



**Universidad Internacional de La Rioja**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Trabajo Fin de Máster**

# **Elaboración de un Mapa de Riesgos Sanitarios de un centro asistencial de la Mutua Asepeyo**

**Presentado por:** Raquel Santa Clara Soriano  
**Tipo de TFM:** Proyecto de mejora  
**Director/a:** Ángel San Miguel Hernández

**Ciudad:** Valladolid  
**Fecha:** 1 de julio de 2019

## ÍNDICE

1. <a href="#">Resumen y palabras clave</a>	Pg. 3
2. <a href="#">Introducción</a>	Pg. 4
3. <a href="#">Justificación</a>	Pg. 5
4. <a href="#">Propósito del trabajo</a>	Pg. 6
5. <a href="#">Oportunidad de mejora</a>	Pg. 7
6. <a href="#">Objetivos</a>	Pg. 8
7. <a href="#">Análisis de causas</a>	Pg. 9
8. <a href="#">Planificación de acciones correctivas</a>	Pg. 16
a. <a href="#">Recepción</a>	Pg. 16
b. <a href="#">Consultas y exploraciones</a>	Pg. 17
c. <a href="#">Urgencias</a>	Pg. 18
d. <a href="#">Radiología</a>	Pg. 19
e. <a href="#">Fisioterapia</a>	Pg. 19
9. <a href="#">Implantación de acciones correctivas</a>	Pg. 21
1. <a href="#">Formación del equipo de trabajo</a>	Pg. 21
2. <a href="#">Presentación del trabajo e identificación de procesos</a>	Pg. 22
3. <a href="#">Identificación y priorización de riesgo</a>	Pg. 22
4. <a href="#">Establecimiento de acciones de mejora</a>	Pg. 23
5. <a href="#">Elaboración del mapa y distribución en el centro</a>	Pg. 23
6. <a href="#">Evaluación y control</a>	Pg. 24
10. <a href="#">Medición de resultados y monitorización</a>	Pg. 25
11. <a href="#">Conclusiones</a>	Pg. 28
12. <a href="#">Referencias bibliográficas y bibliografía</a>	Pg. 29
13. <a href="#">Curriculum vitae</a>	Pg. 30
14. <a href="#">Anexos</a>	
a. <a href="#">Anexo 1</a> - Red de Centros Asistenciales Asepeyo España	Pg. 31
b. <a href="#">Anexo 2</a> - Mapa Centro Asistencial Valladolid	Pg. 32
c. <a href="#">Anexo 3</a> - Diagrama de actuación en emergencias	Pg. 33
d. <a href="#">Anexo 4</a> - Cuestionario evaluación y satisfacción	Pg. 34

## RESUMEN

La Seguridad del Paciente es un principio fundamental en la atención sanitaria, en los últimos años las organizaciones sanitarias están invirtiendo grandes recursos en la gestión de los riesgos, en busca de una atención sanitaria más segura y la disminución de eventos adversos.

Asepeyo es una mutua de Accidentes de Trabajo, cuya principal actividad es el tratamiento del accidente laboral y la enfermedad profesional. Está compuesta por centros asistenciales repartidos por el territorio nacional.

Se propone la implantación de un Mapa de Riesgos en los centros asistenciales, que permita identificar de forma proactiva los riesgos, analizar sus causas e identificar las áreas susceptibles de mejora.

La creación de un equipo de trabajo en cada centro que analice los principales procesos: recepción, consultas, urgencias, radiología y rehabilitación; va a permitir la adaptación del Mapa de Riesgos a las particularidades cada centro y la participación e implicación del personal en la Seguridad del Paciente.

---

## ABSTRACT

Patient Safety is a fundamental aim in healthcare, over the last few years, healthcare organisations have been investing considerable resources within risk management, in order to ensure a safer healthcare service and a reduction in adverse effects.

Asepeyo is an occupational insurance provider whose main role is dealing with the treatment of occupational accidents and work-related illnesses. It is made up of care centres located throughout the country.

The implementation of a Risk Map for care centres is proposed which enables the proactive identification of risks in order to analyse causes and identify improvement in susceptible areas.

A work team is created in each centre in order to analyse the main processes: reception, consultation, emergency room, radiology and rehabilitation; enabling the adaptation of the Risk Map for members of each centre and the participation and involvement of staff in Patient Safety.

---

## PALABRAS CLAVE / KEY WORDS

Seguridad del Paciente  
Patient Safety

Gestión de riesgos  
Risk management

Accidente de trabajo  
Occupational  
Accidents

Mapa de Riesgos  
Risk Map

## INTRODUCCIÓN

La Seguridad del paciente siempre ha sido un factor a tener en cuenta en la práctica sanitaria, desde el “*primun non nocere*” enunciado por Hipócrates y pasando por el principio de no maleficencia, el personal sanitario siempre ha mostrado su preocupación por no dañar al paciente.

El avance de la práctica clínica, la tecnología, unido a las cada vez más frecuentes demandas por mala praxis han mostrado la necesidad creciente de estudiar los eventos adversos en la práctica sanitaria, sus causas, sus factores y, sobre todo, su prevención.

En 1999 fue publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos el Informe “*To Err Is Human: building a safer health system*”<sup>1</sup>, este estudio estimó que entre 44 000 y 98 000 personas hospitalizadas podrían haber fallecido debido a errores en la asistencia médica.

To Err Is Human, sentó las bases y la importancia de la Seguridad en la práctica clínica, lo que motivó la creación, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) en 2004<sup>2</sup>. Los objetivos de la AMSP son: la búsqueda de una atención sanitaria más segura y la disminución del riesgo de eventos adversos.

A raíz de esto, muchos países se unieron al reto de la Seguridad del Paciente con la realización de diversos estudios, en el caso de España: el estudio ENEAS<sup>3</sup> en hospitalización que recoge una incidencia de eventos adversos de un 9,3% y una evitabilidad del 42,5%; o el estudio APEAS<sup>4</sup> en atención primaria con una prevalencia de EA de 11,18% de los cuales evitables el 70,2%.

La OMS define la Seguridad del paciente como “*un principio fundamental de la atención sanitaria*”. Toda asistencia médica lleva inherente un riesgo, que puede estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema.

La razón de ser de la Seguridad del paciente es la reducción de los eventos adversos al mínimo aceptable, entendiendo evento adverso como cualquier incidente relacionado con la asistencia sanitaria que causa daño al paciente.

Uno de los puntos de partida para la mejora de la Seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias es la elaboración de un **Mapa de Riesgos Sanitarios**, se trata de un documento que aportará una visión global de la seguridad del paciente, identificando de forma proactiva los riesgos potenciales, los factores contribuyentes y los momentos susceptibles de mejoras.

El mapa de riesgos determinará aquellos puntos críticos que debemos eliminar o proteger con barreras, para eliminar aquellos riesgos que sean posibles y minimizar aquellos imposibles de evitar.

## JUSTIFICACIÓN

Si preguntásemos a personal sanitario o la población en general, ¿qué es una mutua?, las respuestas serían muy variadas y en gran parte erróneas. Es por ese desconocimiento, por el cual se hace necesario dar unas pequeñas pinceladas sobre qué es una Mutua de Accidentes de Trabajo, o un Centro Asistencial lugar donde se va a desarrollar el presente trabajo.

Una Mutua es una entidad privada colaboradora con la Seguridad Social. Son organizaciones sin ánimo de lucro, autorizadas y bajo el control del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Las principales actividades de las Mutuas son las siguientes:

- Gestión de las prestaciones económicas y la asistencia sanitaria de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional.
- Gestión de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de enfermedad común y accidente no laboral.
- Gestión de las prestaciones por riesgo durante el embarazo y la lactancia.
- Gestión de las prestaciones por cese de actividad de autónomos.
- Gestión de las prestaciones por cuidado del menor enfermo.
- Actividades atribuidas por la Seguridad Social.

La mayor parte de las actividades de las mutuas se centran en la asistencia sanitaria derivadas de las contingencias profesionales (accidentes de trabajo y enfermedad profesional), lo que precisa de grandes redes asistenciales, que, si bien no son equiparables a la constituida por el sistema público de salud, engloban hospitales, centros asistenciales y demás estructuras, que tienen sus riesgos.

Asepeyo, Mutua nº 151 de la Seguridad Social, tiene más de 2 144 425 trabajadores protegidos, de variadas empresas con ámbitos de producción muy diversos. Cuenta con 3 hospitales y una red de 142 centros asistenciales propios distribuidos por todo el territorio español <sup>5</sup>.

El centro asistencial de Asepeyo es la base de la atención sanitaria, se trata de centros ambulatorios especializados en la atención de urgencias laborales y la recuperación de la capacidad laboral. Están constituidos por profesionales de diversa índole: sanitarios (médicos, enfermeras, fisioterapeutas...) y no sanitarios (administrativos, PROAS, delegados de prevención, etc.).

La dispersión geográfica de los centros se convierte en una de las principales fortalezas y debilidades de la red sanitaria. Fortaleza por la gran cobertura que se realiza en el territorio nacional y debilidad por el aislamiento que hay entre unos y otros. En el [Anexo 1](#) se puede ver la distribución de centros asistenciales de Asepeyo en el territorio español.

Anteriormente ya se ha comentado que toda actividad sanitaria lleva un riesgo, el cual también existe en los centros asistenciales. La actividad sanitaria desarrollada, engloba actividades como: la atención de urgencias, derivaciones hospitalarias, seguimiento y tratamiento de las patologías, realización de pruebas diagnósticas (como radiografías), tratamientos de rehabilitación, etc.

En el desarrollo de tan variada asistencia se ven involucrados un gran número de profesionales, cuya misión es el tratamiento y la recuperación del trabajador lesionado. Es importante garantizar unas condiciones de seguridad en la asistencia sanitaria, asegurando que el paciente sufrirá el mínimo riesgo posible en su proceso.

Desde Asepeyo se contempla la Seguridad del Paciente como una de las principales dimensiones de la calidad, un sello de garantía y compromiso hacia nuestros trabajadores y empresas adheridas.

En los centros asistenciales se produce una suma de factores, como pueden ser la distribución geográfica y la variedad de actuaciones sanitarias, que hacen necesaria la elaboración un mapa de riesgos sanitarios. Un documento que refleje las diferentes actuaciones que se llevan a cabo y que detecte las áreas de actuación críticas donde se debe actuar para disminuir el riesgo.

## PROPÓSITO DEL TRABAJO

El propósito de este trabajo es la realización e implantación de un mapa de riesgos sanitarios de un centro asistencial.

A lo largo del documento evaluaremos las actuaciones sanitarias que se llevan a cabo en un centro asistencial, de modo que podamos identificar los procesos y subprocesos (áreas asistenciales) por las que transita el paciente.

Será de vital importancia la identificación de los momentos críticos de la asistencia, aquellos que pueden dar lugar a un evento adverso para poder estudiar:

- Las características del momento crítico.
- El personal implicado (si lo hubiese).
- Los factores contribuyentes y las causas de la situación de riesgo.
- Las posibles acciones correctoras que se pueden implementar.

También se deberán valorar los factores generales de riesgo que afectan al conjunto de la organización, en este caso el centro asistencial.

