

Minimizando riesgos en las guardias: propuesta de una lista de verificación

Autora: Marina Jiménez Monedero (R1)

Tutor: Dr. Pedro J. Alcalá

Colaboración: Cristina Cerdán (R2)

Índice

1. Introducción
2. Listas de verificación
 - a) Características
 - b) Aplicaciones
3. Estudio exploratorio
4. Resultados
5. Propuesta de LV
6. Discusión
7. Ideas clave
8. Bibliografía

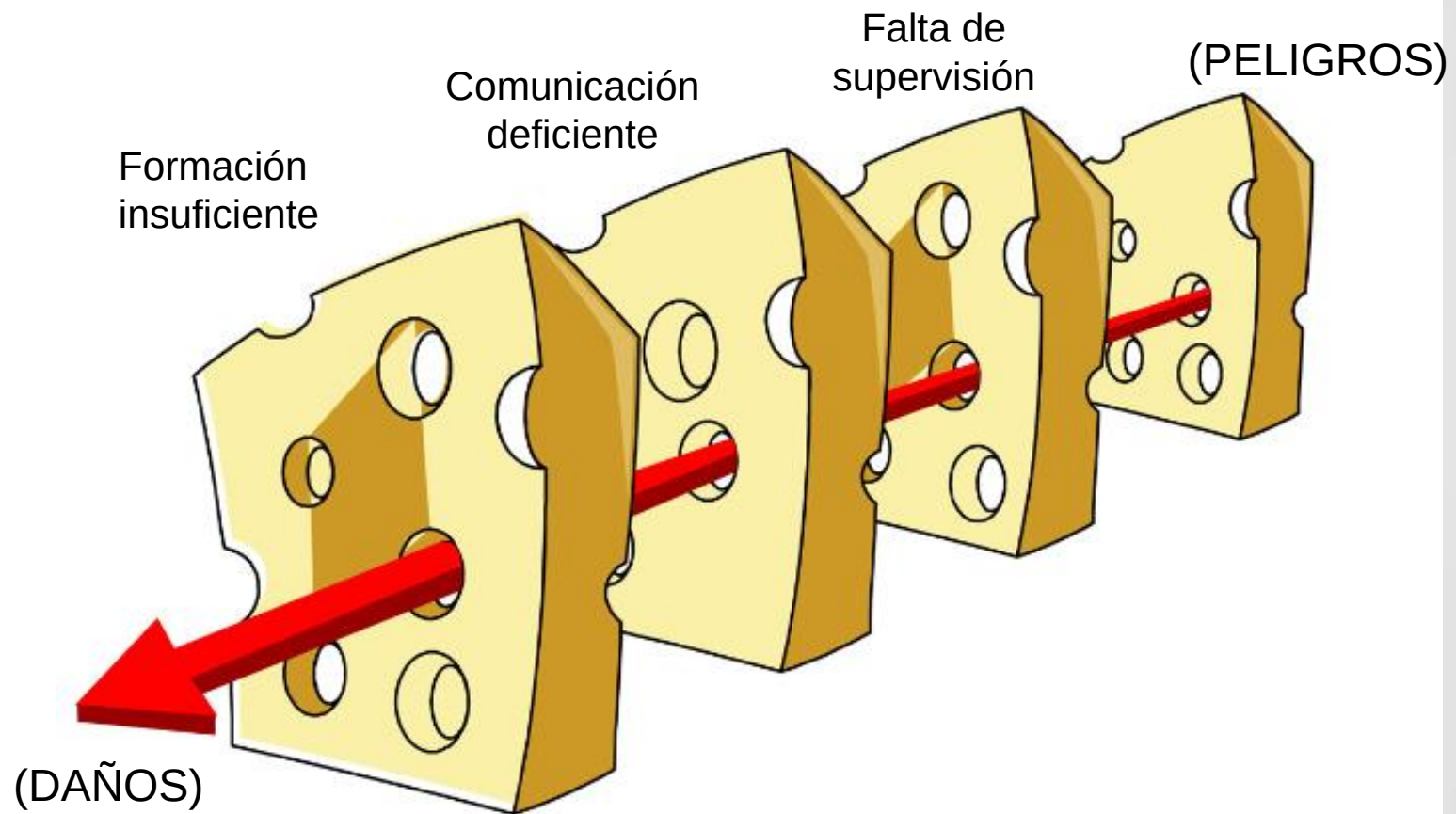
Introducción

- ❑ La **seguridad del paciente** es una dimensión clave de la **calidad asistencial**
- ❑ **Múltiples herramientas** con objetivo de mejorar la seguridad en la atención sanitaria
- ❑ Es difícil discernir si alguna de estas herramientas es superior al resto en términos absolutos
- ❑ Cuantos **más filtros o barreras**, menos **posibilidad de fallos o efectos adversos (EA)**

