

MAPA DE RIESGOS

Mapa de Riesgos de UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes

**HOSPITAL REGIONAL
UNIVERSITARIO
MÁLAGA**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Índice

- 1. Introducción**
- 2. Objetivo**
- 3. Alcance**
- 4. Términos y definiciones**
- 5. Desarrollo**
- 6. Herramientas metodológicas**
- 7. Evaluación**
- 8. Difusión**
- 9. Enlaces de interés**
- 10. Anexos**

DATOS DE IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO	
TITULO	Mapa de Riesgos para la Seguridad del Paciente. Mapa de Riesgos de UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes
DISTRIBUCION	WEB. HRU Carlos Haya. UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes
RESPONSABLE	Julio Santoyo Santoyo / M ^a Pilar Mata Ruiz
VERSION	Versión 2
FECHA VERSION	/03/13
DOCUMENTOS VINCULADOS	

CONTROL DE LAS MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO		
VERSION	FECHA VERSION	DESCRIPCION DE MODIFICACIONES
1	11/11	Elaboración Mapa de riesgos y definición de riesgos de la UGC
2	03/13	Normalización del Mapa de riesgos, análisis y priorización de riesgos en la UGC

AMBITO DE APLICACION
Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Hospital Regional Universitario Málaga

DESTINATARIOS
Profesionales de las Unidades de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes del Hospital Regional Universitario de Málaga

REVISION	APROBACION

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial. Es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras. Abarca a todos y cada uno de los profesionales del sistema sanitario, incluyendo, como no, al propio paciente. Para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente se requiere:

- Mayor capacidad para aprender de los errores, que se adquiere mejorando los sistemas de notificación, y realizando una investigación competente de los incidentes y un intercambio responsable de datos
- Aumentar la capacidad para anticipar los errores y rastrear las debilidades del sistema que pueden dar lugar a un evento adverso.
- Identificación de las fuentes de conocimiento existentes, dentro y fuera del sector de la salud.
- Introducir mejoras en el propio sistema de prestación de atención sanitaria, para que se reconfiguren las estructuras, se reajusten los incentivos y la calidad ocupe un lugar central en el sistema

La organización Mundial de la Salud establece una Alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios incluyendo medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «ante todo, no hacer daño».

El Consejo de Europa establece en 2005 la «declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes: la seguridad de los pacientes como un reto europeo». En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante:

- Desarrollo de una **cultura de la seguridad del paciente** con un **enfoque sistémico** y sistemático.
- El establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones.
- La implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

En nuestro país, la publicación en el año 2005 del Estudio Nacional sobre Eventos Adversos (ENEAS) ha marcado un antes y un después en el conocimiento de los eventos adversos para los pacientes en su tránsito por los hospitales. El conocimiento derivado del estudio se ha visto proyectado en Políticas y Estrategias para la mejora de la seguridad de los pacientes.

La incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los Hospitales Españoles es de 9,3%, y la incidencia de EAs relacionados con

la asistencia hospitalaria de 8,4%, similares a las encontradas en los estudios realizados en países americanos y europeos con similar metodología.

Las tres causas inmediatas relacionadas con los EAs asociados a la asistencia sanitaria en los hospitales españoles fueron por orden de frecuencia: los relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales y los relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento. Casi la mitad de los EAs (42,8%) podrían ser evitables.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha recogido en un documento su Estrategia para la seguridad de pacientes y ha creado el Observatorio de Seguridad de Pacientes de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Los acuerdos de gestión de las unidades clínicas de los centros del SSPA incluyen entre sus objetivos la elaboración de un Mapa de Riesgos en Seguridad del Paciente, siendo este uno de los requisitos para alcanzar la Acreditación de la Unidad por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

La UGC de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes (UGC-CGDT) es compleja debido a la estructuración de la misma, por el perfil de pacientes y por la diversidad de la cartera de servicios que ofrece.

La UGC-CGDT está compuesta por varias **Unidades Clínicas**, cada una de ellas con especial dedicación hacia un área de interés específico de la Especialidad de Cirugía General y Digestiva, sin olvidar que el paciente quirúrgico es un todo no parcelable.

Desde 1997 desarrolla de forma ininterrumpida el programa de Trasplante Hepático en coordinación con otros Servicios de nuestro Hospital. Más recientemente se ha incorporado el programa de Trasplante Pancreático. Asimismo, se desarrollan otras actividades de alta complejidad como la Cirugía Laparoscópica avanzada (Obesidad, colo-rectal, hepática, etc), Cirugía robótica (colo-rectal), existiendo además una estrecha colaboración con otras unidades como la Onco-ginecología o la cirugía de reasignación de sexo.

Además de los aspectos puramente asistenciales, la UGC-CGDT está acreditada por la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y Digestiva como **Unidad Docente** para la formación de nuevos cirujanos mediante el programa MIR. Así mismo, está abierta a otros cirujanos de nuestra especialidad y de especialidades quirúrgicas para realizar estancias que permitan mejorar y completar su formación quirúrgica. La docencia pregrado también está presente ya que como centro universitario que es nuestro Hospital hay profesores titulares y asociados encargados de la formación de los estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de Málaga.

Finalmente, otra de las actividades de la Unidad es la de la **investigación** aplicada a la Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En la Unidad se atienden a pacientes de otras especialidades (pacientes ectópicos); los pacientes quirúrgicos deben estar ubicados en las camas destinadas a su Unidad correspondiente; pacientes que tras la intervención pasan horas/días en UCI y después vuelven a la unidad; realización de pruebas complementarias. Estas situaciones conlleva transferencias continuas de los mismos, conllevando un aumento de riesgos para la seguridad del paciente. Se atienden a pacientes quirúrgicos, pluripatológicos, inmunodeprimidos con una gran carga asistencial. Se manejan heridas quirúrgicas complicadas, drenajes, accesos venosos, medicación de alto riesgo.

2. OBJETIVOS

- Conocer los factores ligados a nuestro entorno que dan lugar a que cometamos errores: sucesos centinelas
- Analizar las causas que nos permitan prevenir o en su defecto detectar precozmente la aparición de los mismos, para establecer medidas con el fin de eliminarlos o reducirlos al máximo.
- Implementar una serie de indicadores que nos permitan evaluar los resultados así como su evolución en el tiempo.
- Incrementar la cultura de seguridad: haciendo reflexionar sobre la minimización de riesgos
- Describir las principales herramientas metodológicas que se utilizan para la gestión de riesgos.
- Definir criterios de calidad para la evaluación de un mapa de riesgos.
- Difusión del documento a los profesionales.

3. ALCANCE

3.1 Alcance de los procesos

Todas las Unidades dependientes de la UGC Cirugía General, Digestiva y trasplantes.

3.2 Alcance de los profesionales

Todos los profesionales implicados en la implantación de la estrategia para la seguridad del paciente en la UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes.

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

4.1 MARCO CONCEPTUAL INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se trata de un marco conceptual para una clasificación internacional que aspira a ofrecer una comprensión razonable del mundo de la seguridad del paciente y

una serie de conceptos conexos con los que las clasificaciones regionales y nacionales existentes puedan establecer correspondencias.

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

4.2 GLOSARIO RESUMIDO SOBRE EL MARCO CONCEPTUAL INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (MCISP)

Resumen de la terminología contemplada en el MCISP

<http://www.carloshaya.net/LinkClick.aspx?fileticket=ryQlpVgUpaQ%3d&tabid=522>

5. DESARROLLO

La elaboración de un mapa de riesgos incluye información sobre la magnitud, trascendencia e impacto de los riesgos asistenciales, describiendo a continuación las siguientes fases para la realización del mapa:

5.1 FASE COGNOSCITIVA

En esta fase hay que conocer profundamente los factores de riesgo para programar las intervenciones preventivas ajenas a la improvisación.

5.1.1 Constitución de un grupo de trabajo

Dada la complejidad de la Unidad se constituye un grupo de trabajo de carácter multidisciplinar con los siguientes requisitos y aptitudes:

- Apoyo de la dirección de la UGC.
- Necesidad de tiempo y recursos.
- Equipo responsable con capacidad para la toma de decisiones y autoridad para recomendar e implantar procesos de cambio.
- Profesionales con conocimientos de metodología AMFE, análisis causa-raíz e implantación de prácticas seguras.
- Cultura seguridad del paciente.
- Representativo de las diferentes áreas de la Unidad.

Ha sido compuesto por cinco enfermeras (dos del Hospital General y tres del Hospital Civil), tres Auxiliares de Enfermería (una del Hospital General y dos del Hospital Civil), un Fea, la Coordinadora de cuidados y la Supervisora. Siendo los coordinadores de dicho grupo de trabajo M^a Pilar Mata Ruiz y Francisca M^a Arenas González.

Una vez concluido el mapa, fue revisado y aceptado por el Director de la UGC.

	NOMBRE Y CARGO
ELABORADO	Mª Pilar Mata Ruiz Coordinadora de cuidados. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Ana Moreno Moreno Supervisora UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Francisca Mª Arenas González DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Ana Carmen Montesinos Gálvez DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Mª José Sánchez Zumaquero DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Gema Díaz Jiménez DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Isabel Rodríguez Lorite DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Magdalena Herrada Gutiérrez Auxiliar de Enfermería. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Ana Mª Conejo García Auxiliar de Enfermería. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante Antonia Luque Vegas Auxiliar de Enfermería. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante Custodia Montiel Casado FEA. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplantes
REVISADO y APROBADO	Julio Santoyo Santoyo Director de la UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante.

