

# SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA



**I.ARES  
Y.BILBAO  
B.GALARRAGA  
M.A.IZQUIERDO**

**“Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar”**

*Arthur Bloomfiel Universidad Stanford (1888 – 1962)*



## The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

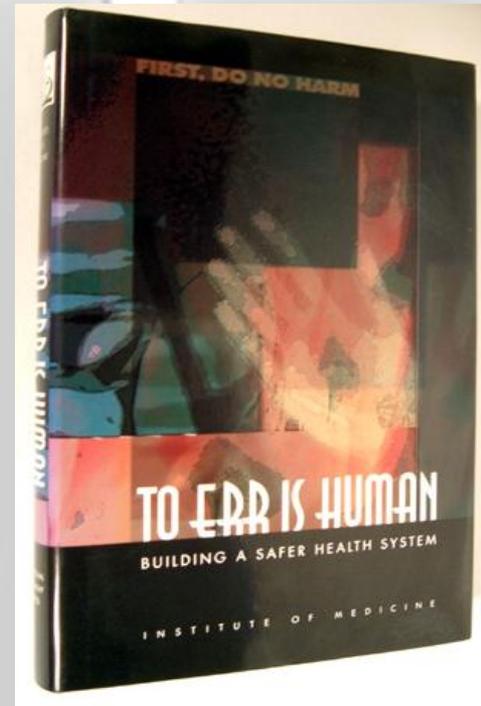
**Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I.**

[Brennan TA](#), [Leape LL](#), [Laird NM](#), [Hebert L](#), [Localio AR](#), [Lawthers AG](#), [Newhouse JP](#), [Weiler PC](#), [Hiatt HH](#)

**The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II.**

[Leape LL](#), [Brennan TA](#), [Laird N](#), [Lawthers AG](#), [Localio AR](#), [Barnes BA](#), [Hebert L](#), [Newhouse JP](#), [Weiler PC](#), [Hiatt H](#)

1990



1999

**“LA MEDICINA HACE UNOS AÑOS  
HABÍA SIDO SIMPLE, INEFECTIVA Y  
RELATIVAMENTE SEGURA,  
AHORA ES COMPLEJA, EFECTIVA Y  
POTENCIALMENTE PELIGROSA”**

