

Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia
Tel. 968920576 - 968369071

<http://www.murciasalud.es/saludsegura>

Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Beatriz C Alloza, Manuel Baeza, M^aDolores Beteña, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Bernarda Díaz, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Mercedes López, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Arturo Pereda, Virginia Pujalte, M^aIsabel Sánchez, Antonio Saura, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: ucarrixaca.sms@carm.es

ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Volumen 11, Número 3

3º trimestre

JULIO - SEPTIEMBRE 2023

EN ESTE NÚMERO:

- *Política de Seguridad del Paciente en el Área 1 Murcia Oeste - Arrixaca.*
Núcleo de Seguridad
- *¡Demos voz a los pacientes!.*
Núcleo de Seguridad
- *Hablando de SINASP: ¿Qué se notifica en la Arrixaca? ¿Notificamos igual que el resto de España?.*
Inmaculada Vidal-Abarca.
- *Adelantarse a los errores*
Unidad de Calidad Asistencial.

Política de Seguridad del Paciente en el Área 1 Murcia Oeste - Arrixaca

El Núcleo de Seguridad ha hecho explícita y aprobado su política de seguridad del paciente para los próximos 5 años.

En nuestra área, es compromiso del equipo directivo establecer y apoyar una Política de Seguridad del Paciente con el fin de garantizar e implementar procedimientos, instrumentos, planes, actividades y recursos que, dentro de las normas éticas, técnicas científicas y del servicio, minimicen los riesgos, incidentes y eventos adversos, para contribuir a la creación de un ambiente cada vez más seguro para el paciente, su familia, el equipo asistencial y administrativo.

Trabajar desde un enfoque de seguridad del paciente supone un gran cambio en la cultura de cualquier institución sanitaria y por ello es difícil y costoso, tanto en tiempo como en recursos, y se necesitan estrategias de intervención multimodales. Crear una cultura de seguridad de paciente en nuestro hospital es una tarea de todos y para lograr construir esa cultura es esencial que exista este compromiso de los líderes de la organización.

Para ello, nuestro sistema integra mecanismos de gestión del riesgo tanto proactivos como reactivos. Estos últimos abarcan procedimientos de alerta, detección, registro, análisis e intervención de incidentes y eventos adversos. Todo ello a fin de posibilitar la mejora continua a través del aprendizaje organizacional que surge del análisis de los fallos. El Área cuenta con el Núcleo de Seguridad, un equipo dedicado a la gestión de Seguridad del Paciente.

La Dirección es consciente que la seguridad es cosa de todos y dicha política debe estar basada en las siguientes líneas referentes de la norma UNE 179003:

- Identificar y valorar los riesgos a los que está sometido el paciente.
- Reducir o eliminar los peligros a los que pueda estar sometido el paciente en su tránsito por el sistema sanitario.
- Reducir los incidentes y los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria.
- Gestionar los riesgos de forma proactiva.
- Generar una mayor confianza en el sistema sanitario por parte de los pacientes, de la sociedad y de los profesionales sanitarios.
- Obtener mejores resultados clínicos.
- Obtener mejores resultados económicos para la organización al reducirse, tanto los gastos ocasionados por los daños producidos a los pacientes, como una mejor utilización de los recursos asistenciales.

Para ello pretendemos ofrecer una atención y cuidados cada vez más seguros durante el tránsito del paciente por nuestros procesos. Utilizamos para ello elementos como la identificación segura del paciente, la comunicación y transferencia de información efectivas, la prevención de la infección o el uso seguro de medicamentos. También queremos fomentar que los pacientes participen activamente en la mejora de su seguridad.

Podéis consultarla y descargarla desde **Arrinet** en:

<https://portal.sms.carm.es/web/arrinet/seguridad-del-paciente>

Hablando de SINASP: ¿Qué se notifica en la Arrixaca? ¿Notificamos igual

¡Demos voz a los pacientes!



Núcleo de Seguridad

El 17 de septiembre se celebró el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2023, que este año lleva por tema «**Involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente**», en reconocimiento del papel clave que los pacientes, las familias y los cuidadores desempeñan en la seguridad de la atención de la salud.