5.1.2 Análisis de la situación interna

Definición del Entorno y de los profesionales:

El Hospital cuenta en su página web con un Plan de Evacuación:

- [FOLLETO INFORMATIVO](#)
- [PLAN EVACUACIÓN HOSPITAL GENERAL](#)
- [PLAN EVACUACIÓN HOSPITAL CIVIL](#)

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes (UGC-CGDT) del Hospital Regional Universitario Carlos Haya es heredera del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital creado en la década de los 70. Desde entonces, su principal objetivo es atender las necesidades quirúrgicas propias de nuestra especialidad a su población de referencia. La UGC-CGDT está compuesta por varias **Unidades Clínicas**. Está ubicada y compuesta por:

A. HOSPITAL GENERAL

Unidad Clínica	Ubicación	Camas
HPB Y Trasplante	6ª Derecha. P-B	627-634 (15 camas)
Esofagogástrica y Obesidad	6ª Derecha. P-B	635-641 (15 camas)
Coloproctología	6ª Izquierda. P-B	642-646; 653-657 (20 camas)
Urgencias y Trauma	6ª Izquierda. P-B	647-652 (12 camas)

Encame y Consultas de Estomaterapeuta, de Enfermería de Trasplante Hepático y de pruebas complementarias (Manometrías anales, Ecografías anales-rectales y BioFeedback): 6ª Planta de Pabellón B.

Consulta de Cirugía: nº6 Primera Planta de Pabellón A.

Profesionales de Enfermería: Está dotada con 13 enfermeras y 11 auxiliares de enfermería en el ala Izquierda y derecha en turnos rotatorios y diurnos.

La Consulta de Estomaterapeuta, de enfermería de Trasplante Hepático y Consulta de Cirugía está dotada con una enfermera en cada una de ellas. En la consulta de pruebas complementarias hay una auxiliar de enfermería.

En turno de mañana hay 1 celador que atiende a los controles y consultas de la 6ª planta.

B. HOSPITAL CIVIL

Unidad Clínica	Ubicación
Endocrino y mama	2ª planta P5
CMA-CCE	CMA y 2ª planta P5

Encame: 2ª planta de Pabellón 5 Hospital Civil

Consulta: Planta Baja de Pabellón 5 Hospital Civil

La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) se encuentra ubicada en la primera planta del Pabellón 5 del Hospital Civil. La Unidad permanece abierta de Lunes a Viernes de 8-22h. Está compartida al 30/70% con otras especialidades. Atiende a pacientes de Oftalmología, C. Plástica, Urología, Maxilofacial, Dermatología. Está distribuida en:

- 2 Controles con 29 sillones
- 1 Habitación con tres camas.

Profesionales de Enfermería: Está dotada con 4 enfermeras y 2 Auxiliares de Enfermería (2 enfermeras y 1 Auxiliar de Enfermería en cada turno (Mañana-Tarde).

La **Unidad de Corta Estancia** se encuentra ubicada en la 2ª planta del pabellón 5. Esta formada por:

- 4 habitaciones con cuatro camas.
- 3 habitaciones individuales, que comparten cuarto de baño cada dos

Profesionales de Enfermería: Está dotada de 5 Enfermeras y 5 Auxiliares de Enfermería. En turnos de mañana y tarde/noche.

La consulta de Cirugía está dotada con una enfermera y una auxiliar.

“A fecha de elaboración del documento, la Unidad de Corta Estancia del Hospital Civil se encuentra cerrada.”

Definición de los pacientes:

- Grupo de pacientes de riesgo atendidos en nuestra unidad:
 - Pacientes mayores
 - Pluripatológicos
 - Pacientes con obesidad mórbida
 - Inmunodeprimidos (trasplantados hepáticos)
 - Deterioro de la movilidad.
 - Alteración del estado nutricional
 - Deterioro cognitivo
 - Dificultad de comunicación por diferencia sociocultural, idioma
- Circunstancias de mayor riesgo:

- Se atiende a pacientes de distintas especialidades (Pacientes ectópicos) que se trasladan a lo largo de su estancia a su Unidad de referencia-
- Transferencias de pacientes dentro de la propia Unidad para ubicar a los mismos en la unidad de su patología

Definición de las Actividades:

A. Cartera de Servicios. Definidas en la página web. <http://www.carloshaya.net/InforCorporativa/UnidadesdeGesti%C3%B3nCI%C3%ADnica/CirGeneral/CarteradeServicios.aspx>

B. Consultas:

Consulta de Estomaterapeuta: El objetivo de esta consulta es el cuidado integral del paciente ostomizado y su familia durante el pre-intra y postoperatorio con seguimiento en consulta.

Consulta de Enfermería de Trasplante Hepático: El objetivo de esta consulta se centra en disminuir estados de ansiedad e incertidumbre durante la espera de la intervención quirúrgica, así como en aumentar los conocimientos del paciente para mejorar su autocuidado tras la cirugía.

Consulta de pruebas complementarias. Se realizan pruebas diagnósticas como Manometrías y Ecografías endoanales y terapias como Biofeedback y neuromodulación tibial posterior.

La UGC cuenta con protocolos definidos en : <http://www.carloshaya.net/InforCorporativa/UnidadesdeGesti%C3%B3nCI%C3%ADnica/CirGeneral/DocumentosInvestigaci%C3%B3n.aspx> y protocolos de enfermería: Manual de Acogida, Protocolo de Profilaxis Trombembólica, Protocolo de Terapia de Presión Negativa, Protocolo de curas de heridas quirúrgicas.

Identificación de los riesgos:

Primeramente se constituyó dos grupos, uno formado por personal de las Unidades de CMA y de Corta Estancia y otro con personal de la Unidad de Cirugía General. Se realizaron reuniones de cada grupo separado, utilizando como herramienta metodológica la tormenta de ideas, se identificaron eventos ocurridos y análisis de situaciones que pudieran favorecer la aparición de eventos adversos. Después se constituyó un grupo único con personal de ambos. Se realizaron reuniones y se consensuó cómo quedaría el Mapa de Riesgos. Además los profesionales de la UGC cumplimentaron un Cuestionario (Anexo 1) ideado para la identificación de los riesgos y se utilizó las notificaciones e incidentes registradas de la Unidad como fuente de datos. Para un análisis proactivo y priorización de riesgos se siguió la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Para un análisis reactivo se hará la metodología de Análisis Causa Raíz (ACR).

5.2 FASE ANALÍTICA

Se identifican riesgos en los procesos:

- IN (Accesos venosos; Neumonías)
- Medicación
- Identificación del paciente
- Caídas
- UPP

A su vez se identifican los fallos y causas, se puntúan obteniendo los NPR correspondientes. Así se prioriza el orden de actuación en la implantación de medidas de mejora. (Anexo 2)

Se comenzará a actuar sobre NPR >100.

IN: ACCESOS VENOSOS, NEUMONÍAS,

FALLOS	NPR
Relajación en la higiene de manos del personal sanitario y no sanitario/Falta de adherencia a la Higiene de Manos	360
Limpieza inadecuada de la unidad.	108
Incumplimiento de protocolos de manejos de Accesos venosos	135
Inmovilización prolongada en cama de los pacientes.	240
No incentivación del uso del inspirón y fisioterapia respiratoria	240
Incumplimiento de protocolos: accesos venosos, neumonías, sondaje urinario, de aislamiento	162

MEDICACIÓN

FALLOS	NPR
Error en las prescripciones Falta de comunicación Fea-Enfermeras sobre prescripciones	264
Fallo del programa His:	144
Error en la preparación de medicación Error en administración de medicación	504
Falta de cumplimiento de registros de Alergias	210
Falta de declaración de registros de eventos adversos	216

CAÍDAS

FALLOS	NPR
Incumplimiento en el protocolo de prevención de caídas	168

IDENTIFICACIÓN PACIENTES

FALLOS	NPR
Incumplimiento del protocolo de identificación del paciente Transferencia de pacientes	280

UPP

FALLOS	NPR
Desconocimiento del tratamiento de UPP e incumplimiento del protocolo de UPP	105

5.3 FASE DE INTERVENCIÓN**5.2 FASE DE EVALUACIÓN****6. HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS****6.1 Metodología AMFE**

Es un método dirigido a lograr el Aseguramiento de la Calidad, que mediante el análisis sistemático, contribuye a identificar y prevenir los modos de fallo, tanto de un producto como de un proceso, evaluando su gravedad, ocurrencia y detección, mediante los cuales, se calculará el Número de Prioridad de Riesgo, para priorizar las causas, sobre las cuales habrá que actuar para evitar que se presenten dichos modos de fallo.

Sus características principales son:

Preventivo: al anticiparse a la ocurrencia del fallo.

Sistemático: su enfoque estructurado nos permite considerar prácticamente todas las posibilidades de fallo.

Prioriza: permite priorizar las acciones necesarias para anticiparse a los problemas dando criterios para resolver conflictos entre acciones con efectos contrapuestos

Participación: la realización de un AMFE es un trabajo en equipo, que requiere la puesta en marcha común de los conocimientos de todas las áreas afectadas.

Objetivos:

Conocer los factores ligados a nuestro entorno que dan lugar a que cometamos errores: sucesos centinelas

Analizar las causas que nos permitan prevenir o en su defecto detectar precozmente la aparición de los mismos, para establecer medidas con el fin de eliminarlos o reducirlos al máximo.