*CHANTLER, LANCET 1999; 353:1178-81*

**“Equivocarse es humano,  
ocultar los errores una estupidez,  
no aprender de ellos,  
imperdonable.”**



L. Donaldson  
(Alianza Mundial por la Seguridad del  
paciente de la OMS)

# Repercusión Internacional

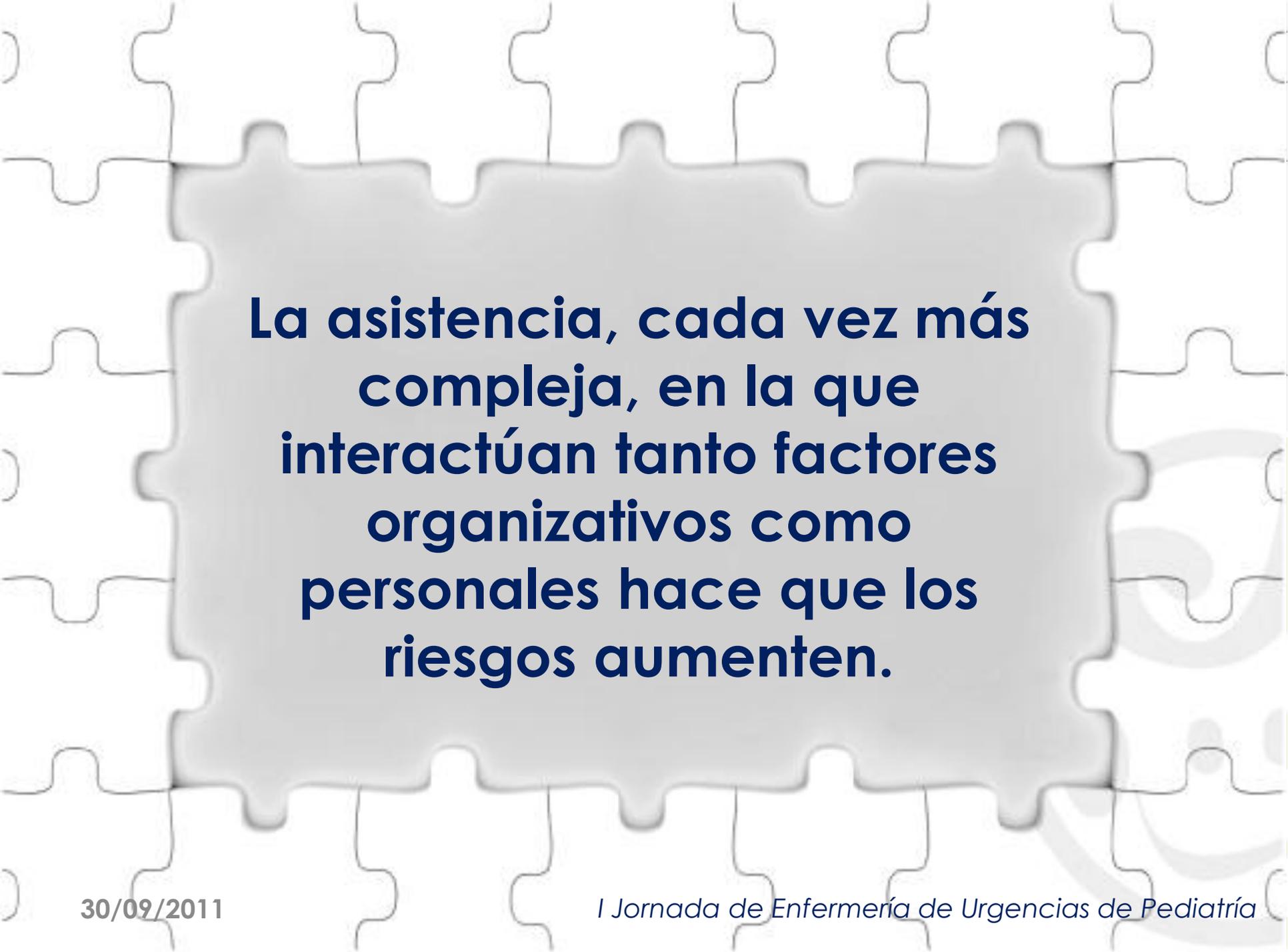


# Sistema Nacional de Salud

Plan de Calidad  
para el Sistema Nacional  
de Salud

1. Promover una cultura de seguridad
2. Implantar sistemas de comunicación de incidentes
3. Implantar prácticas seguras en 7 áreas específicas (Anestesia, caídas, UPP, TEP y TVP, IN, Cirugía en lugar erróneo, medicación)
4. Asegurar la correcta implantación de C. Informado y voluntades anticipadas
5. Reforzar los sistemas de evaluación de la calidad en hemoderivados





**La asistencia, cada vez más compleja, en la que interactúan tanto factores organizativos como personales hace que los riesgos aumenten.**

# Alcance del problema



# De qué hablamos...

- ✓ **Infecciones hospitalarias**
- ✓ **Caídas**
- ✓ **Errores y retrasos diagnósticos**
- ✓ **Cirugía inadecuada**
- ✓ **Cuerpo extraño tras intervención**
- ✓ **Reingresos**
- ✓ **Errores de medicación**
- ✓ **Identificación del paciente**
- ✓ **Litigios y reclamaciones**
- ✓ **Casi-error**
- ✓ **Incidentes**
- ✓ **Confusión de historiales**
- ✓ **Complicaciones anestésicas**
- ✓ **Fallecimientos**

# ¿Por qué es una prioridad?

- ✓ **Alta morbilidad y mortalidad**
- ✓ **Frecuencia elevada**
- ✓ **Alto coste**
- ✓ **Sufrimiento y discapacidad para los enfermos y familiares**
- ✓ **Repercusiones sobre los profesionales**
- ✓ **Prevenible en un alto porcentaje**
- ✓ **Evidencia sobre el impacto y efectividad de medidas y prácticas seguras**



# **CONCEPTOS BÁSICOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

30/09/2011

*I Jornada de Enfermería de Urgencias de Pediatría*

# ¿Cómo definimos la Seguridad de Paciente?

Ausencia de accidentes o lesiones **prevenibles** producidos en la asistencia sanitaria

**Accidente: Evento que produce perjuicios** en un determinado sistema impidiendo los resultados deseados

Suceso eventual o acción del que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas **(RAE)**

**Error: Acción desacertada o equivocada (RAE):** que no se realiza tal como se planificó.

## ¿Qué se entiende por seguridad?

Se define como **Seguridad Clínica del Paciente** la “Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con los pacientes, para hacer el cuidado de los mismos más seguro y minimizar los posibles daños, manifestándose por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de la atención sanitaria”.

## ERROR

Equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso.

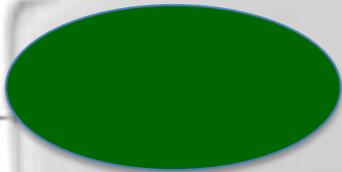
ERROR  SUCESO ADVERSO

## SUCESO ADVERSO

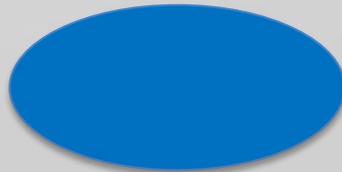
“Acontecimientos relacionados con la atención recibida por un paciente, que tienen, o pueden tener consecuencias negativas para el mismo”

**COMPLICACIÓN:** Alteración del proceso natural de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica

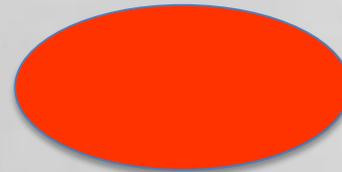
# SUCESOS ADVERSOS



CASI INCIDENTE



INCIDENTE SIN  
DAÑO



EVENTO ADVERSO  
(INCIDENTE CON DAÑO)



**NO LLEGA AL  
PACIENTE**



**LLEGA AL PACIENTE**



**Lavate las manos.**



# Pirámide de Heinrich



# Incidentes con daño (Evento Adverso)

**Evitables**

**Inevitables**

**Negligencias**

**Negligencia:** (Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, estudio insuf. Falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.)

# MODELOS DE ERROR HUMANO

- **CENTRADO EN LA PERSONA**
- **CENTRADO EN EL SISTEMA**

## CENTRADO EN LA PERSONA

### Personas:

- Escasa atención
- Falta de motivación
- Olvidos y descuidos
- Falta de cuidado
- Negligencia
- Imprudencia

**NO QUIÉN  
¿POR QUÉ?**

- Medidas disciplinarias
- Amenaza de denuncia
- Culpabilización
- Humillación/Vergüenza