La evidencia muestra que, cuando se trata a los pacientes como asociados en los cuidados que reciben, se logran avances significativos en términos de seguridad, satisfacción del paciente y efectos en la salud. Al convertirse en miembros activos del equipo de atención de salud, los pacientes pueden contribuir a la seguridad de sus cuidados y a la del sistema de atención de salud en su conjunto.

Con el lema «¡Demos voz a los pacientes!», la OMS pide a todas las partes

interesadas que adopten las medidas necesarias para garantizar la implicación de los pacientes en la formulación de políticas, su representación en las estructuras de gobernanza y su participación en el diseño conjunto de estrategias de seguridad, así como que adopten un papel activo en los cuidados que reciben. Esto solo es posible si se ofrecen plataformas y oportunidades para dar voz a pacientes, familias y comunidades de todo tipo, de modo que puedan expresar sus inquietudes, sus expectativas y sus preferencias a fin de promover la seguridad, el papel central del paciente en el proceso, la fiabilidad y la equidad.

La participación de los pacientes y las familias está consagrada en la resolución WHA72.6, titulada «Acción mundial en pro de la seguridad del paciente», y en el Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021-2030, que constituyen las estrategias principales para avanzar hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de la salud.

El Día Mundial de la Seguridad del Paciente forma parte de las campañas mundiales de salud pública de la OMS. Establecido en 2019 por la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud con la adopción de la resolución WHA72.6, titulada «Acción mundial en pro de la seguridad del paciente», tiene como objetivos despertar una mayor concienciación y participación de la sociedad, ampliar los conocimientos en todo el mundo y trabajar en pro de la acción conjunta de los Estados Miembros y la solidaridad entre ellos a fin de mejorar la seguridad del paciente y reducir el daño que se le causa

OBJETIVOS DEL DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023

1 Crear conciencia a escala global acerca de la necesidad de una participación activa de los pacientes, de sus familias y de los cuidadores en todos los entornos y a todos los niveles de la atención de la salud con miras a mejorar la seguridad del paciente.

2 Involucrar a los responsables políticos, a los líderes de la esfera de la atención de la salud, a los trabajadores de la salud y asistenciales, a las organizaciones de pacientes, a la sociedad civil y a otras partes interesadas en los esfuerzos para hacer partícipes a los pacientes y a sus familias de las políticas y las prácticas en pro de una atención de la salud segura.

3 Empoderar a los pacientes, y a sus familias, para que participen activamente en su propia atención de la salud y en la mejora de la seguridad de la atención de la salud.

4 Abogar por la adopción de medidas urgentes sobre la participación de los pacientes y sus familias, en consonancia con el Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021-2030, que hagan suyas todos los asociados.



Si desea más información:

- consulte la página web: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2023>
- póngase directamente en contacto con la OMS escribiendo a la dirección de correo patientsafety@who.int.



Hablando de SiNASP: ¿Qué se notifica en la Arrixaca? ¿Notificamos igual que el resto de España?

Inmaculada Vidal-Abarca Gutiérrez
Unidad de Calidad Asistencial

Trabajar desde un enfoque de seguridad de paciente supone un gran cambio en la cultura de cualquier institución sanitaria y por ello es difícil y costoso, tanto en tiempo como en recursos ya que se necesitan diversas estrategias de intervención. La notificación de incidentes de seguridad y su adecuada gestión es una herramienta útil para ello.

Como sabéis **SiNASP** es el sistema de notificación y registro de incidentes y evento desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social que tiene como objetivo mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora. El Área 1 Murcia-Oeste Arrixaca está adherido a SiNASP desde 2011.

En el último **boletín de SiNASP** publicado recientemente por el Ministerio de Sanidad podemos encontrar un resumen de las notificaciones recibidas entre enero y agosto de 2023 en el conjunto de los hospitales y centros de salud de nuestro sistema sanitario público. En estos ocho meses se han re-

