



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DAP_2

Herramientas (SGSP-DAP_2)

Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente



Servicio de Salud del Principado de Asturias

Versión 2
Diciembre 2015



Elaborado por:

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Aprobado el 23 de febrero de 2015 por el Consejo de Dirección
del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Código interno: JCV_15042014_scgc

Clave del Documento en el SGSP: SGSP-DAP_2

© SESPA Depósito Legal AS-03007-2014

Control de versiones

Versión	Fecha	Cambio relevante
1	23.02.2015	
2	22.12.2015	Nueva estructura organizativa de la seguridad del paciente Correcciones en la redacción



Acrónimos empleados:

ACR	Análisis Causa Raíz
AMFE	Análisis Modal de Fallos y Efectos
APEAS	Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria
APPCC	Análisis de Peligros y Puntos Críticos
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades
DAIME	Documentado, Aprobado, Implantado, Monitorizado, Evaluado
EA	Evento Adverso
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización
EEAAHPAS	Estudio de los Eventos Adversos en la Atención Hospitalaria en el Principado de Asturias
FTA	Fault Tree Analysis
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IDEF	Integrated Definition
MOSPS	Medical Office Survey on Patient Safety
MRF2	Cuestionario modular para la identificación de efectos adversos en historias clínicas
NPSA	National Patient Safety Agency
PDCA	Plan - Do - Check - Act
QFD	Quality Function Deployment





Índice

Acrónimos empleados	3
Introducción.....	7
1.- Herramientas para la mejora global de la seguridad del paciente	9
2.- Herramientas para la evaluación de la situación y el contexto	17
3.- Herramientas para la Gestión proactiva de riesgos	25
4.- Herramientas para la Gestión reactiva de riesgos	37
5.- Listados de comprobación	49
Figuras	55





Introducción

El Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente nace con la visión de mejorar el abordaje de la Seguridad del Paciente en todos los ámbitos asistenciales.

Para ello, precisa de la puesta en marcha de iniciativas útiles, cuya consecuencia sea garantizar procesos seguros de manera sostenible.

En el presente documento, se ha realizado una recopilación de herramientas que pueden facilitar la implantación y la evaluación de las acciones que se incluyen en el documento de despliegue. Por otra parte, se exponen de forma breve los elementos más relevantes de las mismas.

Estas herramientas, genéricas en unos casos y muy específicas en otros, en su conjunto pueden servir para sentar las bases que permitan el desarrollo del Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente.

Las herramientas planteadas se han organizado en cinco grupos:

- Herramientas para la mejora global de la seguridad del paciente
- Herramientas para la evaluación de la situación y el contexto
- Herramientas para la gestión proactiva de riesgos
- Herramientas para la gestión reactiva de riesgos
- Listados de comprobación

La agrupación que se plantea tiene un sentido práctico y didáctico. No obstante, estos grupos de herramientas no se deben entender como compartimentos estancos, ya que hay herramientas que se podrían aplicar en más de un ámbito.

Para facilitar la lectura, comprensión y aplicación específica, se ha seguido para cada herramienta la siguiente ficha:

Código	Identificación alfanumérica que permite su clasificación en bases de datos
Nombre	Identificación nominal más común con la que es conocida
Justificación	Problema existente para la que se plantea la herramienta
Utilidad	Solución que proporciona para el problema planteado
Fase de aplicación	Punto de decisión del mapa de procesos donde se aplica
Formato	Elementos operativos que definen la herramienta
Descripción	Explicación breve de la aplicación de la herramienta
Complejidad	Conjunto de recursos necesarios para su aplicación
Periodicidad sugerida	Intervalo de tiempo sugerido para su uso





1.- Herramientas para la mejora global de la Seguridad del Paciente

- 1.1 Mapa de procesos tipo IDEF**
- 1.2 Cuadro de mando**
- 1.3 DAIME**
- 1.4 Benchmarking**
- 1.5 One Page Project Manager (OPPM)**
- 1.6 Estrategia multimodal**





Mapa de procesos tipo IDEF

Código	
Nombre	Mapa de procesos (tipo IDEF)
Justificación	Describir los procesos de una organización
Utilidad	<p>La metodología IDEF (Integrated Definition) ayuda a la integración de una empresa u organización a través del análisis, el modelaje y la simulación de sus procesos. Permite:</p> <ul style="list-style-type: none">• Representar y analizar las actividades que tienen lugar en una empresa u organización. Cada proceso (clave, estratégico o de soporte) tiene una magnitud y problemática diferente, por tanto deberán tratarse de forma diferente• Diferenciar la cadena de valor de una organización a través de una reflexión sobre la misión de la organización• Diseñar los procesos (nuevos o ya existentes), incorporando una visión integral de todo el proceso o actividad• Facilitar el diagnóstico del nivel de desarrollo de una organización, sin olvidarse de ninguna función o actividad, a través de la representación del mapa de procesos ideal y el mapa de procesos actual.
Fase de aplicación	Diseño organizativo
Formato	Representación gráfica
Descripción	<p>Es un modo de representación que integra los procesos en una determinada organización en torno a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Procesos clave, por ej.: identificación y caracterización de los riesgos, análisis de los riesgos, definición de un plan de acción para gestionar los riesgos, puesta en marcha y seguimiento del plan de acción• Procesos estratégicas, por ej.: formación de los recursos humanos, desarrollo de una cultura corporativa del riesgo, política de gestión de riesgos, soporte legislativo, desarrollo de protocolos conocimiento• Procesos de soporte, por ej.: canales de comunicación, sistemas de información, perfiles de recursos humanos adecuados, gestión presupuestaria
Complejidad	Alta
Periodicidad sugerida	Continua



Cuadro de mando¹

Código	
Nombre	Cuadro de mando
Justificación	Facilitar el seguimiento de la implantación de indicadores clave
Utilidad	<p>El cuadro de mando recoge los principales indicadores y los presenta de un modo claro y útil. Es una herramienta que nos informa de la evolución de los parámetros fundamentales y nos da una idea global con un fundamento de evaluación continua, en este caso aplicable a la Seguridad del Paciente.</p> <p>Facilita la toma de decisiones ya que se tiene la información de manera inmediata de las diferentes áreas y permite detectar inmediatamente las desviaciones de los planes, programas, estrategias, prácticas y decidir las medidas correctivas.</p>
Fase de aplicación	Seguimiento y evaluación
Formato	Base de datos relacional
Descripción	<p>Los cuadros de mando presentan sólo aquella información que sea imprescindible, en este caso en forma de indicadores. Esta información se presenta de una forma sencilla, sinóptica y resumida.</p> <p>Se deben diseñar indicadores que reflejen el alcance y desarrollo de las estrategias planteadas. Cada indicador debe tener metas o acciones bien definidas para poder alcanzarlas.</p> <p>Se deben utilizar exclusivamente los indicadores que proporcionen información relevante para la toma de decisiones y facilitar el proceso de monitorización y evaluación.</p>
Complejidad	Media - Alta
Periodicidad sugerida	