Herramientas de la seguridad

- ✓ Identificación de pacientes
- ✓ Calculadoras de dosis
- ✓ Prescripción electrónica
- ✓ Listas de verificación
- ✓ Guías clínicas
- ✓ Sistemas de notificación de EA
- ✓ Sistemas de transferencia de información

MODELO DEL QUESO SUIZO DE REASON



**Aumento de la
complejidad en la
práctica clínica**

- Patología heterogénea
- Coordinación de especialidades y ámbitos
- Tecnificación

Guardias

- Agotamiento físico y mental
- Sobrecarga asistencial

 **Incidentes y
EA relacionados
con la atención
sanitaria**

- Morbimortalidad en
pacientes hospitalizados

EDITORIAL

Medication Errors: Neonates, Infants and Children Are the Most Vulnerable!

Robert L. Poole, PharmD¹ and Bruce C. Carleton, PharmD²

¹Director of Pharmacy, Lucile Packard Children's Hospital at Stanford and Stanford School of Medicine, Department of Pediatrics Neonatal and Developmental Medicine, Palo Alto, California, ²Director of Pharmaceutical Outcomes, Child & Family Research Institute, Children's and Women's Health Centre, Faculties of Paediatrics and Pharmaceutical Sciences, University of British Columbia

KEYWORDS medication errors, prevention of errors

J Pediatr Pharmacol Ther 2008;13:65-67

**Sentinel Event Alert**

Issue 39, April 11, 2008

Preventing pediatric medication errors

Errors associated with medications are believed to be the most common type of medical error and are a significant cause of preventable adverse events. Experts agree that medication errors have the potential to cause harm within the pediatric population at a higher rate than in the adult population. For example, medication dosing errors are more common in pediatrics than adults because of weight-based dosing calculations, fractional dosing (e.g., mg vs. Gm), and the need for decimal points.

CANADIAN PAEDIATRIC ADVERSE EVENTS STUDY

**9,2% de los niños
hospitalizados
sufrió al menos 1
evento adverso**

cpsi • icsp

Canadian Paediatric
Institute • Institut canadien



NEGLIGENCIA MÉDICA >

Un juez investiga la muerte de un bebé de nueve meses por un supuesto error médico en el Gregorio Marañón

La familia denuncia que recibió una dosis 10 veces superior del medicamento prescrito

La enfermera que mató por error al bebé Rayan no ingresará en prisión

Ha sido condenada a seis meses de cárcel y a 18 de inhabilitación por negligencia al tratar al hijo prematuro de la primera víctima mortal de gripe A en España

DV MADRID.
Miércoles, 4 julio 2012, 04:13



La Fiscalía investiga la amputación "por negligencia" de la pierna de un niño

Los inter

El niño Sava murió cuando tenía dos años y siete meses.

REPORTAJES / CONDENA

Los cinco fallos que llevaron a la muerte de un niño

... a un hospital. Le dijeron que el niño había muerto por un edema cerebral.

GUARDAR

EDICAS

...

Modelo tradicional centrado en el profesional

La negligencia médica que paralizó al pequeño Adrián

El error de un anestesista al suministrar un fármaco a un niño alérgico le provocó una discapacidad casi total. Nueve años después, la justicia obliga a la aseguradora a indemnizar con 600.000 euros

URGENTE
la CAM »

ALERTA SANITARIA

Una "gravísima" gripe A

El pequeño Ryan murió tras recibir alimento por vena - Las enfermeras fueron apartadas de sus puestos

MARÍA R. SAHUQUILLO | ELENA HIDALGO
Madrid - 14 JUL 2009



Accidental Deaths in the U.S.

An estimated one million people are injured by errors during hospital treatment each year and 120,000 people die as a result of those injuries, according to a study led by Lucian Leape of the Harvard School of Public Health. Here's how that number compares with other causes of accidental death in the United States*.

*SOURCE (for accidental deaths shown in blue): National Safety Council. Data are for 1996.