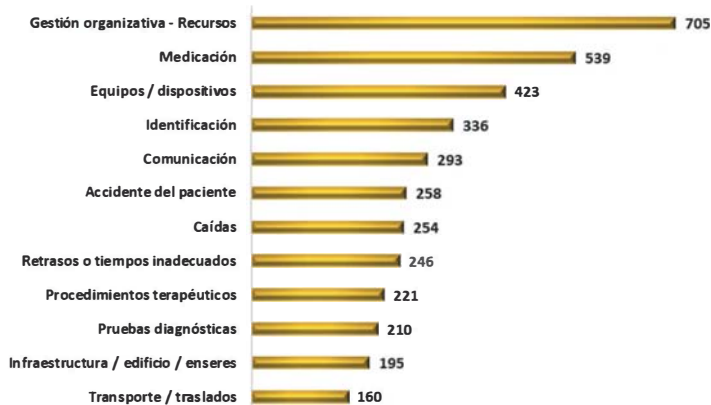
cibido 4.735 notificaciones (un 28 % más de las recibidas en el mismo período del año 2022) siendo 368 de ellas notificadas desde atención primaria, y aunque este número casi se ha duplicado, son cifras todavía muy bajas. El 75% de las notificaciones recibidas en hospitales y el 64% de las recibidas en atención primaria se encuentran gestionados y cerrados.

Del total de las notificaciones recibidas en este periodo, 28 incidentes han sido clasificados como SAC 1 (RIESGO EXTREMO) -seis de ellos en atención primaria- y 10 como SAC 2 (RIESGO ALTO) con resultado de muerte -dos en atención primaria. En la siguiente tabla se presentan las áreas donde tuvieron lugar estos 38 incidentes:

ÁREA	SAC-1	SAC-2
Hospitalización	10	4
Urgencias	8	1
Cuidados intensivos	1	1
Bloque quirúrgico	1	
Servicios de apoyo	1	
Consultas externas	1	
Sala de partos		2
Atención primaria (consultas)	4	1
Área de atención continuada / urgencias / SUAP	1	
Atención primaria (en otra organización)	1 (residencia)	1 (hospital)

Los tipos de incidentes más notificados en los hospitales han sido los relacionados con la gestión organizativa/recursos, con la medicación, y con equipos y dispositivos:

Categorías de incidentes más notificados (hospital)



Categorías de incidentes más notificados (AP)



En atención primaria, los tipos de incidentes más notificados han sido los relacionados con medicación, cuidados y gestión organizativa/recursos-

Y NOSOTROS, EN LA ARRIXACA, ¿QUÉ NOTIFICAMOS?

En estos ocho primeros meses del año 2023, nuestra área de salud ha recibido **78 notificaciones en SiNASP**. Todas ellas provienen del hospital, ya que **no hemos recibido NINGUNA notificación desde los Equipos de Atención Primaria**.

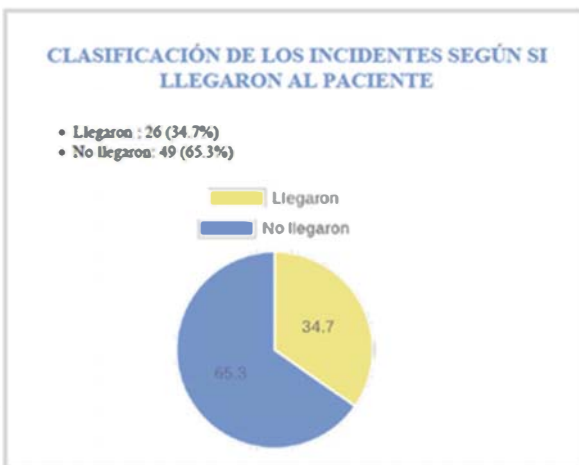
Tres de las notificaciones recibidas se han desestimado, y por tanto eliminadas del sistema, por tratarse de otros asuntos no relacionados con la Seguridad de los Pacientes (problemas de gestión o asuntos a tratar por Prevención de Riesgos Laborales, el órgano encargado de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores).

El resto de notificaciones se han gestionado y cerrado en el 100% de los casos. Del total de las notificaciones recibidas en este periodo, un incidente ha sido clasificado como SAC 1 (RIESGO EXTREMO) y otro como SAC 2 (RIESGO ALTO). El 64% son clasificados como No SAC (Situación con capacidad de causar incidente e Incidente que no llegó al paciente).