¹ Disponible en <http://www.pdcahome.com/cuadro-de-mando>



DAIME²

Código	
Nombre	DAIME (Documentado- Aprobado - Implantado - Monitorizado - Evaluado)
Justificación	Permite la mejora global mediante un ciclo de mejora
Utilidad	Evalúa las distintas iniciativas desde una perspectiva global, integradora y sistemática como un ciclo de mejora
Fase de aplicación	Desde el inicio del proceso hasta el final
Formato	
Descripción	Consta de 5 etapas: <ul style="list-style-type: none">• Documentado: existe un documento que recoge las acciones que se van a desarrollar• Aprobado: se aprueba el documento que describe las acciones• Implantación: las acciones se están desarrollando• Monitorización: se supervisan periódicamente los resultados• Evaluación: Una vez cerrado el ejercicio habrá que realizar una memoria/informe que recoja los resultados de las monitorizaciones y el resto de los inputs recogidos. Se analizan estas informaciones y se tomarán las decisiones oportunas, lo que cierra el ciclo de mejora
Complejidad	Media
Periodicidad sugerida	Continua

² Disponible en: <http://www.gestionclinica.info/pdf/daime.pdf>



Benchmarking

Código	
Nombre	Benchmarking funcional
Justificación	Utilizar las mejores prácticas de los distintos dispositivos como un recurso de mejora de la organización
Utilidad	Mejorar procesos clave de la organización, adaptando las mejores prácticas de aquellos dispositivos que se hayan considerado como excelentes
Fase de aplicación	Evaluación/Mejora
Formato	Grupos de Benchmarking
Descripción	<p>El Benchmarking o intercambio de conocimientos podría definirse como el proceso sistemático para identificar, comparar y aprender de las mejores prácticas de otras empresas, del mismo sector o no, desagregando ordenadamente el conjunto de factores que condicionen el éxito de las mismas³.</p> <p>Es un proceso sistemático y continuo de evaluación de los procesos y los resultados, entre líderes de las mejores prácticas.</p> <p>La metodología consta de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinación de los procesos clave, que una vez mejorados, permitirán mayor beneficio a la Organización• Determinar los puntos clave de estos procesos• Identificar a los mejores en el abordaje de estos procesos• Identificar alternativas de acción para lograr objetivos de mejora• Incorporar las mejores alternativas al SGSP y aplicarlas• Evaluar los resultados
Complejidad	Alta
Periodicidad sugerida	Variable

³ Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008



One Page Project Manager (OPPM)⁴

Código	
Nombre	One Page Project Manager (OPPM)
Justificación	Una vez decidido llevar a cabo un proyecto, es necesario tener información del grado de despliegue de los distintos elementos que lo conforman
Utilidad	Disponer de un cuadro de mando de un proyecto
Fase de aplicación	Todas las fases del proyecto
Formato	Plantilla en formato tabla
Descripción	<p>En una tabla, se indican en horizontal las acciones concretas a implantar (arriba las primeras y hacia abajo las últimas) y, en vertical, se señalan las fechas estimadas para su consecución. En las cuadrículas que relacionan las acciones con los tiempos se pueden señalar las fechas previstas para su realización y, así como su cumplimiento</p> <p>Permite hacer un seguimiento, comparando lo previsto con lo ejecutado, facilitando una visión integral del despliegue del proyecto.</p>
Complejidad	Media
Periodicidad sugerida	Variable

⁴ Disponible en <https://www.oppmi.com/>



Estrategia multimodal⁵

Código	
Nombre	Estrategia multimodal (bundle care⁶)
Justificación	Para conseguir un determinado objetivo suele ser preciso aplicar medidas de distinta índole, de tal manera que aplicadas juntas producen un efecto mayor que la suma de cada una por separado
Utilidad	Agrupar distintas medidas a aplicar para lograr un objetivo
Fase de aplicación	Desde el inicio del proceso hasta el final
Formato	
Descripción	Se diseñan un conjunto de medidas distintas en base a la evidencia disponible dirigidas a lograr el objetivo propuesto. Se define el modo y el momento de su aplicación y evaluación Ejemplos: <ul style="list-style-type: none">• Estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos• Conjunto de actividades incluidas en los proyectos Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero y Flebitis Zero
Complejidad	Variable
Periodicidad sugerida	

⁵ Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Traducido por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010

⁶ Using care bundles to reduce in-hospital mortality: quantitative survey. BMJ 2010;340:c1234. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1234>



2.- Herramientas para la Evaluación de la Situación y el Contexto

- 2.1 Auditorías**
- 2.2 Encuesta sobre seguridad de los pacientes en Atención Primaria MOSPS**
- 2.3 Encuesta HSOPSC sobre SP en el ámbito hospitalario**
- 2.4 Despliegue funcional de la calidad (QFD)**
- 2.5 DAFO (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades)**
- 2.6 Rondas de Seguridad con directivos**





Auditorías

Código	
Nombre	Auditorías
Justificación	Se hace necesario un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva
Utilidad	Permite asegurar la adecuación en el modo de actuar conforme a un procedimiento preestablecido que se considera más seguro
Fase de aplicación	Seguimiento y evaluación interna y externa
Formato	Observación directa por parte del evaluador
Descripción	Las auditorías son una metaherramienta que con frecuencia utiliza otras: <ul style="list-style-type: none">• Revisión documental: valora la presencia de documentos de varios tipos (documentos de procedimientos necesarios para abordar acciones previstas, de registros, etc.)• Inspección: valora de manera directa la presencia de elementos que deben estar presentes y/o funcionamiento de manera adecuada (a procedimientos, reglamento o normativa establecida)• Observación directa: evalúa el grado de aplicación de los procedimientos establecidos, en ocasiones organizadas como rondas• Entrevista estructurada: trata de encontrar evidencias a través de una entrevista con varios elementos secuenciales predefinidos sobre el grado de conocimiento y de adherencia a un determinado procedimiento
Complejidad	Alta
Periodicidad sugerida	Variable, al menos anual. Debe dar respuesta a las expectativas del proceso recién iniciado (periodicidad menor) y una vez consolidada pueden espaciarse.



Encuesta sobre seguridad de los pacientes en Atención Primaria MOSPS

Código	
Nombre	Encuesta sobre seguridad de los pacientes en Atención Primaria MOSPS
Justificación	Se hace necesario evaluar los factores culturales de la organización, en este caso en el ámbito de la Seguridad del Paciente
Utilidad	Medir el cambio cultural que facilite la implantación y consecución de mejoras en la seguridad de los pacientes
Fase de aplicación	Valoración de la situación y contexto
Formato	Encuesta y análisis de los datos
Descripción	<p>Es un cuestionario traducido y validado al castellano, que pone el énfasis en la seguridad de los pacientes y en la calidad de los cuidados. Es un modelo que permite su evaluación, monitorización y la comparación interna y externa.</p> <p>Pide opinión al encuestado acerca de la cultura de la Seguridad del Paciente y calidad de los servicios sanitarios. Consta de 62 preguntas en 9 secciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y la calidad• Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales• Trabajando en el centro de salud• Comunicación y seguimiento• Apoyo al liderazgo• En el centro de trabajo• Puntuaciones globales en seguridad y calidad• Sobre su trabajo en el centro/gabinete• Comentarios libres del encuestado
Complejidad	Media - Alta
Periodicidad sugerida	Anual



