considera que el fallo que va a ponderar genera un evento adverso crítico (por la gravedad clínica, extraordinario coste económico, prestigio de la Unidad,…..), coloque una **“X”** en el lugar correspondiente de la columna encabezada con el texto de ¿CRÍTICO?.

Por favor, pondere en cada evento adverso los tres factores (gravedad, frecuencia y detectabilidad).

G = Gravedad; F = Frecuencia; D = Detectabilidad.

Tablas resumen de ayuda a evaluación

VALOR	GRAVEDAD CLÍNICA
1 - 2	**Ninguna** Repercusiones imperceptibles
3 - 4	**Leve** Repercusiones irrelevantes, apenas perceptibles
5 - 7	**Moderada** Defectos de relativa importancia
8 - 9	**Grave**
10	**Muerte**

VALOR	FRECUENCIA
1	**Muy Baja,** Improbable ≤ 1 en 10.000 (≤ 10 ‰)
2 - 3	**Baja** 1 en 10.000 - 1.000
4 - 6	**Moderada** 1 en 1.000 – 100 (1‰ - 1%)
7 - 8	**Alta** 2 - 5 en 100 (2 - 5%)
9 - 10	**Muy Alta** 1 en 20 (≥ 5 %)

VALOR	PROBABILIDAD / FACILIDAD DETECCIÓN
1	**Muy Alta**
2 - 3	**Alta**
4 - 6	**Moderada**
7 - 8	**Baja**
9 - 10	**Muy baja**

Se adjunta un ejemplo (la ponderación ha sido realizada por una persona no experta en Servicio de Urgencias).

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Servicio de Urgencias							
Nº	**EVENTOS ADVERSOS**	**FALLOS**	**CAUSAS**	**¿CRÍTICO?**	**GRAVEDAD**	**FFRECUENCIA**	**DETECTABILIDAD**
1	**Administración incorrecta del medicamento**	**Incorrecta trascripción del medicamento por el farmacéutico**	**Falta de entendimiento de la escritura del facultativo por el farmacéutico**	**X**	**7**	**9**	**6**
			No comprobación por la enfermera de la correcta prescripción				
			Mala administración del medicamento por la enfermera				
			Mala dispensación				
		Alergia no detectada	**Dato mal recogido en la historia**				
2	**Caídas en cuarto de baño**	**El cuarto no está preparado para asearse los pacientes solos**	**El cuarto no está lo suficientemente preparado.**		**4**	**8**	**1**
			Inadecuado diseño ergonómico				

Escalas para la obtención del IPR y tablas de trabajo

Grado de daño.

Mide el **daño** físico o psíquico esperado (evento adverso) que provoca el fallo en cuestión, según la percepción (o la consecuencia para) del paciente.

Determina la importancia o severidad del evento adverso para el paciente; valora el nivel de consecuencias, con lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del paciente, la degradación de los resultados clínicos esperados y el coste de reparación del daño causado.

La escala numérica ha sido diseñada por el Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba para su empleo por el grupo de trabajo que tiene como finalidad la elaboración de recomendaciones para la implantación de un programa de seguridad del paciente en una Unidad de Gestión clínica o en un proceso asistencial. El rango que se propone está construido con números enteros. En la tabla que sigue se puede observar que la puntuación va del 1 al 10. Como ejemplos, los fallos que se evalúan provocan eventos adversos que pueden ir desde una pequeña insatisfacción, complicación o secuela permanente hasta problemas de seguridad importantes como el caso más grave, de muerte.

Tabla de valoración del **grado de daño** del evento adverso según la repercusión en el paciente (*)

Valor	Gravedad clínica	Percepción o consecuencias para el paciente
1 - 2	**Ninguno** Repercusiones imperceptibles	El resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.
3 -4	**Leve** Repercusiones irrelevantes, apenas perceptibles	El resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).
5 - 7	**Moderado** Relativa importancia	El resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
8 – 9	**Grave**	El resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
10	**Muerte**	Sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

(*) Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. WHO. Disponible en: http://www.who.int/about/copyright/es/index.html

Frecuencia.

Pondera la repetitividad potencial u ocurrencia de un determinado fallo que provoca un evento adverso, es la probabilidad de aparición del evento adverso por un fallo determinado.

Es, por tanto, la probabilidad de que una causa potencial de fallo (causa específica) se produzca y dé lugar al modo de fallo que genera el evento adverso.

Tabla de valoración de la **frecuencia/probabilidad de ocurrencia** del evento.