KEVIN BURKETT / Inquirer Staff Artist

43,649
motor
vehicle
deaths

14,986
deaths
from falls

3,959
drowning
deaths

329
commercial
aviation
deaths



Listas de verificación (LV)



Una de las **herramientas de seguridad más conocidas y extendidas** en todos los ámbitos laborales.

1935 ➡ Accidente en el que se identificó el error humano como desencadenante (omisión).

Las Fuerzas Aéreas Norteamericanas crearon una serie de pasos que era necesario comprobar previamente al despegue del avión

LV



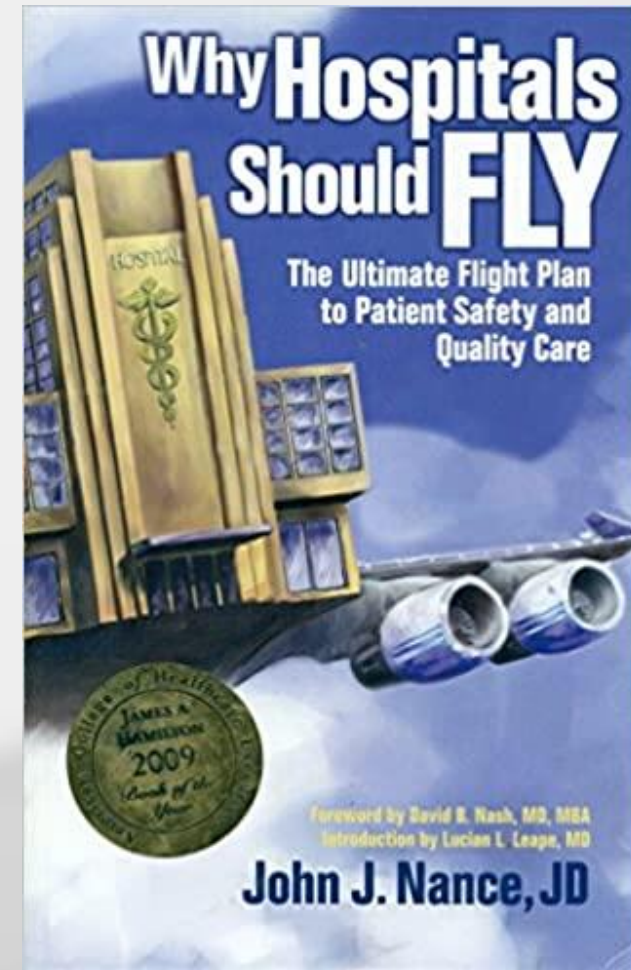
Lista de comprobación



Checklist

Razones por las que mejora la seguridad en aviones

- ❑ Seguridad centrada en el sistema
- ❑ Cultura de la seguridad
- ❑ Análisis rigurosos de los incidentes
- ❑ Universalidad de las medidas
- ❑ Actitud proactiva de continua mejora



LV: Aplicaciones en Medicina/Pediatría

- ❑ **Cirugía:** La implantación de LV en quirófano ha demostrado disminuir la morbimortalidad asociada a la cirugía en todo el mundo
- ❑ **Neonatos:** Las unidades de críticos neonatales son áreas de elevado riesgo de EA (1ª causa: errores de medicación)
- ❑ **Partos:** LV para un parto seguro en entornos de bajos recursos
- ❑ **UCIP:** ha demostrado disminuir los EA, la mortalidad, la estancia en UCIP y hospitalaria y la infección asociada a catéter
- ❑ **Traslados** intra e interhospitalarios

RECONOCIMIENTO PRIMARIO	A Vía Aérea y cervical	Alerta cervical (inmovilización bimanual, collarín).	
		Alerta de alerta (consciencia).	
		Alerta Aérea: vía aérea permeable, apertura vía aérea, aspiración de secreciones, valorar intubación	
	B Respiración-Ventilación	Administrar Oxígeno.	
		Signos Insuficiencia respiratoria (lesiones RIM)	
		Toracocentesis. Drenaje torácico	
		Valorar Intubación. Conexión a ventilación mecánica	
	C Circulación	Control de hemorragias externas.	
		Valoración clínica shock (pulsos, perfusión, gradiente, FC, TA).	
		Canalizar vías. Analítica. Cruzar y reservar sangre.	
		Infusión de líquidos.	
		Hemoderivados. Ácido tranexámico. Protocolo transfusión masiva	
	D Discapacidad	Pupilas y Nivel conciencia (Glasgow, AVDN)	
Signos Hipertensión intracraneal: SSH 3%, manitol			
E Exposición	Quitar ropa		
	Evitar pérdida de calor		
Monitorización	FC, ECG, FR, TA, SatO2, EtCO2		