Implementar una serie de indicadores que nos permitan evaluar los resultados así como su evolución en el tiempo.

Incrementar la cultura de seguridad: haciendo reflexionar sobre la minimización de riesgos

Metodología:

Para cada una de las causas se analizan dichos parámetros según criterios predefinidos, de esta forma se puntúa cada causa, obteniendo el llamado número de priorización de riesgos (NPR), que es el producto de multiplicar $F \times G \times D$, y se tienen cifras entre 1 y 1.000, que servirán para priorizar el orden de actuación en la implantación de medidas de mejora.

Mientras más alta sea la cifra más grave es el proceso y más importante nuestra actuación preventiva.

gravedad		frecuencia		detectabilidad	
Catastrófico	9-10	Frecuente	9-10	Baja	9-10
Mayor	5-8	Ocasional	7-8	Ocasional	5-6
Moderado	3-4	Infrecuente	5-6	Moderada	7-8
Menor	1-2	Remoto	1-4	Alta	1-4
FRECUENCIA					
-Remoto: aparición improbable, puede ocurrir una vez en un período >a 5 años -Infrecuente: aparición posible, puede ocurrir en alguna ocasión en 2 a 5 años -Ocasional: es probable que ocurra varias veces en 1 o 2 años -Frecuente : probable aparición de forma inmediata o en un período corto de tiempo, puede ocurrir varias veces en un año					
GRAVEDAD					
-Menor: No lesiones, no aumento de la estancia, no necesidad de incrementar el nivel de atención -Moderado: aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 1 o 2 pacientes -Mayor: pérdida permanente de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 3 o más pacientes -Catastrófico: muerte o pérdida mayor de la función (sensorial, motora,					

fisiológica o intelectual): suicidio, reacción transfusional, cirugía en el paciente equivocado, robo de un niño

DETECTABILIDAD

-Alta: el fallo es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes antes de que llegue al paciente

-Moderada: el fallo, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a los controles, aunque sería detectado casi siempre antes de que llegara al paciente.

-Ocasional: el fallo es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento

-Baja: el fallo no puede detectarse. Casi seguro que llegará el efecto al paciente.

6.2 Análisis Causa Raíz

Proceso para identificar los factores causales básicos o los factores que producen variabilidad en la práctica profesional, incluyendo la aparición de un caso centinela.

Características del análisis causal:

Se centra en los sistemas o en los procesos, no en la práctica individual

El análisis progresa desde las causas especiales en los procesos clínicos a las causas comunes en los procesos organizativos

El análisis profundiza repetidamente preguntando **¿Por qué?**, hasta que se agotan las respuestas

El análisis identifica los cambios necesarios en los procesos que mejorarán el nivel de la práctica y reducirán el riesgo de un determinado evento centinela

Metodología:

1. Organizar un equipo
2. Definir el problema
3. Estudiar el problema
4. Determinar qué pasó
5. Identificar las causas: inmediatas y subyacentes
6. Diseñar e implantar cambios provisionales
7. Identificar los sistemas implicados
8. Cribar la lista de causas subyacentes
9. Confirmar las causas
10. Identificar estrategias de reducción del riesgo
11. Diseñar las mejoras
12. Asegurar la aceptabilidad
13. Implantar el plan de mejora
14. Desarrollar indicadores de efectividad
15. Evaluar

16. Comunicar los resultados

7. EVALUACIÓN

Los criterios de evaluación de utilidad a los profesionales de UGC que elaboren un mapa de riesgos, para medir si cumple o no los criterios de calidad requeridos, siendo los siguientes:

1. El grupo de trabajo constituido para la elaboración del mapa de riesgos es multidisciplinar (médico, farmacéutico, enfermera, auxiliar de enfermería, personal administrativo, celador,...).
2. El grupo de trabajo representa las diferentes áreas de la Unidad (hospitalización, quirófano, consultas externas, hospital de día, hemodiálisis...).
3. El grupo de trabajo está coordinado por uno o varios miembros (claramente identificados).
4. Presenta un análisis de situación de la unidad (entorno, actividad, perfil de profesionales y pacientes).
5. Menciona las herramientas metodológicas que se han utilizado para la identificación de riesgos (tormenta de ideas, grupo nominal,...).
6. Analiza los riesgos identificados aplicando herramientas técnicas de análisis (AMFE, ACR,...).
7. Presenta las medidas de mejora.
8. Identifica los responsables de la implementación de las medidas de mejora.

8. DIFUSIÓN**9. ENLACES DE INTERÉS**

Organización Mundial para la Salud (OMS). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

http://obssegapac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/elObservatorio/La_Alianza_Mundial_Por_La_Seguridad_Del_Paciente/Alianza_Mundial_Por_La_Seguridad_Del_Paciente

Consejería de Salud y Bienestar Social. Estrategia para La Seguridad del paciente 2011-2014

http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_e_strategias/plan_calidad_2010/plan_calidad_2010.pdf

**Consejería de Salud y Bienestar Social. Agencia de Calidad Andaluza.
Observatorio para La Seguridad del Paciente**

<http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Seguridad del Paciente: Tutoriales en línea.

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/formacion/tutoriales.html>

10. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de identificación de riesgos

Anexo 2: Plantilla análisis riesgos proactivos: *AMFE*

Anexo 3: Plantilla Mejoras Recomendadas

Anexo 1

CUESTIONARIO PARA LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS

El objetivo de este cuestionario es conocer su experiencia diaria de trabajo en el ámbito de seguridad del paciente. Su opinión es importante poder planificar y desarrollar mejoras en este área.

Por favor responda a las siguientes preguntas:

A. Identifique los eventos de seguridad más frecuentes en su ámbito:

B. Clasifíquelos siguiendo la escala de riesgo que le presentamos a continuación. Para ello, escriba en la casilla que corresponda las palabras clave que identifiquen cada evento:

CONSECUENCIAS	FRECUENCIA				
	Excepcional	Poco probable	Probable	Frecuente	Muy frecuente
Catastrófico					
Grave					
Moderada					
Menor					
Ninguna					

*Catastrófico: muerte, daño irreversible en un órgano (p.e. pérdida de visión).

*Grave: incapacidad de larga duración, incremento en los días de hospitalización >15 días, baja laboral > 14 días, puede afectar a muchos pacientes a la vez.

*Moderada: incremento en los días de hospitalización 4-15 días, baja laboral 4-14 días, puede afectar a pocos pacientes a la vez.

*Menor: incremento en los días de hospitalización 1-3 días, baja laboral < 3 días.

*Ninguna: no genera baja laboral y se requiere una intervención mínima.

B. ¿Cuáles son las causas de estos eventos? Describa las causas para cada uno de los eventos que ha citado.

C. Proponga acciones de mejora que nos ayude a prevenir estos eventos.

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN		
				IG NPR	IA	ID
INFECCIÓN NOSOCOMIAL	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la Higiene de Manos	Falta de cultura de seguridad del paciente Falta de formación	Infección urinaria Bacteriemia Infección del sitio de la herida quirúrgica	6	10	6 360
	Relajación de la higiene de manos de otros profesionales no sanitarios	Sobrecarga asistencial Incumplimiento de protocolos del Servicio de Limpieza	Deterioro clínico del paciente Estancia prolongada con disminución de la efectividad, empeoramiento de los resultados clínicos y aumento de los costes	4	9	3 108
	Limpieza inadecuada de la unidad.	Incumplimiento de protocolos Nutrición inadecuada en paciente quirúrgico	Menor satisfacción del paciente			
	Incumplimiento de protocolos: accesos venosos, neumonías, sondaje urinario, de aislamiento.	Uso inadecuado de antibióticos	Sepsis- Muerte	6	9	3 162

Anexo 2

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
INFECCIÓN NOSOCOMIAL (ACCESOS VENOSOS)	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la Higiene de Manos	Falta de cultura de seguridad del paciente Falta de formación	Flebitis Infección – Bacteriemia Trombosis-Embolismo. Deterioro clínico del paciente	6	10	6	360
	- Relajación manipulación Catéteres - Mala praxis en el mantenimiento de vías centrales - Demora en la retirada de dispositivos invasivos - Incumplimiento de protocolos de manejo de Accesos venosos - Incumplimiento de protocolo para inserción de VVC.-	Sobrecarga asistencial Incumplimiento de protocolos Falta de material/Material inadecuado	Sepsis- Muerte	5	9	3	135

Anexo 2

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
INFECCIÓN NOSOCOMIAL (NEUMONÍAS)	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la higiene de manos	Falta de cultura de seguridad del paciente Falta de formación Falta de protocolos.	Infecciones- Neumonías Deterioro clínico del paciente Estancia prolongada	6	10	6	360
	Inmovilización prolongada en cama de los pacientes.	Incumplimiento de Protocolos Sobrecarga asistencial	Muerte	6	10	4	240
	No incentivación del uso del inspirón y fisioterapia respiratoria			6	10	4	240
	Incumplimiento en el protocolo de mantenimiento y limpieza de los dispositivos(aerosoles, oxigenoterapia, sondas aspiración)			6	10	6	360