Valor	Frecuencia	Criterio
1	**Muy Baja. Improbable** ≤ 1 en 10.000	Ningún fallo se asocia a procesos asistenciales casi idénticos, ni se ha dado nunca en el pasado, pero es concebible que pueda aparecer.
2 - 3	**Baja** 1 en 10.000 – 1.000	Fallos ocasionales se dan en procesos similares o casi idénticos. Es razonablemente esperable que se dé alguna vez en la práctica de cualquier profesional, aunque es poco probable que suceda.
4 - 6	**Moderada** 1 en 1.000 - 100 (1‰ - 1%)	Defecto aparecido ocasionalmente en procesos asistenciales similares o previos al actual (recogidos en la bibliografía o en la experiencia del evaluador). Probablemente aparecerá algunas veces en la vida laboral de cualquier profesional.
7 - 8	**Alta** 2 - 5 en 100 (2 - 5%)	Fallos repetitivos. El fallo se ha presentado con cierta frecuencia en el pasado en procesos similares o en casos atendidos por el equipo sanitario / profesional que realiza la ponderación. Existe la constancia clara por la propia experiencia del equipo / profesional o se dispone de un registro.
9 - 10	**Muy Alta** 1 en 20 (≥ 5%)	Fallo muy probable. Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente. Evento adverso habitual.

Se trata de una evaluación subjetiva, por lo que se recomienda, si se dispone de información, utilizar datos históricos o estadísticos. Si en la Unidad de Gestión Clínica o en el grupo del proceso asistencial existiese un registro de eventos adversos, este será de gran ayuda para poder objetivar el valor. No obstante, la experiencia es esencial.

La frecuencia de los modos de fallo de una técnica diagnóstica o terapéutica, debería ser suministrada al paciente como información previa (consentimiento informado) a su realización.

Las únicas formas de reducir este índice de frecuencia son:

- Cambiar el diseño del proceso asistencial, para reducir la probabilidad de que el fallo pueda producirse.
- Incrementar o mejorar los sistemas de prevención y/o control que impiden que se produzca la causa de fallo.

Detectabilidad.

Este concepto es esencial en el AMFE. Si durante el proceso se produce un fallo o cualquier resultado defectuoso, se trata de averiguar cuan probable es que no lo "detectemos", pasando a etapas posteriores, generando los consiguientes problemas y llegando en último término a afectar al paciente, o sea, a provocar un evento adverso. Cuanto más difícil sea detectar el fallo existente y más se tarde en hacerlo, más importantes pueden ser las consecuencias del mismo.

Por tanto, este índice indica la probabilidad de que la causa y/o modo de fallo, supuestamente aparecido, sea detectado con antelación suficiente para evitar daños, a través de los "controles actuales" existentes a tal fin. Es decir, es la capacidad de detectar el fallo antes de que se produzca el evento adverso al paciente. Inversamente a los otros índices, cuanto menor sea la capacidad de detección mayor será el índice de detectabilidad y mayor el consiguiente Índice de Riesgo, determinante para priorizar la intervención.

Se hace necesario aquí puntualizar que la detección no significa control, pues puede haber controles muy eficaces pero si finalmente se produce el evento adverso, ya sea por un error, etc., el índice de la detección tendrá un valor alto. Para reducir este índice sólo se tienen dos opciones:

- Aumentar los controles. Esto supone aumentar el coste, lo que es una regla no prioritaria en los métodos de calidad ni de prevención.
- Cambiar el diseño del proceso asistencial para facilitar la detección.

Tabla de valoración de la **probabilidad / facilidad de detección** del fallo.

Valor	Probabilidad / Facilidad	Criterio
1	**Muy Alta**	El fallo que genera el evento adverso es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes. Los controles detectarán casi con seguridad el fallo que lo provoca en el 95 % de los casos o más.
2 - 3	**Alta**	El fallo, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar inicialmente a un control, aunque sería detectado con toda seguridad a posteriori. Los controles detectarán el fallo con alta probabilidad entre un 80 y un 95 % de los casos.
4 - 6	**Moderada**	El fallo es detectable y posiblemente no sea perceptible por el paciente. Es probable que se detecte en las últimas fases del proceso asistencial. Los controles detectarán el fallo entre un 40 y un 80 % de las veces.
7 - 8	**Baja**	El fallo es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento. Los controles sólo detectarán el fallo entre un 5 y un 40 % de las veces.
9 - 10	**Muy baja / Nula**	El fallo es casi seguro que lo percibirá/sufrirá el paciente. No existen controles, estos son inoperantes o el fallo no puede detectarse. Sólo será detectado en un porcentaje entre el 0 y el 5 % de los casos.

Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) de eventos adversos

También denominado Número de Prioridad de Riesgo (NPR). Tal índice está basado en los mismos fundamentos que el método histórico de evaluación matemática de riesgos de William T. FINE (*) que permite calcular el grado de peligrosidad de los riesgos y en función de éste ordenarlos por su importancia, si bien el índice de prioridad del AMFE incorpora el factor detectabilidad. Por tanto, tal índice es el producto de la frecuencia por la gravedad y por la detectabilidad, siendo tales factores traducibles a un código numérico adimensional que permite priorizar la urgencia de la intervención, así como el orden de las acciones correctoras. Por tanto, debe ser calculado para todos los tipos de fallo aunque en el trabajo de grupo se obtendrá sólo para cada tipo de evento adverso.

IPR = F x G x D

Dado que tal índice va asociado a la prioridad de intervención, suele llamarse Índice de Prioridad del Riesgo.

No se establece un criterio de clasificación de tal índice. No obstante un IPR inferior a 100 no requeriría intervención salvo que la mejora fuera fácil de introducir y contribuyera a mejorar aspectos de calidad del servicio, proceso o trabajo. El ordenamiento numérico de las causas de modos de fallo por tal índice ofrece una primera aproximación de su importancia, pero es la reflexión detenida ante los factores que las determinan, lo que ha de facilitar la toma de decisiones para la acción preventiva. Como todo método cualitativo su principal aportación es precisamente el facilitar tal reflexión.

Siempre que la gravedad esté en los niveles de rango superior a 4 y la detectabilidad sea también superior a 4, debe considerarse el fallo y las características que le corresponden como importantes. Aunque el IPR resultante sea menor al especificado como límite, conviene actuar sobre estos modos de fallo. De ahí que cuando el AMFE incorpora tal atención especial a los aspectos críticos, el método se conozca como AMFEC, correspondiendo la última letra a tal aspecto cuantificable de la criticidad.

Estas características de **criticidad** se identificarán con algún símbolo característico (por ejemplo, en nuestro caso con una **“X”** en la hoja del AMFEC), en el plan de control y en el diagrama del proceso si corresponde.

En la práctica, es de suma importancia determinar al inicio cuales son los puntos críticos del proceso asistencial a analizar. Para ello hay que recurrir a la observación directa que se realiza por el propio grupo de trabajo y a la aplicación de técnicas generales de análisis desde el "brainstorming" a los diagramas causa-efecto de Isikawa, entre otros, que por su sencillez son de conveniente utilización. La aplicación de dichas técnicas y el grado de profundización en el análisis depende de la composición del propio grupo de trabajo y de su cualificación, del tipo de servicio o producto a analizar y como no, del tiempo hábil disponible.

(*) FINE: Grado de Peligrosidad del Riesgo = Consecuencias (daño) x Exposición (frecuencia) x Probabilidad (de que se origine el accidente una vez presentada la situación de riesgo).

d) INSTRUCCIONES PARA EL DISEÑO DE ACCIONES PREVENTIVAS

ELABORACIÓN DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS

Tabla para la elaboración del plan de acciones preventivas para la disminución del riesgo

RECOMENDACIONES PARA SU UTILIZACIÓN.

Utilice la tabla de la página siguiente.

Escriba en las filas destinadas a ello (5ª columna, encabezada con ACCIONES PREVENTIVAS), las medidas o acciones preventivas que Vd. considera que deben adoptarse para evitar que pueda aparecer en la práctica cada uno de los fallos que generan el evento adverso de que se trate, o sea, cómo prevenirlos totalmente o disminuir su frecuencia de aparición.

Aunque considere que la acción a tomar se puede deducir claramente del fallo o causa identificado, por favor, escriba la/las acciones que Vd. propone.

Hágalo con todos aquellos fallos en los que Vd. considere que puede dar una opinión, pertenezca o no a su especialidad, categoría profesional o área de responsabilidad en la Unidad d Gestión Clínica de que se trate.

Se trata de encontrar medidas, a veces imaginativas, para evitar de forma completa y definitiva que aparezcan esos eventos adversos. Tenga en cuenta en la redacción de las acciones preventivas que después se van a convertir en actividades o medidas concretas que el grupo llevará a cabo para la implantación efectiva del programa en la práctica.

Vd. puede incluir las acciones que considere conveniente en cada uno de los fallos. En aquellos en los que no desee o no pueda aportar acciones, deje la fila que corresponda en blanco.