RECONOCIMIENTO SECUNDARIO		<i>Exploración</i>		<i>Procedimientos</i>	<i>Pruebas</i>	<i>Consultas</i>
	CABEZA	Heridas, Fractura cráneo		Sonda oro-nasogástrica	TC craneal	Neurocirugía MáxiloFacial
	CUELLO	Tráquea Venas yugulares Columna cervical		Inmovilización	TC cervical	Neurocirugía
	TORAX	Neumotórax Hemotórax		Drenaje torácico Pericardiocentesis	Rx tórax	C. Pediátrica C. Torácica
	ABDOMEN	Lesión viscera hueca o maciza Shock		Radiología Inter-vencionista	Ecografía TC contraste	C. Pediátrica Radiología
	PELVIS	Fractura pelvis Shock Lesión uretral		Sondaje vesical Talla suprapúbica	Rx pelvis	COT
	EXTREMIDADES	Fracturas Daño vasculo-nervioso		Tracción Férulas inmovilización	Radiografías Eco-doppler	Trauma C. Vascular C. Plástica
	ESPALDA	Columna Percusión renal		Movilización en bloque Tabla espinal	Radiografías, TC	Neurocirugía Trauma
	NEUROLÓGICA	Pupilas, Glasgow, Lesión medular		Inmovilización	TC, RM medular	Neurocirugía

REEVALUACIÓN	A	Vía Aérea estable y segura. Tubo endotraqueal. Alerta cervical	
	B	Oxigenación-Ventilación. Modificación ventilación mecánica. Drenaje torácico	
	C	Vías. Shock. Líquidos. Hemoderivados. Cirugía control de daños	
	D	Estabilidad neurológica. Control convulsiones. Hipertensión intracraneal	
	E	Control hipotermia. Manta térmica	
	F	Fármacos: Analgesia-Sedación adecuadas. Dosis revisadas.	
	G	Gráficas. Monitorización multiparamétrica. Monitorización específica	
	H	Historia Clínica completa. Documentación	
	I	Inmovilización. Collarín, Férulas, Colchón de vacío, Tablero espinal	

☐ **Patología urgente:** En el abordaje del politraumatismo pediátrico es básica una atención estructurada y ordenada

LV: Características

Método eficaz que ayuda a:



- ✓ No olvidar pasos durante un procedimiento
- ✓ Reducir el riesgo de error por distracciones o por exceso de confianza en tareas estandarizadas
- ✓ Aumentar la eficacia del trabajo en equipo
- ✓ Fomentar y mejorar la comunicación
- ✓ Disminuir la variabilidad en la práctica clínica