Encuesta HSOPSC sobre Seguridad del Paciente en el ámbito hospitalario

Código	
Nombre	Encuesta HSOPSC sobre Seguridad del Paciente en el ámbito hospitalario
Justificación	Se hace necesario evaluar los factores culturales de la organización, en este caso en el ámbito de la Seguridad del Paciente
Utilidad	Medir el cambio cultural que facilite la implantación y consecución de mejoras en la seguridad de los pacientes
Fase de aplicación	Valoración de la situación y contexto
Formato	Encuesta y análisis de los datos
Descripción	<p>Es un cuestionario traducido y validado al castellano. Evalúa 4 resultados globales sobre la Seguridad del Paciente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Percepción general de seguridad2. Frecuencia de los eventos notificados3. Número de eventos reportados4. Valoraciones globales sobre la Seguridad de pacientes <p>También evalúa 12 dimensiones de la cultura de Seguridad del Paciente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Percepción global de seguridad2. Frecuencia de notificación de incidentes3. Expectativas y acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad4. Aprendizaje organizacional - Mejora continua5. Trabajo en equipo dentro de la Unidad o Servicio6. Comunicación franca y abierta7. Comunicación y feedback sobre errores8. Respuesta no punitiva al error9. Dotación de personal10. Apoyo de la Gerencia del Hospital en Seguridad del Paciente11. Colaboración entre Unidades y/o Servicios del Hospital12. Transmisión de información durante traslados y cambios de turno
Complejidad	Media - Alta
Periodicidad sugerida	Anual



Despliegue funcional de la calidad (QFD)

Código	
Nombre	Despliegue funcional de la calidad QFD (Quality Function Deployment)
Justificación	Se hace necesario tener en cuenta las opiniones de los usuarios en relación con las necesidades percibidas
Utilidad	Priorizar las posibles acciones del Sistema de Gestión de la Seguridad del Paciente teniendo en cuenta las necesidades percibidas por los usuarios de cara a mejorar su satisfacción
Fase de aplicación	Valoración de la situación y contexto
Formato	Cuestionario valoración / Evaluación comparativa
Descripción	Tiene varias fases: <ol style="list-style-type: none">1. Preguntar al usuario por lo que quiere (qué).2. Acciones del Sistema de Gestión que se relacionan con necesidades percibidas de los usuarios (cómo)3. Relaciones entre las necesidades y las acciones, valoradas por un panel de expertos (3=débil, 6=fuerte, 9=muy fuerte)4. Índice de importancia (de los usuarios). Valoración por el usuario de la importancia de las demandas planteadas de 1 a 5.5. Evaluación de las acciones, a ojos del usuario.6. Selección de las acciones a ser desplegadas (teniendo en cuenta también la complejidad)
Complejidad	Alta
Periodicidad sugerida	Anual o bienal



Análisis DAFO (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades)

Código	
Nombre	DAFO
Justificación	Antes de tomar cualquier decisión estratégica, es imprescindible realizar un diagnóstico de la organización mediante una herramienta sencilla
Utilidad	La utilidad principal de un análisis DAFO es ayudar a una organización a encontrar sus factores estratégicos críticos, para una vez identificados, usarlos y apoyar en ellos los cambios organizacionales: consolidando las fortalezas, minimizando las debilidades, aprovechando las ventajas de las oportunidades, y eliminando o reduciendo las amenazas
Fase de aplicación	Valoración de la situación y contexto
Formato	Cuestionario valoración / Evaluación comparativa
Descripción	Consta de varias etapas: <ul style="list-style-type: none">• Identificación de los factores que afectan a la efectividad de la Organización: internos (Debilidades y Fortalezas) y externos (Amenazas y Oportunidades)• Valoración de los factores: relevancia relativa de cada uno, nota de nuestra organización, valor global• Gráfico de diagnóstico de situación
Complejidad	Media
Periodicidad sugerida	



Rondas de Seguridad con Directivos

Código	
Nombre	Rondas de Seguridad con directivos (Walkrounds Safety Leadership WalkRounds)
Justificación	Promover la cultura de la seguridad del paciente Hacer visible el compromiso del liderazgo Promover que los directivos aprendan sobre SP directamente de los profesionales.
Utilidad	Su objetivo principal es potenciar la implicación de los propios Directivos así como identificar oportunidades de mejora y promover un cambio cultural.
Fase de aplicación	Promoción de la cultura de la Seguridad del Paciente Valoración de la situación y contexto Gestión reactiva de riesgos
Formato	Reunión
Descripción	Las Rondas de Seguridad (RS) son reuniones periódicas entre la Dirección del hospital y los profesionales de un determinado servicio/dispositivo para tratar temas de SP. Se realizan observaciones centradas en la evaluación de prácticas, procedimientos o cuidados que potencialmente podrían suponer un riesgo en la atención del paciente. En la Ronda (a modo de reunión o pase de visita) se valoran unos ítems consensuados previamente entre los profesionales del Servicio y el equipo directivo. Una vez finalizada la Ronda, los participantes en la misma se reúnen para comentar los resultados y observaciones aportadas por los profesionales y firmar el formulario de registro de la Ronda. Este informe se hace llegar a todos los profesionales implicados.
Complejidad	Baja - Media
Periodicidad sugerida	Trimestral/ Semestral



3.- Herramientas para la Gestión proactiva de riesgos

- 3.1 Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)
- 3.2 Matriz de Riesgos
- 3.3 Rondas de Seguridad
- 3.4 Análisis de Peligros y Puntos Críticos (APPC)
- 3.5 Cuestionario de autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los medicamentos en los hospitales
- 3.6 Herramientas de factores humanos
- 3.7 Análisis jerárquico de tareas
- 3.8 Control estadístico de proceso y gráficos de control
- 3.9 Eliminación de actividades que no generan valor





Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)

Código	
Nombre	AMFE
Justificación	Cada causa potencial de riesgo debe ser considerada por su efecto en la actividad asistencial y según este riesgo se deben implementar una serie de acciones para que esos procesos sean más seguros
Utilidad	Es un método enfocado a lograr el aseguramiento de la calidad, que mediante el análisis teórico sistemático, contribuye a identificar y prevenir los fallos, tanto de un producto como de un proceso, evaluando su gravedad, frecuencia y detección, para priorizar las causas, sobre las cuales habrá que actuar para evitar que se presenten dichos fallos ⁷
Fase de aplicación	Análisis proactivo del riesgo
Formato	
Descripción	<p>Análisis Modal de Fallos y Efectos se desarrolla en las siguientes fases:</p> <ul style="list-style-type: none">• Establecer el equipo• Definir el Servicio o sistema• Describir las funciones o los componentes que lo integran• Hacer un listado de los modos de fallos potenciales de cada uno de ellos• Determinar los efectos de los fallos (Gravedad)• Describir las causas que podrían originar dichos fallos• Elaborar un listado de los controles que podrían detectar cada modo de fallo (Detección)• Calcular prioridades, la importancia de cada riesgo• Implantar acciones de mejora para prevenirlos
Complejidad	Alta
Periodicidad sugerida	Antes del arranque de un proceso/plan

⁷ De Rosier j, Stalhandske , Bagian JP, Nudell T. Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis™: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. Journal of Quality Improvement 2002; 28(5):248-267. (Acceso 29 de agosto de 2006). Disponible en http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA_JQI.pdf