Se adjunta un ejemplo

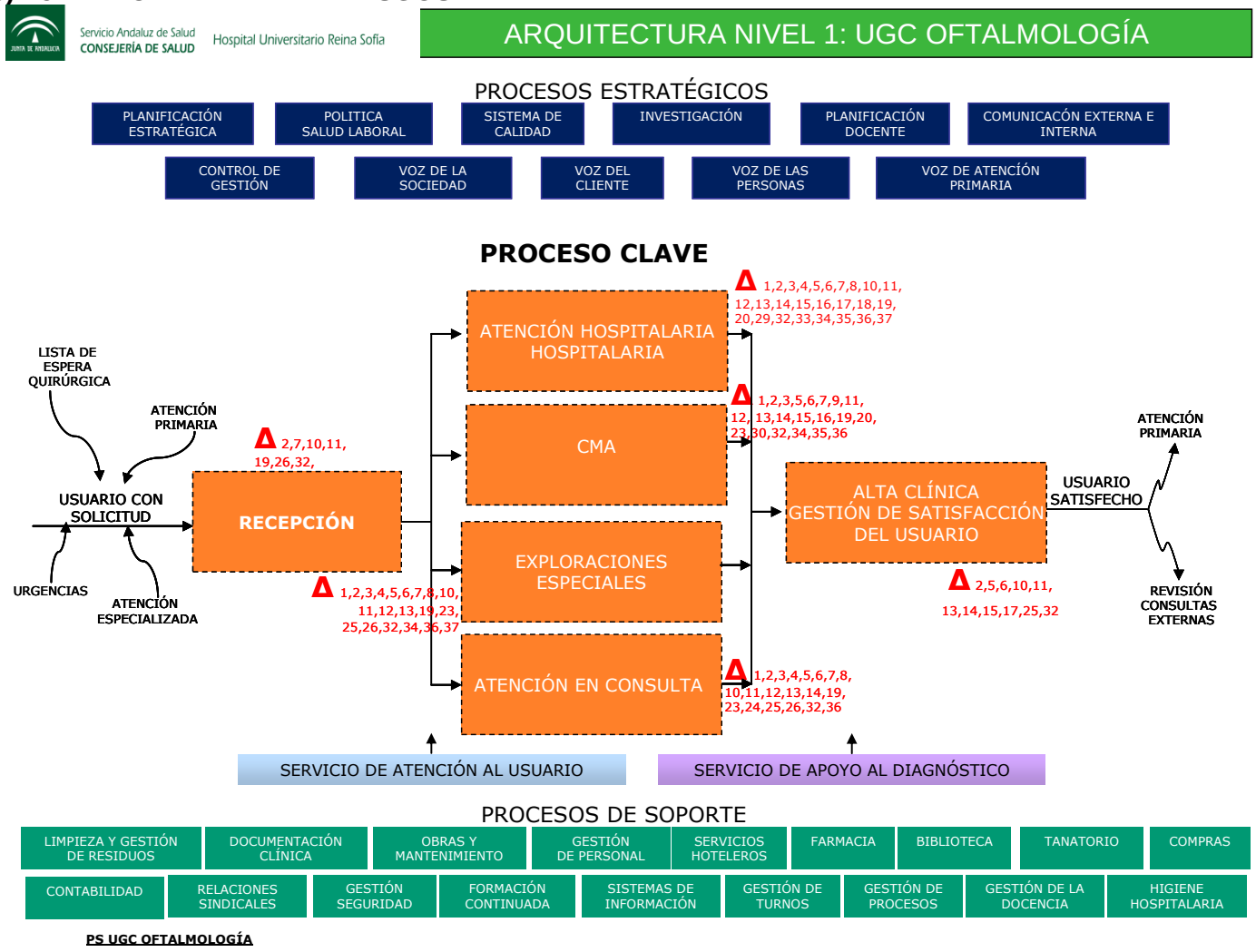
Tabla tipo para la elaboración del plan de acciones preventivas.

N	**Evento adverso** Daño o lesión física o psíquica	**Fallos** (el evento adverso se debe a …..)	**Causas** (el fallo es causado por ……)	**Acciones preventivas** (El EA se evita con …)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Ejemplo de elaboración de acciones preventivas

