

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las estrategias para la mejora de la seguridad del paciente, entre las distintas líneas de actuación, encontramos una herramienta para la detección y prevención de riesgos, que es "EL MAPA DE RIESGOS"

En nuestra unidad clínica existe un mapa de riesgos que fue elaborado hace unos años por un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por el Comité de Gestión de Riesgos de la unidad y el responsable de calidad de la unidad, (5-6) miembros, con sus funciones respectivas.

El pasado año se revisó y actualizó el mapa y se impartió una formación breve a grupos reducidos de profesionales de enfermería con el objetivo de que conociesen que es el mapa de riesgos y la relevancia de esta herramienta tanto para identificar puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente, como para priorizar los riesgos identificados y proponer estrategias de prevención mediante la elaboración e implantación de acciones de mejoras que minimicen o eviten dichos riesgos.

**OBJETIVO:** exponer de forma global pero a la vez simplificada el mapa de riesgos de urgencias, los pasos para su realización, su estructura y las acciones de mejora para los fallos con mayor NPR, (número de prioridad de riesgo) y destacar la importancia de esta herramienta en la consecución de una mayor seguridad del paciente

## MATERIAL Y MÉTODO

**Metodología de Análisis Proactivo de Matriz de Riesgos**, que evalúa los riesgos para la seguridad del paciente y sus efectos en la seguridad del paciente, y la **técnica AMFE** : análisis modal de fallos y efectos.

**Las fuentes de recogida de datos:** 1) notificación de eventos adversos e incidentes, alojado en el Observatorio para la Seguridad del Paciente, 2) análisis de encuestas de satisfacción, quejas, sugerencias, reclamaciones de usuarios y profesionales en el último año, y 3) otras fuentes de interés: CMBD, auditorías y evaluación de historias clínicas detectando los errores e incidentes más comunes.

**PALABRAS CLAVE:** Mapa de riesgos, riesgos, seguridad, error, prevención,

## 4-MODOS DE LOS FALLOS

### Identificación de las fases del proceso

Traslado y llegada a la unidad.

Recepción.(Admisión, recepción, acogida, clasificación)

Asistencia por prioridades

Traslado a pruebas diagnósticas y/o a otro servicio.

Alta a planta y/u hospitalización, o domicilio

## 5-ESTRUCTURA DE UNA PÁGINA DEL MAPA

2. ADMISIÓN, RECEPCIÓN, ACOGIDA, TRIAJE	G	P	D	N P R	ACCIONES DE MEJORA
ACTIVIDAD ASISTENCIAL					
2.1 Error identificación del paciente. Barrera idiomática. Accidentes varios heridos sin documentar. Paciente con mismo nombre y apellido. Falta de TSI al llegar al domicilio	10	3	2	60	Existen en herramientas para salvar la barrera lingüística (paneles de comunicación, entrevista clínica en varios idiomas ...) además de teléfono de tele traducción. Comprobación de varios datos de filiación. Siempre prioridad de identificación a través de TSI en ausencia DNI. Protocolo de identificación de pacientes. Pulseras de identificación y/o pegatinas en su defecto. La identificación con pulseras se realiza en el momento de la apertura del episodio urgente del usuario.
2.2 Vigilancia inadecuada. Tomas de constantes vitales valoración del dolor (EVA). Acceso visual a salas de espera. Acompañamiento de Usuarios por familiares	10	2	2	40	Se toman y registran en Diraya todas las constantes a pacientes con Prioridad 3/2/1. Alertando de alguna alteración modificando el nivel de gravedad. Reevaluación continua. Nuevo procedimiento de acompañamiento (un familiar por paciente) identificado correctamente.
2.3 Error registro. Registro de constantes adjudicación de consultas y/o médico responsable	5	2	1	10	La aplicación solo permite abrir un episodio por usuario. De muy fácil detección en caso de fallo.

## 8-METODOLOGÍA DE MONITORIZACIÓN Y SISTEMA DE EVALUACIÓN:

la evaluación del plan se realizará trianualmente y/o en cualquier momento si existe algún riesgo de seguridad clínica importante que así lo requiera, bajo la solicitud de la Comisión de Seguridad.