# CENTRADO EN EL SISTEMA

En nuestro sistema puede haber elementos que favorezcan la aparición del error

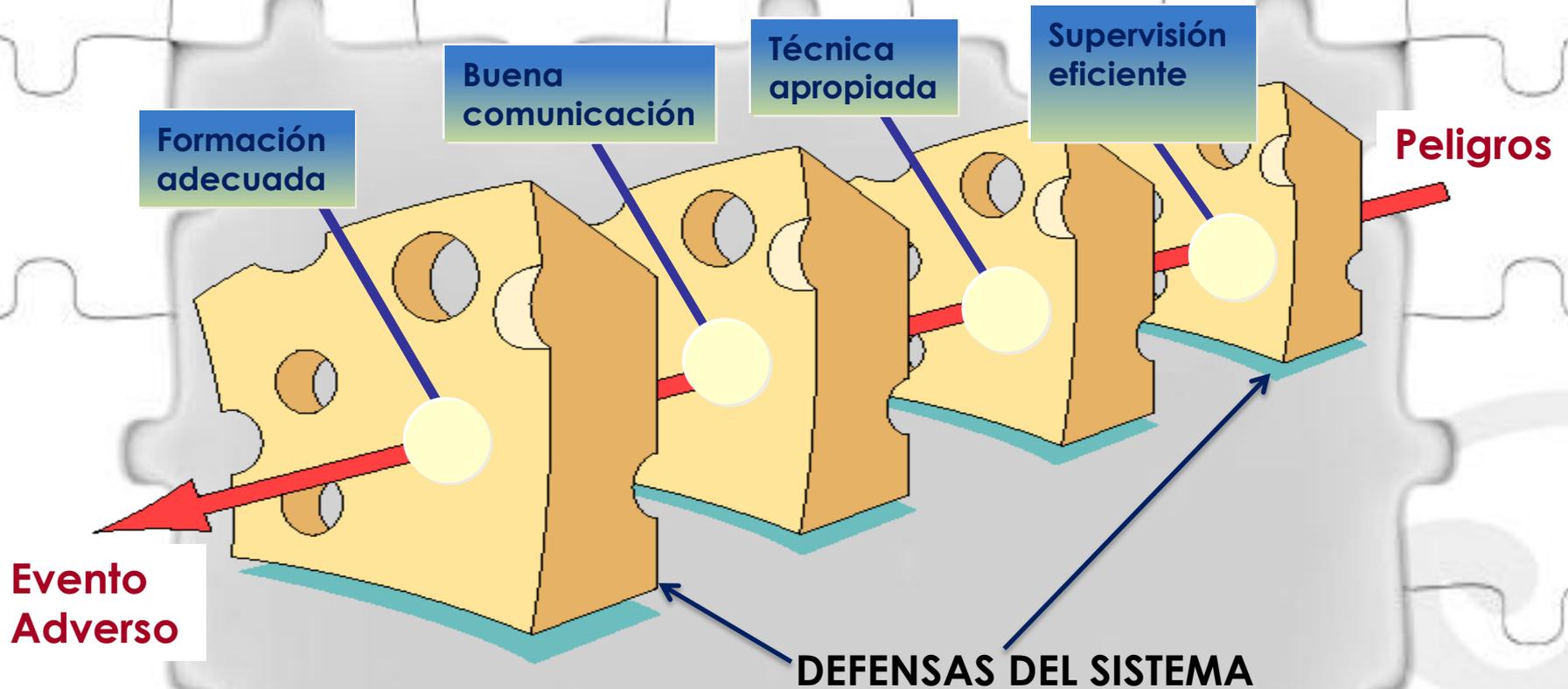
**Estos elementos pueden ser tanto humanos como del equipamiento, la tecnología, etc.**

Los errores no dependen sólo de las personas, influyen múltiples factores del sistema, entorno, que van a propiciar la aparición de un error

**Los problemas de SEGURIDAD se producen como consecuencia de MÚLTIPLES CAUSAS**

1. No se trata de cambiar la condición humana sino de **cambiar las condiciones** en las que trabajan las personas
2. Idea central es la de introducir **defensas** (escudos/barreras) **en el sistema**
3. Cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino **cómo y por qué las defensas fallaron**

# TEORÍA DE REASON



## Condiciones latentes

Procesos, Protocolos  
Trabajo en equipo  
Comunicación  
Información sobre el paciente  
Formación

Equipos y materiales  
Condiciones de trabajo  
Factores ambientales  
Planes de contingencia

# CONDICIONES LATENTES

## **PACIENTE**

Barreras que dificultan la comunicación: nivel de conciencia, demencia, idioma  
Ubicación del paciente: direcciones erróneas, difícil acceso, paciente atrapado

**INDIVIDUALES** Únicos y específicos de las personas involucradas

Aspectos psicológicos  
Aspectos familiares,  
Aspectos laborales, etc.

## **DE TAREA**

Existencia o no de protocolos  
Actualización  
Comprensibles

## **SOCIALES Y DE EQUIPO**

Formas de comunicación  
Estilo de dirección  
Percepción de las funciones de cada uno

## **FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO**

Competencia  
Formación  
Desarrollo de tareas  
Actuación en emergencias, etc.