Se desarrollará por lo tanto un instrumento de evaluación de riesgos sanitarios proactivo, centrado en la prevención de los eventos adversos. Nos apoyaremos en una metodología similar a la que puede desarrollarse con el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

En un primer tiempo el trabajo consistirá en la realización de un mapa de riesgos general de un centro asistencial, debido a las peculiaridades en gestión y asistencia de cada centro asistencial de Asepeyo, una vez desarrollado el documento “base” será necesario la adaptación a cada uno de los centros.

La siguiente fase será la creación de un equipo multidisciplinar en cada centro de Asepeyo, al cual se le presentará y explicará el mapa de riesgos sanitarios. Mediante técnicas de consenso el equipo adaptará el documento general a las particularidades que cada centro contemple. De este modo conseguiremos un documento adaptado y en continuo desarrollo de las áreas críticas de asistencia y de las medidas implantadas, buscando siempre la utilidad y adaptación a cada centro y a sus profesionales.

El equipo evaluador de riesgos de cada centro estará formado por:

- Director del centro (1).
- Personal administrativo (1 o 2).
- PROAS (recepción) (1).
- Personal médico (1).
- Personal de enfermería (1).
- Personal de fisioterapia (1).
- Miembros de la Unidad de Seguridad del Paciente (2), cuya labor será de guía y asesoramiento en la adaptación del mapa de riesgos.

Una vez aprobado el mapa de riesgos se dará a conocer al resto de la plantilla del centro y además será sometido a una serie de evaluaciones y controles periódicos que permitan un ciclo de mejora continua.

El presente trabajo se centrará en la elaboración del mapa de riesgos sanitarios general de un centro asistencial, donde tomaremos como referencia el centro asistencial de Valladolid, un centro de mediano tamaño dentro de la organización.

## OPORTUNIDAD DE MEJORA

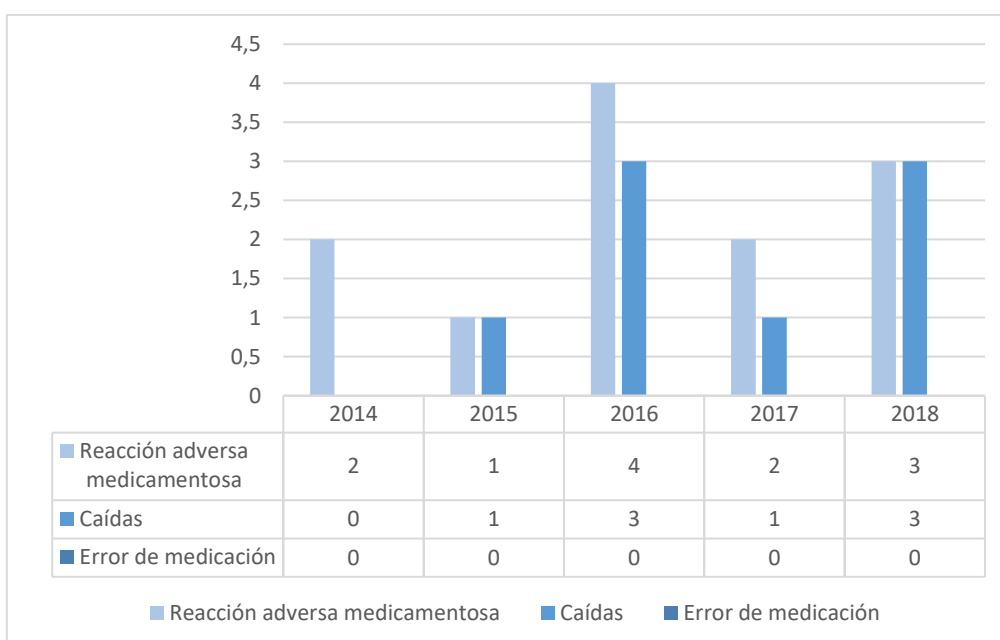
La elección de la oportunidad de mejora ha sido motivada por la inexistencia de un documento de riesgos adaptado y enfocado a los centros asistenciales. Los Hospitales de Asepeyo, ubicados en Coslada (Madrid) y Sant Cugat del Valles (Barcelona), sí disponen de mapas de riesgos sanitarios actualizados y conocidos por los profesionales que desempeñan su labor allí.

Desde 2014, en Asepeyo existe un sistema de notificación de eventos adversos ocurridos en los centros asistenciales. Si bien el sistema presenta sus limitaciones, el principal problema que conlleva es la infranotificación que se produce.

El sistema, disponible para todos los profesionales de los centros asistenciales, recoge los siguientes incidentes:

1. Reacción adversa medicamentosa.
2. Caídas.
3. Error en la medicación.

En el *Gráfico 1* podemos valorar la notificación producida desde su implantación.



*Gráfico 1. Notificación de eventos adversos centros asistenciales de Asepeyo (2014-2018). Fuente: Departamento de Seguridad del paciente de Asepeyo.*

Los motivos de tan baja notificación de incidentes son ampliamente valorables, factores como el déficit formativo, la excesiva categorización de eventos adversos o el miedo a la culpabilización que sufren los profesionales, son factores predisponentes a tan limitada comunicación.

Actualmente Asepeyo tiene en marcha diversos programas de formación en seguridad del paciente dirigidos a los profesionales de los centros asistenciales. Desde el departamento de Seguridad del paciente consideran beneficioso la realización de un Mapa de Riesgos sanitarios de un centro asistencial para una posible implantación territorial en próximos ejercicios.

El aumento del conocimiento de los principales riesgos que existen en la asistencia sanitaria por parte de todos los profesionales, ayudará a aumentar la concienciación sobre la necesidad de la notificación. Una notificación cuyos objetivos son el aprendizaje y la mejora continua de los procesos, nunca la señalización ni culpabilización.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

- **Mejorar la cultura de Seguridad del Paciente en los centros asistenciales mediante el diseño e implantación de un Mapa de Riesgos sanitarios adaptado a las particularidades de cada centro.**

### Objetivos específicos

1. Nombrar un equipo multidisciplinar responsable de la Seguridad del Paciente en cada centro asistencial de Asepeyo.
2. Identificar los procesos asistenciales que componen cada centro asistencial.
3. Reconocer y definir correctamente los principales eventos adversos que ocurren en cada uno de los procesos asistenciales.
4. Analizar y priorizar las causas principales de eventos adversos en cada uno de los procesos asistenciales.
5. Planificar medidas correctoras para evitar, mitigar o reducir los eventos adversos, actuando sobre las causas principales.
6. Establecer un Mapa de Riesgos realizado por el equipo de cada centro y darlo a conocer al resto de la plantilla.
7. Evaluar a los 6 meses de la implantación del Mapa de Riesgos: el conocimiento del Mapa, la presencia de eventos adversos y la identificación de nuevas causas para contrastar y mejorar las medidas correctoras iniciales.
8. Aumentar el grado de notificación de eventos adversos en los centros asistenciales a nivel nacional.



## ANÁLISIS DE CAUSAS

Para poder realizar un análisis de causas de los principales eventos adversos que acontecen en el centro asistencial de Valladolid se hace necesario determinar dos aspectos principales:

1. Los principales procesos por los que transita el paciente.
2. Los eventos adversos que pueden ocurrir en cada proceso.

Dentro de un centro asistencial nos encontramos con distintos procesos y subprocesos en los que se realizan acciones sanitarias y asistenciales con los pacientes, se pueden definir como los departamentos asistenciales de los que dispone un centro. En cada uno de los procesos actuarán múltiples agentes: pacientes, acompañantes y profesionales; además, estarán comprendidos en un espacio físico.

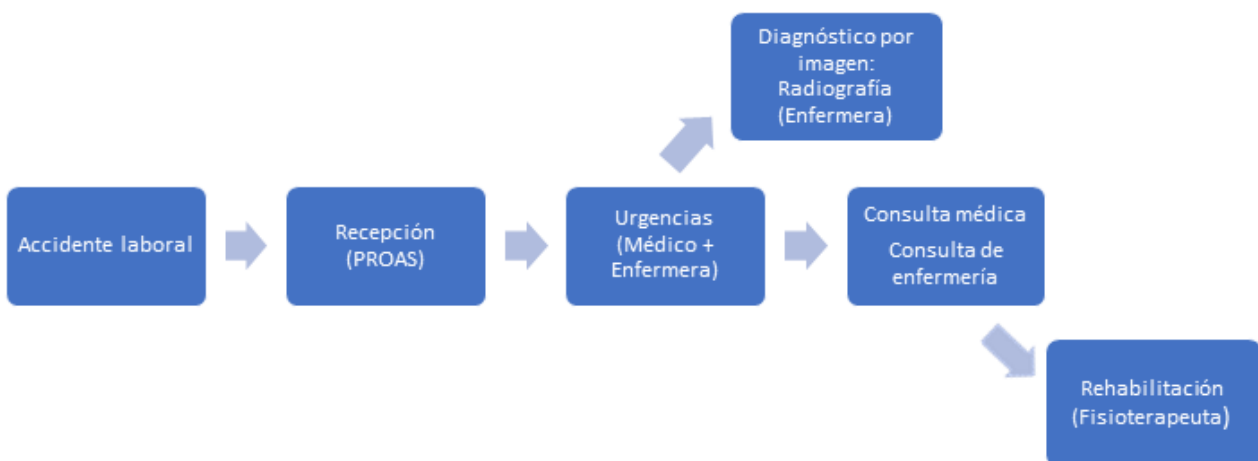
El [Anexo 2](#) recoge el mapa del centro asistencial de Asepeyo Valladolid el cual nos va a permitir situar los procesos sanitarios por los que transita el paciente.

Para facilitar el análisis se ha decidido fragmentar el proceso asistencial en 5 grandes grupos:

1. Recepción del paciente
2. Consultas médicas/enfermeras y exploraciones.
3. Urgencias.
4. Diagnóstico por imagen: radiología.
5. Fisioterapia y rehabilitación.

Esta división se realiza únicamente para el análisis, es importante conocer que la atención que se proporciona a los pacientes es un proceso integrado y en el que frecuentemente el paciente transitará por más de un área, de manera secuencial o simultánea, al mismo tiempo que muchos profesionales realizan sus actuaciones en varias áreas.

A modo de ejemplo, un paciente que sufre un accidente de trabajo al llegar al centro asistencial pasa en primer lugar por recepción, será derivado a urgencias, donde será atendido por un equipo de médico y enfermera. Una vez estabilizada la urgencia es posible que el paciente precise de la realización de una radiografía para el diagnóstico de la lesión, proceso que efectuará de nuevo la enfermera. Para finalizar el paciente tendrá consultas médicas y enfermeras. En caso de necesidad el paciente podrá ser derivado al servicio de rehabilitación para su tratamiento. Podemos ver el diagrama del proceso en la *Imagen 1*.



*Imagen 1. Ejemplo de tránsito de paciente.  
Fuente: Elaboración propia.*

Antes de comenzar el análisis de los principales riesgos que existen en cada proceso, es importante señalar una de las principales fuentes de errores a las que está sometido el paciente: **las transiciones**. Las transiciones son los momentos en los que el paciente pasa de un proceso a otro, es importante el control

de estas transiciones para evitar los dos errores más frecuentes: demora excesiva y error de identificación del paciente.

Se tratan de errores graves que pueden determinar la aparición de eventos adversos como: empeoramiento de lesiones, muerte del paciente durante la estancia en el centro, retraso en la atención y todos aquellos derivados de la equivocación del paciente. Estos eventos, junto a muchos otros, son catalogados de eventos centinela tal y como se puede consultar en el Documento de Notificación de Indicadores Centinela adoptado por Unión de Mutuas<sup>6</sup>.