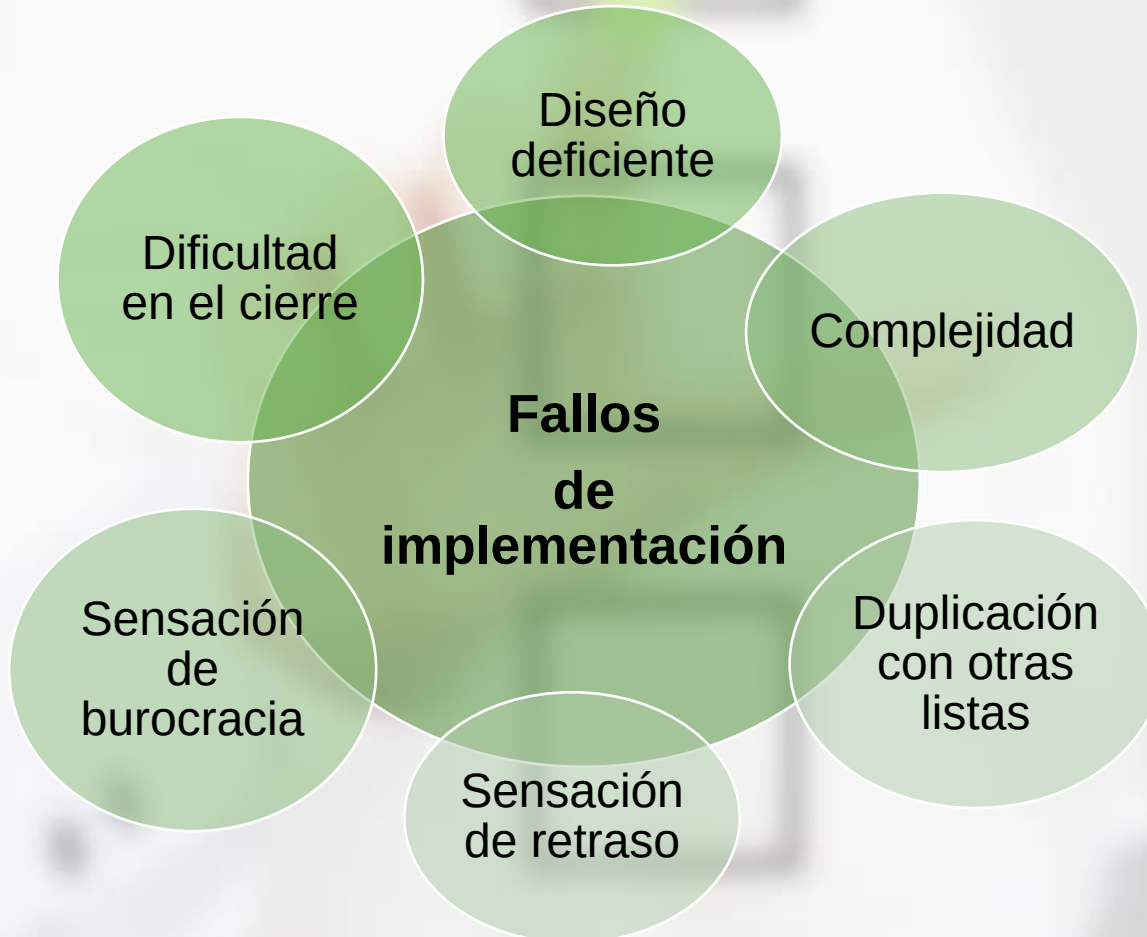
NO sirve para prevenir errores derivados de:



- ✗ Inexperiencia
- ✗ Falta de capacitación
- ✗ Supervisión insuficiente

Simplicidad, aplicabilidad, bajo coste y posibilidad de medición

Listas de verificación (LV)



¿Por qué fracasan?



La implementación supone un cambio organizativo hacia la cultura de la seguridad: requiere liderazgo, trabajo en equipo y adaptación al cambio.

¿Y en el pase de planta?

Randomized Controlled Trial > Pediatrics. 2017 May;139(5):e20161688.

doi: 10.1542/peds.2016-1688.

A Family-Centered Rounds Checklist, Family Engagement, and Patient Safety: A Randomized Trial

Elizabeth D Cox¹, Gwen C Jacobsohn², Victoria P Rajamanickam³, Pascale Carayon^{4 5}, Michelle M Kelly^{6 4}, Tasha B Wetterneck^{2 4 5 7}, Paul J Rathouz³, Roger L Brown⁸

> Hosp Pediatr. 2019 Apr;9(4):291-299. doi: 10.1542/hpeds.2018-0150.

Implementation of a General Pediatric Clinical Rounding Checklist

Nicholas A Clark¹, Stephanie Burrus², Troy Richardson^{2 3}, Sophia Sterner², Mary Ann Queen²

Standardization of rounds on a general paediatric ward: Implementation of a checklist to improve efficiency, quality of rounds, and family satisfaction

Get access >

Camille Trahan, MD ✉, Angela Y Hui, MSc, Navneet Bineral, MD

Paediatrics & Child Health, pxab080, <https://doi.org/10.1093/pch/pxab080>

Published: 11 October 2021 Article history ▼

Randomized Controlled Trial > Pediatrics. 2017 May;139(5):e20161688.

doi: 10.1542/peds.2016-1688.

A Family-Centered Rounds Checklist, Family Engagement, and Patient Safety: A Randomized Trial

Elizabeth D Cox¹, Gwen C Jacobsohn², Victoria P Rajamanickam³, Pascale Carayon^{4 5}, Michelle M Kelly^{6 4}, Tosha B Wetterneck^{2 4 5 7}, Paul J Rathouz³, Roger L Brown⁸

TABLE 2 Adjusted ORs and 95% CIs for the Intervention's Effect on FCR Checklist Element Performance (*n* = 668 Rounds)

FCR Checklist Element	OR (95% CI)
Nurse present	0.63 (0.23 to 1.74)
Introductions made	1.62 (0.70 to 3.76)
Assessment provided	1.92 (0.69 to 5.31)
Plan summarized	0.22 (0.02 to 2.08)
Family was asked for questions	2.43 (1.01 to 5.85) ^a
Health care team was asked for questions	4.28 (1.73 to 10.60) ^a
Discharge goals discussed	1.96 (0.79 to 4.87)
Orders were read back	12.43 (4.62 to 33.47) ^a

^a Indicates *P* < .05. Random effects logistic regression models compared pre- and postintervention checklist element performance for intervention services versus usual care services, accounting for repeated measures across the stay for a given patient and adjusting for child age, health status, length of stay, and parent education.