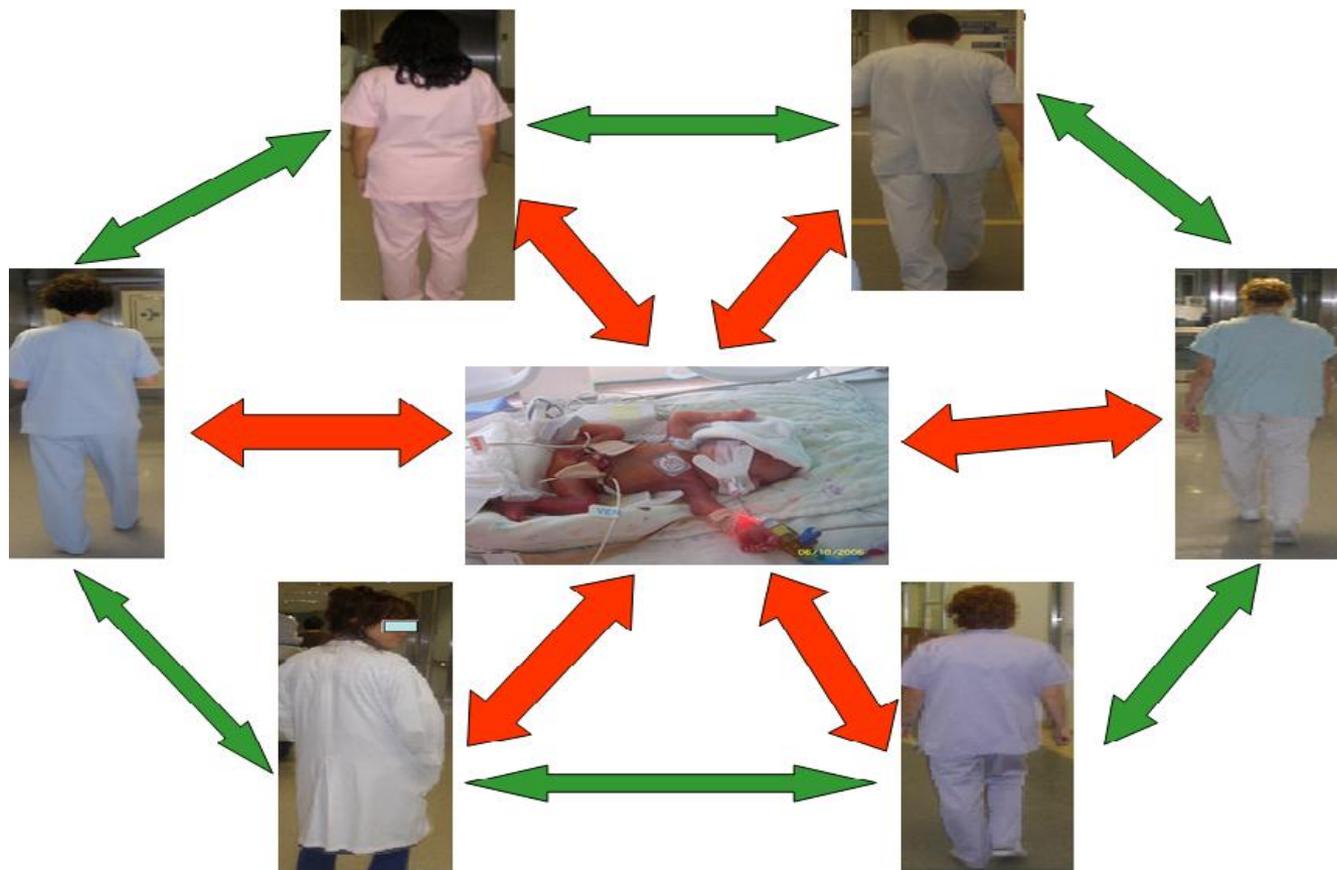
## **EQUIPAMIENTOS Y RECURSOS**

Personal bien entrenado  
Mantenimiento y almacenamiento  
Idoneidad del equipamiento

## **CONDICIONES DE TRABAJO**

Medio ambiente  
Entorno

Si todo el equipo trabaja coordinado y se escuchan unos a otros además de al paciente, la decisión será más acertada ya que dispondremos de más lentes para verla mejor. Peter Pronovost



# ¿Como podemos evitar los errores?

## Modo Proactivo

Identificamos y prevenimos los riesgos antes de que se produzcan

¿Dónde puede fallar nuestro sistema?

Búsqueda de riesgos potenciales



**HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS PROACTIVO**

Antes de producirse el error

## Modo Reactivo

Los fallos y los EA ya se han producido.

¿Qué ha fallado en el sistema?

Búsqueda de Condiciones Latentes



**HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS REACTIVO**

Tras producirse el error

# La gestión eficaz de los riesgos

**Gestión combinada**  
**Proactiva + Reactiva**

# COMO AVANZAR

## Construyendo una cultura de seguridad en cada organización, en cada unidad:

- **ABIERTA** para hablar de EA
- Que **APOYE AL PROFESIONAL** cuando se produce un EA
- Que **APRENDE** utilizando el enfoque sistemático, no preguntado  
¿**QUIÉN?** si no ¿**POR QUÉ?**
- **FLEXIBLE** para adoptar los cambios que sean necesarios

Formación

## Utilizando herramientas de gestión de riesgos:

**IDENTIFICAR A PRIORI** donde están nuestros riesgos y cuales son sus causas

Aprender cuando un EA se produce ¿**QUÉ** ha fallado del **SISTEMA?**

**REGISTRAR** para analizar causas y toma de decisiones

ACR, AMFE, ETC...

## Introduciendo defensas en el sistema

PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS  
MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