N	Evento adverso Daño o lesión física o psíquica	Fallos (el evento adverso se debe a …..)	Causas (el fallo es causado por ……)	Acciones preventivas (El EA se evita con …)
1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta trascripción del medicamento por el farmacéutico	Falta de entendimiento de la escritura del facultativo por el farmacéutico	Escribir en ordenador o con mayúscula el tratamiento farmacológico
			No comprobación por la enfermera de la correcta prescripción	Checklist de comprobación
			Mala administración del medicamento por la enfermera	Reciclaje Formación Doble comprobación
			Mala dispensación	Doble comprobación
		Alergia no detectada	Dato mal recogido en la historia	Checklist de comprobación
2	Infecciones respiratorias (tos, febrícula)	No usar mascarillas de aislamiento	Entrar en los sitios públicos sin usar mascarillas	Formación Control estricto

e) EJEMPLO DE MAPA DE RIESGOS



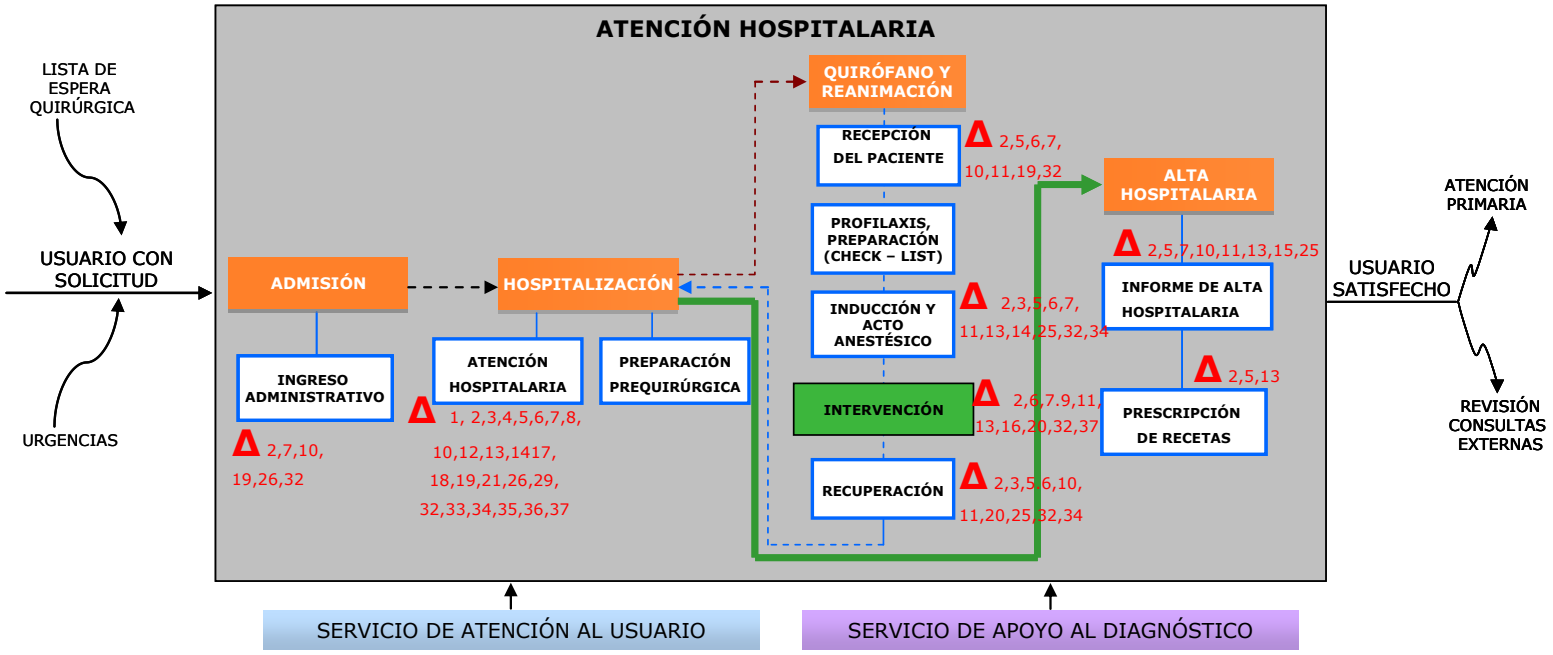
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Hospital Universitario Reina Sofía

ARQUITECTURA NIVEL 2: UGC DE OFTALMOLOGÍA – PROCESO HOSPITALIZACIÓN

PROCESOS ESTRATÉGICOS

- PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
- POLITICA SALUD LABORAL
- SISTEMA DE CALIDAD
- INVESTIGACIÓN
- PLANIFICACIÓN DOCENTE
- COMUNICACÓN EXTERNA E INTERNA
- CONTROL DE GESTIÓN
- VOZ DE LA SOCIEDAD
- VOZ DEL CLIENTE
- VOZ DE LAS PERSONAS
- VOZ DE ATENCÍÓN PRIMARIA