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN SU SAC (SEVERITY ASSESSMENT CODE)

Categoría	Nº incidentes	%
SAC1 Riesgo extremo	1	1.3 %
SAC2 Riesgo alto	1	1.3 %
SAC3 Riesgo moderado	13	17.3 %
SAC4 Riesgo bajo	12	16.0 %
No SAC	48	64.0 %
Total	75	100%

El área más frecuente desde donde se han notificados los incidentes ha sido el área de Cuidados Intensivos seguido de las unidades de Hospitalización y del bloque Quirúrgico. Este dato no nos debe hacer pensar que sean las áreas donde más incidentes ocurren, sino más bien que son áreas con especial sensibilidad y mayor tradición a la hora de informar sobre fallos del sistema.



CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN EL ÁREA DONDE OCURRIERON

Área	Nº incidentes	%
Consultas externas	4	5.3 %
Urgencias	10	13.3 %
Hospital de día	1	1.3 %
Unidades de hospitalización	14	18.7 %
Bloque quirúrgico	12	16.0 %
Unidades de cuidados intensivos	18	24.0 %
Servicios centrales	12	16.0 %
Sala de partos	3	4.0 %
Servicios de apoyo / Otros	1	1.3 %
Total	75	100%

Calculado sobre los incidentes en los que consta el área (75), de un total de 75 incidentes en este informe (un 100% del total)

Los profesionales que más notifican en SiNASP son los enfermeros seguidos de los médicos y a mayor distancia de las matronas.

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN LA PROFESIÓN DEL NOTIFICANTE

Profesión del notificante	Nº incidentes	%
Médico	27	36.0 %
Enfermera	39	52.0 %
Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería	2	2.7 %
Farmacéutico	2	2.7 %
Matrona	5	6.7 %
Total	75	100%

Calculado sobre los incidentes en los que consta la profesión (75), de un total de 75 incidentes en este informe (un 100% del total)

En relación a los tipos de incidentes, los más notificados en nuestro hospital han sido los relacionados con los Equipos y dispositivos, Medicación, fallos de Identificación y Laboratorios/Anatomía Patológica suponiendo estas cuatro categorías 48 de las 75 notificaciones recibidas:



Respecto a los factores que los notificantes consideran que contribuyen o han contribuido a la consecución de los incidentes está en primer lugar el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento (33 notificaciones) seguido de los factores de la organización (32 notificaciones) y los factores profesionales en tercer lugar (25 notificaciones).

Por último recordad que todos los años el ministerio oferta un **curso de formación en SiNASP** acreditado con 4 créditos de formación continuada con una duración aproximada de cuatro horas y media. Tiene como objetivo proporcionar conocimientos básicos sobre Seguridad de los Pacientes, así como sobre el uso de la plataforma SiNASP de la forma más efectiva posible, contribuyendo así a mejorar la Seguridad del Paciente. Para realizar el curso es preciso introducir una clave de acceso que varía en cada edición.

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN LOS FACTORES CONTRIBUYENTES

Factores contribuyentes	Nº incidentes	%
Factores profesionales	25	33.3 %
Formación / conocimiento / competencia de los profesionales	15	20.0 %
Factores estresantes / emocionales / fatiga	3	4.0 %
Comportamiento / conducta de los profesionales	1	1.3 %
Problemas de comunicación	14	18.7 %
Otros factores de los profesionales	3	4.0 %
Entorno de trabajo / instalaciones / equipamiento	33	44.0 %
Factores relacionados con el paciente	4	5.3 %
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	2	2.7 %
Condición / gravedad del paciente / problemas clínicos complejos	14	18.7 %
Otros factores relacionados con el paciente	3	4.0 %
Factores de la organización	32	42.7 %
Normas / procedimientos / protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	17	22.7 %
Problemas en el trabajo en equipo	8	10.7 %
Recursos humanos insuficientes / carga de trabajo	9	12.0 %
Factores externos	4	5.3 %
Otros	7	9.3 %
Total incidentes notificados: 75		100%

La clave actual es:

- Para profesionales de atención primaria: **9APsinasp**
- Para profesionales del hospital: **10HSinasp**

Podéis acceder al curso a través del siguiente enlace:

<https://aulavirtual.sinasp.es/login/index.php>

Si tenéis alguna duda también podéis contactar con la Unidad de Calidad Asistencial a través de:

correo: ucarrixaca.sms@car.m.es

o en el teléfono

968 381035

: El total de factores contribuyentes puede superar el nº de incidentes notificados, porque en un incidente pueden identificarse varios factores contribuyentes. Los porcentajes se calculan sobre el total de incidentes notificados, no sobre la suma de factores contribuyentes.