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
MEDICACIÓN	- Error en las prescripciones - Falta de comunicación Fea-Enfermeras sobre prescripciones	Imperfección del programa His Falta de formación en manejo de His	Secuelas potenciales Eventos adversos Muerte	8	7	4	224
	Fallo del programa His: Incorrecta transferencia de la prescripción a la hoja mar; desconfiguración y no validación de la prescripción	Falta de comunicación, orden incorrecta: verbal, letra ilegible. Presentaciones similares de medicación No control de caducidades de medicación		8	9	2	144
	- Error en la preparación de medicación - Error en administración de medicación	Sobrecarga asistencial Estrés		9	8	7	504
	Falta de cumplimiento de registros de Alergias	Falta de cultura de seguridad del paciente		10	7	3	210
	Falta de declaración de registros de eventos adversos			3	9	8	216

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG	IA	ID	NPR
CAIDAS	Inadecuada valoración inicial de los pacientes: valoración cognitiva (Pfeiffer), autonomía (Barthel), riesgo de caídas (Downton)	Pacientes con escala de Pfeiffer>3 sin acompañantes Pacientes postquirúrgicos con Escala de Barthel<45 Pacientes mayores, pluripatológicos, polimedcados con alteraciones visuales y a veces auditivos Pacientes quirúrgicos con sondas, vías que dificultan la movilidad y deambulaci3n	Lesiones que prolonguen o /y retrasen su curaci3n o mejoría. Lesiones adicionales a la causa del ingreso.	7	7	2	98
	Incumplimiento en el protocolo de prevenci3n de caídas	Medicaci3n anestésica Falta de cultura de seguridad del paciente Falta de material: Barandillas ausentes, en mal estado.Falta de timbres en WC La imposibilidad de la infraestructura del hospital: Falta de espacio en las habitaciones, suelo resbaladizo.	Muerte	7	8	3	168

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
IDENTIFICACION DE PACIENTES	- Incumplimiento del protocolo de identificación del paciente: - Pacientes sin pulsera identificativa - Pacientes con pulseras deterioradas - No identificación de pacientes con todos los datos: DNI, fecha nacimiento - Identificación de los pacientes por habitaciones y camas-nº de sillón - Errores de administración de medicación, extracciones de analíticas - Documentación mal identificadas - Pacientes que acude a quirófano/pruebas con documentación equivocada	Falta de formación en manejo de His Traslado de pacientes dentro de la unidad, entre otras unidades Traslado frecuente de pacientes a realización pruebas diagnosticas, quirófano y UCI. Paciente mayores con deterioro cognitivo o alteraciones auditivas Sobrecarga asistencial Estrés. Prisas en trasladar a pacientes a quirófano, pruebas complementarias Cambios en el orden del Parte de quirófano. Partes de quirófano incompletos Falta de comunicación	Secuelas potenciales Eventos adversos Muerte	8	7	5	280

Anexo 2

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
UPP	- Falta de valoración riesgo de UPP con cuestionario Braden - Falta de valoración nutricional e ingesta en los pacientes	Falta de cultura de seguridad del paciente	Estancia prolongada	6	7	2	84
	- Falta de movilización de pacientes - No se motiva a los pacientes a levantarse al sillón y deambular.	Desnutrición de los pacientes Falta personal (celadores)	Disminución de la movilidad	4	8	3	96
	Desconocimiento del tratamiento de UPP e incumplimiento del protocolo de UPP			5	7	3	105

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
INFECCIONES NOSOCOMIALES	- Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la higiene de manos - Relajación en la higiene de manos del personal no sanitario/Falta de adherencia a la higiene de manos	6	10	6	360	- Formación del personal sanitario y no sanitario y Divulgación sobre la importancia de la Higiene de manos. - Solicitud de Distinción Manos Seguras - Formación y divulgación al cuidador sobre la importancia de la higiene de manos
	Limpieza inadecuada de la unidad	4	9	3	108	- Vigilancia y cumplimiento de protocolos del Servicio de Limpieza - Cumplimiento de protocolos de limpieza y desinfección de aparatajes, material etc
	Incumplimiento de protocolos: accesos venosos, neumonías, sondaje urinario, de aislamiento y normas de visita.	6	9	3	162	- Formación del personal sobre protocolos de aislamientos. - Formación continuada del personal en protocolos: accesos venosos, curas de heridas quirúrgicas, prevención de infección del sitio de la herida quirúrgica, neumonías, infecciones urinarias - Vigilancia del estado nutricional y seguimiento de la ingesta nutricional del paciente. - Uso racional del tratamiento antibiótico - Implementación de registros de IN

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
INFECCIONES NOSOCOMIALES (ACCESOS VENOSOS)	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la Higiene de Manos	6	10	6	360	Formación continuada del personal. Implantación y Divulgación sobre Higiene de manos
	- Relajación manipulación Catéteres - Mala praxis en el mantenimiento de vías centrales - Demora en la retirada de dispositivos invasivos - Incumplimiento de protocolos de manejos de Accesos venosos - Incumplimiento de protocolo para inserción de VVC.	5	9	3	135	- Protocolos de accesos venosos y cuidados basados en la evidencia. - Verificar la existencia de material: Batas estériles. Obturadores, conexiones de doble luz. - Implementación de incidencias para evaluación del problema.

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
INFECCIONES NOSOCOMIALES (NEUMONÍAS)	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la higiene de manos	6	10	6	360	Formación del personal en la importancia de la higiene de manos.
	Inmovilización prolongada en cama de los pacientes.	6	10	4	240	Cumplimiento de movilización y deambulación de pacientes
	No incentivación del uso del inspirón y fisioterapia respiratoria	6	10	4	240	Instruir al paciente en la fase del preoperatorio sobre la importancia de realizar ejercicios respiratorios y uso del inspirón.
	Incumplimiento en el protocolo de mantenimiento y limpieza de los dispositivos(aerosoles, oxigenoterapia, sondas aspiración)	6	10	6	360	Elaboración y divulgación de protocolos con reorganización de tareas para la limpieza y desinfección.

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
MEDICACIÓN	- Error en las prescripciones - Falta de comunicación Fea-Enfermeras sobre prescripciones	8	7	4	224	Instalar prescripción electrónica
	Fallo del programa His: Incorrecta transferencia de la prescripción a la hoja mar; desconfiguración y no validación de la prescripción	8	9	2	144	- Mejora del programa His. - Mantener y aumentar las alertas de Farmacia de la prescripción con el programa His ante una prescripción incorrecta
	- Error en la preparación de medicación - Error en administración de medicación	9	8	7	504	- Conocimiento del Protocolo de medicación de riesgo - Accesibilidad a una guía farmacoterapéutica para todos los profesionales - Precisión de la medicación en transacciones asistenciales - Registro caducidades, estocajes mensuales - Formación del personal (preparación, administración, uso de bombas de infusión)
	Falta de cumplimiento de registros de Alergias	10	7	3	210	Aumentar la cultura de seguridad del paciente e implementar los registros con alergias
	Falta de declaración de registros eventos adversos	3	9	8	216	Aumentar la cultura de seguridad del paciente e implementar los registros de incidentes, eventos adversos.

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
CAÍDAS	Fallo en la valoración inicial de los pacientes: valoración cognitiva (Pfeiffer), autonomía (Barthel), riesgo de caídas (Downton)	7	7	2	98	• Cumplimiento identificación de pacientes con riesgo de caídas tras la valoración inicial. • Cumplimiento de los cuestionarios Barthel, Pfeiffer, Downton
	Incumplimiento en el protocolo de prevención de caídas	7	8	3	168	• Colocación de barandillas en todas las camas. • Implementación del registro de declaración de caídas • Plan revisión mantenimiento del mobiliario • Valoración del entorno del paciente y vigilancia del mismo en la deambulación. • Contar con adecuados soportes ortopédicos de ayuda

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES	- Incumplimiento del protocolo de identificación del paciente: - Pacientes sin pulsera identificativa - Pacientes con pulseras deterioradas - No identificación de pacientes con todos los datos: DNI, fecha nacimiento - Identificación de los pacientes por habitaciones y camas-nº de sillón - Errores de administración de medicación, extracciones de analíticas - Documentación mal identificadas - Pacientes que acude a quirófano/pruebas con documentación equivocada	8	7	5	280	- Es responsabilidad de todos los trabajadores sanitarios verificar la identidad de los pacientes - Concienciación y Fomentar cultura sobre identificación del paciente tanto al profesional como contar con la participación del paciente. - Identificar al paciente con Dos identificadores: nombre y fecha de nacimiento. NUNCA Nº DE CAMA. Desde admisión y en todo el proceso de transferencia sanitaria (procedimientos, técnicas, pruebas, quirófano. - Vigilancia del estado de las pulseras y sustitución. - Evitar los traslados internos dentro de la Unidad. - Implementación de registro de eventos adversos

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
UPP	- Falta de valoración riesgo de UPP con cuestionario Braden - Falta de valoración nutricional e ingesta en los pacientes	6	7	2	84	- Valoración riesgo de UPP (Braden) en la valoración inicial y poner el dispositivo de prevención - Monitorización nutricional del paciente
	- Falta de movilización de pacientes - No se motiva a los pacientes a levantarse al sillón y deambular.	4	8	3	96	- Incentivar al paciente a levantarse de la cama, sentarse al sillón y deambular - Movilización y cambios posturales
	Desconocimiento del tratamiento de UPP e incumplimiento del protocolo de UPP	5	7	3	105	- Cumplimentación de declaración de UPP - Formación del personal sobre protocolo de UPP