- ✓ Preguntar a los padres: aumento en la comunicación y seguridad en la transferencia de información
- ✓ Mejora de la implicación familiar y de su percepción de seguridad

> Hosp Pediatr. 2019 Apr;9(4):291-299. doi: 10.1542/hpeds.2018-0150.

Implementation of a General Pediatric Clinical Rounding Checklist

Nicholas A Clark ¹, Stephanie Burrus ², Troy Richardson ^{2 3}, Sophia Sterner ², Mary Ann Queen ²

- ✓ Diferencias significativas solo en 1 de 8 áreas analizadas (↓ tiempo de monitorización)
- ✓ Más estudios para determinar el efecto en la seguridad del paciente

SAFETIME Daily Rounding Checklist		
S Skin Assessment	Any pressure ulcers?	Yes / No
	Other skin and/or device concerns?	Yes / No
A Alarm Settings	Need for monitors?	Yes / No
	Change in interval of vitals?	Yes / No
F IV Fluids	Continued need for IV fluids?	Yes / No
E Expected Discharge Date and Needs	Follow-up with PCP scheduled?	Yes / No
	Subspecialist follow-up?	Yes / No
	Home medical equipment needs?	Yes / No
T Tubes and Lines	Peripheral IV or central line?	Yes / No
	Can we limit central line access?	Yes / No
	Foley?	Yes / No
	Drain, wound vacuum, and/or chest tube?	Yes / No
	Can any lines or tubes be removed?	Yes / No
I Isolation	Need for isolation and type?	Yes / No
M Medication Conversion	IV medications can be transitioned to oral or tube?	Yes / No
E Expected Issues in Next 24 Hours	Items to be passed on during checkout?	

Standardization of rounds on a general paediatric ward: Implementation of a checklist to improve efficiency, quality of rounds, and family satisfaction

[Get access >](#)

Camille Trahan, MD ✉, Angela Y Hui, MSc, Navneet Binepal, MD

Paediatrics & Child Health, pxab080, <https://doi.org/10.1093/pch/pxab080>

Published: 11 October 2021 **Article history** ▼

Table 3. Parents and patients' rounds satisfaction survey results

Questions	Time	Mean	Std.-deviation	P-value
A. Important information discussed*	Pre	9.03	1.98	0.010
	Post	9.78	0.507	
B. Understand the plan*	Pre	8.81	1.95	0.002
	Post	9.72	0.784	
C. Understand timing of discharge*	Pre	6.48	3.25	< 0.001
	Post	8.67	2.135	
D. Felt included*	Pre	8.78	2.13	0.002
	Post	9.76	0.591	
E. No unanswered questions*	Pre	8.93	2.02	0.014
	Post	9.70	0.953	
F. Rounding time perception†	Pre	4.90	1.01	0.283
	Post	5.06	0.240	

- ✓ No impacto en la duración de las rondas ni en la percepción del tiempo
- ✓ Analizar los signos de alarma se asocia a un aumento en la calidad
- ✓ Mejoran la satisfacción de los pacientes/padres

¿Esta iniciativa es aplicable a nuestro entorno?



Estudio exploratorio

OBJETIVO

Determinar las necesidades para homogeneizar la asistencia de pacientes ingresados en la planta de hospitalización pediátrica por el personal de guardia

MÉTODO

Cuestionario anónimo basado en la lista de verificación desarrollada y validada por el Departamento de Pediatría de la Universidad Queens de Canadá

Mediante un “Formulario” de Google® enviado a 46 profesionales del servicio de nuestro hospital.

Paediatric Inpatient Rounding Checklist

☐ **Age and presenting problem** (Why did the child come to hospital?)

☐ **Problem List** (What are the child's active issues now?)

- Discussion of active issues on problem list

☐ **Nutrition/IV Fluids**

☐ **Investigations** (Blood work, imaging, urine test results, etc)

☐ **Medications (MAR) review**

☐ **PEWS review**

☐ **Physical Examination**

☐ **Assessment & Plan:**

- Discussion of plan BY PROBLEM LIST
- Discharge criteria (When can the child go home?)
- Review of monitoring needs (PCCU, oximetry, routine monitoring?)

