

EDITORIAL**Mapas de riesgo en Urgencias de Pediatría****Yordana Acedo Alonso, Marisa Herreros Fernández, Andrea Mora Capín, Vanessa Arias Constantí***Grupo de Trabajo por la Mejora de Calidad de SEUP*

En las últimas dos décadas, la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad clave para los sistemas sanitarios debido al mayor reconocimiento de los riesgos durante la atención médica. Desde la publicación del informe del Instituto de Medicina en el año 2000, "To Err is Human: Building a Safer Health System"⁽¹⁾, que puso sobre la mesa el impacto de estos riesgos de una forma tan contundente, se han llevado a cabo numerosas medidas en el ámbito de la investigación, la educación, así como en la colaboración entre numerosas organizaciones para promover la seguridad^(2,3). A pesar de ello, y desgraciadamente, tal y como conocemos los profesionales que trabajamos en el ámbito de la salud, los errores médicos y el daño al paciente siguen siendo frecuentes.

La asistencia sanitaria es cada día más compleja, cada vez intervienen más profesionales en un mismo acto médico, se piden nuevas pruebas y aparecen nuevas evidencias que hacen que nuestra forma de actuar cambie constantemente. Todo esto supone una oportunidad para la mejora continua en la atención del paciente, aunque todos estos cambios y variables hacen que la probabilidad de fallar aumente⁽⁴⁾. Los Servicios de Urgencias Hospitalarias presentan una serie de características comunes que los convierte en áreas de alto riesgo para la aparición de problemas de seguridad. La afluencia no programada de pacientes de complejidad diversa de forma simultánea, la necesidad de tomar decisiones rápidas con escasa información clínica, factores profesionales, de trabajo en equipo y organizativos, son algunas de las causas que podrían explicar los errores en la asistencia. Si a esto añadimos las peculiaridades del paciente pediátrico (características anatómicas y fisiológicas, expresividad limitada

en algunas edades, necesidad de individualizar cada dosis de medicamento en función del peso del paciente...), podemos comprender porque los servicios de urgencias pediátricos (SUP) son de forma especial áreas asistenciales de alto riesgo de eventos adversos⁽⁵⁻⁷⁾.

A día de hoy, se conoce que la gestión de riesgos de los servicios asistenciales es una medida de gran efectividad para la mejora en la seguridad. Esta gestión incluye todos los procesos que tienen como objetivo la eliminación o disminución de riesgos en una determinada área. Clásicamente, se ha realizado una gestión de riesgos reactiva, es decir, se han analizado y puesto medidas a errores que ya habían ocurrido. Sin embargo, si verdaderamente queremos mejorar, debemos anticiparnos, conocer nuestro riesgo de fallo en cada momento y pasar a un enfoque proactivo. Los Mapas de Riesgo (MR) son instrumentos dinámicos que permiten detectar posibles errores potenciales a los que está expuesto un paciente durante todo su proceso asistencial. Su finalidad es concienciar a profesionales y directivos de la necesidad de estar alerta ante determinadas actividades en las que existe un alto riesgo de errar y producir daño al paciente, así como de la importancia de implementar medidas de prevención⁽⁸⁾.

En 2014, el Grupo de Trabajo (GT) de MR de SEMES, diseñó y validó un MR general para los SUH, con el objetivo de mejorar la seguridad en estas áreas asistenciales⁽⁹⁾. A nivel pediátrico se han llevado a cabo algunas iniciativas en el entorno de las urgencias pediátricas que validan la utilización de los MR como instrumentos útiles para identificar y gestionar los riesgos en los SUP, pero todas ellas han sido a nivel unicéntrico y su uso no está ampliamente difundido⁽¹⁰⁻¹³⁾.

En este sentido, desde la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) se retomó el interés por la elaboración de un MR común a las urgencias pediátricas que facilitase e impulsase la seguridad en los diferentes SUP. Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, formándose un grupo investigador principal con cuatro pediatras con experiencia en SP y elaboración de MR, en el marco del GT de Mejora de Calidad de SEUP. El diseño del estudio se basó en la metodología del trabajo utilizada por el GT del MR SEMES y aplicando la herramienta Análisis Modal de Fallos y Efectos, más conocida

Recibido el 4 de septiembre de 2024

Aceptado el 4 de septiembre de 2024

Dirección para correspondencia:

Dra. Marisa Herreros Fernández

Correo electrónico: marisaherrerosfernandez@gmail.com

como AMFE. El AMFE es una herramienta que identifica los posibles fallos de un proceso (en este caso la asistencia en Urgencias), enumera sus posibles causas y efectos, y además realiza una priorización de estos mismos fallos. Para el desarrollo del estudio, se formó un GT específico para la elaboración del MR de SEUP que estuvo formado por 41 consultores de 22 SUP de diferente nivel de complejidad, que validaron el MR inicial propuesto por el equipo investigador principal. La duración total del proyecto fue de casi 2 años (noviembre 2021-mayo 2023) y fue finalmente presentado durante la pasada XXVIII Reunión de la SEUP en A Coruña.

