

# Mapa de Riesgos

## Atención Integral en el Servicio de Urgencias



Área de Calidad y Seguridad del Paciente

Áreas Asistenciales

## Mapa de Riesgos

### Área de Urgencias

Plantilla Borrador

Octubre Noviembre 2025

## Elaborado

<b>Nombre</b>	Rafael J. Romero de Castilla Gil
<b>Cargo</b>	Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Hospital de Montilla.
<b>Nombre</b>	Carlos J. Galán Doval y Mariola Granados Roldán
<b>Cargo</b>	Técnicos de Calidad y Seguridad del Paciente
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Hospital de Montilla.

## Revisado

<b>Nombre</b>	Rafael J. Romero de Castilla Gil
<b>Cargo</b>	Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba.
<b>Nombre</b>	Fulanito de Copas
<b>Cargo</b>	Jefe de Servicio Urgencias
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba

## Aprobado

<b>Nombre</b>	Pedro Manuel Castro Cobos
<b>Cargo</b>	Gerente Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba
<b>Nombre</b>	Fulanito de Copas
<b>Cargo</b>	Jefe de Servicio Urgencias
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba

## Histórico de Revisiones

Edición	Fecha	Denominación
00	Sept 2025	Documento Inicial

## 1. Índice

1. Índice.....	4
2. Introducción.....	5
3. Descripción del proceso .....	6
3.1. Objetivo del Proceso.....	6
3.2. Subprocesos incluidos .....	6
4. Identificación de puntos críticos .....	7
4.1. Tabla de subprocesos y riesgos detectados.....	7
5. Análisis AMFE.....	9
5.1. Utilidad del AMFE en la gestión de riesgos.....	9
5.2. Composición del equipo de trabajo .....	10
5.3. Metodología empleada.....	10
5.4. Resultados del análisis .....	11
5.5. Fallos con mayor criticidad (IPR más elevado).....	11
6. Acciones de Mejora.....	11
6.1. Criterios para seleccionar acciones.....	12
6.2. Tabla de acciones propuestas para los fallos con mayor IPR.....	12
6.3. Justificación y alineación con auditoria .....	14
7. Mapa de Riesgos.....	14
7.1. Objetivos del Mapa.....	14
7.2. Estructura del flujograma .....	14
7.3. Interpretación y utilidad .....	14
7.4. Mapa de Riesgo .....	15
8. Conclusiones .....	16
9. Anexo I: Escalas de Priorización en AMFE.....	17
10. Anexo II: Tablas de Fallos Priorizados.....	18
11. Matriz de Riesgo.....	20

## 2. Introducción

La gestión proactiva de la seguridad del paciente requiere una identificación sistemática de los riesgos potenciales asociados a los procesos asistenciales. En este contexto, la elaboración de **Mapas de Riesgos** se ha consolidado como una herramienta fundamental para:

- Analizar los procesos clave en profundidad.
- Localizar puntos críticos donde pueden surgir fallos.
- Evaluar su impacto potencial.
- Priorizar intervenciones preventivas.

Los mapas de riesgos permiten transformar el conocimiento práctico del entorno asistencial en información estructurada que facilita la toma de decisiones, la planificación de acciones de mejora y el diseño de auditorías clínicas efectivas. Son, por tanto, una **pieza clave en los sistemas de gestión de calidad y seguridad del paciente**.

Además, su uso presenta un alto valor estratégico en ámbitos como:

- La **formación interna y la sensibilización de los equipos asistenciales**.
- La **detección temprana de desviaciones y la estandarización de procedimientos**.
- Y, especialmente, su inclusión en los **planes de acogida de nuevos profesionales**, donde permiten identificar de forma visual e intuitiva las áreas críticas del proceso y anticipar los riesgos potenciales más relevantes en su práctica diaria.

Este documento tiene como finalidad presentar de forma ordenada y completa el **Mapa de Riesgos del proceso “Atención Integral en el Servicio de Urgencias”**, incluyendo:

- La delimitación del proceso y sus subprocesos asociados.
- La identificación de posibles fallos y puntos críticos.
- El análisis mediante la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos).
- La priorización de riesgos según su criticidad.
- Las acciones de mejora propuestas.
- Y, como resultado final, la representación visual del Mapa de Riesgos integrado en el flujograma del proceso.