La Joint Commission recoge que un evento centinela es: *“un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas”*, y además determina que debe llevarse a cabo un análisis causa-raíz en menos de 45 días de su aparición.

Viendo la magnitud y relevancia de estos eventos, es necesario analizar las causas que predisponen a su aparición. En el centro asistencial de Valladolid se determinan los siguientes factores de riesgo y predisponentes al fallo:

- Sala de espera única para todos los procesos.
- Realización multitarea de los profesionales. Cada profesional toma parte en múltiples procesos y pacientes que favorece el olvido o descuido de procesos.
- Fallos humanos.

En posteriores apartados se estudiarán estrategias de prevención, detección y minimización de las situaciones de riesgo.

Garantizar el correcto desarrollo de las transiciones va a permitir el inicio de cada proceso de manera limpia y con ausencia de riesgos previos, asegurando la correcta identificación del paciente y un tiempo de espera adecuado que no empeore el estado del paciente.

A continuación, se van a detallar los principales eventos adversos que pueden suceder en cada uno de los procesos anteriormente indicados, así como una breve descripción del proceso en sí mismo.

### **Recepción**

Se trata del primer contacto del paciente con el centro asistencial. Nos encontramos con pacientes que reclaman una atención de urgencias y con pacientes que acuden a consultas o tratamientos sucesivos.

El servicio es llevado a cabo por el personal del PROAS, personal administrativo que se encuentra en la entrada del centro asistencial, cuya labor es la recepción de los pacientes entre otras tareas administrativas. Concretamente el centro asistencial de Valladolid dispone de 2 puestos PROAS, estando ocupado uno de ellos por personal enteramente dedicado a ello y el otro de manera rotativa por personal de administración de diversos ámbitos.

En aquellos pacientes que acudan por primera vez demandando una atención urgente, el PROAS realizará la primera valoración de la gravedad y urgencia de la lesión, determinando la necesidad de atención médica inmediata o la posibilidad de realizar trámites administrativos previos. Por otro lado, en los pacientes que acudan para consultas sucesivas, tratamientos y pruebas, la labor del PROAS será la de avisar al personal encargado de la llegada del paciente.

Es importante señalar que en Asepeyo se dispone de un programa informático de gestión clínica llamado Chamán, en el cual todo profesional de Asepeyo tiene acceso en su ámbito de actuación, para registrar los distintos procesos que lleva a cabo con el paciente, de modo que el resto de compañeros puedan consultarlo en cualquier momento y saber por qué procesos o no ha pasado el paciente. En el caso del PROAS, el personal registrará las visitas de urgencias y la llegada de los pacientes a sus visitas programadas.

Tras esta breve contextualización de la recepción de los pacientes, se van a detallar los principales eventos adversos que pueden ocurrir:

- Demora excesiva: empeoramiento o muerte del paciente.
- Citaciones erróneas.
- Errores de identificación del paciente.
- Valoración deficiente del requerimiento de asistencia.
- Problemas en la comunicación: PROAS-paciente o PROAS-sanitarios.
- Otros (se precisarán por el equipo evaluador de cada centro en la siguiente fase del proyecto).

En Seguridad del Paciente se debe conocer que un evento adverso puede ocurrir por la combinación de múltiples causas y que además una causa puede contribuir al desarrollo de varios eventos adversos. Se puede resumir que los eventos adversos son multicausales y que cada causa tiene multifectividad. A modo de ejemplo en el momento de la recepción de los pacientes, se produce un empeoramiento de las lesiones, las principales causas que en un primer momento se objetivan podrían ser: una deficiente valoración de la gravedad, distracciones del personal, demora en la atención...

En el proceso de recepción de los pacientes los errores pueden verse influenciados por las siguientes causas, que ya hemos dicho que pueden ocurrir aisladas o combinadas en la aparición de eventos adversos:

- Distracciones: teléfono, otros pacientes, compañeros, etc.
- Clasificación de urgencia incorrecta.
- Derivación mal ejecutada.
- Volumen de pacientes elevado.
- Barreras idiomáticas.
- Fallos informáticos.
- Realización multitarea de los profesionales.
- Simulación del paciente.

Como se ha expuesto con anterioridad, en posteriores apartados se estudiarán estrategias de prevención, detección y minimización de las causas predisponentes a eventos adversos, tanto de este proceso como de los siguientes.

### Consultas médicas/enfermeras y exploraciones

La RAE<sup>7</sup> define consulta médica como: “Acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado”. Una consulta médica o de enfermería es por lo tanto el espacio dónde el paciente es atendido por el profesional sanitario (médico y/o enfermera), expone sus problemas de salud y el profesional le diagnostica, trata y aconseja para su curación. La consulta debe ir acompañada de una exploración bio-psico-social del paciente, donde el profesional explore las lesiones físicas (lo más frecuente en una mutua), psíquicas (estrés, ansiedad, etc.) y sociales (apoyo del que el paciente disponga).

El centro asistencial de Valladolid cuenta con: 3 consultas médicas, 2 consultas de enfermería, 3 salas de curas y 1 de yeso, para la atención de las contingencias profesionales. Se puede ver la distribución en el mapa del centro asistencial (Anexo 2). El centro cuenta con otros profesionales sanitarios dedicados a otras tareas, en otros espacios físicos, pero que en caso de necesidad pueden ayudar en la atención de urgencias.

En estas salas el paciente es sometido a una exploración, recibe un diagnóstico, un tratamiento y unas recomendaciones, procesos críticos de la asistencia sanitaria en las que se pueden cometer errores como:

- Demora excesiva.
- Identificación incorrecta del paciente.
- Equivocación en la citación.
- Confusión de documentación clínica.
- Error de registro.
- Errores de comunicación: paciente-médico, paciente-enfermera, médico-enfermera.
- Diagnóstico equivocado.
- Fallos administrativos en la clasificación del accidente.

- Deficiente exploración.
- Deficiente anamnesis.
- Retraso remisión a especialista.
- Errores de medicación.
- Omisión pauta tetánica.
- Omisión de protección gástrica.
- Sobrevacunación.
- Resistencia a antibióticos.
- Infección nosocomial.
- Reacción alérgica por fármacos.
- Dolor no controlado.
- Errores de tratamiento.
- Caídas del paciente.
- Tromboembolismo relacionado con inmovilización.
- Reacciones dérmicas a apósitos.
- UPP por inmovilizaciones.
- Dehiscencia de suturas.
- Etc.

Muchos de estos errores ya han sido identificados y estudiados en estudios de ámbito nacional como el estudio APEAS<sup>4</sup> y ENEAS<sup>3</sup>.

Estos eventos adversos son fácilmente clasificables en subgrupos: consulta médica, consulta enfermería, curas o exploraciones; se ha preferido realizar un listado común ya que un mismo incidente puede ocurrir en un subgrupo o en varios simultáneamente.

Lo mismo ocurre con las causas de los incidentes, en muchas ocasiones una causa ocurrirá en un proceso y se irá transmitiendo en los sucesivos procesos de atención. Una anamnesis deficiente que no registre las alergias, puede ocasionar una prescripción errónea por parte del médico y una administración de un fármaco potencialmente dañino para el paciente por parte de la enfermera. Las principales causas pueden ser:

- Distracciones.
- Realización de multitarea.
- Carga de trabajo excesiva.
- Presiones administrativas.
- Exploración superficial.
- Diagnóstico precipitado.
- Fallo informático.
- Órdenes verbales no verificadas.
- Déficit en la anamnesis.
- Déficit de conocimiento del funcionamiento de las mutuas.
- Prisas.
- Falta de actualización de profesionales.
- Rotación de personal.

Las causas expuestas en este trabajo son aquellas consideradas y documentadas como las más frecuentes, sin embargo, la producción de un evento adverso requiere el estudio del mismo con fines de aprendizaje y mejora de la atención, de ahí la importancia de un programa de notificación de eventos adversos que sienta las bases de una correcta seguridad del paciente.

## Urgencias

Una urgencia es la demanda de asistencia médica de manera inmediata, sin planificar y debido a una situación recientemente ocurrida. En Asepeyo lo más frecuente es que los pacientes demanden atención urgente tras haber sufrido un accidente de trabajo, en otras ocasiones puede ser por la aparición de un cuadro grave sin accidente traumático (por ejemplo, exposición a contaminantes) o por el empeoramiento de una situación previa de enfermedad.

La definición de accidente de trabajo queda recogida en el artículo 156 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social<sup>8</sup>, como “...*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo efectuado por cuenta ajena...*”, así como las consideraciones que tiene un accidente laboral. Los profesionales de Asepeyo, deben estar familiarizados con estos conceptos para poder identificar aquellos accidentes contemplados y cubiertos por las mutuas.

Al hablar de urgencias es importante diferenciar los conceptos de urgencia y emergencia. La emergencia es aquella situación que requiere una atención inmediata por suponer un riesgo para la vida de la persona, la pérdida de un miembro del cuerpo o la pérdida de funcionalidad. En cambio, la urgencia requiere

atención médica que puede llevarse a cabo en un tiempo más dilatado sin poner en riesgo la vida de la persona.

La gran mayoría de atenciones prestadas en un centro asistencial corresponden a urgencias, pero es importante clasificar correctamente las emergencias para asegurar la mejor asistencia médica a la mayor brevedad posible. Este primer paso es llevado a cabo por el PROAS, quien determinará la magnitud y rapidez en la actuación por parte del servicio médico.

El servicio médico es el responsable de la atención y estabilización de la urgencia o emergencia de los pacientes, normalmente está compuesto por médico y enfermera, pero que en caso de necesidad pueden requerir ayuda de otros profesionales sanitarios y no sanitarios si es preciso.

En la atención de las urgencias se pueden dar los siguientes errores:

- Incorrecta clasificación de urgencia/emergencia.
- Demora excesiva.
- Reacción de profesionales inadecuada.
- Mala gestión del estrés.
- Error en el diagnóstico.
- Error en la exploración.
- Priorización inadecuada de lesiones.
- Derivación errónea.
- Errores en medicación.
- Fallo en la comunicación.
- Fallo en maniobras de reanimación.
- No disponibilidad de maletín de emergencias o DEA.
- Mal estado del material de urgencias.
- Caídas del paciente.
- Mal abordaje del dolor.
- Etc.

Las principales causas de que acontezcan estos incidentes tan poco deseables son:

- Personal poco entrenado en emergencias.
- Protocolos inadecuados o desconocidos.
- Comunicación ineficaz.
- Estrés.
- Ausencia o mal estado del material.

### **Diagnóstico por imagen: radiología**

Los centros asistenciales de Asepeyo disponen de una sala de radiología para la realización de radiografías que ayuden en el diagnóstico o control de las lesiones. El servicio está compuesto por un médico director de la instalación y normalmente por enfermeras con el título de operador de rayos, las cuales son las encargadas de la realización de las pruebas.

Las pruebas son solicitadas por el médico que atiende al paciente, quién determina qué tipo de radiografía precisa, parte del cuerpo y modo de desplazamiento del paciente (a pie, silla de ruedas o camilla). La enfermera recibe la información a través del programa de gestión asistencial informático y realiza la prueba.

La información que recibe la enfermera es la indicada por el médico, sin embargo, no es la misma que se transmite al equipo de rayos, dónde sólo se derivan los datos identificativos del paciente. La enfermera una vez dentro de la sala de rayos no dispone de la petición del médico informatizada, hará uso de su memoria para recordar la prueba solicitada, con los riesgos derivados de ello.