Adelantarse a los errores

Unidad de Calidad Asistencial

Como ya sabemos, la seguridad del paciente no puede basarse únicamente en la respuesta a eventos adversos una vez que han ocurrido. Es fundamental adoptar un enfoque que también permita identificar y abordar los riesgos potenciales antes de que se conviertan en problemas reales. El análisis proactivo es una estrategia que busca anticiparse a los riesgos, identificar las posibles causas de fallos y diseñar medidas preventivas para evitarlos. Esto es especialmente relevante en el ámbito de la seguridad del paciente, donde se busca minimizar los errores y eventos adversos que puedan afectar la calidad y seguridad de la atención médica.

El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) es una herramienta pensada para identificar, evaluar y comprender los posibles fallos que podrían suceder durante la atención y cuidados de los pacientes, comprometiendo así su seguridad. Ofrece un mapa priorizado de los riesgos potenciales que se detecten. Es pues un buen punto de partida para la puesta en marcha de medidas correctoras que eviten que estos errores (y sus consecuencias) sucedan.

Para la priorización se consideran 3 elementos: la consecuencia, la ocurrencia y la probabilidad de detección, que se valoran mediante escalas de Likert de 5 ítems (ver tabla)

Valor	CONSECUENCIA	OCURRENCIA	DETECCION
5	Exitus	FRECUENTE Varias veces en un mes	BAJA No pueda detectarse
4	Amenaza de muerte	PROBABLE Varias veces al año	OCASIONAL Es difícil detectarlo con los procedimientos existentes
3	Secuelas, incapacidad permanente o total	OCASIONAL Alguna ocasión en 2 años	MODERADA El fallo podría escapar a los controles, aunque sería detectado casi siempre antes de que llegara al paciente o que produjera problema.
2	Daño perceptible sin secuelas	INFRECUENTE Alguna vez en 5-10 años	ALTA El fallo es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado antes de que llegue al paciente
1	Daño prácticamente imperceptible	RARO Excepcional	MUY ALTA El fallo es imposible que no se detecte

Para cada posible fallo o error se calcula el índice priorizado de riesgo (IPR) multiplicando los valores obtenidos en cada elemento tal que cada uno de los modos de fallo incluidos en el análisis puede resultar con un valor de IPR desde 1 (daño prácticamente imperceptible, que sucede de forma excepcional y que es imposible que se detecte) hasta 125 (daño que producirá probablemente la muerte del paciente, que sucede varias veces al mes y es imposible de detectar). Como resultado, cada fallo y los riesgos que conlleva quedará catalogado según la tabla de la derecha:

IPR	Tipo de riesgo
≥ 45	EXTREMO
≥ 20	SEVERO
≥ 10	MODERADO
< 10	ACEPTABLE

Una vez evaluado el nivel de riesgo, se desarrollan medidas preventivas para mitigar los riesgos identificados. Estas medidas pueden incluir cambios en los procesos, mejoras en la capacitación del personal, implementación de controles adicionales o actualizaciones en los sistemas de detección. El objetivo es reducir la probabilidad de ocurrencia de los fallos y minimizar su impacto en caso de que ocurran.

contaron con el apoyo y asesoría de la Unidad de Calidad Asistencial.

¿QUÉ RESULTADO OBTUVIMOS?