La metodología aplicada es reproducible y adaptable a cualquier otro proceso clínico o de soporte dentro del entorno sanitario, y pretende servir como modelo para el análisis de riesgos en Unidades de Gestión Clínica, Áreas Asistenciales o dispositivos específicos.

### 3. Descripción del proceso

#### Objetivo General:

El proceso objeto de análisis es el denominado **“Atención Integral en el Servicio de Urgencias”**, que comprende el conjunto de actividades que se desarrollan desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta la decisión final sobre su destino: alta, ingreso hospitalario o derivación a otro dispositivo.

Este proceso constituye uno de los **circuitos asistenciales más críticos** dentro del entorno hospitalario, ya que en él confluyen múltiples profesionales, intervenciones rápidas, toma de decisiones clínicas en tiempo limitado y riesgo elevado de incidentes adversos relacionados con la identificación del paciente, la priorización, la atención clínica, las pruebas diagnósticas y la continuidad asistencial

#### 3.1. Objetivo del Proceso

Garantizar la atención segura, eficaz y continua del paciente que acude al servicio de urgencias hospitalarias, desde su llegada hasta la decisión final sobre su destino, respetando criterios clínicos, organizativos y de calidad asistencial.

#### 3.2. Subprocesos incluidos

Para facilitar su análisis, el proceso se ha desglosado en los siguientes **siete subprocesos operativos**:

Proceso General		Atención integral en el Servicio de Urgencias			
Id	Subproceso	Descripción	Inicio del Subproceso	Fin del Subproceso	Roles Implicados
1	<b>Recepción y registro administrativo</b>	Registro inicial y verificación de datos del paciente.	Llegada del paciente al mostrador de admisión	Derivación al triaje	Administrativa, paciente, acompañante
2	<b>Triaje de enfermería</b>	Evaluación clínica inicial y asignación de prioridad.	Recepción por parte de enfermería de triaje	Derivación a sala de espera	Enfermera de triaje
3	<b>Estancia en sala de espera</b>	Permanencia del paciente hasta atención clínica.	Entrada en sala de espera	Llamada a consulta médica	TCAE, celador, paciente
4	<b>Valoración médica inicial</b>	Exploración y toma de decisiones clínicas preliminares.	Entrada a consulta médica	Solicitud de pruebas diagnósticas	Médico, paciente
5	<b>Pruebas diagnósticas y traslado</b>	Realización y retorno de estudios solicitados.	Salida de la consulta para pruebas	Regreso a box o área de observación	Celador, técnico de rayos, enfermería, paciente
6	<b>Comunicación de resultados</b>	Valoración de pruebas y decisión terapéutica.	Disponibilidad de resultados clínicos	Decisión de ingreso	Médico
7	<b>Gestión del ingreso</b>	Preparación y formalización de ingreso hospitalario.	Confirmación de ingreso por parte del médico	Salida del paciente hacia planta	Médico, enfermería, administrativo, celador

Este desglose ha permitido aplicar un análisis detallado en cada subproceso, identificando los riesgos específicos asociados a cada uno, los puntos críticos del flujo asistencial y los posibles fallos que deben ser prevenidos o controlados.

En el siguiente apartado se presenta la metodología empleada para **la identificación estructurada de riesgos y puntos críticos** a partir del estudio detallado del proceso.

## 4. Identificación de puntos críticos

Para detectar los posibles fallos y áreas vulnerables del proceso “Admisión de Urgencias – Destino Final”, se ha realizado un análisis sistemático de cada uno de sus subprocesos, utilizando como base una historia clínica simulada representativa de la casuística habitual en un servicio de urgencias hospitalario.

A través de este análisis, se ha podido identificar de forma estructurada los puntos críticos del proceso, es decir, aquellos momentos en los que pueden producirse fallos con impacto potencial en la seguridad del paciente o en la continuidad asistencial.