PROCESO CLAVE



PROCESOS DE SOPORTE

- LIMPIEZA Y GESTIÓN DE RESIDUOS
- DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
- OBRAS Y MANTENIMIENTO
- GESTIÓN DE PERSONAL
- SERVICIOS HOTELEROS
- FARMACIA
- BIBLIOTECA
- TANATORIO
- COMPRAS
- CONTABILIDAD
- RELACIONES SINDICALES
- GESTIÓN SEGURIDAD
- FORMACIÓN CONTINUADA
- SISTEMAS DE INFORMACIÓN
- GESTIÓN DE TURNOS
- GESTIÓN DE PROCESOS
- GESTIÓN DE LA DOCENCIA
- HIGIENE HOSPITALARIA

PS UGC OFTALMOLOGÍA

PLAN DE SEGURIDAD DE LA UGC DE OFTALMOLOGÍA
RELACION DE EVENTOS ADVERSOS

1 Infección ocular postquirúrgica
2 Error en la identificación del paciente
3 Síncopes
4 Contagio de conjuntivitis vírica
5 Error de medicación
6 Caída
7 Falta de historia clínica
8 Endoftalmitis
9 Implantación de lente intraocular no adecuada
10 Ruptura de la intimidad del paciente
11 Ansiedad
12 Reacción alérgica a un colirio
13 Error en el ojo del tratamiento
14 Error en la administración del tipo de colirio
15 Falta de cumplimiento por no entendimiento de la patología
16 Suspensión de la intervención quirúrgica
17 Mala evolución en la intervención quirúrgica: desprendimiento
18 Flebitis
19 Desorientación o empeoramiento de patología de base al ingreso
20 Aumento del tiempo de permanencia en quirófano
21 Úlceras por presión
22 Preocupación de los familiares por excesivo tiempo quirúrgico
23 Retraso en la hora de atención al paciente
24 Cicatrices hipertróficas
25 Falta de seguimiento adecuado de la patología del paciente
26 Acudir a un lugar y/o día erróneo a la cita
27 Pérdida de agudeza visual evitable
28 Obstrucción del lacrimal no tratada en niños
29 Crisis vagal en planta en el postoperatorio en niños
30 Necesidad de más de una cirugía por iatrogenia de cataratas
31 Úlceras corneales
32 Dudas en la identificación de los niños
33 Aumento de días de ingreso
34 Hemorragia / hematoma
35 Infección nosocomial
36 Alergia medicamentosa o alimenticia
37 Encarnizamiento terapéutico

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Hospital Universitario Reina Sofía

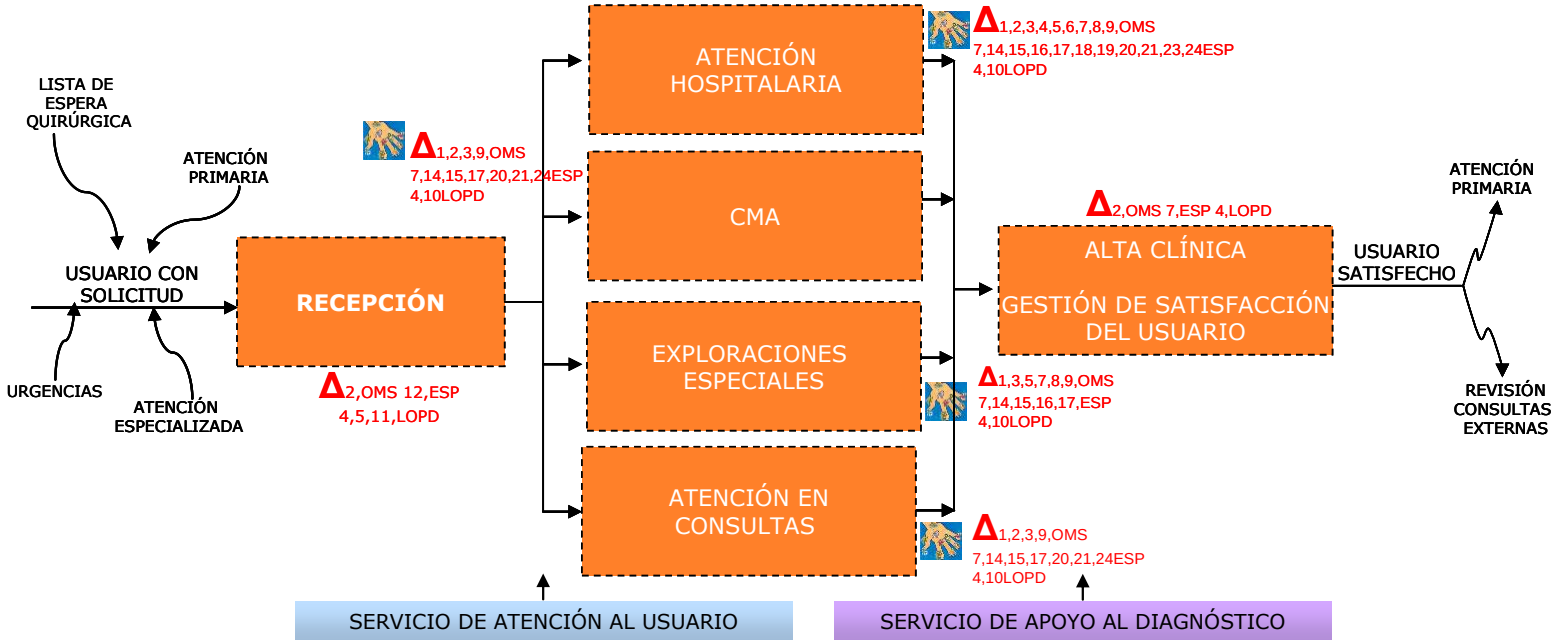
ARQUITECTURA NIVEL 1: UGC OFTALMOLOGÍA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA | POLITICA SALUD LABORAL | SISTEMA DE CALIDAD | INVESTIGACIÓN | PLANIFICACIÓN DOCENTE | COMUNICACÓN EXTERNA E INTERNA