Los principales eventos adversos que se pueden dar son:

- Petición de pruebas de dudosa necesidad.
- Demora en la realización.
- Déficit en la comunicación.
- Error de paciente.
- Instrucciones erróneas.
- Parte del cuerpo equivocada.
- Exposición a embarazos o personal sensible.
- Fallo del equipo.
- Caídas.

Algunas de las causas que determinan la aparición de error son.

- Programas informáticos diferentes sin interconexión.
- Aumento de las demandas jurídicas a médicos que aumenta la petición de pruebas.
- Falta de colaboración del paciente.
- Déficit de comunicación.
- No confirmación con paciente.
- Mal estado de la instalación.
- Realización de multitarea del personal.

### **Fisioterapia y rehabilitación**

La RAE<sup>7</sup> define la fisioterapia como el *“Tratamiento de lesiones, especialmente traumáticas, por medios físicos, como el calor, el frío o el ultrasonido, o por ejercicios, masajes o medios mecánicos”* y rehabilitación como el *“Conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad”*.

En los centros asistenciales de Asepeyo la sala de fisioterapia y rehabilitación está integrada por fisioterapeutas que ayudan al tratamiento y recuperación funcional de los pacientes. El médico determina la necesidad de tratamiento rehabilitador para la recuperación de una lesión y el fisioterapeuta encargado será quien decida el mejor tratamiento para cada paciente y lesión.

Pueden darse los siguientes eventos adversos:

- Demora en la citación.
- Equivocación al citar.
- Mal abordaje del dolor.
- Fallo en los equipos.
- Tratamiento ineficaz.
- Caídas.
- Lesiones por inmovilidad prolongada.
- Demora en la curación.
- Exposición a radiaciones a personal sensible.

Motivados por causas como:

- Alta demanda.
- Tratamientos prolongados.
- Simulación de los pacientes.
- Mal mantenimiento de equipos.
- Falta de actualización de profesionales.
- Error en la identificación del paciente.

A modo de resumen en la *Imagen 2* podemos ver representado en un diagrama de Ishikawa las principales causas que pueden determinar la aparición de eventos adversos en los diferentes procesos de un centro asistencial.

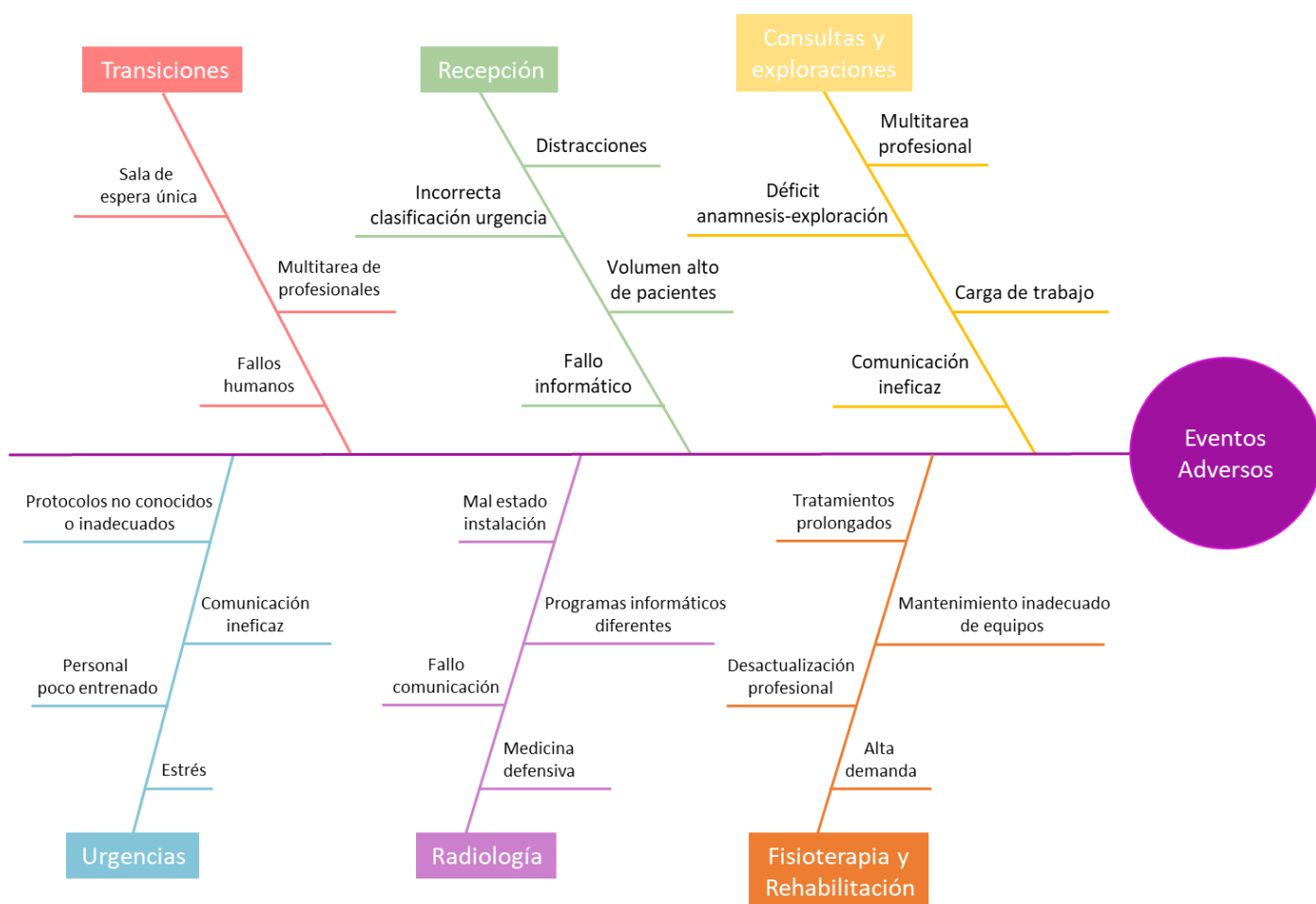


Imagen 2. Diagrama de Ishikawa: Principales causas de eventos adversos en una mutua de accidentes de trabajo. Fuente: Elaboración propia.

En siguientes apartados se llevará a cabo una planificación de acciones correctivas de las causas estudiadas y la implantación de dichas acciones en cada uno de los centros, bajo la aprobación y el consenso de los equipos evaluadores de riesgos que se formarán en cada centro asistencial.

## PLANIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

Antes de poder planificar e identificar las acciones de mejora más indicadas en cada uno de nuestros procesos asistenciales, es importante conocer la situación en la que se encuentra cada uno de ellos, saber en qué nos podemos apoyar para la mejora y que factores pueden perjudicar la implantación de nuevas acciones. Para ayudarnos a conocer la situación de partida se realizará un análisis DAFO de cada uno de los procesos, el cual nos permita:

- Corregir las DEBILIDADES.
- Afrontar las AMENAZAS.
- Mantener las FORTALEZAS.
- Explorar las OPORTUNIDADES.

Las debilidades y fortalezas vienen determinadas por aspectos de ámbito interno, como puede ser la estructura del servicio, personal, etc. Por el contrario, las amenazas y oportunidades se refieren a elementos o situaciones externas del servicio, que nos pueden ayudar o perjudicar.

A continuación, se analizará cada uno de los procesos asistenciales y se planificarán las acciones de mejora que se pueden llevar a cabo en cada uno de ellos, siempre con el objetivo de evitar, mitigar o reducir el riesgo de eventos adversos.

Cada uno de los análisis DAFO planteados corresponden a la situación que se puede extraer del centro asistencial de Valladolid, y a pesar de ello en la implantación en ese mismo centro pueden sufrir modificaciones que se adapten a la situación particular y actual del centro. Sin embargo, sirven de punto de partida para comenzar a analizar los servicios y los centros, es posible que muchos centros tengan elementos comunes a los expuestos, elementos que en unos centros sean una debilidad y que en otros se conviertan en fortalezas.

Tras la constitución del equipo de trabajo de cada centro, el mismo será responsable de adaptar el DAFO a su centro, clasificando correctamente las fortalezas o debilidades con las que cuenta su centro. El equipo de trabajo también será responsable de priorizar las causas de eventos adversos y acordar la implantación de medidas correctoras.

### Recepción

DAFO SERVICIO DE RECEPCIÓN	
<b>Fortalezas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades comunicativas bien desarrolladas.</li> <li>• Entrenamiento en gestión de conflictos.</li> <li>• Conocimientos avanzados de normativa y procedimientos administrativos.</li> <li>• Estructura y tareas bien definidas y compartimentadas.</li> </ul>	<b>Oportunidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de mismo sistema informático que el servicio médico.</li> <li>• Sistemas de comunicación internos y directos con servicio médico.</li> <li>• Disponibilidad de cursos formativos internos.</li> </ul>
<b>Debilidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multitarea del PROAS.</li> <li>• Déficit en clasificación de urgencias.</li> <li>• Distracciones.</li> </ul>	<b>Amenazas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda imprevisible de atención de los pacientes.</li> <li>• Patología variable.</li> <li>• Accidentes graves y aparatosos.</li> <li>• Presencia de jefe que dificulta la atención.</li> <li>• Exceso de trámites administrativos que retrasa la atención.</li> </ul>

Tabla 1. Análisis DAFO: Servicio de Recepción.  
Fuente: Elaboración propia.



Como se ha desarrollado con anterioridad las principales causas de eventos adversos recogidas en la recepción de los pacientes son:

1. Distracciones.
2. Incorrecta clasificación de urgencias/emergencia.
3. Alto volumen de pacientes.
4. Fallos informáticos.

Cada centro deberá priorizar estas causas, adaptarlas a sus circunstancias particulares y apoyándose en el análisis DAFO acordar acciones de mejora.

A modo de ejemplo un centro que priorice en valores altos el déficit formativo de su personal PROAS en clasificación de gravedad o triaje, puede planificar el desarrollo de cursos formativos que permitan la adquisición o mejora de estos conocimientos. Si la necesidad de formación fuera contemplada en una mayoría de centros podría realizarse una implantación a nivel central de cursos reglados e impartidos al personal de todos los centros.

Por otro lado, la presencia excesiva de distracciones se debe solucionar a nivel de cada centro, dado que el volumen, dimensiones y personal de cada centro varía de uno a otro. Se puede dar un centro cuyo volumen asistencial permita el desarrollo multitarea del PROAS y otros que requieran una dedicación completa a la recepción e incluso limitar las llamadas que responde.

### Consultas y exploraciones

DAFO CONSULTAS Y EXPLORACIONES	
<b>Fortalezas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal entrenado y conocedor de mutuas.</li> <li>• Patologías prevalentes y frecuentes.</li> <li>• Estructura física en buenas condiciones.</li> <li>• Tecnología médica adecuada a necesidades.</li> </ul>	<b>Oportunidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de amplia gama de cursos formativos internos.</li> <li>• Disponibilidad de formación externa subvencionada.</li> </ul>
<b>Debilidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complejidad normativa de las mutuas.</li> <li>• Multitarea de profesionales</li> <li>• Falta de personal para el volumen de pacientes.</li> <li>• Exceso de trámites administrativos.</li> <li>• Programa informático que retrasa procesos.</li> </ul>	<b>Amenazas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganancia económica de los pacientes.</li> <li>• Simulación de patologías.</li> <li>• Presión de dirección para disminuir número de bajas y costes.</li> <li>• Accidentes poco frecuentes o patología previa compleja.</li> </ul>

Tabla 2. Análisis DAFO: Consultas y exploraciones.  
Fuente: Elaboración propia.