## Bibliografía

- 1-Estrategias para la Seguridad del Paciente Consejería de Salud.  
<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/>
- 2-Itinerario formativo para la seguridad del paciente SPiF. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social 2011.

## 1-ELABORACIÓN MAPA DE RIESGOS

**CONCEPTO:** mapa de riesgos es el conjunto de **pacientes, procedimientos y prácticas**, o hábitos de alto riesgo identificados en el ámbito de actuación asistencial de una Unidad o Servicio clínico.

La elaboración de mapas de riesgo constituye una herramienta clave en los procesos de planificación, puesto que facilita la prevención de eventos adversos al:

1. Identificar sus pacientes, procedimientos y hábitos considerados de alto riesgo.
2. Emplear un proceso de colaboración para elaborar políticas y normativas relevantes.
3. Capacitar al personal para la implantación de esas políticas.
4. Establecer las prioridades existentes en materia de prevención.

## 2-ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE)

### TABLA DE ANÁLISIS DE RIESGOS

MIEMBROS EQUIPO: Componentes Comisión de Seguridad	PUNTAJACIÓN	1-GRAVEDAD	2-APARICIÓN	3-DETECCIÓN
		Catastrófico 9-10 Mayor 5-8 Moderado 3-4 Menor 1-2	Frecuente 9-10 Ocasional 7-8 Infrecuente 5-6 Remoto 1-4	Baja 9-10 Moderada 7-8 Ocasional 5-6 Alta 1-4

## 3-NÚMERO DE PRIORIDAD DE RIESGO- NPR

▪ **El NPR**, viene determinado por el producto de las puntuaciones ( en escala de 1 a 10) que el equipo otorgo a cada una de las siguientes variables:

**1-GRAVEDAD (G)** del daño potencial para el paciente: repercusión sobre el paciente

del modo de fallo con escala desde 1(lesión leve) a 10(muerte o daño permanente)

**2-PROBABILIDAD DE APARICION (P)** frecuencia con la que cada modo de fallo se presenta, con escala desde 1 para (fallos excepcionales) a 10 para (fallos habituales).

**3-CAPACIDAD DE DETECCIÓN DEL FALLO ANTES DE SU OCURENCIA O DE QUE PROVOQUE LESIÓN (D)**:normas de funcionamiento o barreras que permitan detectar un fallo. En este caso la escala es a la inversa de forma que 1 es para modos de fallos muy fácilmente detestables, y 10 para aquellos que no se detectan hasta que han provocado el daño

## EJEMPLO

1. Error en la identificación del paciente
2. Vigilancia inadecuada
3. Error en el registro
4. Error en priorización
5. Historia clínica incompleta
6. Pérdida de accesos venosos
7. Lesiones al paciente( movilización, traspaso a la camilla)
8. Retraso en clasificación
9. Fallo del sistema informático.
- 10.Falta de comunicación en la transferencia del paciente
- 11.Falta de información a usuario y familiares

## 6-CÁLCULO DEL NPR

Se realizó una selección de los modos de fallo, decidiéndose **priorizar los riesgos con NPR>30,y aquellos modos de fallo cuya gravedad para el paciente fuese igual o> a 8** aunque su NPR fuese bajo.

## 7-PLANIFICACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS

En función de **los resultados** se han programado estrategias con responsables y periodo de ejecución, con elaboración e implantación de **acciones de mejoras** que minimicen o eviten los riesgos detectados y se reevaluará su cumplimiento.

## CONCLUSIONES

Debido a la importancia de la seguridad del paciente considerada una prioridad en la asistencia sanitaria y un derecho del paciente, se necesitan herramientas útiles de control preventivo interno, como es el Mapa de Riesgos, este mapa está conformado por distintos elementos que son: los pacientes, actividades y procesos, hábitos o prácticas que pueden estar relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, y las acciones de mejora para evitar que esos eventos o riesgos ocurran. Es un documento abierto, que se revisa y actualiza por la Comisión de Seguridad. El Mapa de Riesgos favorece y potencia la seguridad del paciente al estar todo el equipo multidisciplinar implicado y comprometido en las acciones de mejora.