Matriz de riesgos

Código	
Nombre	Matriz de riesgos
Justificación	Cada causa potencial de riesgo debe ser considerada por su efecto en la actividad asistencial y según este riesgo se deben implementar una serie de acciones para que esos procesos sean más seguros
Utilidad	Una matriz de riesgo constituye una herramienta utilizada para identificar, mediante un análisis teórico, las actividades y procesos más importantes, el tipo y nivel de riesgos inherentes a estas actividades y los factores exógenos y endógenos relacionados con estos riesgos (factores de riesgo)
Fase de aplicación	Análisis proactivo del riesgo
Formato	
Descripción	<p>Un equipo de profesionales (equipo de gestión de riesgos) clasifica los riesgos de acuerdo a su importancia en una tabla con 2 variables:</p> <ul style="list-style-type: none">• Probabilidad de ocurrir: Valores entre 1 (muy baja) y 5 (muy alta)• Su impacto: Gravedad. Valores entre 1 (muy baja) y 5 (muy alta) <p>Los riesgos obtenidos oscilan entre el Riesgo marginal (se va a vigilar pero no precisa medidas preventivas inicialmente) y el Riesgo muy grave (precisa medidas preventivas urgentes)</p>
Complejidad	Baja
Periodicidad sugerida	Antes del arranque de un proceso



Rondas de Seguridad

Código	
Nombre	Rondas de Seguridad
Justificación	Minimizar los riesgos prevenibles y conocidos
Utilidad	Detectar y corregir la presencia de riesgos que puedan contribuir a la aparición de un evento adverso
Fase de aplicación	Gestión proactiva de riesgos
Formato	Rondas de supervisión
Descripción	Las Rondas de Seguridad son actuaciones dirigidas a detectar y controlar ciertos riesgos con actividades periódicas que buscan activamente la presencia de riesgos conocidos de antemano, fácilmente detectables y controlables evitando (o minimizando) su contribución a la aparición de un evento adverso. (p. ej.: rondas de detección de pacientes ingresados sin pulsera identificativa).
Complejidad	Baja
Periodicidad sugerida	Variable



Análisis de peligros y puntos críticos (APPCC)

Código	
Nombre	Análisis de peligros y puntos críticos
Justificación	Se debe identificar peligros específicos potenciales y medidas de control con el fin de garantizar la inocuidad de los procesos
Utilidad	El uso del APPCC se orienta a prevenir o minimizar la probabilidad de errores. Es una metodología de trabajo que se focaliza en la identificación, análisis y control de peligros potenciales y en la identificación de puntos críticos de control, mediante un análisis teórico
Fase de aplicación	Análisis proactivo del riesgo
Formato	
Descripción	<p>El Análisis de peligros y puntos críticos (APPC)⁸ tiene 7 principios básicos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identificación de todos los peligros potenciales2. Identificación de los puntos de control crítico. Se puede calcular un Índice de Criticidad: $IC=P \times S \times Pr$. (P= probabilidad, S= Severidad, Pr= Persistencia)3. Establecer los límites críticos y sus medidas de control4. Establecer un sistema de vigilancia de los puntos críticos5. Establecer medidas correctoras cuando un PPC esté fuera de control6. Establecer un sistema de verificación de que el APPCC funciona correctamente7. Crear un sistema de documentación
Complejidad	Media - Alta
Periodicidad sugerida	Antes del arranque de un proceso

⁸ Maris Batalles S. Optimización del proceso de medicación en pacientes hospitalizados aplicando análisis de riesgos y puntos críticos de control



Cuestionario de autoevaluación de Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales

Código	
Nombre	Cuestionario de autoevaluación de Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales
Justificación	Se debe intentar realizar una detección y aprendizaje activo de los errores causados por medicamentos
Utilidad	Este cuestionario permite evaluar la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identificar cuáles son sus puntos de riesgo y las oportunidades de mejora, y es también muy útil para valorar cuál es la situación basal de un hospital con respecto a la seguridad y objetivar los progresos que se realicen en este área
Fase de aplicación	Análisis proactivo del riesgo
Formato	Cuestionario de autoevaluación para los profesionales
Descripción	<p>Se trata de una adaptación del Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España).</p> <p>El cuestionario consta de 232 puntos de evaluación que representan prácticas o medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación, que el ISMP ha incluido a partir de su experiencia en el análisis de errores de medicación y consultorías en hospitales.</p> <p>Está estructurado en 10 apartados que se corresponden con cada uno de los elementos clave que más inciden en la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos. Estos a su vez incluyen uno o más criterios esenciales.</p> <p>Cada punto de evaluación debe ser valorado con respecto a su implantación en el hospital utilizando un baremo con 5 posibilidades. No todos los puntos tienen asignada la misma valoración, sino que ésta depende de su eficacia para evitar los errores.</p>
Complejidad	Media-alta
Periodicidad sugerida	



Herramientas de factores humanos

Código	
Nombre	Herramientas de factores humanos
Justificación	Disminuir la probabilidad de sucesos ligados a ciertas tareas o comportamientos
Utilidad	Fomentar comportamientos ligados a la cultura de seguridad
Fase de aplicación	Planificación
Formato	Variable
Descripción	Se trata de un conjunto de herramientas dirigidas al cumplimiento de criterios de actuación que redundan en una mejora de la SP (y otros ámbitos no sanitarios). Ejemplos: la autoverificación, comunicación a tres vías, la supervisión en campo, la verificación independiente
Complejidad	Sencilla
Periodicidad sugerida	Variable



Análisis jerárquico de tareas⁹

Código	
Nombre	Análisis jerárquico de tareas
Justificación	Disminuir la complejidad de las tareas para hacerlas más simples y seguras
Utilidad	Divide una tarea en varias tareas más simples
Fase de aplicación	Planificación
Formato	
Descripción	Divide las tareas en tareas más simples, de forma recursiva. Se identifican las tareas principales para desarrollar una acción. Las tareas se van subdividiendo progresivamente hasta llegar al grado de simplicidad y seguridad requerido. Una vez dividida, se especifica cómo llevarla a cabo en la práctica para su aplicación.
Complejidad	Media
Periodicidad sugerida	Variable

⁹ Annett, J., Duncan, K.: Task Analysis and Training Design. Occupational Psychology 41 (1967) 211-227



Control estadístico de proceso¹⁰

Código	
Nombre	Control estadístico de proceso y gráficos estadísticos de control
Justificación	Monitorizar la estabilidad de un proceso
Utilidad	Reducción de la variabilidad a niveles aceptables
Fase de aplicación	Gestión proactiva
Formato	Cálculo estadístico de la variabilidad aceptable y detección de variaciones excesivas (superación de los límites de control)
Descripción	Se cuantifica la variabilidad existente debido a causas comunes para ver si es aceptable. De no serlo, se debe identificar esa “causa asignable” y llevar a cabo una acción correctiva, reconduciendo el proceso hacia su variabilidad original.
Complejidad	Alta
Periodicidad sugerida	Variable

¹⁰ El control estadístico de proceso puede ayudar a prevenir los errores de tratamiento sin aumentar los costes en radioterapia. R. Govindarajan, E. Lluquera, A. Melero, J. Molero, N. Soler, C. Rueda y C. Paradinas. Rev Calid Asist. 2010;25(5):281-290