☐ **Patient/Parent questions** (Does the patient/parent have any questions?)

MAR: Medication Administration Record
PEWS: Pediatric Early Warning Signs
PCCU: Pediatric Critical Care Unit

Figure 1. The Paediatric Inpatient Rounding Checklist (FIRC).

Validación lista de verificación guardias planta de hospitalización

Cuestionario anonimizado (no se refleja correo electrónico) destinado a la determinación de necesidades para homogeneizar la asistencia de pacientes ingresados en planta de hospitalización pediátrica por el personal de guardia.

 m.jimenezmonedero@gmail.com (no compartidos)
[Cambiar de cuenta](#)

 Borrador guardado

*Obligatorio

Indique su experiencia profesional *

- ☒ Residente 1er año
- ☐ Residente 2º año
- ☐ Residente 3er año
- ☐ Residente 4º año
- ☐ Adjunto menos de 5 años de experiencia
- ☐ Adjunto entre 5-9 años
- ☐ Adjunto más de 10 años de experiencia

¿Con qué frecuencia pasas planta de hospitalización en días laborables?

Quedan excluida Neonatología y UCIN.

Resultados I

- ❑ El cuestionario fue realizado por 28 miembros del equipo médico (10 adjuntos y 18 residentes): **tasa de respuesta del 60,9%**
- ❑ **Entre el 57% y el 64,3%** de los profesionales revisan de forma sistemática la **dieta**, las **alergias** o reacciones medicamentosas y el **peso** o superficie corporal
- ❑ **El 53,6%** comprueba **los antecedentes** o diagnósticos previos siempre
- ❑ **El 46,4%** revisa **prescripciones previas activas** en todos los pacientes
- ❑ **Las pruebas complementarias realizadas son revisadas por el 50%** del equipo en todos los casos
- ❑ **Las pruebas pendientes** (realización o resultados) son examinadas en todos los pacientes por el **42,9%**.
- ❑ **Las constantes y datos clínicos** que deben ser monitorizados en función de la patología es revisado por el **57,1%** en todos los pacientes

Resultados II

- ❑ El **7,1%** examina posibles interacciones entre los fármacos pautados en todos los pacientes
 - ✓ El 25% que lo hace cuando se han prescrito múltiples fármacos
 - ✓ El 14,3% verifica posibles interacciones medicamentosas en pacientes crónico-complejos
- ❑ El **53,6%** realiza el pase de planta solo con el equipo médico, comentando después el paciente con el enfermero/a responsable
- ❑ **Sugerencias**
 - ✓ Incluir la valoración del dolor mediante escalas validadas
 - ✓ Incluir datos como la barrera idiomática, resultados positivos de microbiología y aislamientos
 - ✓ Pase planta junto al personal de enfermería

Y sin embargo...

J. healthc. qual. res. 2018;xxx(xx):xxx-xxx



FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr



CARTA AL DIRECTOR

Calidad en el traspaso de
información clínica entre
profesionales en pediatría en el
ámbito hospitalario

Quality of clinical information management
between hospital pediatric professionals

Sra. Directora:

de Pediatría (SEUP) con posterior difusión secundaria de la misma. Desgraciadamente, no se pudo determinar con exactitud el tamaño de la población de estudio, por ausencia de registros específicos. Según datos de la AEP, en España hay unos 6.000 pediatras con labor en el ámbito hospitalario, pero se desconoce el número de profesionales de enfermería y otros especialistas relacionados con la asistencia pediátrica hospitalaria. Debido a la difusión secundaria del cuestionario a través de los hospitales receptores y el carácter anónimo de las respuestas, desgraciadamente no fue posible conocer el índice real de respuestas conseguidas.