CONTROL DE GESTIÓN | VOZ DE LA SOCIEDAD | VOZ DEL CLIENTE | VOZ DE LAS PERSONAS | VOZ DE ATENCÍÓN PRIMARIA

PROCESO CLAVE



PROCESOS DE SOPORTE

LIMPIEZA Y GESTIÓN DE RESIDUOS | DOCUMENTACIÓN CLÍNICA | OBRAS Y MANTENIMIENTO | GESTIÓN DE PERSONAL | SERVICIOS HOTELEROS | FARMACIA | BIBLIOTECA | TANATORIO | COMPRAS

CONTABILIDAD | RELACIONES SINDICALES | GESTIÓN SEGURIDAD | FORMACIÓN CONTINUADA | SISTEMAS DE INFORMACIÓN | GESTIÓN DE TURNOS | GESTIÓN DE PROCESOS | GESTIÓN DE LA DOCENCIA | HIGIENE HOSPITALARIA

OMS: Recomendaciones para la Seguridad del Paciente. **ESP**: Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía. **LOPD**: Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

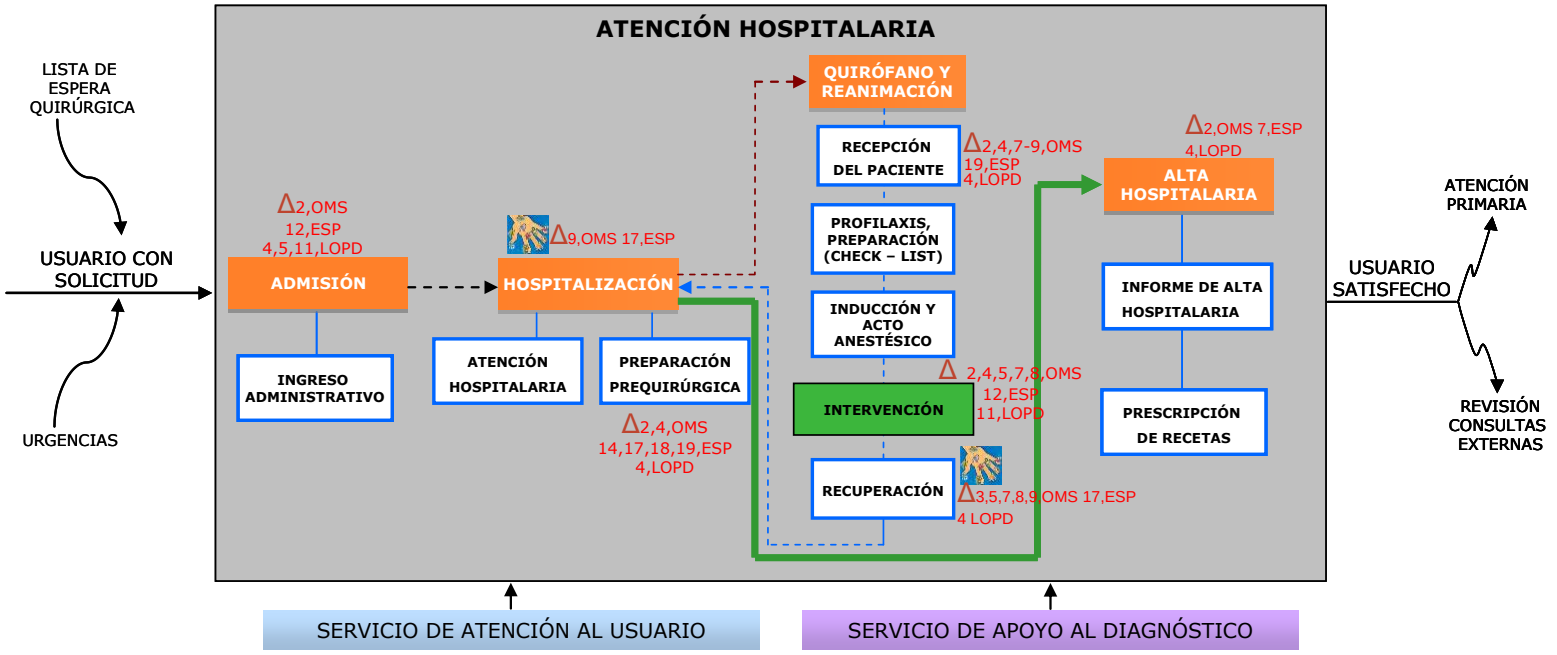
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Hospital Universitario Reina Sofía