**DE**

**A**

Atención centrada en el profesional

Atención centrada en el Paciente

Atención centrada en el profesional

Práctica clínica en equipo

Miedo de los profesionales

Serenidad y Seguridad

Sistema defensivo

Sistema Comprensivo

Secreto, Silencio

Transparencia y reflexión

Humillación

Respeto mutuo

Culpabilización

Análisis del sistema

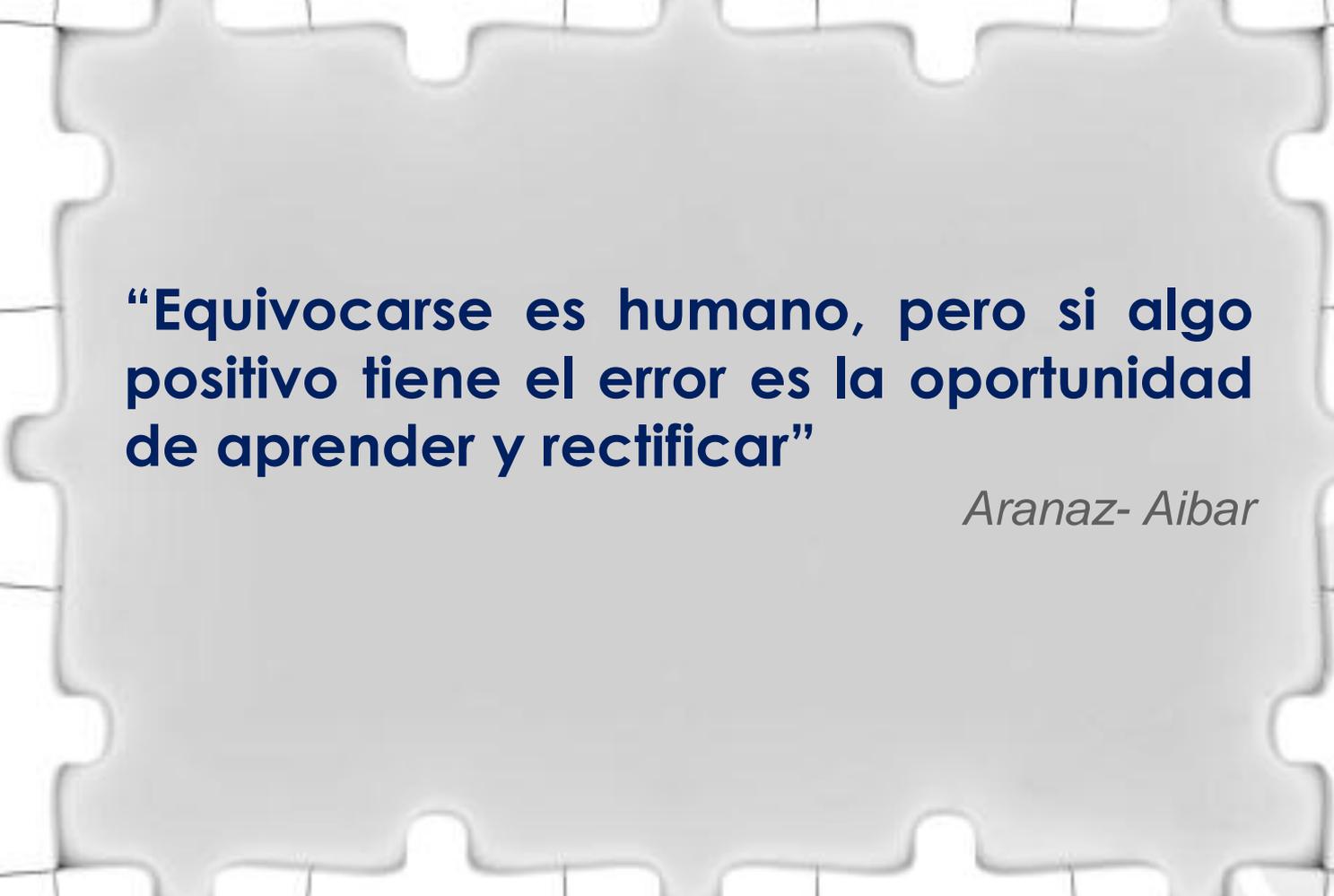
# SISTEMA DE NOTIFICACIÓN. ¿CÓMO DEBE DE SER?

- **Confidencial**
- **No punitivo**
- **Independiente** de cualquier autoridad que pudiera castigar al profesional o al centro
- **Análisis por expertos** que conocen el contexto clínico y están formados para identificar las condiciones latentes
- **Análisis a tiempo:** se analizan inmediatamente y las recomendaciones se difunden rápidamente a todos aquellos que deben conocerlas, especialmente cuando se identifican riesgos importantes
- **Enfoque a sistema:** las recomendaciones se centran en cambios en los sistemas, en lugar de en los comportamientos de los individuos
- **Eficaz:** las personas que reciben las comunicaciones son capaces de difundir las recomendaciones

*Leape L. Reporting of adverse events. N Engl J Med, Vol347 N°20: 1633-38*

# DIFICULTADES PARA NOTIFICAR

- **Falta de confianza** sobre la confidencialidad de los datos
- **Definición poco clara** de qué es un incidente.
- **Desconocimiento** de qué se debe documentar y por qué
- **Falta de familiaridad** con los mecanismos de notificación
- **No se percibe el beneficio**
- **Falta de feedback**
- **Miedo a las repercusiones** médico-legales
- **Profesionales demasiado ocupados** para documentar



**“Equivocarse es humano, pero si algo positivo tiene el error es la oportunidad de aprender y rectificar”**

*Aranaz- Aibar*

# CASO PRÁCTICO

30/09/2011

*I Jornada de Enfermería de Urgencias de Pediatría*

- **LLEGA UN NIÑO DE 23 MESES AL HOSPITAL PARA SER VISTO EN URGENCIAS**
- **LA FAMILIA DA LOS DATOS ADMINISTRATIVOS**
- **SE INCLUYE EN EL REGISTRO DEL HOSPITAL**

1º

# IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

30/09/2011

*I Jornada de Enfermería de Urgencias de Pediatría*

- **LLEGA AL TRIAJE DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA ACOMPAÑADO**
- **ACUDE POR FIEBRE ,VÓMITOS Y ALGUNA DEPOSICIÓN DIARREICA EN CASA**
- **ENFERMERÍA HACE EL TRIAJE**
- **TEP NORMAL(APARIENCIA, CIRCULACIÓN Y RESPIRACIÓN)**
- **PROBLEMA PRINCIPAL VÓMITOS Y DIARREA**
- **NO DOLOR**
- **TOMA DE CONSTANTES( PESO, TEMPERATURA Y P/A)**
- **TEMPERATURA ELEVADA: 38,7°**
- **TRIAJE AVANZADO: ADMINISTRACIÓN DE ANTITÉRMICO SEGÚN PAUTA Y ORAL SUERO**