### 4.1. Tabla de subprocesos y riesgos detectados

La siguiente tabla recoge los **subprocesos analizados**, una breve descripción de su función, y los **fallos detectados o potenciales riesgos identificados**, ya sea a partir de evidencias explícitas en la historia clínica o de forma inferida por los profesionales participantes en el análisis:

Proceso General		Atención Integral en el Servicio de Urgencias	
Id	Subproceso	Error o Punto Crítico	Descripción del Error o riesgo identificado
1	<b>Recepción y Registro Administrativo</b>	Registro incorrecto del nombre o apellidos del paciente	Se introducen errores tipográficos o datos erróneos que dificultan la correcta identificación del paciente.
2		No identificación del paciente mediante DNI o tarjeta	Se omite la verificación documental de identidad, aumentando el riesgo de errores administrativos.
3		Omisión de datos clínicos relevantes (alergias, medicación)	No se recogen o se pasan por alto antecedentes clave que deberían estar disponibles desde el inicio.
4		No se registra acompañante o contacto	Falta de información sobre personas responsables o acompañantes en caso de necesidad.
5		El sistema no alerta de antecedentes clínicos relevantes	La aplicación informática no dispone de alertas activas ante riesgos conocidos del paciente.
6		No se valida el centro de salud de referencia	Se asigna erróneamente un centro de atención primaria, dificultando la continuidad asistencial.
7		Falta de protocolo ante paciente frágil	Ausencia de guías o alertas que permitan una atención diferenciada y segura al paciente vulnerable.

Proceso General		Atención Integral en el Servicio de Urgencias	
Id	Subproceso	Error o Punto Crítico	Descripción del Error o riesgo identificado
1	<b>Triage de Enfermería</b>	Clasificación errónea del nivel de prioridad (ej. 3 en lugar de 2)	Se asigna un nivel de prioridad incorrecto, lo que puede causar retrasos en la atención y empeoramiento del estado clínico del paciente.
2		No detección de paciente frágil o con deterioro cognitivo	El triaje no identifica correctamente a pacientes vulnerables, lo que impide una atención prioritaria o adecuada supervisión.
3		Omisión de constantes clave o mal registro	No se miden o se registran incorrectamente parámetros clínicos importantes, lo que puede llevar a fallos en la detección precoz de patologías como sepsis.
4		No colocación de pulsera identificativa	El paciente no recibe su identificación física, con el consiguiente riesgo de errores en pruebas o tratamientos.
5		No revisión de medicación habitual o tratamiento activo	Se omite preguntar o documentar la medicación habitual, dificultando la conciliación posterior o detectando interacciones.
6		No documentación de contacto acompañante relevante	Falta de registro del acompañante responsable, lo que puede dificultar la obtención de información clínica del paciente.
7		Falta de priorización del malestar subjetivo del paciente	No se tiene en cuenta el malestar expresado por el paciente, lo que puede generar desatención o consecuencias clínicas si se infravalora.

Proceso General		Atención Integral en el Servicio de Urgencias	
Id	Subproceso	Error o Punto Crítico	Descripción del Error o riesgo identificado
1	Estancia en Sala de Espera	Espera prolongada sin reevaluación clínica	El paciente permanece un tiempo excesivo en la sala sin ser reevaluado, lo que puede conllevar un empeoramiento de su estado sin ser detectado a tiempo.
2		Falta de acompañamiento o supervisión	Algunos pacientes, especialmente los frágiles o dependientes, permanecen solos sin supervisión, lo que incrementa el riesgo de caídas, desorientación o ansiedad.
3		Falta de control térmico/ambiental	La sala presenta condiciones ambientales inadecuadas (temperatura, ventilación), provocando incomodidad, estrés añadido o incluso hipo/hipertermia.
4		No identificación visual del paciente (sin pulsera)	La ausencia de pulsera identificativa puede dar lugar a errores en la citación, traslado o intervenciones previstas durante su espera.
5		Pérdida de pertenencias o ayudas técnicas (gafas, bastón)	La desorganización del entorno favorece que los pacientes extravíen objetos personales importantes como gafas, bastones o audífonos, dificultando su autonomía.
6		Falta de comunicación sobre tiempos estimados	No se informa a los pacientes del tiempo aproximado de espera, lo que genera ansiedad e insatisfacción con la atención recibida.
7		Peticiones no atendidas (baño, agua, información)	Las necesidades básicas no son respondidas con prontitud, provocando malestar físico y emocional, deshidratación y sensación de abandono.