MAPA DE RIESGOS

Mapa de Riesgos de UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes

**HOSPITAL REGIONAL
UNIVERSITARIO
MÁLAGA**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Índice

- 1. Introducción**
- 2. Objetivo**
- 3. Alcance**
- 4. Términos y definiciones**
- 5. Desarrollo**
- 6. Herramientas metodológicas**
- 7. Evaluación**
- 8. Difusión**
- 9. Enlaces de interés**
- 10. Anexos**

DATOS DE IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO	
TITULO	Mapa de Riesgos para la Seguridad del Paciente. Mapa de Riesgos de UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes
DISTRIBUCION	WEB. HRU Carlos Haya. UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes
RESPONSABLE	Julio Santoyo Santoyo / M ^a Pilar Mata Ruiz
VERSION	Versión 2
FECHA VERSION	/03/13
DOCUMENTOS VINCULADOS	

CONTROL DE LAS MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO		
VERSION	FECHA VERSION	DESCRIPCION DE MODIFICACIONES
1	11/11	Elaboración Mapa de riesgos y definición de riesgos de la UGC
2	03/13	Normalización del Mapa de riesgos, análisis y priorización de riesgos en la UGC

AMBITO DE APLICACION
Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Hospital Regional Universitario Málaga

DESTINATARIOS
Profesionales de las Unidades de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes del Hospital Regional Universitario de Málaga

REVISION	APROBACION

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial. Es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras. Abarca a todos y cada uno de los profesionales del sistema sanitario, incluyendo, como no, al propio paciente. Para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente se requiere:

- Mayor capacidad para aprender de los errores, que se adquiere mejorando los sistemas de notificación, y realizando una investigación competente de los incidentes y un intercambio responsable de datos
- Aumentar la capacidad para anticipar los errores y rastrear las debilidades del sistema que pueden dar lugar a un evento adverso.
- Identificación de las fuentes de conocimiento existentes, dentro y fuera del sector de la salud.
- Introducir mejoras en el propio sistema de prestación de atención sanitaria, para que se reconfiguren las estructuras, se reajusten los incentivos y la calidad ocupe un lugar central en el sistema

La organización Mundial de la Salud establece una Alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios incluyendo medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «ante todo, no hacer daño».

El Consejo de Europa establece en 2005 la «declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes: la seguridad de los pacientes como un reto europeo». En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante:

- Desarrollo de una **cultura de la seguridad del paciente** con un **enfoque sistémico** y sistemático.
- El establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones.
- La implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

En nuestro país, la publicación en el año 2005 del Estudio Nacional sobre Eventos Adversos (ENEAS) ha marcado un antes y un después en el conocimiento de los eventos adversos para los pacientes en su tránsito por los hospitales. El conocimiento derivado del estudio se ha visto proyectado en Políticas y Estrategias para la mejora de la seguridad de los pacientes.

La incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los Hospitales Españoles es de 9,3%, y la incidencia de EAs relacionados con

la asistencia hospitalaria de 8,4%, similares a las encontradas en los estudios realizados en países americanos y europeos con similar metodología.

Las tres causas inmediatas relacionadas con los EAs asociados a la asistencia sanitaria en los hospitales españoles fueron por orden de frecuencia: los relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales y los relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento. Casi la mitad de los EAs (42,8%) podrían ser evitables.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha recogido en un documento su Estrategia para la seguridad de pacientes y ha creado el Observatorio de Seguridad de Pacientes de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Los acuerdos de gestión de las unidades clínicas de los centros del SSPA incluyen entre sus objetivos la elaboración de un Mapa de Riesgos en Seguridad del Paciente, siendo este uno de los requisitos para alcanzar la Acreditación de la Unidad por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

La UGC de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes (UGC-CGDT) es compleja debido a la estructuración de la misma, por el perfil de pacientes y por la diversidad de la cartera de servicios que ofrece.

La UGC-CGDT está compuesta por varias **Unidades Clínicas**, cada una de ellas con especial dedicación hacia un área de interés específico de la Especialidad de Cirugía General y Digestiva, sin olvidar que el paciente quirúrgico es un todo no parcelable.

Desde 1997 desarrolla de forma ininterrumpida el programa de Trasplante Hepático en coordinación con otros Servicios de nuestro Hospital. Más recientemente se ha incorporado el programa de Trasplante Pancreático. Asimismo, se desarrollan otras actividades de alta complejidad como la Cirugía Laparoscópica avanzada (Obesidad, colo-rectal, hepática, etc), Cirugía robótica (colo-rectal), existiendo además una estrecha colaboración con otras unidades como la Onco-ginecología o la cirugía de reasignación de sexo.

Además de los aspectos puramente asistenciales, la UGC-CGDT está acreditada por la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y Digestiva como **Unidad Docente** para la formación de nuevos cirujanos mediante el programa MIR. Así mismo, está abierta a otros cirujanos de nuestra especialidad y de especialidades quirúrgicas para realizar estancias que permitan mejorar y completar su formación quirúrgica. La docencia pregrado también está presente ya que como centro universitario que es nuestro Hospital hay profesores titulares y asociados encargados de la formación de los estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de Málaga.

Finalmente, otra de las actividades de la Unidad es la de la **investigación** aplicada a la Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En la Unidad se atienden a pacientes de otras especialidades (pacientes ectópicos); los pacientes quirúrgicos deben estar ubicados en las camas destinadas a su Unidad correspondiente; pacientes que tras la intervención pasan horas/días en UCI y después vuelven a la unidad; realización de pruebas complementarias. Estas situaciones conlleva transferencias continuas de los mismos, conllevando un aumento de riesgos para la seguridad del paciente. Se atienden a pacientes quirúrgicos, pluripatológicos, inmunodeprimidos con una gran carga asistencial. Se manejan heridas quirúrgicas complicadas, drenajes, accesos venosos, medicación de alto riesgo.

2. OBJETIVOS

- Conocer los factores ligados a nuestro entorno que dan lugar a que cometamos errores: sucesos centinelas
- Analizar las causas que nos permitan prevenir o en su defecto detectar precozmente la aparición de los mismos, para establecer medidas con el fin de eliminarlos o reducirlos al máximo.
- Implementar una serie de indicadores que nos permitan evaluar los resultados así como su evolución en el tiempo.
- Incrementar la cultura de seguridad: haciendo reflexionar sobre la minimización de riesgos
- Describir las principales herramientas metodológicas que se utilizan para la gestión de riesgos.
- Definir criterios de calidad para la evaluación de un mapa de riesgos.
- Difusión del documento a los profesionales.

3. ALCANCE

3.1 Alcance de los procesos

Todas las Unidades dependientes de la UGC Cirugía General, Digestiva y trasplantes.

3.2 Alcance de los profesionales

Todos los profesionales implicados en la implantación de la estrategia para la seguridad del paciente en la UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes.

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

4.1 MARCO CONCEPTUAL INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se trata de un marco conceptual para una clasificación internacional que aspira a ofrecer una comprensión razonable del mundo de la seguridad del paciente y

una serie de conceptos conexos con los que las clasificaciones regionales y nacionales existentes puedan establecer correspondencias.

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

4.2 GLOSARIO RESUMIDO SOBRE EL MARCO CONCEPTUAL INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (MCISP)

Resumen de la terminología contemplada en el MCISP

<http://www.carloshaya.net/LinkClick.aspx?fileticket=ryQlpVgUpaQ%3d&tabid=522>

5. DESARROLLO

La elaboración de un mapa de riesgos incluye información sobre la magnitud, trascendencia e impacto de los riesgos asistenciales, describiendo a continuación las siguientes fases para la realización del mapa:

5.1 FASE COGNOSCITIVA

En esta fase hay que conocer profundamente los factores de riesgo para programar las intervenciones preventivas ajenas a la improvisación.

5.1.1 Constitución de un grupo de trabajo

Dada la complejidad de la Unidad se constituye un grupo de trabajo de carácter multidisciplinar con los siguientes requisitos y aptitudes:

- Apoyo de la dirección de la UGC.
- Necesidad de tiempo y recursos.
- Equipo responsable con capacidad para la toma de decisiones y autoridad para recomendar e implantar procesos de cambio.
- Profesionales con conocimientos de metodología AMFE, análisis causa-raíz e implantación de prácticas seguras.
- Cultura seguridad del paciente.
- Representativo de las diferentes áreas de la Unidad.

Ha sido compuesto por cinco enfermeras (dos del Hospital General y tres del Hospital Civil), tres Auxiliares de Enfermería (una del Hospital General y dos del Hospital Civil), un Fea, la Coordinadora de cuidados y la Supervisora. Siendo los coordinadores de dicho grupo de trabajo M^a Pilar Mata Ruiz y Francisca M^a Arenas González.

Una vez concluido el mapa, fue revisado y aceptado por el Director de la UGC.

	NOMBRE Y CARGO
ELABORADO	Mª Pilar Mata Ruiz Coordinadora de cuidados. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Ana Moreno Moreno Supervisora UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Francisca Mª Arenas González DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Ana Carmen Montesinos Gálvez DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Mª José Sánchez Zumaquero DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Gema Díaz Jiménez DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Isabel Rodríguez Lorite DUE. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Magdalena Herrada Gutiérrez Auxiliar de Enfermería. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante. Ana Mª Conejo García Auxiliar de Enfermería. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante Antonia Luque Vegas Auxiliar de Enfermería. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante Custodia Montiel Casado FEA. UGC Cirugía General, Digestiva y trasplantes
REVISADO y APROBADO	Julio Santoyo Santoyo Director de la UGC Cirugía General, Digestiva y trasplante.