Este proceso es en el que se desarrolla la mayor parte asistencial del centro, contempla acciones, como consulta médica, consulta de enfermería, curas, exploraciones, etc. Se trata de un proceso con una alta potencialidad de fallo motivado por las múltiples áreas críticas que ya se han expuesto y por la magnitud y amplitud del proceso.

Las principales causas de error son: la carga asistencial, la multitarea de los profesionales, fallos en las comunicaciones; y una lista interminable de causas con menor incidencia.

Existen múltiples cursos destinados a la mejora de las comunicaciones y el trabajo en equipo, en centros que determinen los fallos en las comunicaciones como una de las principales causas de eventos adversos estará indicado reforzar esa formación y también sería conveniente la homogeneización de cursos en el mismo equipo de trabajo, es decir que médico y enfermera contasen con la misma formación.

La multitarea o carga asistencial debe abordarse a nivel particular de centro, se trata de una de las áreas que causa más errores y que además está comprendida en muchos de los procesos. Acciones como acotar el tiempo dedicado a consultas o disponer de un profesional para cada área asistencial son medidas que

se pueden adoptar, sin embargo, la complejidad de algunos centros no permite esta compartimentación, circunstancia que se ve agravada por la demanda cambiante de asistencia de los pacientes.

### Urgencias

DAFO URGENCIAS	
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta capacidad de resolución.</li> <li>Red asistencial amplia.</li> <li>Mínimo número de emergencias reales.</li> <li>Trabajo en equipo.</li> <li>Control y revisión de maletín y DEA exhaustivo por parte de enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cursos de formación en emergencias.</li> <li>Sistemas de derivación a hospitales y/o especialistas.</li> </ul>
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Clasificación de urgencia por personal no sanitario.</li> <li>Ausencia de protocolos de triaje.</li> <li>Ubicación física del servicio.</li> <li>Multitarea del personal.</li> <li>Falta de entrenamiento en emergencias.</li> <li>Trámites administrativos.</li> <li>Reciclajes SVB y DEA muy distanciados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accidentes graves y aparatosos.</li> <li>Alto volumen asistencial.</li> <li>Desconocimiento de protocolos por parte de trabajadores y empresas mutualistas.</li> </ul>

Tabla 3. Análisis DAFO: Urgencias.

Fuente: Elaboración propia.

La atención de urgencias lleva intrínsecamente factores que favorecen la aparición de eventos adversos, tales como: necesidad de rapidez, gravedad de la situación, riesgo real para la vida o función, etc. Si bien es cierto que el número de emergencias o urgencias vitales atendidas en los centros asistenciales de Asepeyo no es muy elevado, no se debe despreciar ya que los errores en la atención de urgencias pueden provocar daños irreparables e incluso la muerte del paciente.

Es importante conocer las limitaciones de un centro asistencial, se tratan de centros ambulatorios, no son hospitales ni tienen la estructura adecuada para atender urgencias vitales, es por ello que Asepeyo cuenta con una amplia red de hospitales públicos y privados concertados para atender este tipo de accidentes. A pesar de ello en conversaciones informales con profesionales de Asepeyo, todos son capaces de enumerar diversas situaciones atendidas en centros asistenciales que requerían la atención en un hospital.

La mejor manera de prevenir la llegada de situaciones desproporcionadas a las capacidades de un centro es la divulgación de medidas y protocolos de derivación con mutualistas, de modo que nuestros accidentados sepan dónde acudir para recibir la mejor atención. Se propone valorar la realización de jornadas divulgativas entre mutualistas acordadas con dirección y servicio médico.

A nivel de profesionales de Asepeyo, la falta de entrenamiento en estas situaciones es el principal factor de inseguridades, errores y eventos adversos. Servicios altamente especializados como el SAMUR de la Comunidad de Madrid tienen reciclajes cada 2 meses, quizá esa periodicidad sea excesiva e innecesaria para Asepeyo, pero sin duda se plantea la necesidad de reciclajes y simulacros con mayor frecuencia y especialmente la formación de personal de nueva incorporación.

La elaboración de protocolos y arboles de actuación de emergencias que permita la correcta toma de decisiones y derivaciones sin demora a los servicios disponibles en cada ciudad, es otra de las medidas que a nivel central puede desarrollarse. En personal poco entrenado en la atención de urgencias disponer de un árbol de actuación o diagrama puede ayudar en la seguridad a la hora de tomar decisiones.

En el [Anexo 3](#) se puede ver un ejemplo de diagrama de actuación en emergencias, que puede ser adoptado como carteles a modo de recuerdo en salas de exploraciones de Asepeyo.

### Radiología

DAFO RADIOLOGÍA	
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación adecuada de todo el personal fijo.</li> <li>• Equipos nuevos y de última generación.</li> <li>• Control de radiación por parte del equipo.</li> <li>• Revisiones anuales de funcionamiento equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cursos de formación en radiología.</li> <li>• Programa informático incluye recuerdo de posiciones.</li> <li>• Colimadores precisos que disminuyen radiación.</li> </ul>
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Petición innecesaria de pruebas.</li> <li>• No comunicación entre programas informáticos.</li> <li>• Multitarea de las enfermeras.</li> <li>• Duplicado de registros: libro y programa informático</li> <li>• Personal temporal sin formación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exigencia de pruebas por parte del paciente.</li> <li>• Pacientes complejos y con dolor.</li> <li>• Exigencia de rapidez.</li> </ul>

Tabla 4. Análisis DAFO: Servicio de Radiología.

Fuente: Elaboración propia.

En los últimos años en Asepeyo se ha realizado una gran inversión en la instalación de equipos nuevos en gran parte de centros asistenciales. Los nuevos equipos incorporan diversas medidas de seguridad que limitan las dosis radiológicas, permiten una gran colimación, mejoran la calidad de imagen disminuyendo la repetición de pruebas, etc. Es importante señalar que a pesar de todas las medidas que incorporan, no traspasan la petición médica, es decir cuando la enfermera va a efectuar la radiografía no dispone de la petición del médico dudando por ejemplo si precisaba de una radiografía de tobillo o de pie.

Se debe valorar la posibilidad de incorporar la petición al programa de radiología o si no es posible el desarrollo e implantación de un protocolo que minimice la dependencia de la memoria de la enfermera o técnico de rayos.

Otro ámbito dónde se debe actuar es en la petición innecesaria de pruebas, una correcta exploración y un estudio del mecanismo de producción por parte del médico puede minimizar la necesidad de pruebas. Está generalizada la realización de radiografías como defensa legal ante posibles demandas, sin embargo, no debemos olvidar que la petición innecesaria de pruebas también se trata de una imprudencia médica, hay que incidir en la justificación de las pruebas.

Cursos de formación en evaluación del daño corporal y exploración dirigidos a médicos, ayuda a aumentar la seguridad en el diagnóstico y disminuir la petición de pruebas innecesarias.

### Fisioterapia

DAFO FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cupo de pacientes cerrado.</li> <li>• Disponibilidad de organización de horarios de sesiones.</li> <li>• Equipos actualizados con revisiones periódicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de amplia gama de cursos formativos internos.</li> <li>• Disponibilidad de formación externa subvencionada.</li> <li>• Posibilidad de derivación a hospitales y rehabilitación intensiva y especializada.</li> </ul>
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición de nuevos tratamientos y técnicas frecuente.</li> <li>• Falta de tiempo para actualización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta demanda asistencial.</li> <li>• Pacientes simuladores.</li> <li>• Pacientes no cumplidores.</li> <li>• Presión de organización para disminución de listas de espera.</li> </ul>

Tabla 5. Análisis DAFO: Servicio de Rehabilitación.

Fuente: Elaboración propia.

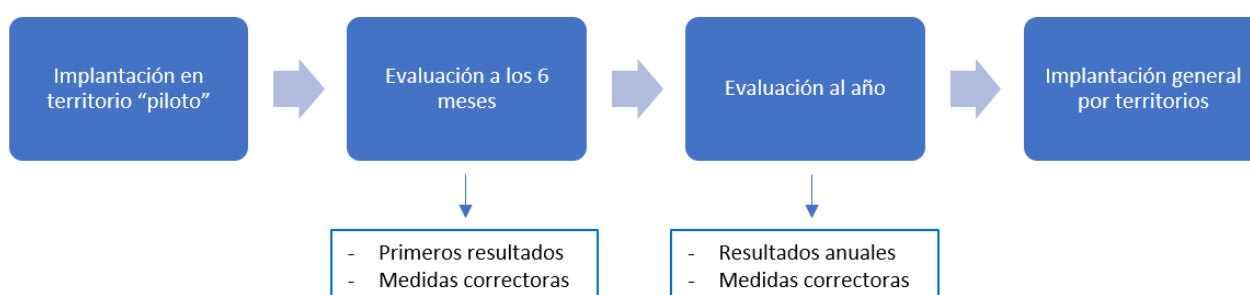
Como ocurre en otras áreas, el avance de la medicina, la aparición de nuevas técnicas, la disponibilidad de nuevos recursos está a la orden del día. En el ejercicio asistencial es muy fácil acomodarse en técnicas o tratamientos que siempre se han realizado, es por ello que Asepeyo dispone de grandes oportunidades de formación que deben ser aprovechadas por los fisioterapeutas.

Una de las principales fortalezas de este servicio es la capacidad de organización que dispone, se trabaja bajo citación y sesiones programadas. Una correcta organización, con un estudio importante de los tiempos de cada tratamiento, va a permitir un aumento de la eficiencia del servicio, además de una mayor calidad y seguridad en la atención.

## IMPLANTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

A modo de recuerdo y como se expuso en el propósito del trabajo y los objetivos, se busca el desarrollo de un Mapa de Riesgos sanitarios adaptado a las particularidades de cada centro. Cada mapa de riesgos permitirá el conocimiento por parte de la plantilla del centro de: los principales de procesos, los eventos adversos, que causas los motivan y las medidas correctoras adoptadas para su minimización.

Se propone una implantación por sectores, en Asepeyo cada sector corresponde a un centro asistencial, de modo que se produzca una implantación paulatina en todo el territorio. Sería conveniente la implantación previa de un territorio piloto, a modo ejemplo un territorio como Castilla y León que cuenta con 10 centros asistenciales comenzaría la implantación en los 10 centros a principios de año, a los 6 meses se produciría una primera valoración de resultados y corrección del programa si es necesario. Al año de la implantación si los resultados son favorables se extendería a todo el territorio español por fases. En la *Imagen 3* se puede visualizar gráficamente en proceso de implantación.



*Imagen 3. Proceso de implantación.*

*Fuente: Elaboración propia.*

A continuación, se van a detallar las fases que se van a llevar a cabo para el desarrollo del Mapa de Riesgos de cada centro Asistencial.

### 1. Formación del equipo de trabajo

Se trata del establecimiento de los compañeros de cada centro asistencial que van a llevar a cabo el proceso de elaboración del Mapa de Riesgos. Será importante la asignación de los miembros de carácter voluntario siempre que sea posible, de modo que favorezcamos la participación e implicación en el proceso.