Proceso General		Atención Integral en el Servicio de Urgencias	
Id	Subproceso	Error o Punto Crítico	Descripción del Error o riesgo identificado
1	Valoración Médica Inicial	Espera prolongada sin reevaluación clínica	El paciente permanece sin nueva valoración durante un periodo prolongado, lo que puede conllevar un empeoramiento de su estado sin ser detectado.
2		Falta de acompañamiento o supervisión	En pacientes vulnerables, la ausencia de vigilancia puede derivar en caídas, desorientación o ansiedad.
3		Falta de control térmico/ambiental	Un ambiente inadecuado sin control puede causar incomodidad, estrés añadido o alteraciones térmicas.
4		No identificación visual del paciente (sin pulsera)	La falta de pulsera identificativa puede dar lugar a errores en la citación, traslados o intervenciones.
5		Pérdida de pertenencias o ayudas técnicas (gafas, bastón)	La pérdida de objetos personales o ayudas puede dificultar la comunicación o el desplazamiento del paciente.
6		Falta de comunicación sobre tiempos estimados	La ausencia de información sobre los tiempos de espera genera ansiedad y una percepción negativa de la atención recibida.
7		Peticiones no atendidas (baño, agua, información)	La falta de respuesta a necesidades básicas puede derivar en deshidratación, frustración y malestar físico y emocional.

Proceso General		Atención Integral en el Servicio de Urgencias	
Id	Subproceso	Error o Punto Crítico	Descripción del Error o riesgo identificado
1	Pruebas diagnósticas y traslados	Pérdida o no colocación de la pulsera identificativa	Puede generar errores de identificación y realización de pruebas diagnósticas a pacientes equivocados.
2		Confusión de camillas al volver de pruebas	Supone riesgo de atención clínica incorrecta por fallo en la identificación visual del paciente en zonas comunes.
3		Retraso excesivo en el transporte	Provoca demoras significativas en la realización de pruebas o riesgo clínico por deterioro no monitorizado.
4		Traslado sin información clínica mínima al técnico	Dificulta la correcta ejecución e interpretación de la prueba solicitada, generando posibles omisiones o repeticiones.
5		Prueba no realizada por fallo de citación o duplicidad	Implica una demora en el diagnóstico, y en algunos casos, puede requerir repetir innecesariamente la solicitud.
6		Paciente vulnerable sin acompañamiento funcional	Riesgo aumentado de caída, desorientación o estrés del paciente durante el traslado, especialmente en mayores o con deterioro cognitivo.
7		Resultados no comunicados adecuadamente al médico	Puede originar omisión de decisiones clínicas oportunas por interrupciones o fallos en los sistemas de comunicación.



Proceso General		Atención Integral en el Servicio de Urgencias	
Id	Subproceso	Error o Punto Crítico	Descripción del Error o riesgo identificado
1	<b>Comunicación de Resultados y decisión clínica</b>	No revisión o interpretación incompleta de resultados	Se produce un diagnóstico erróneo o retrasado debido a saturación, distracciones o falta de seguimiento.
2		No integración de datos clínicos previos y actuales	Se toman decisiones descontextualizadas por falta de tiempo, historia clínica dispersa o desconocimiento del paciente.
3		No comunicación al paciente o familiar	Genera ansiedad, desinformación o resistencia al tratamiento, por pérdida de oportunidad o falta de cultura comunicativa.
4		Comunicación técnica no adaptada al nivel del paciente	El paciente no comprende el diagnóstico o no cumple adecuadamente por déficit en habilidades de comunicación clínica.
5		Falta de registro de la información comunicada	No se puede verificar que el paciente ha sido informado debido a la omisión de anotación en la historia clínica.
6		Decisión médica sin valorar situación funcional/social	Puede derivar en tratamientos o ingresos inadecuados al no integrar el modelo biopsicosocial.
7		No participación del paciente en la decisión	Puede conllevar rechazo, pérdida de adherencia o conflicto ético por cultura paternalista, falta de tiempo o presión.