Eliminación de actividades que no generan valor¹¹

Código	
Nombre	Eliminación de actividades que no generan valor (Lean Management)
Justificación	Ofrecer mejor calidad asistencial, optimizando recursos sanitarios para poder así obtener más con menos
Utilidad	Sistemática para identificar y eliminar actividades sin valor añadido, fomentar la mejora continua e involucrar a los trabajadores
Fase de aplicación	Gestión proactiva
Formato	
Descripción	A partir de los principios de gestión de la calidad, se identifican en cada elemento del mapa de procesos, las etapas que no aportan valor y se eliminan sin afectar al flujo del proceso.
Complejidad	Media - Alta
Periodicidad sugerida	

¹¹ Aplicación de la metodología de Dirección de Proyectos para la implantación de Lean en el sector sanitario, Tesis Doctoral. Isabel Muñoz Machín. SEPTIEMBRE 2010





4.- Herramientas para la Gestión reactiva de riesgos

- 4.1 Análisis causa - raíz (ACR) o causa - origen
- 4.2 Análisis de causalidad de un evento adverso
- 4.3 Protocolo de Londres
- 4.4 Árbol de Fallos
- 4.5 Diagrama de Ishikawa
- 4.6 Diagrama de Pareto
- 4.7 Reuniones informativas sobre SP en los cambios de turno
- 4.8 SiNASP
- 4.9 Global Trigger Tool
- 4.10 Análisis retrospectivo de eventos adversos mediante MRF2





Análisis causa-raíz (ACR) o causa-origen

Código	
Nombre	Análisis causa-raíz o causa-origen
Justificación	Planteamiento de técnicas de ayuda para la aproximación al conocimiento de las causas reales de los problemas que si son eliminados, podrían prevenir o disminuir la probabilidad de recurrencia de un Evento Adverso (EA), incluye eventos centinela.
Utilidad	El ACR se puede emplear, para descubrir fallos latentes subyacentes en un EA, siendo su utilidad fundamental en los casos de ocurrencia de eventos centinela.
Fase de aplicación	A partir de la aparición de un EA
Formato	
Descripción	<p>Es un proceso secuencial de preguntas que provee un método estructurado para que las personas reconozcan y discutan la realización de tareas en una organización, así como su cultura organizativa¹². Un análisis cuidadoso puede sugerir cambios en el sistema para prevenir futuros incidentes¹³.</p> <p>Para ser creíble el ACR, deben participar en el análisis el líder de la Organización y los individuos involucrados en el EA.</p> <p>Su metodología incluye varias etapas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identificar qué EA deberían investigarse2. Recopilar información3. Elaboración del mapa de los hechos. Desarrollo de los acontecimientos4. Análisis de la información5. Estudio sobre la existencia de barreras que pueden prevenir daños6. Desarrollo de soluciones y plan de acción7. Realización del informe final <p>Debe usarse un esquema normalizado (p. ej: la Clasificación de NPSA de factores contribuyentes)</p>
Complejidad	Media/Alta
Periodicidad sugerida	Tras la aparición de un evento adverso

¹² Dew JR. Using root cause analysis to make the patient care system safe. Acceso en septiembre 2004. Disponible en <http://www.bama.ua.edu/site497/UsingRootCauseAnalysis.htm>

¹³ Rex JH, Turnbull JE, Allen SJ, Vande Voorde K, Luther K. Systematic root cause analysis of adverse drug events in a tertiary referral hospital. Jt Comm J Qual Improv. 2000;26:563-75



Análisis de causalidad de un evento adverso

Código	
Nombre	Análisis de causalidad de un evento adverso
Justificación	Planteamiento de técnicas de ayuda para la aproximación al conocimiento de las causas reales de los problemas que si son eliminados se podría prevenir o disminuir la probabilidad de recurrencia de un EA
Utilidad	Análisis cualitativo de las causas que contribuyeron a la aparición de un EA
Fase de aplicación	A partir de la aparición de un EA
Formato	
Descripción	<p>Análisis mediante el que el equipo de evaluación establece la existencia de un vínculo de causa-efecto.</p> <p>Presenta 2 variantes¹⁴:</p> <ul style="list-style-type: none">• Análisis de atribución: El objetivo del análisis de atribución es identificar la proporción de los cambios observados que son efectivamente atribuibles a la intervención que se evalúa.• Análisis de contribución: El objetivo de este análisis es poner de manifiesto si la intervención evaluada es una de las causas de los cambios observados o no lo es. También permite clasificar la intervención evaluada entre los distintos factores que explican los cambios observados.
Complejidad	Media
Periodicidad sugerida	Tras la aparición de un EA

¹⁴ Bases metodológicas Proceso de evaluación (Cómo) Análisis. EuropeAid Co-operation Office. Disponible en http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/methods/mth_att_es.htm#top



Protocolo de Londres

Código	
Nombre	Protocolo de Londres (versión actualizada del “Protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos)
Justificación	Investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos
Utilidad	Análisis estructurado de las causas que contribuyeron a la aparición de un evento adverso y establecimiento de cambios para evitar o minimizar su reaparición.
Fase de aplicación	A partir de la aparición de un incidente o un evento adverso
Formato	Análisis de los hechos ocurridos
Descripción	<p>Su metodología incluye varias etapas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identificación y decisión de investigar2. Selección del Equipo Investigador (3-4 personas: experto, Líder de la Administración, Líder local, miembro de la unidad asistencial)3. Obtención y organización de la información (Historia clínica, protocolos relacionados, declaraciones, entrevistas con los involucrados, etc.)4. Precisar la cronología del incidente (narrativa y en diagrama)5. Identificar las acciones inseguras6. Identificar los factores contribuyentes: individuales, del equipo y de la organización7. Recomendaciones y plan de acción: priorización de los factores contribuyentes, listar las acciones para enfrentar a cada factor contributivo, asignar responsable y tiempo para implementar las acciones, hacer seguimiento de ejecución del plan, cierre formal y evaluación de la efectividad del plan de acción <p>Las recomendaciones deben categorizarse de acuerdo con el nivel del que depende: individual, equipo, dispositivo, Organización, etc</p>
Complejidad	Media - alta
Periodicidad sugerida	Tras la aparición de un evento adverso



Árbol de fallos¹⁵

Código	
Nombre	Árbol de fallos
Justificación	Se deben estudiar y analizar los EA que sufren los pacientes y sus causas para poder evitarlos
Utilidad	Determinar las causas principales de los EA, ya que conocidas éstas y diseñadas y aplicadas las medidas de prevención-protección para eliminarlas, la posibilidad de que el mismo pueda volver a producirse es nula o muy baja mediante un análisis de los hechos ocurridos
Fase de aplicación	A partir de la aparición de un EA
Formato	
Descripción	La metodología del Árbol de fallos o Fault Tree Analysis (FTA) o incluye los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none">• Toma de datos (tipo de accidente, tiempo, lugar,...)• Organización de los datos recabados: Cadena (A→B), conjunción (A+B→C), disyunción (A→B+C),...
Complejidad	Media - Alta
Periodicidad sugerida	Tras la aparición de un evento adverso