Otro factor a valorar es la experiencia del personal, no es necesaria una experiencia de años de evolución, pero si es determinante el conocimiento de las áreas de la mutua. Corresponderá a los directores de centro la asignación de los miembros del equipo, podrá contar con el apoyo del departamento de seguridad del paciente si lo considera necesario.

Los componentes del equipo serán:

- Director del centro.  
Asignará el resto de miembro del equipo. Sirve de enlace con la dirección, tendrá gran peso en los cambios organizativos propuestos.  
Será el responsable de la distribución del Mapa de Riesgos al resto del personal del centro.
- Personal administrativo (1 o 2).  
En función del tamaño del centro pueden ser necesarias 1 o 2 personas, incluso en centros muy pequeños, su función puede verse realizada por el PROAS.  
Aportará el punto de vista de personal no sanitario, tendrá especial interés en acciones dirigidas en transiciones.

- PROAS (recepción) (1).  
Se trata de personal implicado en todos los procesos, es la persona idónea para valorar las comunicaciones entre departamentos, tiempos de espera, etc. Cobrará además un papel determinante en la evaluación del proceso de recepción.
- Personal médico (1).  
Implicado en múltiples procesos, dará el punto de vista médico en las actuaciones.
- Personal de enfermería (1).  
Se ve implicado en la mayor parte de los procesos. Junto con el personal PROAS es el personal con mayor número de interacciones entre áreas.  
Además de gran peso que tiene en los procesos, cobra vital importancia en las transiciones actuando como hilo conductor del paciente en muchas ocasiones.
- Personal de fisioterapia (1).  
Su principal labor vendrá al analizar el área de rehabilitación, ya que su interacción en otras áreas es muy limitada.
- Miembros de la Unidad de Seguridad del Paciente (1 o 2).  
Su labor será de guía y asesoramiento en la adaptación del mapa de riesgos.  
Llevará la mayor parte del peso metodológico del programa. Dirigirá los tiempos de la reunión y elaborará el Mapa de Riesgos acordado por el equipo.  
Planificará reuniones de seguimiento.  
Identificará elementos comunes entre los centros para establecer medidas de carácter central.

En el desarrollo de la reunión es muy importante olvidarse la jerarquía organizativa de los centros, en este momento se trata de un grupo de expertos, dónde las opiniones e ideas de todos tendrán el mismo peso a la hora de adoptar medidas.

## 2. Presentación del trabajo e identificación de procesos

Al inicio de la reunión, el personal de la Unidad de Seguridad del Paciente, será el encargado de introducir el programa. Mediante una breve introducción expondrá los objetivos y propósito del programa, tras ello detallará las fases que van a llevarse a cabo en el transcurso de la reunión.

Es conveniente que el personal designado como miembro del equipo cuente, previo al desarrollo de la reunión, con el material elaborado en este trabajo, el cual además servirá de apoyo en el transcurso de la misma.

Una vez efectuada la presentación del trabajo se detallarán las áreas o procesos asistenciales a valorar, los miembros del equipo completarán la descripción de cada proceso asistencial con aspectos y particularidades de su centro que consideren relevantes.

## 3. Identificación y priorización de riesgos

Mediante la técnica de grupo nominal se identificarán los principales riesgos que contempla cada proceso. Cada miembro de equipo establecerá al menos 3 situaciones de riesgo de cada proceso, después serán compartidas con el grupo y categorizadas por similitud por parte del dinamizador.

Una vez identificados los riesgos se procederá a la priorización de los mismos, para ello se determinará el Índice de Prioridad de Riesgo (IPR), lo que permitirá identificar aquellos riesgos sobre los que habrá que actuar primero.

Cómo vemos en la *Tabla 6*, cada riesgo se puntuará en función del grado de ocurrencia, gravedad y detección. El IPR, por lo tanto, se obtendrá de la siguiente fórmula:  $IPR = \text{ocurrencia} \times \text{gravedad} \times \text{detección}$ .

		Ocurrencia					
		Remota (1)	Baja (2)	Moderada (3)	Alta (4)	Muy alta (5)	
Gravedad	Ninguna (1)	1	2	3	4	5	Muy alta (1)
	Mínima (2)	4	8	12	16	20	Alta (2)
	Moderada (3)	9	18	27	36	45	Moderada (3)
	Mayor (4)	16	32	48	64	80	Baja (4)
	Crítica (5)	25	50	75	100	125	Remota (5)
							Detección

- Riesgo bajo
- Riesgo medio
- Riesgo alto

Tabla 6. Matriz Priorización de Riesgos.

Fuente: Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario <sup>10</sup>.

Una vez cuantificado cada riesgo, se tomarán aquellos con mayor puntuación, que serán los prioritarios para actuar. El primer año de implantación del Mapa de Riesgos es suficiente con la elección de 1 o como mucho 2 riesgos por cada proceso.

#### 4. Establecimiento de acciones de mejora

En este punto se dispondrá de una priorización de riesgos, de 5 a 10, para los cuales se deberá buscar acciones de mejora para prevenirlos.

Se valorará cada riesgo por separado y el equipo llegará a un acuerdo sobre las medidas a implantar. En este momento es cuando cobra gran importancia la presencia de un equipo interdisciplinar que permita valorar los riesgos y las medidas para reducirlos desde diversos puntos de vista.

Para cada riesgo se establecerán varias medidas correctoras, de modo que haya múltiples barreras que impidan el desarrollo de eventos adversos. El equipo podrá apoyarse en los análisis DAFO de cada proceso adaptándoles a las particularidades de su centro si es preciso.

A modo de ejemplo, si se ha priorizado como riesgo el error en la administración de medicación, se podrían implantar medidas como: prescripción médica siempre informatizada, confirmación verbal enfermera-médico, confirmación con paciente, 5 correctos en la administración de medicación, etc.

#### 5. Elaboración de Mapa de Riesgos acordado y distribución en el centro

El personal de la Unidad de Seguridad del Paciente será el encargado de elaborar el documento final del Mapa de Riesgos con lo acordado en la reunión. El Mapa de Riesgos deberá incluir como mínimo los siguientes aspectos:

- Miembros del equipo.
- Riesgos identificados.
- Puntuación IPR obtenida de cada riesgo.
- Riesgos sobre los que se actuará.
- Propuesta de acciones de mejora.

Una vez elaborado el Mapa de Riesgos, se pondrá a disposición del director del centro el cual lo transmitirá al resto de los empleados de su centro. Podrá recurrir al resto del equipo para transmitir aquellos aspectos que considere oportunos.

## 6. Evaluación y control

Tras la instauración del Mapa de Riesgos se establecerá una primera evaluación a los 6 meses de la implantación, permitirá una evaluación temprana del cumplimiento de las medidas acordadas y la determinación de los principales fallos del programa y barreras encontradas. El objetivo es reconducir la estrategia si es preciso y apoyarse en las áreas que funcionan.

A los 6 meses se realizará también una encuesta a todo el personal del centro en el que se ha implantado el Mapa de Riesgos, podemos ver la encuesta en el [Anexo 4](#). La realización de esta encuesta plantea dos objetivos:

1. Cuantificar los conocimientos sobre Seguridad del Paciente y en especial sobre el Mapa de Riesgos sanitarios de la plantilla. Será llevado a cabo mediante un cuestionario de 10 preguntas con respuesta múltiple.
2. Medir el grado de satisfacción con el programa que muestra la plantilla. Se realizará mediante un cuestionario Likert.

Una vez realizada la implantación y transcurrido el primer año, se establecerán reuniones de carácter anual que tendrán los siguientes objetivos:

- Evaluación de cumplimiento de acciones establecidas y resultados del año anterior.
- Identificación de problemas en la ejecución de acciones.
- Propuesta de soluciones de los problemas encontrados.
- Establecer nuevas áreas de mejora: pueden ser áreas no contempladas en año anterior o corrección de los problemas acontecidos.
- Elaboración y distribución de nuevo Mapa de Riesgos y medidas correctoras para el año en curso.



## MEDICIÓN DE RESULTADOS Y MONITORIZACIÓN

Para facilitar la medición de resultados y la monitorización del programa se van a exponer una serie de indicadores que faciliten el seguimiento, con los estándares deseados de cumplimiento. Se han establecido un total de 8 indicadores que se definen las siguientes tablas.

INDICADOR 1		
<b>NOMBRE</b>		Porcentaje de implantación en centros de la región piloto
<b>FÓRMULA</b>	Numerador	nº de centros implantados del territorio piloto x 100
	Denominador	nº total de centros territorio piloto
<b>DEFINICIÓN</b>		Evalúa el grado de implantación en la región piloto del programa
<b>TIPO</b>		Proceso
<b>FORMA DE MEDICIÓN</b>		Medición al año de la implantación
<b>ESTÁNDAR DESEADO</b>		> 90%

Tabla 7. Indicador 1: % implantación territorio piloto

Fuente: Elaboración propia

INDICADOR 2		
<b>NOMBRE</b>		Porcentaje de implantación estatal
<b>FÓRMULA</b>	Numerador	nº de centros implantados x 100
	Denominador	nº total de centros
<b>DEFINICIÓN</b>		Evalúa la implantación a nivel estatal. Se planifica una implantación de carácter gradual. La medición comenzará al final del segundo año, ya que el primer año recoge la implantación piloto
<b>TIPO</b>		Proceso
<b>FORMA DE MEDICIÓN</b>		Al final del año en curso (a partir del 2º año)
<b>ESTÁNDAR DESEADO</b>		2º año: 20% de los centros 3º año: 40% de los centros 4º año: 60% de los centros 5º año: 80% de los centros 6º año 100% de los centros (totalidad)

Tabla 8. Indicador 2: % implantación estatal

Fuente: Elaboración propia

INDICADOR 3	
<b>NOMBRE</b>	Riesgos evaluados
<b>FÓRMULA</b>	nº absoluto de riesgos estudiados por centro
<b>DEFINICIÓN</b>	Cuantificación del número de riesgos estudiados sobre los que se han planificado medidas correctoras
<b>TIPO</b>	Resultado
<b>FORMA DE MEDICIÓN</b>	Medición al año de la implantación
<b>ESTÁNDAR DESEADO</b>	Mínimo: 5 Máximo: 10

Tabla 9. Indicador: Nº de riesgos estudiados en cada centro

Fuente: Elaboración propia

INDICADOR 4	
<b>NOMBRE</b>	Notificación de eventos adversos anuales
<b>FÓRMULA</b>	nº de eventos adversos notificados a lo largo del año
<b>DEFINICIÓN</b>	Medición del número de eventos adversos notificados a través del sistema de notificación interno a lo largo del año Riesgos notificados en 2018 = 6
<b>TIPO</b>	Resultado
<b>FORMA DE MEDICIÓN</b>	Notificación en aplicativo interno, medición anual
<b>ESTÁNDAR DESEADO</b>	No contemplado. Se prevé un aumento según el grado de implementación

Tabla 10. Indicador 4: Nº de eventos adversos notificados a nivel estatal

Fuente: Elaboración propia

INDICADOR 5		
<b>NOMBRE</b>	Conocimientos en Seguridad del Paciente de los profesionales de los centros	
<b>FÓRMULA</b>	Numerador	$\sum (nota_1 + nota_2 + \dots + nota_n)$
	Denominador	n (número de encuestas)
<b>DEFINICIÓN</b>	Se trata de la media aritmética de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de evaluación por centro "n" = número de trabajadores del centro encuestados	
<b>TIPO</b>	Resultado	
<b>FORMA DE MEDICIÓN</b>	A los 6 meses de la implantación, tras la realización de las encuestas	
<b>ESTÁNDAR DESEADO</b>	> 7	