ARQUITECTURA NIVEL 2: UGC DE OFTALMOLOGÍA – PROCESO HOSPITALIZACIÓN

PROCESOS ESTRATÉGICOS

- PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
- POLITICA SALUD LABORAL
- SISTEMA DE CALIDAD
- INVESTIGACIÓN
- PLANIFICACIÓN DOCENTE
- COMUNICACÓN EXTERNA E INTERNA
- CONTROL DE GESTIÓN
- VOZ DE LA SOCIEDAD
- VOZ DEL CLIENTE
- VOZ DE LAS PERSONAS
- VOZ DE ATENCÍÓN PRIMARIA

PROCESO CLAVE



PROCESOS DE SOPORTE

- LIMPIEZA Y GESTIÓN DE RESIDUOS
- DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
- OBRAS Y MANTENIMIENTO
- GESTIÓN DE PERSONAL
- SERVICIOS HOTELEROS
- FARMACIA
- BIBLIOTECA
- TANATORIO
- COMPRAS
- CONTABILIDAD
- RELACIONES SINDICALES
- GESTIÓN SEGURIDAD
- FORMACIÓN CONTINUADA
- SISTEMAS DE INFORMACIÓN
- GESTIÓN DE TURNOS
- GESTIÓN DE PROCESOS
- GESTIÓN DE LA DOCENCIA
- HIGIENE HOSPITALARIA

OMS: Recomendaciones para la Seguridad del Paciente. **ESP**: Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía. **LOPD**: Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

OMS "NUEVE SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE"
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las soluciones concentradas de electrólitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL
http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1999-23750

Artículos a aplicar:
4. Calidad de los datos.
5. Derecho de información en la recogida de datos.
7. Datos especialmente protegidos.
8. Datos relativos a la salud.
9. Seguridad de los datos.
10. Deber de secreto.
11. Comunicación de datos.

ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Gestión de la calidad asistencial

1. Impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes
(Pág. 23).
1. Incorporar los objetivos de seguridad propuestos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión (Pag. 24).
2. Gestión de los riesgos descentralizada, horizontal y flexible (Pág. 25).
3. Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad del Modelo de Acreditación de Andalucía (Pág. 25).

Formación

5. Plan de formación (Pág. 26).

Investigación

6. Impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente (Pág. 27).

PROCESOS DE SOPORTE

Implicación del paciente y persona cuidadora

7. Fomentar la implicación del paciente y persona cuidadora (Pág. 30).

Sistemas de información

8. Integrar la información sobre seguridad que facilitan los distintos sistemas de información existentes con el propósito de conocer, analizar y prevenir los EA (Pág. 32)

PROCESOS OPERATIVOS

Contacto con el sistema

11. Disminuir barreras arquitectónicas y señalizar adecuadamente los centros (Pág. 38).
12. Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA (Pág. 38).
13. Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática (Pág. 39).

Valoración del paciente y persona cuidadora

14. En la valoración de los pacientes se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente (Pág. 40).
15. Valoración de la persona cuidadora (Pág. 40).

Asistencia

16. Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos (Pág. 42).
17. Prevenir la infección nosocomial (Pág. 45).
18. Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados (Pág. 47).
19. Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas (Pág. 49).
20. Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas (Pág. 51).
21. Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito (Pág. 51).
22. Fomentar entornos seguros en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas (Pág. 51).
23. Monitorización de las extubaciones no planeadas. (Pag. 52)