- ❑ Efectos adversos experimentados por problemas comunicación:
 - ✓ Favorecido 38,7%
 - ✓ Causa directa o principal 27,8% (**37% si > 20 años de experiencia**)
- ❑ 56% No formación sobre la transferencia de pacientes
- ❑ 64,4% consideró necesario introducir elementos de mejora

Propuesta de LV

1. Edad y motivo de ingreso
2. Lista de problemas
3. Aislamiento
4. Pruebas realizadas / pruebas pendientes
5. Peso o SC
6. Nutrición / fluidoterapia / diuresis
7. Tratamiento
 - a) Actual
 - b) Crónico
 - c) Interacciones
8. Síntomas y signos de alarma
9. Constantes / Exploración física
10. Plan
 - a) Evaluación de los problemas
 - b) Revisión de necesidades de monitorización
 - c) Criterios de alta
11. Pase con enfermera responsable
12. Dudas de los pacientes/padres

Discusión

- ❑ Las listas de verificación han demostrado contribuir a la **mejora de la calidad asistencial**
- ❑ Establecidas en **procesos de alto riesgo**: cirugía, anestesia, UCIP
- ❑ ¿Qué aportaría una LV en la planta de hospitalización?
 - ✓ La **estandarización de las rondas**: mayor percepción de los problemas y objetivos diarios, aumento de la satisfacción de las familias con impacto mínimo en la duración
 - ✓ **Fomentar y mejorar la comunicación** entre el equipo y la familia
- ❑ Es relevante conocer las necesidades, nivel de conocimientos y circunstancias locales
- ❑ Un recurso no implica beneficio si no se acompaña de cambios en la dinámica de trabajo

Ideas clave

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial

Las listas de verificación son una herramienta de seguridad simple y eficaz

Las LV reducen riesgos por error en distracciones, mejoran la comunicación del equipo y estandarizan la atención sanitaria

La cumplimentación de las LV disminuye la mormibortalidad de los pacientes, acredita buena praxis y puede aumentar la seguridad de los profesionales

El éxito de una LV depende de su implementación, lo cual requiere un cambio organizativo hacia la cultura de la seguridad

Bibliografía

1. Trahan C, Hui AY, Binopal N. Standardization of rounds on a general paediatric ward: Implementation of a checklist to improve efficiency, quality of rounds, and family satisfaction. Paediatr Child Health [Internet]. Octubre de 2021; Disponible en: <https://academic.oup.com/pch/advance-article/doi/10.1093/pch/pxab080/6388349>
2. Sharma S, Peters MJ. 'Safety by DEFAULT': introduction and impact of a paediatric ward round checklist. Crit Care [Internet]. 11 de octubre de 2013;17(5):R232. Disponible en: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc13055>
3. Concha-Torre A, Alonso YD, Blanco SÁ, Allende AV, Mayordomo-Colunga J, Barrio BF. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? An Pediatría [Internet]. Agosto de 2020;93(2):135.e1-135.e10. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-las-listas-verificacion-una-ayuda-articulo-S1695403320301879>
4. Requena J, Miralles JJ, Mollar J, Aranz JM. Seguridad clínica de los pacientes durante la hospitalización en pediatría. Rev Calid Asist. noviembre de 2011;26(6):353-8.

Bibliografía

5. Nicholas A. Clark, Stephanie Burrus, Troy Richardson, Sophia Sterner, Mary Ann Queen; Implementation of a General Pediatric Clinical Rounding Checklist. *Hosp Pediatr* [Internet]. Abril 2019; 9 (4): 291–299. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0150>
6. Cox ED, Jacobsohn GC, Rajamanickam VP, et al. A Family-Centered Rounds Checklist, Family Engagement, and Patient Safety: A Randomized Trial. *Pediatrics* [Internet]. 2017;139(5):e20161688. Disponible en: http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/139/5/e20161688/1063639/peds_20161688.pdf
7. Buitrago LMG. La lista de chequeo: un estándar de cuidado. *Rev Colomb Anestesiol* [Internet]. julio de 2013;41(3):182-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334713000701?via%3Dihub>
8. García LG, Yagüe MM de P, Burriel EG, Orona MF, García JJG, Minagorre PJA. Calidad en el traspaso de información clínica entre profesionales en pediatría en el ámbito hospitalario. *J Healthc Qual Res.* enero de 2019;34(1):45-6.



Minimizando riesgos en las guardias: propuesta de una lista de verificación

Marina Jiménez Monedero
m.jimenezmonedero@gmail.com





Aren't all hospitals safe? Sadly, no. The **Hospital Safety Grade** scores hospitals on how safe they keep their patients from errors, injuries, accidents, and infections.

How Safe is Your Hospital?

Search below to find the Fall 2019 Leapfrog Hospital Safety Grade of your general hospital.

Search By City/State ▼

City

- Choose - ▼

Search

Newsroom November 7, 2019

20 Years After "To Err is Human", Leapfrog

Newsroom November 7, 2019

How safe is your state? See the state's scores for the Fall 2019 Leapfrog Hospital Safety Grade