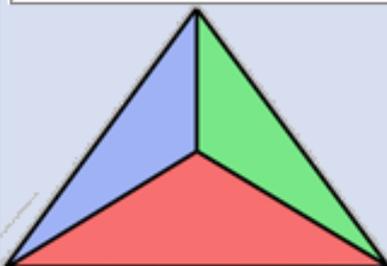
Ambulancia Medicalizada



Nº Historia:

Paciente:

Edad:



Apariencia	Esfuerzo Respiratorio	Circulación en Piel
Tono	Ruidos respir. anormales	Palidez
Actividad	Posición anormal	Piel moteada
No consolable	Tiraje, retracciones	Cianosis
Mirada		
Llanto Patológico		

Prioridad Baja

Nivel Gravedad



DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA PRINCIPAL

- Respiratorio
- Digestivo
- Orl
- Dolor
- Neurológico

I - RESUCITACIÓN

Dificultad tragar+compromiso vía aérea

Trauma abdominal con shock

II - EMERGENCIA

Hematemesis/rectorragia (abundante; melena)

Dolor abdominal grave

Trauma abdominal+mec riesgo

Ingesta de CE con habeo

III - URGENTE

Vómitos persistentes/biliosos

Vómitos/diarrea <2 años

Ingesta CE síntomas leves

Traumatismo abdominal

IV - POCO URGENTE

Estreñimiento

Dolor abdominal leve

Ictericia aislada, BEG

Ingesta CE sin síntomas

V - NO URGENTE

Vómitos/diarrea (no dolor, no DH)

Ubicación Datos Previos

Tipo de Urgencia

URGENCIAS DE PEDIATRIA

Área

Ambulatoria

Sala:

C0

Nivel de Gravedad



Especialidad

PEDIATRIA

Actuaciones para Enfermería

Sí diarrea ofrecer solución de rehidratación oral

Médico Responsable

Primera Toma de Constantes

	P.A.	F.C.	F.R.	Tª.	Tipo	Peso	P.V.C.	SO2	Glucosa
→									



Valoración Fisiológica




Nº Historia:

Paciente:

Edad:

Apariencia	Esfuerzo Respiratorio	Circulación en Piel
Tono	Ruidos respir. anormales	Palidez

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA PRINCIPAL
Infeccioso

Escala del dolor Wrong Baker FACES





  
**0**
  
 No Duele


  
**2**
  
 Duele un poco


  
**4**
  
 Duele un poco más


  
**6**
  
 Duele mucho


  
**8**
  
 Duele mucho más


  
**10**
  
 Duele el máximo

**VALOR DEL DOLOR ACTUAL:** **0**

NUM

	Trauma abdominal+mec riesgo	Ingesta CE síntomas leves	ictericia aislada, BEG
	Ingesta de CE con babeo continuo	TRaumatismo abdominal leve-moderado	Ingesta CE sin síntomas
	TRaumatismo abdominal grave	Dolor moderado+/-vómitos+/- en FID	Vómitos/diarrea > 2 años

- **SEGÚN EL SISTEMA CANADIENSE NIVEL DE GRAVEDAD III.**
- **TIEMPO DE RESPUESTA 30 MIN.**
- **INDICACIONES A LA FAMILIA SI EMPEORA AVISAR.**

**2º**

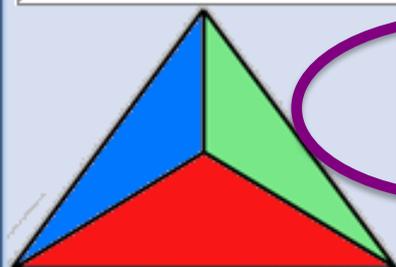
**TRIAJE  
FAMILIA**

**MIENTRAS ESTA ESPERANDO A  
SER VISTO POR EL PEDIATRA NOS  
AVISA LA FAMILIA PORQUE HA  
VOMITADO Y HA REALIZADO  
UNA DEPOSICIÓN  
PASAMOS AL BOX DE TRIAJE**

- RETIRAMOS LA ROPA**
- TEP ALTERADO: APARIENCIA ANORMAL(DECAIDO POBRE RESPUESTA) CIRCULATORIO ANORMAL (PALIDEZ DE PIEL Y MUCOSAS)**
- NUEVA TOMA DE CONSTANTES**
- NIVEL DE GRAVEDAD II TRIAJE AVANZADO O2, MONITORIZACIÓN, ACCESO VENOSO**

Nº Historia: 0

Paciente:



Apariencia	Esfuerzo Respiratorio	Circulación en Piel
Tono	Ruidos respir. anormales	Palidez
Actividad	Posición anormal	Piel moteada
No consolable	Traje, retracciones	Cianosis
Mirada		
Llanto Patológico		

Prioridad Grave

Nivel Gravedad

II

0

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA PRINCIPAL
Respiratorio
Digestivo
Orl
Dolor
Neurológico

I - RESUCITACIÓN
Dificultad tragar+compromiso vía aérea
Trauma abdominal con shock

II - EMERGENCIA
Hematemesis/rectorragia (abundante; melena)
Dolor abdominal grave
Trauma abdominal+mec riesgo
Ingesta de CE con habeo

III - URGENTE
Vómitos persistentes/biliosos
Vómitos/diarrea <2 años
Ingesta CE síntomas leves
Traumatismo abdominal

IV - POCO URGENTE
Estreñimiento
Dolor abdominal leve
Ictericia aislada, BEG
Ingesta CE sin síntomas

V - NO URGENTE
Vómitos/diarrea (no dolor, no DH)

Ubicación Datos Previos

Tipo de Urgencia

URGENCIAS DE PEDIATRIA

Área

Reconocimiento

Box:

Nivel de Gravedad

II

Especialidad

PEDIATRIA

Actuaciones para Enfermería
Sí diarrea ofrecer solución de rehidratación oral
Monitorización completa (TA, FC, FR, SatO2)

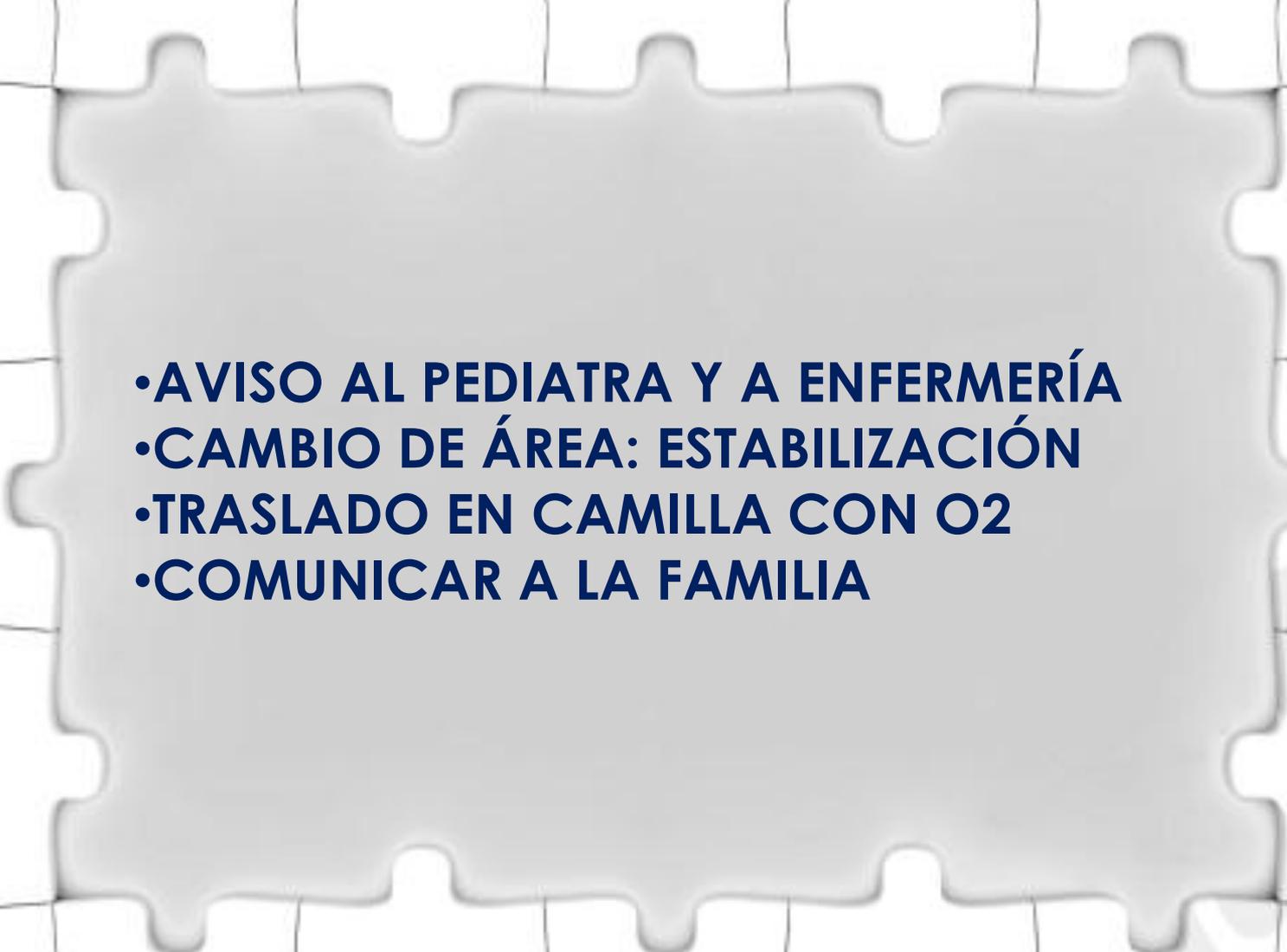
Médico Responsable

Primera Toma de Constantes

	P.A.	F.C.	F.R.	Tª	Tipo	Peso	P.V.C.	SO2	Glucosa
→									



Valoración Fisiológica

- 
- **AVISO AL PEDIATRA Y A ENFERMERÍA**
  - **CAMBIO DE ÁREA: ESTABILIZACIÓN**
  - **TRASLADO EN CAMILLA CON O2**
  - **COMUNICAR A LA FAMILIA**

**3º**

**TRASLADO SEGURO  
COMUNICACIÓN**

# ESTABILIZACIÓN

- **PREPARAR MONITOR**
- **FUENTE DE O2**
- **ASPIRADOR**
- **BOLSA DE BROSELOW**
- **CARD DE MEDICACIÓN**
- **HOJA DE PACIENTE CRÍTICO**

**4º**

**PROCOLO DE PACIENTE  
CRÍTICO**

- PROTECCIÓN PERSONAL(GUANTES Y MASCARILLA)**
- MONITORIZACIÓN CONTINUA**  
FC, P/A,FR,SAT O2, CO2
- CONECTAR FUENTE DE O2**
- ACCESO VENOSO**
- ANALÍTICA COMPLETA**
- SUERO SALINO**
- ASPECTO SÉPTICO: ANTIBIÓTICO**

**NO MEJORÍA DEL NIÑO  
TRASLADO A CUIDADOS INTENSIVOS**

**PREPARACIÓN TRASLADO:**

- MATERIAL DE INTUBACIÓN**
- MEDICACIÓN PARA SECUENCIA RÁPIDA S/P**
- ASPIRADOR PORTÁTIL**
- MONITOR**
- BALA DE O<sub>2</sub>(COMPROBAR ESTADO)**
- PERSONAL PARA TRASLADO**