En el MR elaborado se identificaron un total de 104 posibles errores, conocidos también como modos de fallo (MF). Cada uno de esos MF fue puntuado por el GT para la elaboración del MR de SEUP en base a su frecuencia, su posible gravedad y nuestra capacidad para detectarlo, con el fin de poder realizar una priorización de los mismos. Así, se presentaron tres documentos finales: un MR completo con todos los fallos, un MR basal donde únicamente se incluyeron los MF que tuviesen una puntuación superior a la mediana y un MR imprescindible que incluía solo los MF con una puntuación más elevada. Las fases de proceso que acumularon un mayor número de riesgos fueron la de pruebas complementarias y la de tratamiento. Muchos de los riesgos enumerados estuvieron relacionados con las condiciones de trabajo, principalmente, con la presión asistencial de los SUP.

Una vez realizados los MR, el siguiente objetivo es que sean una herramienta útil para nuestra sociedad y facilitar su implantación. Los tres documentos de MR se pueden adaptar a la realidad de cada Servicio, permitiendo que cada Unidad pueda analizar los riesgos, en función de sus recursos y capacidad. A día de hoy, ya están disponibles para descargar de forma sencilla a través de la web de SEUP, dentro del apartado del GT de Mejora de la Calidad (disponible en: <https://seup.org/gtcalidad/>). Se encuentra también una presentación guía para facilitar la aplicación de los mapas de riesgos en Urgencias. Esperamos que esta herramienta facilite la gestión de riesgos en los SUP y que esto se traduzca en medidas de prevención para evitar el daño a nuestros pequeños pacientes y mejorando día a día nuestra atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. En: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
- Joseph MM, Mahajan P, Snow SK, Ku BC, Saidinejad M; American Academy Of Pediatrics Committee On Pediatric Emergency Medicine, American College Of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee, and Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Optimizing pediatric patient safety in the Emergency care setting. *Pediatrics*. 2022; 150(5): e2022059673.
- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf. Consultado en agosto de 2024.
- Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353: i2139.
- Chanovas M, Campodarve I, Tomás S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿el servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? *Monografías Emergencias*. 2007; 3: 7-13.
- Bleetman A, Sanusi S, Dale T, Brace S. Human factors and error prevention in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2012; 29(5): 389-93.
- Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales Españoles. *Emergencias*. 2010; 22(6): 415-28.
- Documento elaborado por el grupo de trabajo de Gestión de Riesgos de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (ESSPA). Revisado y aprobado por el Comité Técnico de la ESSPA. Revisado y aprobado por el Comité Técnico de la ESSPA. Metodología para la elaboración de MAPAS DE RIESGOS. Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Secretaría General Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y familias. Junta de Andalucía. Noviembre 2020. Disponible en: https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/11/ESSPA_Mapa_de_riesgos_2020_11_17_Def.pdf. Consultado en agosto de 2024.
- Tomás Vecina S, Bueno Domínguez MJ, Chanovas Borrás M, Roqueta Egea F, Grupo de Trabajo de Mapa de Riesgos SEMES. Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Trauma Fund MAPFRE*. 2014; 25(1): 46-53.
- Mojica E, Izarzugaza E, Gonzalez M, Astobiza E, Benito J, Mintegi S. Elaboration of a risk map in a paediatric Emergency Department of a teaching hospital. *Emerg Med J*. 2016; 33(10): 684-9.
- Castro-Rodríguez C, Solís-García G, Mora-Capín A, Díaz-Redondo A, Jové-Blanco A, Lorente-Romero J, et al. Briefings: A Tool to Improve Safety Culture in a Pediatric Emergency Room. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2020; 46(11): 617-22.
- Arias Constantí V, Rife Escudero E, Trenchs Sainz de la Maza V, Blanco González JM, Luaces Cubells C. Diseño de un mapa de riesgos en un servicio de urgencias pediátrico. *An Pediatr*. 2022; 96(3): 267-9.
- Mora-Capín A, Ignacio-Cerro C, Díaz-Redondo A, Vázquez-López P, Marañón-Pardillo R. Impacto del mapa de riesgos como estrategia de monitorización y mejora de seguridad del paciente en urgencias. *An Pediatr*. 2022; 97(4): 229-36.