5.1.2 Análisis de la situación interna

Definición del Entorno y de los profesionales:

El Hospital cuenta en su página web con un Plan de Evacuación:

- [FOLLETO INFORMATIVO](#)
- [PLAN EVACUACIÓN HOSPITAL GENERAL](#)
- [PLAN EVACUACIÓN HOSPITAL CIVIL](#)

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes (UGC-CGDT) del Hospital Regional Universitario Carlos Haya es heredera del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital creado en la década de los 70. Desde entonces, su principal objetivo es atender las necesidades quirúrgicas propias de nuestra especialidad a su población de referencia. La UGC-CGDT está compuesta por varias **Unidades Clínicas**. Está ubicada y compuesta por:

A. HOSPITAL GENERAL

Unidad Clínica	Ubicación	Camas
HPB Y Trasplante	6ª Derecha. P-B	627-634 (15 camas)
Esofagogástrica y Obesidad	6ª Derecha. P-B	635-641 (15 camas)
Coloproctología	6ª Izquierda. P-B	642-646; 653-657 (20 camas)
Urgencias y Trauma	6ª Izquierda. P-B	647-652 (12 camas)

Encame y Consultas de Estomaterapeuta, de Enfermería de Trasplante Hepático y de pruebas complementarias (Manometrías anales, Ecografías anales-rectales y BioFeedback): 6ª Planta de Pabellón B.

Consulta de Cirugía: nº6 Primera Planta de Pabellón A.

Profesionales de Enfermería: Está dotada con 13 enfermeras y 11 auxiliares de enfermería en el ala Izquierda y derecha en turnos rotatorios y diurnos.

La Consulta de Estomaterapeuta, de enfermería de Trasplante Hepático y Consulta de Cirugía está dotada con una enfermera en cada una de ellas. En la consulta de pruebas complementarias hay una auxiliar de enfermería.

En turno de mañana hay 1 celador que atiende a los controles y consultas de la 6ª planta.

B. HOSPITAL CIVIL

Unidad Clínica	Ubicación
Endocrino y mama	2ª planta P5
CMA-CCE	CMA y 2ª planta P5

Encame: 2ª planta de Pabellón 5 Hospital Civil

Consulta: Planta Baja de Pabellón 5 Hospital Civil

La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) se encuentra ubicada en la primera planta del Pabellón 5 del Hospital Civil. La Unidad permanece abierta de Lunes a Viernes de 8-22h. Está compartida al 30/70% con otras especialidades. Atiende a pacientes de Oftalmología, C. Plástica, Urología, Maxilofacial, Dermatología. Está distribuida en:

- 2 Controles con 29 sillones
- 1 Habitación con tres camas.

Profesionales de Enfermería: Está dotada con 4 enfermeras y 2 Auxiliares de Enfermería (2 enfermeras y 1 Auxiliar de Enfermería en cada turno (Mañana-Tarde).

La **Unidad de Corta Estancia** se encuentra ubicada en la 2ª planta del pabellón 5. Esta formada por:

- 4 habitaciones con cuatro camas.
- 3 habitaciones individuales, que comparten cuarto de baño cada dos

Profesionales de Enfermería: Está dotada de 5 Enfermeras y 5 Auxiliares de Enfermería. En turnos de mañana y tarde/noche.

La consulta de Cirugía está dotada con una enfermera y una auxiliar.

“A fecha de elaboración del documento, la Unidad de Corta Estancia del Hospital Civil se encuentra cerrada.”

Definición de los pacientes:

- Grupo de pacientes de riesgo atendidos en nuestra unidad:
 - Pacientes mayores
 - Pluripatológicos
 - Pacientes con obesidad mórbida
 - Inmunodeprimidos (trasplantados hepáticos)
 - Deterioro de la movilidad.
 - Alteración del estado nutricional
 - Deterioro cognitivo
 - Dificultad de comunicación por diferencia sociocultural, idioma
- Circunstancias de mayor riesgo:

- Se atiende a pacientes de distintas especialidades (Pacientes ectópicos) que se trasladan a lo largo de su estancia a su Unidad de referencia-
- Transferencias de pacientes dentro de la propia Unidad para ubicar a los mismos en la unidad de su patología

Definición de las Actividades:

A. Cartera de Servicios. Definidas en la página web. <http://www.carloshaya.net/InforCorporativa/UnidadesdeGesti%C3%B3nCI%C3%ADnica/CirGeneral/CarteradeServicios.aspx>

B. Consultas:

Consulta de Estomaterapeuta: El objetivo de esta consulta es el cuidado integral del paciente ostomizado y su familia durante el pre-intra y postoperatorio con seguimiento en consulta.

Consulta de Enfermería de Trasplante Hepático: El objetivo de esta consulta se centra en disminuir estados de ansiedad e incertidumbre durante la espera de la intervención quirúrgica, así como en aumentar los conocimientos del paciente para mejorar su autocuidado tras la cirugía.

Consulta de pruebas complementarias. Se realizan pruebas diagnósticas como Manometrías y Ecografías endoanales y terapias como Biofeedback y neuromodulación tibial posterior.

La UGC cuenta con protocolos definidos en : <http://www.carloshaya.net/InforCorporativa/UnidadesdeGesti%C3%B3nCI%C3%ADnica/CirGeneral/DocumentoseInvestigaci%C3%B3n.aspx> y protocolos de enfermería: Manual de Acogida, Protocolo de Profilaxis Trombembólica, Protocolo de Terapia de Presión Negativa, Protocolo de curas de heridas quirúrgicas.

Identificación de los riesgos:

Primeramente se constituyó dos grupos, uno formado por personal de las Unidades de CMA y de Corta Estancia y otro con personal de la Unidad de Cirugía General. Se realizaron reuniones de cada grupo separado, utilizando como herramienta metodológica la tormenta de ideas, se identificaron eventos ocurridos y análisis de situaciones que pudieran favorecer la aparición de eventos adversos. Después se constituyó un grupo único con personal de ambos. Se realizaron reuniones y se consensó cómo quedaría el Mapa de Riesgos. Además los profesionales de la UGC cumplimentaron un Cuestionario (Anexo 1) ideado para la identificación de los riesgos y se utilizó las notificaciones e incidentes registradas de la Unidad como fuente de datos. Para un análisis proactivo y priorización de riesgos se siguió la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Para un análisis reactivo se hará la metodología de Análisis Causa Raíz (ACR).

5.2 FASE ANALÍTICA

Se identifican riesgos en los procesos:

- IN (Accesos venosos; Neumonías)
- Medicación
- Identificación del paciente
- Caídas
- UPP

A su vez se identifican los fallos y causas, se puntúan obteniendo los NPR correspondientes. Así se prioriza el orden de actuación en la implantación de medidas de mejora. (Anexo 2)

Se comenzará a actuar sobre NPR >100.

IN: ACCESOS VENOSOS, NEUMONÍAS,

FALLOS	NPR
Relajación en la higiene de manos del personal sanitario y no sanitario/Falta de adherencia a la Higiene de Manos	360
Limpieza inadecuada de la unidad.	108
Incumplimiento de protocolos de manejos de Accesos venosos	135
Inmovilización prolongada en cama de los pacientes.	240
No incentivación del uso del inspirón y fisioterapia respiratoria	240
Incumplimiento de protocolos: accesos venosos, neumonías, sondaje urinario, de aislamiento	162

MEDICACIÓN

FALLOS	NPR
Error en las prescripciones Falta de comunicación Fea-Enfermeras sobre prescripciones	264
Fallo del programa His:	144
Error en la preparación de medicación Error en administración de medicación	504
Falta de cumplimiento de registros de Alergias	210
Falta de declaración de registros de eventos adversos	216

CAÍDAS

FALLOS	NPR
Incumplimiento en el protocolo de prevención de caídas	168

IDENTIFICACIÓN PACIENTES

FALLOS	NPR
Incumplimiento del protocolo de identificación del paciente Transferencia de pacientes	280

UPP

FALLOS	NPR
Desconocimiento del tratamiento de UPP e incumplimiento del protocolo de UPP	105

5.3 FASE DE INTERVENCIÓN**5.2 FASE DE EVALUACIÓN****6. HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS****6.1 Metodología AMFE**

Es un método dirigido a lograr el Aseguramiento de la Calidad, que mediante el análisis sistemático, contribuye a identificar y prevenir los modos de fallo, tanto de un producto como de un proceso, evaluando su gravedad, ocurrencia y detección, mediante los cuales, se calculará el Número de Prioridad de Riesgo, para priorizar las causas, sobre las cuales habrá que actuar para evitar que se presenten dichos modos de fallo.

Sus características principales son:

Preventivo: al anticiparse a la ocurrencia del fallo.

Sistemático: su enfoque estructurado nos permite considerar prácticamente todas las posibilidades de fallo.

Prioriza: permite priorizar las acciones necesarias para anticiparse a los problemas dando criterios para resolver conflictos entre acciones con efectos contrapuestos

Participación: la realización de un AMFE es un trabajo en equipo, que requiere la puesta en marcha común de los conocimientos de todas las áreas afectadas.

Objetivos:

Conocer los factores ligados a nuestro entorno que dan lugar a que cometamos errores: sucesos centinelas

Analizar las causas que nos permitan prevenir o en su defecto detectar precozmente la aparición de los mismos, para establecer medidas con el fin de eliminarlos o reducirlos al máximo.