30/09/2011

*I Jornada de Enfermería de Urgencias de Pediatría*



- Contact @
- Menú**
- Presentación
- Información al usuario
- Cartera de servicios
- Sistema de gestión
- Protocolos y proced.**
- Investigación
- Formación
- Docencia
- Publicaciones
- Agenda
- Enlaces de interés

## Urgencias de Pediatría

FORO H. de cruces  
Castellano Euskera

Estás en : Inicio | Protocolos y proced. | Dosificación y preparación de fármacos de estabilización y analgesia y sedación ("Cards" de medicación)

### Protocolos y proced.

#### Dosificación y preparación de fármacos de estabilización y analgesia y sedación ("Cards" de medicación)

<http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/10%20kg.pdf> - Microsoft Internet Explorer proporcionado por Os...

Archivo Edición Ir a Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección <http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/10%20kg.pdf> Ir Vínculos

66,67%

Buscar en Web

10 KG / 1 AÑO					
Principio activo	Nombre comercial	DOSIS ML	DOSIS MG	DOSIS/KG	NOTAS
Adenosina	Adenocor 6 mg/2 ml	0,33 ml	1 mg	0,1 mg/kg	Bolo rápido 1-2 seg seguido de inyección de SSF*. Aumentar en fracciones de 0,05 mg/kg cada 2 minutos, hasta máximo 0,3 mg/kg. <b>Máximo 6 mg (2 ml) 1ª dosis, dosis posteriores: dosis máxima: 12 mg (4 ml).</b>
Adrenalina	Adrenalina 1: 1000 1 mg/1 ml	0,1 ml	0,1 mg	0,01 mg/kg	Administración directa. <b>Dosis máxima en PCR: 5 mg (5 ml). Dosis endotraqueal 10 veces mayor. En anafilaxia máximo 0,5 mg = 0,5 ml.</b>
Atropina	Atropina 1 mg/1 ml	0,2 ml	0,2 mg	0,02 mg/kg	Administración directa. Puede repetirse a los 5 min. <b>Dosis mínima 0,1 mg/dosis (0,1 ml). Dosis máxima 0,5 mg (0,5 ml) niños, 1 mg (1 ml) adolescentes. Dosis máxima total 1 mg (1 ml) niños, 2 mg (2 ml) adolescentes.</b>
Bicarbonato sódico	Bicarbonato sódico 1 M 10 mEq/10 ml	10 ml	10 mEq	1 mEq/kg	Diluir al 1% (1:1) con DX 5% o SSF. Administrar a velocidad <b>NO superior a 10 ml. Máximo 100 mEq/dosis = 100 ml.</b>
Cloruro morfínico	Morfina Clorhidrato 10mg/1 ml	0,10 ml	1 mg	0,1 mg/kg	Administración IV en 5 minutos, diluir en 50 cc de a.p.i** o SSF. <b>Administración SC o IM directa. Máximo 15 mg /dosis (1,5 ml).</b>
Diazepam	Valium 10 mg/2 ml	0,2 ml	1 mg	0,1 mg/kg	Pasar en 3-5 minutos. Se puede repetir cada 15-30 minutos. Preferible no diluir, si se diluye hacerlo en a.p.i o SSF (1:1). <b>Dosis máxima acumulada total 6 mg (6 ml) niños, 8 mg (8 ml) adolescentes.</b>

\*SSF: suero salino fisiológico \*\*a.p.i: agua para inyección. \*\*\*PCR: parada cardiorrespiratoria.



30/09/2011

*I Jornada de Enfermería de Urgencias de Pediatría*



30/09/2011

*I Jornada de Enfermería de Urgencias de Pediatría*

**5º**

**EXPERIENCIA PROFESIONAL  
FORMACIÓN EN RCP AVANZADO  
PRÁCTICAS DE SIMULACIÓN  
PROTOCOLOS ESTANDARIZADOS**



30/09/2011

*I Jornada de Enfermería de Urgencias de Pediatría*

# ENLACES DE INTERÉS

Fundación Avedis Donabedian

[www.fadq.org](http://www.fadq.org)

Centro de Investigación para la Seguridad  
Clínica [www.fadq.org/](http://www.fadq.org/)

Instituto para el Uso seguro del medicamento  
[www.usal.es/-ismp/marco.html](http://www.usal.es/-ismp/marco.html)

GENCAT

[www.errorsmedicaio.org/](http://www.errorsmedicaio.org/)

Proyecto IDEA

[www.dsp.umh.es/proyectos/idea/](http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/)

NHS National Patient Safety Agency

[www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)

Proyecto EPINE

[www.mpsp.org/mpsp/epine/](http://www.mpsp.org/mpsp/epine/)

Organización Mundial de la Salud

[www.who.int/patientsafety/es/](http://www.who.int/patientsafety/es/)

Ministerio de Sanidad y Consumo

[www.seguridaddelpaciente.es](http://www.seguridaddelpaciente.es)

National Patient Safety Foundation

[www.npsf.org/](http://www.npsf.org/)

Australian Patient Safety Foundation

[www.apsf.net.au/](http://www.apsf.net.au/)

Patient Safety International

[www.patientsafetyint.com/](http://www.patientsafetyint.com/)

Patient Safety First

[www.patientsafetyfirst.org/](http://www.patientsafetyfirst.org/)

ISMP

[www.ismp.org/](http://www.ismp.org/)

National Center For Patient Safety

[www.patientsafety.gov/](http://www.patientsafety.gov/)

Agencia Pública de Calidad (USA)

[www.psnet.ahrq.gov](http://www.psnet.ahrq.gov)