¹⁵ Piqué Adanuy T. NTP 274: Investigación de accidentes: árbol de causas



Diagrama de Ishikawa

Código	
Nombre	Diagrama de Ishikawa
Justificación	Se deben estudiar y analizar los EA que sufren los pacientes y sus causas para poder evitarlos
Utilidad	Permite organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema más o menos complejo a través del análisis de los hechos ocurridos
Fase de aplicación	A partir de la aparición de un EA
Formato	
Descripción	<p>El Diagrama de Ishikawa o causa efecto o de espina de pez tiene el siguiente procedimiento de elaboración:</p> <ul style="list-style-type: none">• Definir el problema o “efecto” a solucionar, se dibuja una flecha y se pone el tema a tratar al final de la misma• Identificar las causas principales a través de flechas secundarias que terminan en la flecha principal, se pueden establecer categorías dependiendo de cada problema• Se debe identificar las causas secundarias a través de flechas que terminan en las flechas secundarias, esto se puede realizar mediante un análisis de cada parámetro, escribiendo cada causa de forma concisa <p>Se usa una espina de pescado para cada EA. Cada ámbito (espina) se aborda por separado mediante lluvia de ideas, grupo nominal...</p> <p>Se puede establecer una priorización de las causas principales para tratar unas antes que otras.</p>
Complejidad	Media
Periodicidad sugerida	Tras la aparición de un evento adverso



Diagrama de Pareto¹⁶

Código	
Nombre	Diagrama de Pareto
Justificación	El objetivo es identificar y concentrarse en los problemas de mayor frecuencia y concentrar los esfuerzos en ellos porque los recursos y el tiempo son limitados para la toma de decisiones
Utilidad	Esta herramienta sirve para localizar las causas clave de cara a priorizar e intervenir, si fuese necesario
Fase de aplicación	Gestión reactiva del riesgo
Formato	
Descripción	<p>Parte del hecho de que tanto la distribución de los efectos como sus posibles causas no es un proceso lineal, sino que el 20% de las causas totales hace que sean originados el 80% de los efectos.</p> <p>Permite mostrar gráficamente el principio de Pareto (pocos vitales, muchos triviales), es decir, que hay muchos problemas sin importancia frente a unos pocos graves.</p> <p>Mediante la gráfica colocamos los “pocos vitales” a la izquierda y los “muchos triviales” a la derecha. Se facilita así, el estudio comparativo de numerosos procesos.</p>
Complejidad	Baja
Periodicidad sugerida	Tras la aparición de un evento adverso

¹⁶ Disponible en: <http://www.pdcahome.com/diagrama-de-pareto>



Reuniones informativas sobre SP en los cambios de turno (Safety Briefings)

Código	
Nombre	Reuniones informativas sobre SP
Justificación	Fomento de la cultura en seguridad del paciente
Utilidad	Recopilar información sobre cuasi-incidentes, incidentes (y, en menor medida, eventos adversos) para generar información (factores contribuyentes, gravedad, priorización y evaluación)
Fase de aplicación	Gestión reactiva
Formato	Sesión de trabajo breves (menos de 5 minutos) entre líderes locales y los profesionales a nivel de su servicio/dispositivo
Descripción	<ol style="list-style-type: none">1. Se explica el concepto y el propósito de la reunión, se utilizan datos de sucesos comunes que afectan a la SP. Insistiendo en la actitud no punitiva de la misma2. Se pregunta acerca de eventos (cuasi incidentes) o se realizan preguntas dirigidas en relación con la medicación, caídas, fallos de los equipos, infecciones, etc...3. Se interroga sobre las mejoras propuestas4. Se recopila toda la información. <p>En una fase posterior, esta información se analiza generar propuestas de mejora en SP.</p>
Complejidad	Simple
Periodicidad sugerida	Variable. Preferiblemente en cada cambio de turno en aquellos Servicios con cambios de turnos de personal y probabilidad de pacientes graves (UCIs, Urgencias, etc)



Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

Código	
Nombre	SiNASP
Justificación	Necesidad de un sistema de notificación anónima de incidentes y eventos adversos para la implementación de mejoras a partir del aprendizaje de los mismos
Utilidad	Permite recopilar información anonimizada de incidentes y eventos adversos de personal clínico y facilita su análisis posterior. Los datos agregados resultantes están disponibles a distintos niveles (centro, comunidad autónoma, ministerio).
Fase de aplicación	Gestión reactiva
Formato	Herramienta web con tres niveles de acceso: <ul style="list-style-type: none">• Profesional notificante• Gestor de las notificaciones• Acceso únicamente a datos agregados
Descripción	<ol style="list-style-type: none">1. Los profesionales notificantes disponen de un formulario que permite explicar el incidente: cuándo ocurrió, personas implicadas, datos del notificante, tipo de incidente, datos específicos (para medicación y para caídas), datos del paciente (tipo de daño, características del paciente, nivel de riesgo), factores contribuyentes y medidas de reducción de riesgos.2. Los gestores de las notificaciones analizan las notificaciones y recaban (o no) información del notificante (si consta) y realizan propuestas para reducir riesgos.3. Los datos agregados son utilizados para planificar mejoras en el nivel correspondiente.
Complejidad	Simple
Periodicidad sugerida	El notificante dispone siempre de acceso. El gestor ha de analizar con premura los incidentes graves y puede realizar un análisis conjunto de varios incidentes leves agregados.



Global Trigger Tool¹⁷

Código	
Nombre	Global Trigger Tool
Justificación	El número de eventos adversos detectados suele ser muy pobre en los sistemas voluntarios de notificación.
Utilidad	Permite detectar una mayor proporción de incidentes y eventos adversos que los sistemas voluntarios de notificación.
Fase de aplicación	Gestión reactiva
Formato	Revisión de historias clínicas mediante tablas
Descripción	Utiliza un método específico para revisión de historias clínicas. Se revisan códigos diagnósticos de alta, resúmenes de historias, medicamentos, datos de laboratorio, registros de operaciones, notas de enfermería, comentarios buscando datos sugerentes de eventos adversos (“trigger”). Luego otro profesional analiza las historias y confirma los hallazgos.
Complejidad	Media
Periodicidad sugerida	Variable

¹⁷ Institute for Healthcare Improvement. IHI Global Trigger Tool guide, version 7 [Internet]. Cambridge (MA): IHI; 2006 Dec [cited 2011 Mar 4]. Available from: http://www.unmc.edu/rural/patient-safety/tool-time/TT13-040207-5MillionLives/IHIGlobalTriggerToolGuide_Dec06.pdf



Análisis retrospectivo de eventos adversos mediante MRF2¹⁸

Código	
Nombre	Análisis retrospectivo de eventos adversos mediante MRF2
Justificación	Se deben estudiar y analizar los EA que sufren los pacientes y sus causas para poder evitarlos
Utilidad	Se utiliza para analizar los eventos adversos. A partir de los resultados obtenidos en el análisis se podrá estimar posteriormente el impacto de los EA, planificar las acciones específicas que permitan reducirlos, e incrementar la seguridad
Fase de aplicación	A partir de la aparición de un EA
Formato	Formulario
Descripción	<p>El formulario consta de 5 módulos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Módulo A: Identifica el EA• Módulo B: Describe la lesión y sus efectos• Módulo C: Circunstancias (momento) en las que ocurrió el efecto. (C0: Antes de la admisión, C1: Admisión a planta, C2: Procedimientos, C3: Reanimación, C4: Cuidados en planta, C5: Asesoramiento al alta)• Módulo D: Principales problemas en el proceso asistencial. (D1: Error diagnóstico, D2: Valoración general, D3: Supervisión y cuidados, D4: Infección nosocomial, D5: Procedimiento quirúrgico, D6: Medicación, D7: Reanimación).• Módulo E: Factores causales y posibilidades de prevención
Complejidad	Media - Alta
Periodicidad sugerida	Tras la aparición de un evento adverso