Implementar una serie de indicadores que nos permitan evaluar los resultados así como su evolución en el tiempo.

Incrementar la cultura de seguridad: haciendo reflexionar sobre la minimización de riesgos

Metodología:

Para cada una de las causas se analizan dichos parámetros según criterios predefinidos, de esta forma se puntúa cada causa, obteniendo el llamado número de priorización de riesgos (NPR), que es el producto de multiplicar $F \times G \times D$, y se tienen cifras entre 1 y 1.000, que servirán para priorizar el orden de actuación en la implantación de medidas de mejora.

Mientras más alta sea la cifra más grave es el proceso y más importante nuestra actuación preventiva.

gravedad		frecuencia		detectabilidad	
Catastrófico	9-10	Frecuente	9-10	Baja	9-10
Mayor	5-8	Ocasional	7-8	Ocasional	5-6
Moderado	3-4	Infrecuente	5-6	Moderada	7-8
Menor	1-2	Remoto	1-4	Alta	1-4
FRECUENCIA					
-Remoto: aparición improbable, puede ocurrir una vez en un período >a 5 años -Infrecuente: aparición posible, puede ocurrir en alguna ocasión en 2 a 5 años -Ocasional: es probable que ocurra varias veces en 1 o 2 años -Frecuente : probable aparición de forma inmediata o en un período corto de tiempo, puede ocurrir varias veces en un año					
GRAVEDAD					
-Menor: No lesiones, no aumento de la estancia, no necesidad de incrementar el nivel de atención -Moderado: aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 1 o 2 pacientes -Mayor: pérdida permanente de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 3 o más pacientes -Catastrófico: muerte o pérdida mayor de la función (sensorial, motora,					

fisiológica o intelectual): suicidio, reacción transfusional, cirugía en el paciente equivocado, robo de un niño

DETECTABILIDAD

-Alta: el fallo es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes antes de que llegue al paciente

-Moderada: el fallo, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a los controles, aunque sería detectado casi siempre antes de que llegara al paciente.

-Ocasional: el fallo es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento

-Baja: el fallo no puede detectarse. Casi seguro que llegará el efecto al paciente.

6.2 Análisis Causa Raíz

Proceso para identificar los factores causales básicos o los factores que producen variabilidad en la práctica profesional, incluyendo la aparición de un caso centinela.

Características del análisis causal:

Se centra en los sistemas o en los procesos, no en la práctica individual

El análisis progresa desde las causas especiales en los procesos clínicos a las causas comunes en los procesos organizativos

El análisis profundiza repetidamente preguntando **¿Por qué?**, hasta que se agotan las respuestas

El análisis identifica los cambios necesarios en los procesos que mejorarán el nivel de la práctica y reducirán el riesgo de un determinado evento centinela

Metodología:

1. Organizar un equipo
2. Definir el problema
3. Estudiar el problema
4. Determinar qué pasó
5. Identificar las causas: inmediatas y subyacentes
6. Diseñar e implantar cambios provisionales
7. Identificar los sistemas implicados
8. Cribar la lista de causas subyacentes
9. Confirmar las causas
10. Identificar estrategias de reducción del riesgo
11. Diseñar las mejoras
12. Asegurar la aceptabilidad
13. Implantar el plan de mejora
14. Desarrollar indicadores de efectividad
15. Evaluar

16. Comunicar los resultados

7. EVALUACIÓN

Los criterios de evaluación de utilidad a los profesionales de UGC que elaboren un mapa de riesgos, para medir si cumple o no los criterios de calidad requeridos, siendo los siguientes:

1. El grupo de trabajo constituido para la elaboración del mapa de riesgos es multidisciplinar (médico, farmacéutico, enfermera, auxiliar de enfermería, personal administrativo, celador,...).
2. El grupo de trabajo representa las diferentes áreas de la Unidad (hospitalización, quirófano, consultas externas, hospital de día, hemodiálisis...).
3. El grupo de trabajo está coordinado por uno o varios miembros (claramente identificados).
4. Presenta un análisis de situación de la unidad (entorno, actividad, perfil de profesionales y pacientes).
5. Menciona las herramientas metodológicas que se han utilizado para la identificación de riesgos (tormenta de ideas, grupo nominal,...).
6. Analiza los riesgos identificados aplicando herramientas técnicas de análisis (AMFE, ACR,...).
7. Presenta las medidas de mejora.
8. Identifica los responsables de la implementación de las medidas de mejora.

8. DIFUSIÓN**9. ENLACES DE INTERÉS**

Organización Mundial para la Salud (OMS). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

<http://obssegapac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/elObservatorio/La Alianza Mundial Por La Seguridad Del Paciente/Alianza Mundial Por La Seguridad Del Paciente>

Consejería de Salud y Bienestar Social. Estrategia para La Seguridad del paciente 2011-2014

http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_e_strategias/plan_calidad_2010/plan_calidad_2010.pdf

**Consejería de Salud y Bienestar Social. Agencia de Calidad Andaluza.
Observatorio para La Seguridad del Paciente**

<http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Seguridad del Paciente: Tutoriales en línea.

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/formacion/tutoriales.html>

10. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de identificación de riesgos

Anexo 2: Plantilla análisis riesgos proactivos: *AMFE*

Anexo 3: Plantilla Mejoras Recomendadas

Anexo 1

CUESTIONARIO PARA LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS

El objetivo de este cuestionario es conocer su experiencia diaria de trabajo en el ámbito de seguridad del paciente. Su opinión es importante poder planificar y desarrollar mejoras en este área.

Por favor responda a las siguientes preguntas:

A. Identifique los eventos de seguridad más frecuentes en su ámbito:

B. Clasifíquelos siguiendo la escala de riesgo que le presentamos a continuación. Para ello, escriba en la casilla que corresponda las palabras clave que identifiquen cada evento:

CONSECUENCIAS	FRECUENCIA				
	Excepcional	Poco probable	Probable	Frecuente	Muy frecuente
Catastrófico					
Grave					
Moderada					
Menor					
Ninguna					

*Catastrófico: muerte, daño irreversible en un órgano (p.e. pérdida de visión).

*Grave: incapacidad de larga duración, incremento en los días de hospitalización >15 días, baja laboral > 14 días, puede afectar a muchos pacientes a la vez.

*Moderada: incremento en los días de hospitalización 4-15 días, baja laboral 4-14 días, puede afectar a pocos pacientes a la vez.

*Menor: incremento en los días de hospitalización 1-3 días, baja laboral < 3 días.

*Ninguna: no genera baja laboral y se requiere una intervención mínima.

B. ¿Cuáles son las causas de estos eventos? Describa las causas para cada uno de los eventos que ha citado.

C. Proponga acciones de mejora que nos ayude a prevenir estos eventos.

Anexo 2

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN		
				IG NPR	IA	ID
INFECCIÓN NOSOCOMIAL	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la Higiene de Manos	Falta de cultura de seguridad del paciente Falta de formación	Infección urinaria Bacteriemia Infección del sitio de la herida quirúrgica	6	10	6 360
	Relajación de la higiene de manos de otros profesionales no sanitarios	Sobrecarga asistencial Incumplimiento de protocolos del Servicio de Limpieza	Deterioro clínico del paciente Estancia prolongada con disminución de la efectividad, empeoramiento de los resultados clínicos y aumento de los costes	4	9	3 108
	Limpieza inadecuada de la unidad.	Incumplimiento de protocolos Nutrición inadecuada en paciente quirúrgico	Menor satisfacción del paciente			
	Incumplimiento de protocolos: accesos venosos, neumonías, sondaje urinario, de aislamiento.	Uso inadecuado de antibióticos	Sepsis- Muerte	6	9	3 162

Anexo 2

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
INFECCIÓN NOSOCOMIAL (ACCESOS VENOSOS)	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la Higiene de Manos	Falta de cultura de seguridad del paciente Falta de formación	Flebitis Infección – Bacteriemia Trombosis-Embolismo. Deterioro clínico del paciente	6	10	6	360
	- Relajación manipulación Catéteres - Mala praxis en el mantenimiento de vías centrales - Demora en la retirada de dispositivos invasivos - Incumplimiento de protocolos de manejos de Accesos venosos - Incumplimiento de protocolo para inserción de VVC.-	Sobrecarga asistencial Incumplimiento de protocolos Falta de material/Material inadecuado	Sepsis- Muerte	5	9	3	135

Anexo 2

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
INFECCIÓN NOSOCOMIAL (NEUMONÍAS)	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la higiene de manos	Falta de cultura de seguridad del paciente Falta de formación Falta de protocolos.	Infecciones- Neumonías Deterioro clínico del paciente Estancia prolongada	6	10	6	360
	Inmovilización prolongada en cama de los pacientes.	Incumplimiento de Protocolos Sobrecarga asistencial	Muerte	6	10	4	240
	No incentivación del uso del inspirón y fisioterapia respiratoria			6	10	4	240
	Incumplimiento en el protocolo de mantenimiento y limpieza de los dispositivos(aerosoles, oxigenoterapia, sondas aspiración)			6	10	6	360