Tabla 11. Indicador 5: Media de conocimientos SP

Fuente: Elaboración propia

INDICADOR 6		
<b>NOMBRE</b>	Satisfacción del programa	
<b>FÓRMULA</b>	Numerador	$\sum (\text{satisfacción}_1 + \text{satisfacción}_2 + \dots + \text{satisfacción}_n)$
	Denominador	n (número de valoraciones)
<b>DEFINICIÓN</b>	Se trata de la media aritmética de las puntuaciones otorgadas en las escalas de valoración de satisfacción	
<b>TIPO</b>	Resultado	
<b>FORMA DE MEDICIÓN</b>	A los 6 meses de la implantación, tras la realización de las escalas de valoración	
<b>ESTÁNDAR DESEADO</b>	> 3	

Tabla 12. Indicador 6: Grado de satisfacción

Fuente: Elaboración propia

INDICADOR 7		
<b>NOMBRE</b>		Grado de cumplimiento de reunión de evaluación a los 6 meses
<b>FÓRMULA</b>	Numerador	nº de centros con reunión de seguimiento a los 6 meses x 100
	Denominador	nº de centros con implantación
<b>DEFINICIÓN</b>		Porcentaje de centros con reunión de seguimiento a los 6 meses
<b>TIPO</b>		Estructura
<b>FORMA DE MEDICIÓN</b>		Medición al año de la implantación
<b>ESTÁNDAR DESEADO</b>		100 % de los centros

Tabla 13. Indicador 7: Cumplimiento reunión 6 meses

Fuente: Elaboración propia

INDICADOR 8		
<b>NOMBRE</b>		Grado de cumplimiento de reunión anual
<b>FÓRMULA</b>	Numerador	nº de centros con reunión anual efectuada x100
	Denominador	nº de centros con implantación
<b>DEFINICIÓN</b>		Porcentaje de centros con reunión anual de seguimiento efectuada Se trata de un indicador de seguimiento del programa, cuya medición será de carácter anual
<b>TIPO</b>		Estructura
<b>FORMA DE MEDICIÓN</b>		Medición anual
<b>ESTÁNDAR DESEADO</b>		90 % de los centros

Tabla 14. Indicador 8: Cumplimiento reunión anual

Fuente: Elaboración propia

## CONCLUSIONES

En la actualidad la Seguridad del paciente es una de las dimensiones clave de la calidad para cualquier organización, se ha convertido no solo en una meta que alcanzar, si no en un mínimo exigible en la atención sanitaria. La morbilidad y mortalidad asociada a la falta de Seguridad del Paciente en las organizaciones sanitarias supone una fuente de enfermedad para los pacientes, una pérdida económica, y sobre todo una disminución en la confianza sanitaria.

La presencia de protocolos, informes y formación en Seguridad del Paciente, aunque necesarios no son suficientes por sí solos para mejora la cultura de Seguridad del Paciente en los centros sanitarios. A lo largo del trabajo se ha propuesto la implantación de un Mapa de Riesgos en los centros asistenciales de la mutua Asepeyo, el cual se basa en dos principios:

1. Adaptar cada Mapa de Riesgos a las particularidades de cada centro.
2. Involucrar al personal del centro en su elaboración para implicarles y favorecer la implantación.

Con este trabajo se ha pretendido crear un proyecto de mejora continua en Seguridad del Paciente que vaya evolucionando y mejorando por sí sólo, que se adapte a las necesidades tan cambiantes y heterogéneas de los centros. Un proyecto que los profesionales de los centros identifiquen como propio, a su disposición y bajo su responsabilidad.

Las iniciativas que surgen e impone la dirección no provocan el sentimiento de participación que se busca en la Seguridad del Paciente. La Seguridad del Paciente debe estar presente en todos los momentos de la atención sanitaria, cada actuación, cada tratamiento, cada conversación; es importante que todos los profesionales se sientan parte de ella y comprometidos con ella.

La fragmentación de la asistencia sanitaria en procesos ayuda a hacer explícitas todas las áreas de la atención sanitaria, permiten esos segundos de reflexión sobre la cantidad de tareas que se realizan y dar la importancia debida a cada una de ellas. Contar con los profesionales que realizan las tareas en la planificación de acciones de mejora, es la mejor opción para identificar las áreas críticas de la atención y apoyarse en los puntos fuertes para su resolución.

Para finalizar y parafraseando a la profesora Virginia Alarcón, diré que *“la Seguridad del paciente debe ser cómo la lluvia fina”*, un proyecto que va calando poco a poco en las organizaciones de manera continua y suave, sin provocar grandes tormentas con sus posteriores destrozos.



Fotografía 1. Trabajo en equipo  
Fuente: <https://www.freepik.es/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system.: National academy press Washington, DC; 2000.
2. WHO, OMS: Seguridad del paciente [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado 18 abr de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
3. ENEAS E. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2006
4. Aranaz J, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Mira Solves J, Orozco Beltrán D, Terol García E. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.
5. Informe Anual y Memoria de Sostenibilidad 2017 de Asepeyo (2018) [Internet]. Barcelona, Asepeyo Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 151; 2019 [citado el 18 abr de 2019]. Disponible en: <https://www.asepeyo.es/wp-content/uploads/Informe-anual-y-memoria-de-sostenibilidad-2017-extendida.pdf>
6. Pallarés-Carratalá V, Gil-Alcamí J, Marzá-Albalade F, Vitaller-Burillo J, Gil-Guillén V, Segarra-Castelló L, et al. Análisis de la implantación de un sistema de notificación y registro de eventos adversos en el proceso asistencial de una mutua de accidentes de trabajo. Revista de Calidad Asistencial 2011; 2012;27(4):204-211.
7. Real Academia de la Lengua Española [Internet]. Madrid: Real Academia de la Lengua Española: 2019 [citado el 03 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
8. España. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 31 de octubre de 2015, núm. 261. [citado 04 de mayo de 2019]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-11724-consolidado.pdf>
9. Ayuso Baptista F, Villanueva Ordóñez M, García Martín J, Castro Rodríguez F, Jiménez Fábregas X, Ruiz Sanz M. Protocolo de Actuación y Buenas Prácticas en la Atención Sanitaria Inicial al Accidentado de Tráfico: Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2010.
10. Mateus OC. Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario. Cuadernos Latinoamericanos de Administración 2015;11(21):37-49.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Martínez V. Temas 12, 13, 14 y 15. En: Alarcón Martínez V, coordinadora. Asignatura Calidad en los Cuidados de Enfermería. Master Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería: UNIR. Curso 2018-2019.
- AMAT [Internet]. Madrid: Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo; 2019 [consultado el 18 abr de 2019]. Disponible en: <https://www.amat.es/>
- Aranaz Andrés JM. Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes.: Ediciones Díaz de Santos; 2008
- Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. Revista de Calidad Asistencial 2011;26(6):331-332.
- Ferrus Estopa L. Tema 5: Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). En: Alcázar González ML, coordinadora. Asignatura Seguridad del paciente en los Cuidados de Enfermería. Master Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería: UNIR. Curso 2018-2019.
- Marqués Racionero MJ, Marín Fábregas V, Molina Conde ML. Guía de elaboración de mapa de riesgos. Enfermería Nefrológica 2012; 15:176-177.
- Mutua Asepeyo [Internet]. Barcelona: Asepeyo Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 151; 2019 [consultado 18 abr 2019]. Disponible en: <https://www.asepeyo.es/>
- Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Clínica Las Condes 2017 September–October 2017;28(5):785-795
- Sánchez López J, Cambil Martín J, Toledo Páez MÁ, Villegas Calvo M. Mapa de riesgos de una Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial en Granada. 2017.
- Sánchez RR, Bártulos AV, Vigil MS, De La Fuente, Ana Sánchez, López MAB, Sánchez JB. Poniendo en marcha un programa de Mejora Continua de Calidad en Radiología de Urgencias. Seram 2018
- The Joint Commission International [Internet]. Oakbrook Terrace, Illinois (United States), Joint Commission International: 2019 [consultado el 01 mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/>
- Valencia Martín J. Tema 1: Incidentes para la seguridad del paciente y eventos adversos: taxonomía, causas y frecuencia. En: Alcázar González ML, coordinadora. Asignatura Seguridad del paciente en los Cuidados de Enfermería. Master Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería: UNIR. Curso 2018-2019.
- Vecina T, MJ BD, Borrás C, Egea R. Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Trauma 2014;25(1):46-53

## Curriculum Vitae

**Raquel**  
**Santa Clara Soriano**

**ENFERMERA**

### Sobre mí

Desarrollo profesional en la atención de urgencias y seguimiento de accidentes de trabajo.

Persona dinámica de trato afable. Gran capacidad de adaptabilidad y de creatividad.

Búsqueda de mejora continua a nivel personal y profesional.

### Contacto

605 86 15 13

ra.santaclara@gmail.com

linkedin.com/in/ra-santa-clara



## Formación Académica

*Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Valladolid (2009-2012)*

*Master Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería por Universidad Internacional de la Rioja (2018-2019) En desarrollo*

*Operadora de Instalaciones de rayos X con fines de radiodiagnóstico general. Asesoría y Control en Protección Radiológica 2016*

*Instructora en Soporte vital básico y dispositivo DEA. Avalado por la ERC*

## Experiencia Laboral

*Enfermera de Accidente de Trabajo y Contingencia Común en Mutua ASEPEYO, centro asistencial Valladolid*

- Funciones: Atención de urgencias y seguimiento del paciente accidentado, seguimiento de IT en enfermedad común, realización de radiología diagnóstica
- Fechas: Marzo de 2014 a actualidad

*Enfermera de empresa en IVECO, planta de Valladolid*

- Funciones: Servicio médico de empresa, realización de exámenes periódicos de salud, atención de accidentes laborales
- Fechas: Febrero 2015 – Junio 2015

*Enfermera en Protección Civil. APC Valladolid (Voluntariado)*

- Funciones: Atención de emergencias extrahospitalarias, prevención de riesgos en eventos con gran afluencia de público
- Fechas: 2013 a 2016

## Investigación

*Estudio "La inteligencia de los pacientes". Comunicación oral en XVIII Congreso AEETO abril 2019 (León)*

*Estudio: "Autocuidado domiciliario en pacientes postquirúrgicos". Póster finalista en XVI Congreso AEETO abril de 2017 (Valladolid). Publicado en revista: "Infotrauma", nº 30, Noviembre 2017*

*Trabajo científico "La enfermera cómo educadora" en Universidad Corporativa de Asepeyo (UCA). Realización de artículo y póster científico. Noviembre 2015*

*Ejecutora y promotora del programa de "Asesoramiento en Cuidados Domiciliarios" (Proyecto ACUDO) de la mutua Asepeyo. Julio 2014 – Enero 2015*