¹⁸ Woloshynowych M, Neale G, Vincent C. Case record review of adverse events: a new approach. Qual Saf Health Care 2003;12:411-15



5.-Listados de comprobación

5.1 Listados de comprobación





Listados de comprobación

Código	
Nombre	Listados de comprobación
Justificación	Relación coherente de elementos que conforman una acción y de cuya verificación puede concluirse si dicha acción ha sido ejecutada correctamente o no
Utilidad	Servir en la planificación de una acción para comprobar que ningún elemento relevante ha sido omitido. También es útil con fines de monitorización y evaluación de dicha acción.
Fase de aplicación	Implantación, monitorización o evaluación
Formato	Listas
Descripción	<p>Se trata de un cuestionario de preguntas en el que se responderá SI ó NO. Los listados de comprobación están compuestos por varios ítems que pueden contener una ó varias preguntas según sea el caso.</p> <p>Existen múltiples acciones que pueden beneficiarse de la existencia de un listado de comprobación. Podemos identificar algunos ejemplos como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Elaboración de cualquier tipo de documento• Supervisión de cualquier procedimiento compuesto por etapas sucesivas• Relación de elementos que configuran una buena práctica• Tareas que conjuntamente mejoran la ordenación de espacios físicos, consultas, almacenes, quirófanos, etc.• Listados de comprobación de periodicidad continua para procesos seleccionados: verificación quirúrgica, endoscopias, transfusiones, procedimientos de riesgos, etc.
Complejidad	Baja - Media
Periodicidad sugerida	De periodicidad continua para procesos seleccionados



Tal y como se expone en el Manual del Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente, uno de los objetivos del SGSP es homogeneizar las iniciativas en Seguridad del Paciente, orientándolas hacia una estrategia común y viable para el conjunto del SESPA.

Para llevar a cabo este objetivo y facilitar el trabajo a las áreas sanitarias, desde los SSCC se elaborarán listados de comprobación que permitan el abordaje adecuado de los objetivos y acciones que plantea el SGSP.

A modo de ejemplo, se exponen a continuación tres de estos posibles listados a elaborar, y la lista de comprobación para uno de ellos (*datos mínimos de historia clínica*):

- Listado con los contenidos de la estrategia de difusión, sensibilización y evaluación de la cultura de Seguridad del Paciente
- Listado con los contenidos para la valoración del Plan estratégico de Seguridad del Paciente
- Listado de datos mínimos de la historia clínica



Listado de comprobación de datos mínimos de historia clínica

Ficha técnica (uso interno)

Código	LC.01
Nombre	Listado de comprobación de datos mínimos de historia clínica
Objetivo	Asegurar la cumplimentación de, al menos, los datos del paciente establecidos por ley que debe contener la historia clínica
Acción a valorar	Verificación de la correcta cumplimentación de las historias clínicas
Periodicidad	Mínimo anual
Alcance	Dispositivo asistencial

Instrumento

Área sanitaria:		Dispositivo:	
Fecha			
Responsable			

Elementos a valorar

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Documentación relativa a la hoja clínico-estadística
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Autorización de ingreso
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Informe de urgencia
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Anamnesis y exploración física
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Evolución
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Órdenes médicas
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hoja de interconsulta
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Informes de exploraciones complementarias
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Consentimiento informado
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Informe de anestesia
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Informe de quirófano o registro del parto
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Informe de anatomía patológica
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Evolución y planificación de cuidados de enfermería
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Gráfico de constantes
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Informe clínico al alta