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
MEDICACIÓN	Error en las prescripciones	Imperfección del programa His	Secuelas potenciales	8	7	4	224
	Falta de comunicación Fea-Enfermeras sobre prescripciones	Falta de formación en manejo de His	Eventos adversos				
	Fallo del programa His: Incorrecta transferencia de la prescripción a la hoja mar; desconfiguración y no validación de la prescripción	Falta de comunicación, orden incorrecta: verbal, letra ilegible.	Muerte	8	9	2	144
	- Error en la preparación de medicación - Error en administración de medicación	Sobrecarga asistencial		9	8	7	504
	Falta de cumplimiento de registros de Alergias	Estrés					
	Falta de declaración de registros de eventos adversos	Falta de cultura de seguridad del paciente		10	7	3	210
				3	9	8	216

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG	IA	ID	NPR
CAIDAS	Inadecuada valoración inicial de los pacientes: valoración cognitiva (Pfeiffer), autonomía (Barthel), riesgo de caídas (Downton)	Pacientes con escala de Pfeiffer>3 sin acompañantes Pacientes postquirúrgicos con Escala de Barthel<45 Pacientes mayores, pluripatológicos, polimedcados con alteraciones visuales y a veces auditivos Pacientes quirúrgicos con sondas, vías que dificultan la movilidad y deambulaci3n	Lesiones que prolonguen o /y retrasen su curaci3n o mejoría. Lesiones adicionales a la causa del ingreso.	7	7	2	98
	Incumplimiento en el protocolo de prevenci3n de caídas	Medicaci3n anestésica Falta de cultura de seguridad del paciente Falta de material: Barandillas ausentes, en mal estado.Falta de timbres en WC La imposibilidad de la infraestructura del hospital: Falta de espacio en las habitaciones, suelo resbaladizo.	Muerte	7	8	3	168

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
IDENTIFICACION DE PACIENTES	- Incumplimiento del protocolo de identificación del paciente: - Pacientes sin pulsera identificativa - Pacientes con pulseras deterioradas - No identificación de pacientes con todos los datos: DNI, fecha nacimiento - Identificación de los pacientes por habitaciones y camas-nº de sillón - Errores de administración de medicación, extracciones de analíticas - Documentación mal identificadas - Pacientes que acude a quirófano/pruebas con documentación equivocada	Falta de formación en manejo de His Traslado de pacientes dentro de la unidad, entre otras unidades Traslado frecuente de pacientes a realización pruebas diagnosticas, quirófano y UCI. Paciente mayores con deterioro cognitivo o alteraciones auditivas Sobrecarga asistencial Estrés. Prisas en trasladar a pacientes a quirófano, pruebas complementarias Cambios en el orden del Parte de quirófano. Partes de quirófano incompletos Falta de comunicación	Secuelas potenciales Eventos adversos Muerte	8	7	5	280

Anexo 2

PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG NPR	IA	ID	
UPP	- Falta de valoración riesgo de UPP con cuestionario Braden - Falta de valoración nutricional e ingesta en los pacientes	Falta de cultura de seguridad del paciente	Estancia prolongada	6	7	2	84
	- Falta de movilización de pacientes - No se motiva a los pacientes a levantarse al sillón y deambular.	Desnutrición de los pacientes Falta personal (celadores)	Disminución de la movilidad	4	8	3	96
	Desconocimiento del tratamiento de UPP e incumplimiento del protocolo de UPP			5	7	3	105

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
INFECCIONES NOSOCOMIALES	- Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la higiene de manos - Relajación en la higiene de manos del personal no sanitario/Falta de adherencia a la higiene de manos	6	10	6	360	- Formación del personal sanitario y no sanitario y Divulgación sobre la importancia de la Higiene de manos. - Solicitud de Distinción Manos Seguras - Formación y divulgación al cuidador sobre la importancia de la higiene de manos
	Limpieza inadecuada de la unidad	4	9	3	108	- Vigilancia y cumplimiento de protocolos del Servicio de Limpieza - Cumplimiento de protocolos de limpieza y desinfección de aparatajes, material etc
	Incumplimiento de protocolos: accesos venosos, neumonías, sondaje urinario, de aislamiento y normas de visita.	6	9	3	162	- Formación del personal sobre protocolos de aislamientos. - Formación continuada del personal en protocolos: accesos venosos, curas de heridas quirúrgicas, prevención de infección del sitio de la herida quirúrgica, neumonías, infecciones urinarias - Vigilancia del estado nutricional y seguimiento de la ingesta nutricional del paciente. - Uso racional del tratamiento antibiótico - Implementación de registros de IN

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
INFECCIONES NOSOCOMIALES (ACCESOS VENOSOS)	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la Higiene de Manos	6	10	6	360	Formación continuada del personal. Implantación y Divulgación sobre Higiene de manos
	- Relajación manipulación Catéteres - Mala praxis en el mantenimiento de vías centrales - Demora en la retirada de dispositivos invasivos - Incumplimiento de protocolos de manejos de Accesos venosos - Incumplimiento de protocolo para inserción de VVC.	5	9	3	135	- Protocolos de accesos venosos y cuidados basados en la evidencia. - Verificar la existencia de material: Batas estériles. Obturadores, conexiones de doble luz. - Implementación de incidencias para evaluación del problema.

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
INFECCIONES NOSOCOMIALES (NEUMONÍAS)	Relajación en la higiene de manos del personal sanitario/Falta de adherencia a la higiene de manos	6	10	6	360	Formación del personal en la importancia de la higiene de manos.
	Inmovilización prolongada en cama de los pacientes.	6	10	4	240	Cumplimiento de movilización y deambulación de pacientes
	No incentivación del uso del inspirón y fisioterapia respiratoria	6	10	4	240	Instruir al paciente en la fase del preoperatorio sobre la importancia de realizar ejercicios respiratorios y uso del inspirón.
	Incumplimiento en el protocolo de mantenimiento y limpieza de los dispositivos(aerosoles, oxigenoterapia, sondas aspiración)	6	10	6	360	Elaboración y divulgación de protocolos con reorganización de tareas para la limpieza y desinfección.

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
MEDICACIÓN	- Error en las prescripciones - Falta de comunicación Fea-Enfermeras sobre prescripciones	8	7	4	224	Instalar prescripción electrónica
	Fallo del programa His: Incorrecta transferencia de la prescripción a la hoja mar; desconfiguración y no validación de la prescripción	8	9	2	144	- Mejora del programa His. - Mantener y aumentar las alertas de Farmacia de la prescripción con el programa His ante una prescripción incorrecta
	- Error en la preparación de medicación - Error en administración de medicación	9	8	7	504	- Conocimiento del Protocolo de medicación de riesgo - Accesibilidad a una guía farmacoterapéutica para todos los profesionales - Precisión de la medicación en transacciones asistenciales - Registro caducidades, estocajes mensuales - Formación del personal (preparación, administración, uso de bombas de infusión)
	Falta de cumplimiento de registros de Alergias	10	7	3	210	Aumentar la cultura de seguridad del paciente e implementar los registros con alergias
	Falta de declaración de registros eventos adversos	3	9	8	216	Aumentar la cultura de seguridad del paciente e implementar los registros de incidentes, eventos adversos.

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
CAÍDAS	Fallo en la valoración inicial de los pacientes: valoración cognitiva (Pfeiffer), autonomía (Barthel), riesgo de caídas (Downton)	7	7	2	98	• Cumplimiento identificación de pacientes con riesgo de caídas tras la valoración inicial. • Cumplimiento de los cuestionarios Barthel, Pfeiffer, Downton
	Incumplimiento en el protocolo de prevención de caídas	7	8	3	168	• Colocación de barandillas en todas las camas. • Implementación del registro de declaración de caídas • Plan revisión mantenimiento del mobiliario • Valoración del entorno del paciente y vigilancia del mismo en la deambulación. • Contar con adecuados soportes ortopédicos de ayuda

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES	- Incumplimiento del protocolo de identificación del paciente: - Pacientes sin pulsera identificativa - Pacientes con pulseras deterioradas - No identificación de pacientes con todos los datos: DNI, fecha nacimiento - Identificación de los pacientes por habitaciones y camas-nº de sillón - Errores de administración de medicación, extracciones de analíticas - Documentación mal identificadas - Pacientes que acude a quirófano/pruebas con documentación equivocada	8	7	5	280	- Es responsabilidad de todos los trabajadores sanitarios verificar la identidad de los pacientes - Concienciación y Fomentar cultura sobre identificación del paciente tanto al profesional como contar con la participación del paciente. - Identificar al paciente con Dos identificadores: nombre y fecha de nacimiento. NUNCA N° DE CAMA. Desde admisión y en todo el proceso de transferencia sanitaria (procedimientos, técnicas, pruebas, quirófano. - Vigilancia del estado de las pulseras y sustitución. - Evitar los traslados internos dentro de la Unidad. - Implementación de registro de eventos adversos

Anexo 3

	RIESGOS DETECTADOS	IG	IA	ID	NPR	ACCIONES RECOMENDADAS
UPP	- Falta de valoración riesgo de UPP con cuestionario Braden - Falta de valoración nutricional e ingesta en los pacientes	6	7	2	84	- Valoración riesgo de UPP (Braden) en la valoración inicial y poner el dispositivo de prevención - Monitorización nutricional del paciente
	- Falta de movilización de pacientes - No se motiva a los pacientes a levantarse al sillón y deambular.	4	8	3	96	- Incentivar al paciente a levantarse de la cama, sentarse al sillón y deambular - Movilización y cambios posturales
	Desconocimiento del tratamiento de UPP e incumplimiento del protocolo de UPP	5	7	3	105	- Cumplimentación de declaración de UPP - Formación del personal sobre protocolo de UPP