## Docencia

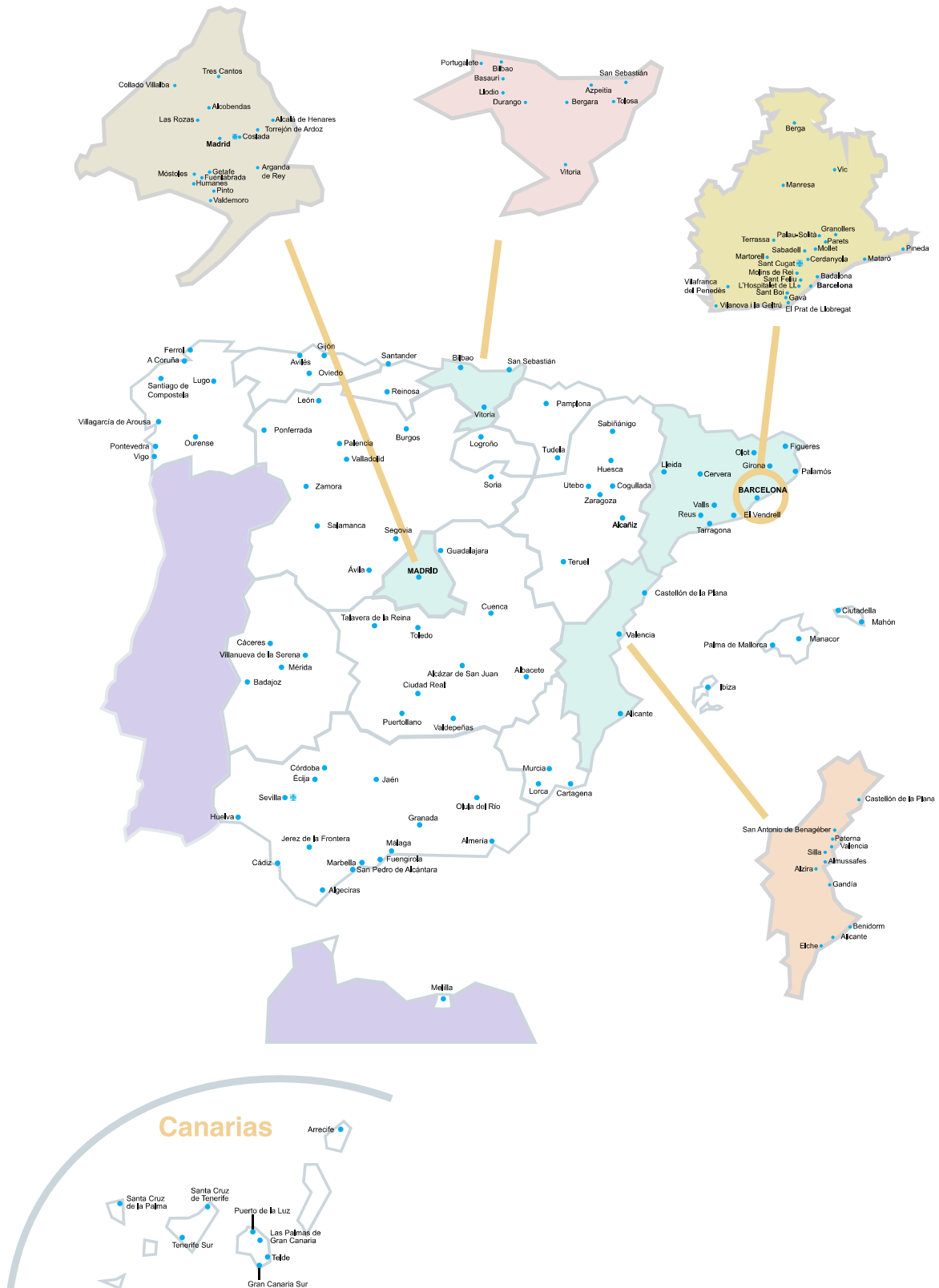
*Autora y formadora en Universidad Corporativa de Asepeyo desde enero de 2019.*

*Impartición de cursos de Primeros Auxilios en empresas, Grupo Hedima*

- Formación a trabajadores de 2015 a actualidad

*Impartición de cursos sobre Primeros Auxilios y Soporte Vital Básico en colegios y Universidades. Protección Civil de Valladolid. 2013 - 2016*

## ANEXO 1



Anexo 1. Red de Centros Asistenciales Asepeyo España.  
Fuente: Informe anual y memoria de sostenibilidad 2017 (Versión extendida)

## ANEXO 2

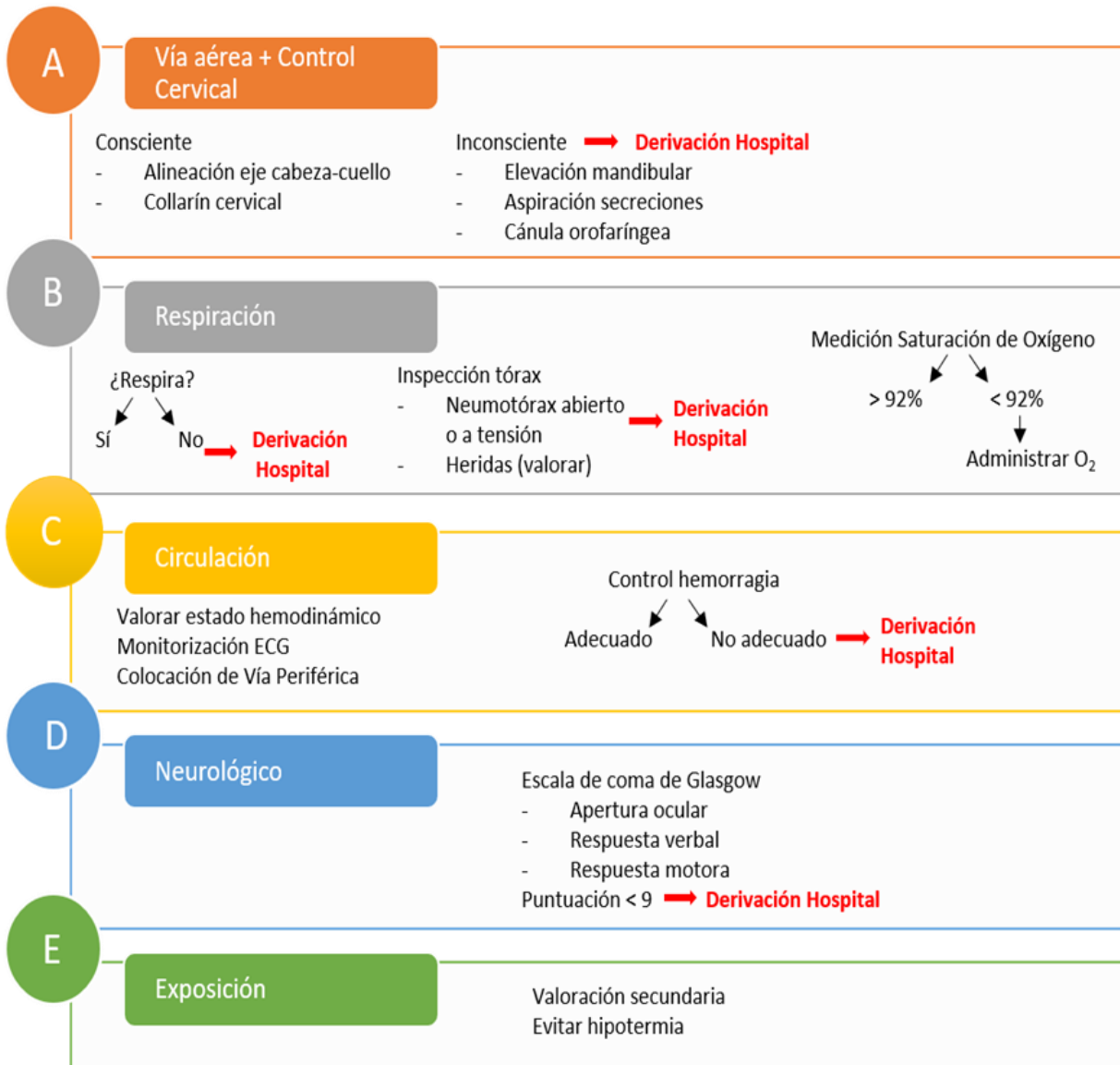


Anexo 2. Mapa Centro Asistencial Valladolid.

Fuente: Elaboración propia, obtenido de: Dirección de Instalaciones y Equipos (Realización 2007 - Revisión 2014)



**ANEXO 3**



Anexo 3. Diagrama de actuación en emergencias.

Fuente: elaboración propia, adaptado de "Esquema ABCDE: Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial al accidentado de tráfico" 9.

## ANEXO 4 - Cuestionario de evaluación y satisfacción

Señale la respuesta correcta:

1. ¿Qué es un evento adverso?
  - a. Cualquier incidente relacionado con la asistencia sanitaria que cause daño al paciente.
  - b. Cualquier incidente relacionado con la asistencia sanitaria que cause o no daño al paciente.
  - c. La equivocación en la administración de una medicación.
  - d. La negligencia médica.
  
2. Señala la circunstancia que no corresponde a un evento adverso:
  - a. Realización de una radiografía en la parte del cuerpo equivocada.
  - b. Empeoramiento de la lesión por la demora excesiva.
  - c. Omisión de tratamiento a un paciente por razones personales.
  - d. Administración por error de un fármaco al que es alérgico.
  
3. ¿Qué personal está involucrado en realizar unas correctas transiciones del paciente?
  - a. PROAS.
  - b. Enfermera.
  - c. Médico.
  - d. Todo el personal.
  
4. ¿Cuáles son los principales procesos asistenciales que se llevan a cabo en los centros de Asepeyo?
  - a. Recepción y consultas.
  - b. Recepción, fisioterapia y consultas.
  - c. Recepción, urgencias, consultas, radiología y fisioterapia.
  - d. Recepción, urgencias, consultas y fisioterapia.
  
5. En el proceso de recepción:
  - a. Sólo está involucrado el PROAS.
  - b. Es el primer contacto del paciente.
  - c. Una de las causas de error es la incorrecta clasificación del paciente.
  - d. B y C son ciertas.
  
6. La principal debilidad en la atención de urgencias es:
  - a. Estado del DEA.
  - b. Conocimiento de protocolos.
  - c. Falta de entrenamiento del personal.
  - d. Todas son correctas.
  
7. Las consultas y exploraciones:
  - a. Son un área sin eventos adversos.
  - b. Se tratan del área con mayor carga asistencial.
  - c. Sólo interviene el médico.
  - d. No son importantes.
  
8. Señale cuál de las siguientes causas no produce eventos adversos en el área de radiografías:
  - a. Buen estado del equipo.
  - b. Fallos en la comunicación.
  - c. Programas informáticos no comunicados.
  - d. Mal estado del equipo.
  
9. ¿Cuál es una fortaleza del servicio de rehabilitación?
  - a. Atención de urgencias.
  - b. Alta demanda.
  - c. Equipos en mal estado.
  - d. Capacidad de programar las sesiones.
  
10. ¿Cuáles son las funciones de un Mapa de Riesgos sanitarios?
  - a. Aportar una visión global de los riesgos.
  - b. Identificar las áreas críticas de la asistencia.
  - c. Implementar barreras.
  - d. Todas son correctas.

Señale con una cruz (X) la opción con la que se sienta más identificado:

	Total desacuerdo (1)	Bastante desacuerdo (2)	Ni acuerdo ni desacuerdo (3)	Bastante acuerdo (4)	Total Acuerdo (5)
Considero importante el conocimiento del Mapa de Riesgos sanitarios					
He ampliado mis conocimientos en Seguridad del paciente					
Puedo aplicar los conocimientos adquiridos en mi día a día					
Aumenta la calidad de la asistencia sanitaria.					
Me encuentro más seguro en el desarrollo de mi profesión					