Figuras





Figura 1.-Esquema general de la seguridad del paciente

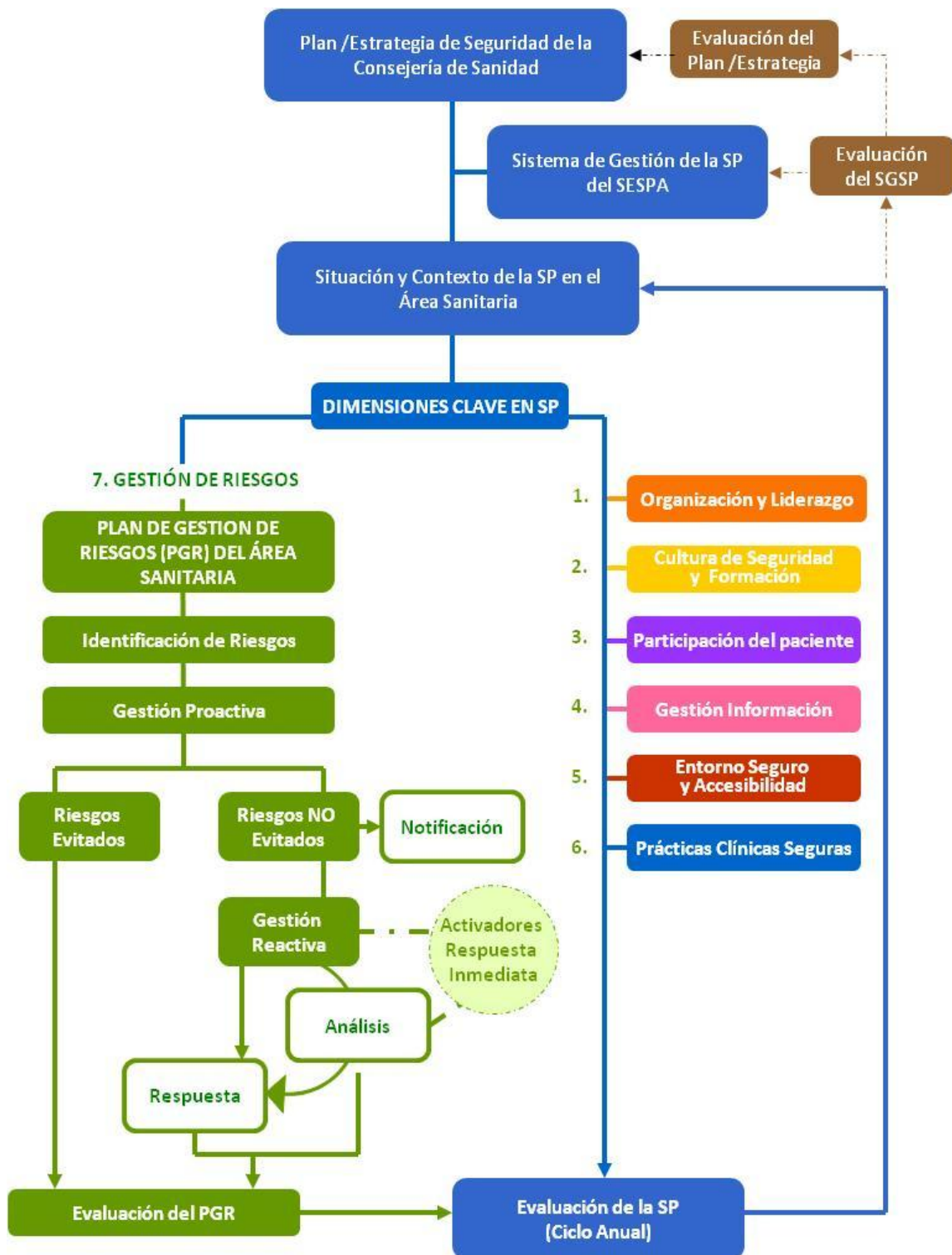




Figura 2.-Posible ubicación de herramientas en gestión de riesgos

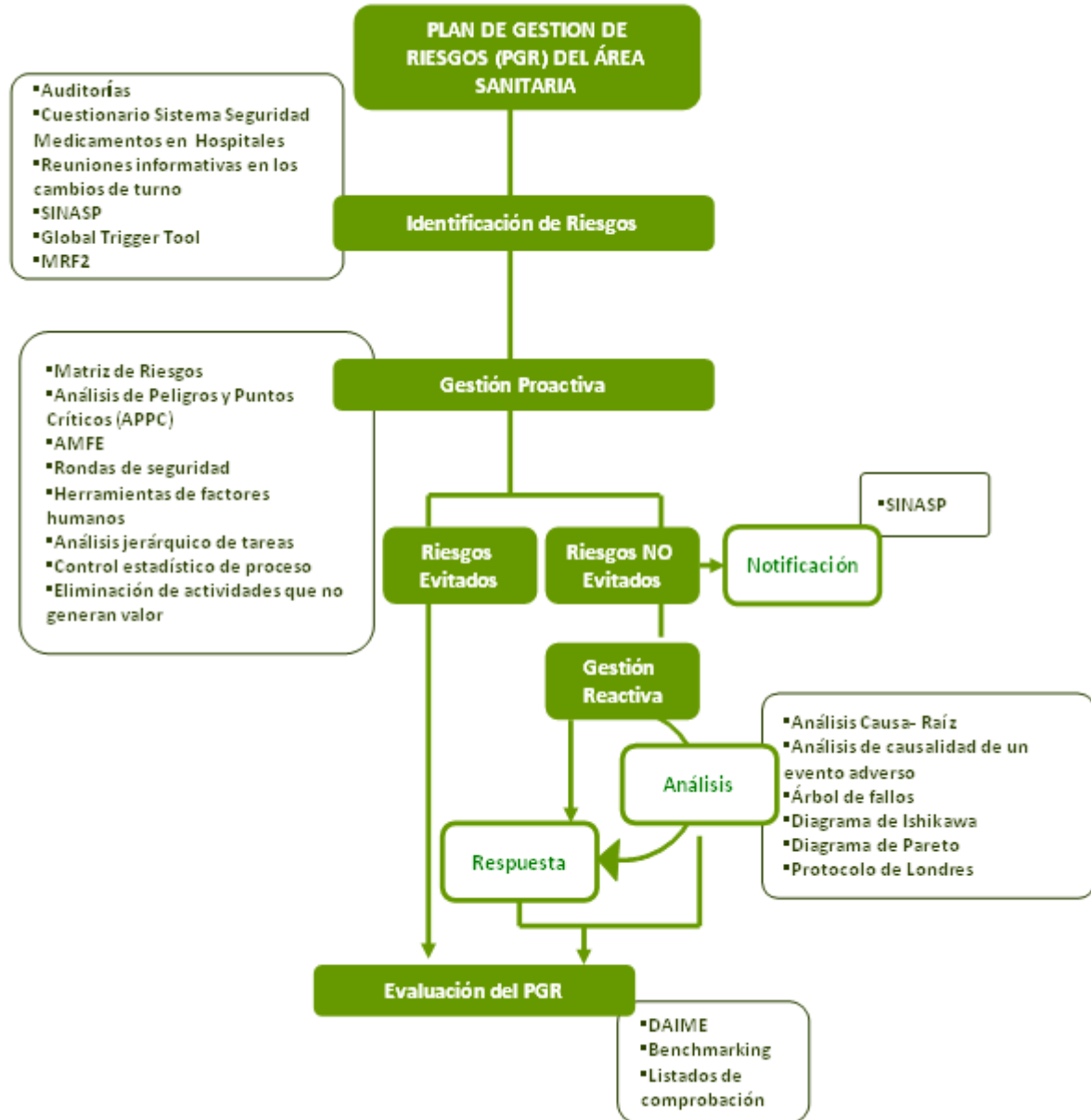




Figura 3.-Posible ubicación de herramientas en el resto de dimensiones de seguridad del paciente.

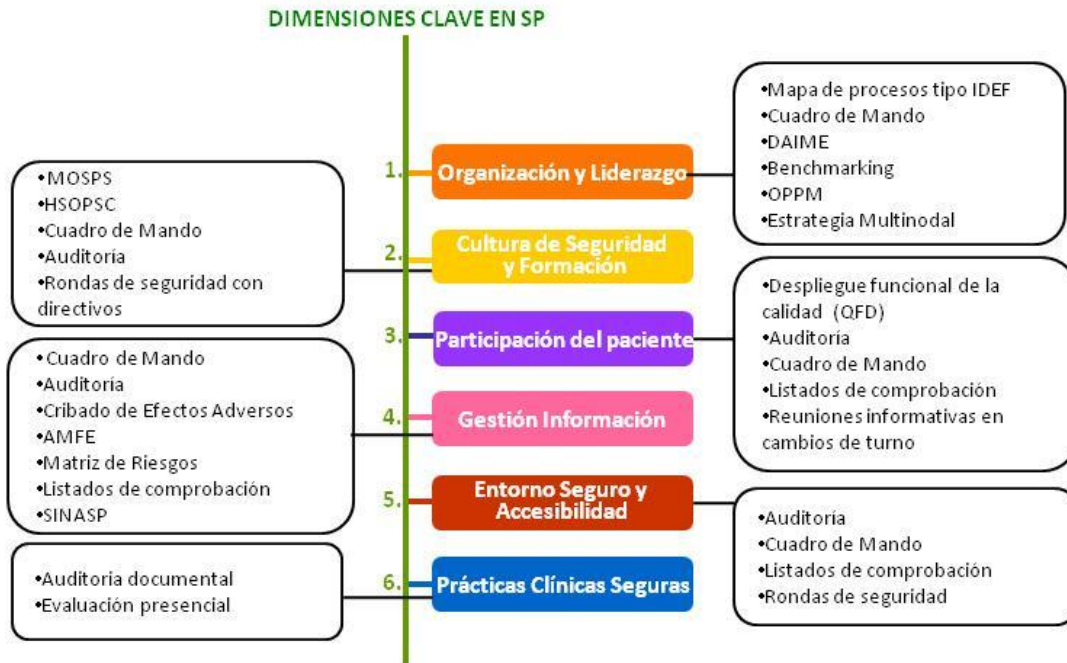




Figura 4.-Posible ubicación de herramientas en la planificación, análisis de situación y contexto; y evaluación