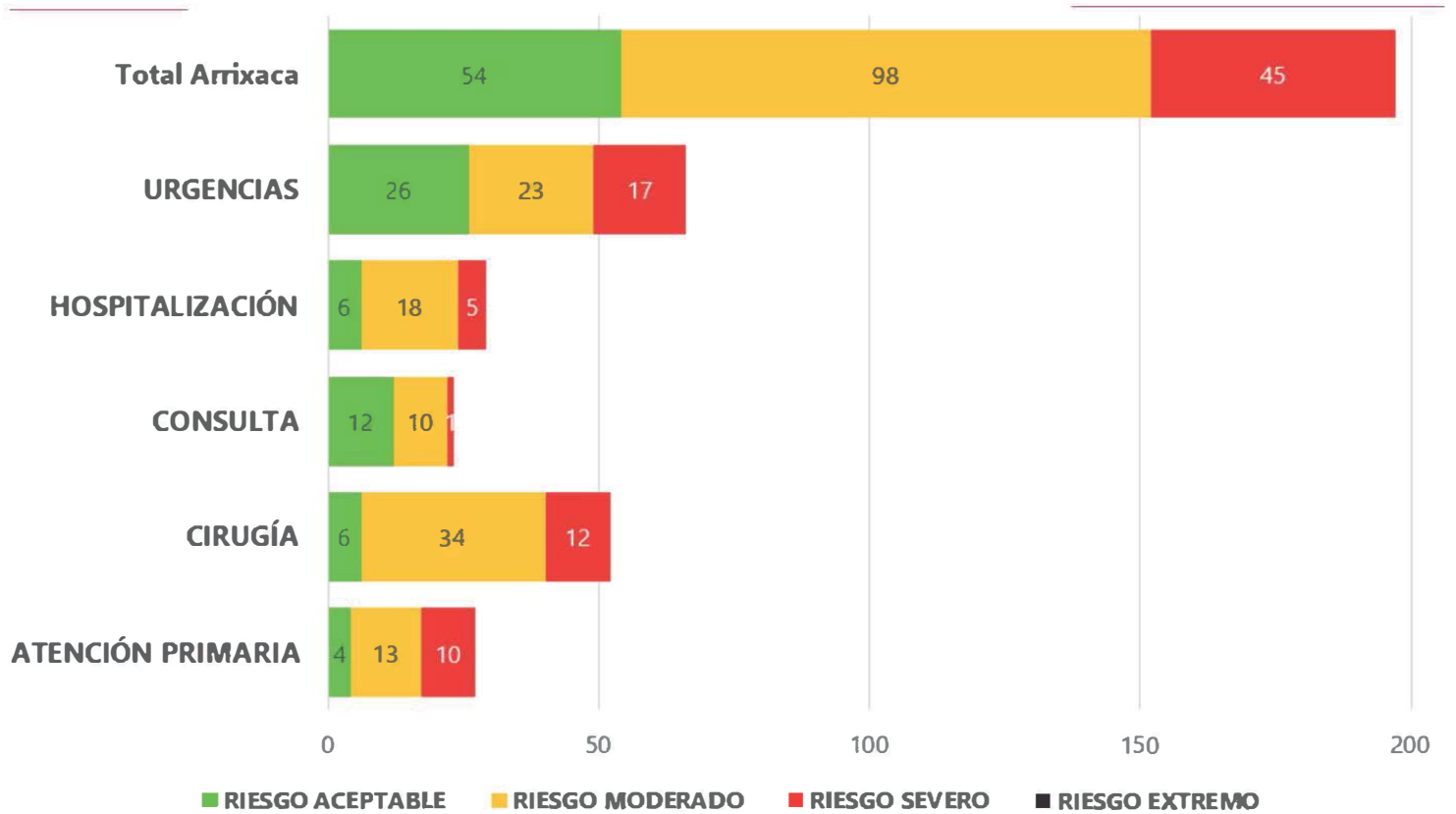
Se identificaron un total de 197 modos de fallo potenciales: 45 de riesgo severo (43%), 96 moderado (49%), 54 aceptable (27%) y ninguno de riesgo

Proceso	HOSPITALIZACIÓN	CONSULTAS	CIRUGÍA	URGENCIAS	ATENCIÓN PRIMARIA
Coordinación	Dolores Beteta - Dirección Marisa García - Enfermería Arturo Pereda - UDICA	Dolores Beteta - Dirección Marisa García - Enfermería Arturo Pereda - UDICA	Paloma Doménech - Anestesia Inmaculada Vidal-Abarca - UCA	Juana Mª Marín - UCA	María C Solé - Enfermería
Integrantes	Ángela Rincón - M. Preventiva Virginia Pujalte - SAU Fco Javier Gómez - Admisión Pedro Soler - Dirección Mª Luisa Tornel - Dirección Beatriz Garrido - Farmacia Mª José Blázquez - Farmacia Pedro A. Martínez - Celadores Mercedes López - UDICA	Rosa Mª Jiménez - Supervisora Juan Luis Jiménez - Admisión Ignacio de Gorostiza - Farmacia Pedro A. Martínez - Celadores Fco Javier Gómez - Admisión Manuel J. Moreno - Reumatología	Gloria Martínez - Urología Ana Belén Martínez - Dirección Iris Muñoz - Farmacia Beatriz Alloza - Enfermería Julio López-Picazo - UCA Pedro A. Martínez - Celadores	Olga García - Farmacia Mª Luisa Tornel - Dirección Mariana Villaescusa - Dirección Pedro Soler - Dirección Juan Luis Jiménez - Admisión Pedro A. Martínez - Celadores J. Eliseo Blanco - G. y Obst. Josefa Velázquez - Enfermería Roxana Rojas - Urgencias José Miguel Aparicio - Enfermería Sara Moralo - Pediatría Reyes Campillo - Enfermería	Jorge Teruel - Medicina de familia. Mónica Eva Nieto - Enfermería. Mª Dolores Blanco - Administración. Mª Cruz Martínez - Aux. Enfermería Mar Galindo - Farmacia

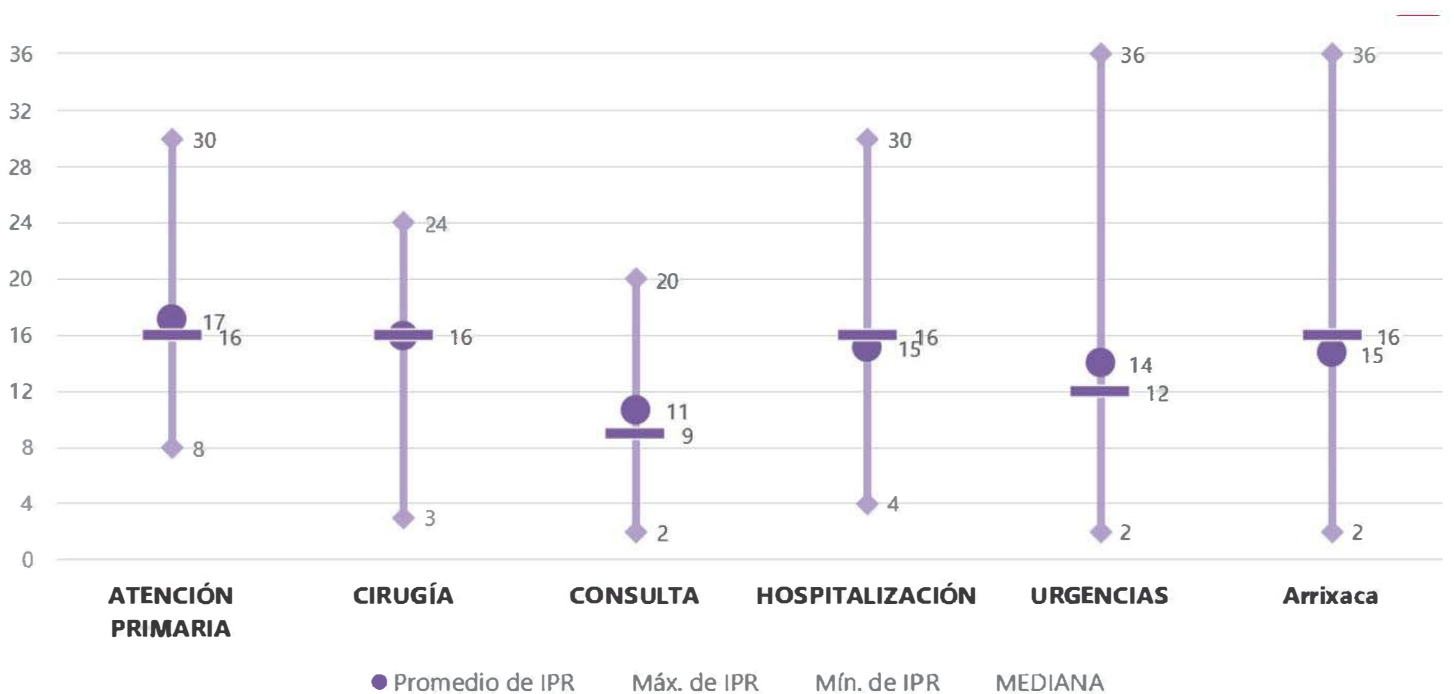
¿QUIÉNES HICIMOS EL MAPA DE RIESGOS EN EL ÁREA 1 – ARRIXACA?

Desde el Núcleo de Seguridad se impulsó la creación de 5 grupos de trabajo multidisciplinar (uno por cada proceso asistencial clave) para elaborar y priorizar los mapas de riesgos. Una vez conformados (ver tabla), todos sus integrantes recibieron formación específica en metodología AMFE y

extremo. El proceso que identificó más riesgos es el de urgencias (66), y el que menos el de consulta (23). La proporción de cada tipo de riesgo no se distribuyó uniformemente en los procesos asistenciales, tal que hay mayor proporción de riesgos severos en urgencias, y menos en consulta (ver figura).



Número y tipo de riesgos detectados en los procesos asistenciales clave del Área 1 - Arrixaca



Puntuaciones de los riesgos detectados en los procesos asistenciales clave del Área 1 - Arrixaca

En cuanto a las puntuaciones, el IPR medio fue de 15 (máximo, 36; mínimo, 2; mediana 16). La distribución por proceso se resume en la figura superior.

En cuanto a los riesgos identificados, se listan a continuación los de considerados de riesgo severo (IPR > 20).

Proceso	Subproceso	Modo de fallo	Riesgo de seguridad asociado
ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN	No hacer actividades preventivas oportunas	Agravamiento de patologías crónicas
		Error en el diagnóstico	Diagnóstico equivocado Prescripción de tratamientos inadecuados Necesidad sociosanitaria no detectada
		Error en el tratamiento	Sobredosis
		Error en los cuidados	Infección Agravamiento de patología crónica
		Fallo en el registro de datos	Transferencia inadecuada de información
		Petición errónea de pruebas	Radiación innecesaria
		Urgencias demoradas / no bien priorizadas	Agravamiento de patología
CIRUGÍA	PREPARACIÓN	Ayuno prolongado	Complicaciones postoperatorias
		Error en la valoración preanestésica	Complicaciones durante y tras la cirugía
	ANTE-QUIRÓFANO	Equipo protector inadecuado	Infección
		Higiene de manos defectuosa	Infección
		Profilaxis antibiótica inadecuada	Infección
	QUIRÓFANO	Pérdidas de sangre no previstas	Shock hipovolémico
		Técnica antiséptica defectuosa	Infección
	DESPERTAR Y ALTA	Drenajes, vías o sondas mal colocadas	Hemorragia
		Higiene de manos defectuosa	Infección
		Muestras mal identificadas	Pérdida de la muestra
Úlcera de decúbito		Úlcera por presión Infección	
CONSULTA	ALTA	Recomendaciones no entendidas u ofertadas	Tratamiento y cuidados inadecuados

Proceso	Subproceso	Modo de fallo	Riesgo de seguridad asociado
HOSPITALIZACIÓN	ESTANCIA	Error en el tratamiento	Alergias graves Sobredosis
		Error en los cuidados	Úlceras por presión
	ALTA	Tratamientos no prescritos / inadecuados Información confusa o insuficiente	Tratamiento y cuidados inadecuados Tratamiento y cuidados inadecuados
URGENCIAS	TRIAJE	Error en la clasificación	Retraso diagnóstico y/o tratamiento Dolor innecesario
	ATENCIÓN	Error en el diagnóstico	Diagnóstico equivocado Prescripción de tratamientos inadecuados Solicitud de pruebas inadecuadas Necesidad sociosanitaria no detectada
		Error en el tratamiento	Alergias graves Sobredosis Vía de administración equivocada Medicamento equivocado
		Error en los cuidados	Evolución tórpida Dolor innecesario
		Fallo en el registro de datos	Transferencia inadecuada de información
		Paciente equivocado	Errores en diagnóstico y tratamiento Retraso diagnóstico y/o tratamiento
		ALTA	Alta inadecuada Informe de alta incorrecto