Proceso General		Atención Integral en el Servicio de Urgencias	
Id	Subproceso	Error o Punto Crítico	Descripción del Error o riesgo identificado
1	<b>Gestión del Ingreso</b>	Demora prolongada en encontrar cama disponible	El paciente permanece en urgencias más tiempo del necesario por falta de planificación anticipada.
2		Ubicación provisional no monitorizada (pasillo, box compartido)	Se ubica al paciente en espacios no adecuados, sin monitorización ni seguimiento efectivo.
3		Falta de coordinación entre urgencias y planta receptora	El traspaso de información es deficiente, provocando omisiones o discontinuidades asistenciales.
4		No traslado de documentación clínica actualizada	La información clínica no se entrega correctamente, generando riesgo en el tratamiento y cuidados.
5		No identificación clara del responsable del ingreso	No queda claro quién asume la gestión del ingreso, lo que genera retrasos y pérdida de información.
6		Ingreso sin valoración funcional del paciente	El paciente es asignado a una unidad no adecuada a su perfil clínico por falta de valoración previa.
7		Ausencia de notificación al familiar sobre ingreso	La familia no es informada, lo que puede conllevar confusión, pérdida de pertenencias o cuidados deficientes.

Esta fase de trabajo ha permitido **visualizar el proceso completo desde una perspectiva de riesgos** y sirve como base para la aplicación posterior de la metodología AMFE.

En el siguiente apartado se presentan los resultados del análisis modal de fallos y efectos (AMFE), en el que se desarrolló un estudio detallado de cada fallo, sus causas, consecuencias y su criticidad.

## 5. Análisis AMFE

### 5.1. Utilidad del AMFE en la gestión de riesgos

El **Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)** es una herramienta metodológica de análisis proactivo que permite **identificar, clasificar y priorizar los fallos potenciales** en un proceso, considerando el impacto que tendrían sobre la seguridad del paciente, su frecuencia de aparición y la dificultad para ser detectados antes de que generen un daño.

La aplicación del AMFE permite:

- Comprender mejor los puntos vulnerables del proceso.
- Tomar decisiones basadas en evidencia y riesgo.
- Planificar acciones preventivas eficaces.

- Priorizar los esfuerzos de mejora de forma objetiva.

Su utilidad es especialmente relevante en procesos asistenciales críticos y complejos, como el que nos ocupa, en el que intervienen múltiples profesionales y pasos encadenados en un entorno de alta presión.

## 5.2. Composición del equipo de trabajo

Para desarrollar el análisis AMFE, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, con conocimiento operativo del proceso y representación de los distintos perfiles implicados. El equipo quedó conformado por:

Proceso General		Atención Integral en el Servicio de Urgencias		
Id	Perfil Profesional	Cargo	Rol	Justificación
1	Médico de Urgencias	Facultativo responsable de guardia	Coordinador/a	Visión clínica integral del proceso, toma de decisiones médicas y conocimiento global del funcionamiento del servicio.
2	Enfermero/a de Urgencias	Supervisor/a o referente de turno	Referente clínico	Conocimiento detallado del flujo asistencial, cuidados y protocolos. Aporta experiencia sobre la operativa diaria.
3	Técnico/a en Cuidados Aux. Enfermería (TCAE)	TCAE del área de observación	Representante operativo	Identifica riesgos asociados a la movilización, higiene y apoyo directo al paciente.
4	Celador/a	Celador de guardia	Miembro técnico	Aporta la perspectiva de los traslados y accesibilidad física del paciente dentro del servicio.
5	Administrativo/a de Admisión	Administrativo/a de Urgencias	Responsable administrativo	Apunta riesgos del registro inicial, identificación y gestión documental.
6	Farmacéutico/a Hospitalario	Referente de conciliación en Urgencias	Asesor experto	Su visión es esencial en la detección de fallos relacionados con la medicación y conciliación farmacológica.
7	Médico/a de Medicina Interna	Médico/a de interconsulta frecuente	Miembro clínico externo	Aporta mirada externa y transversal del proceso de atención desde otra especialidad que colabora habitualmente con Urgencias.
8	Técnico/a de Calidad	Técnico de Calidad del hospital	Secretario/a del equipo	Organiza, registra y estructura las sesiones. Asegura el uso metodológico correcto del AMFE.
9	Enfermero/a de Triage	Enfermero/a con formación específica en triaje	Miembro clave	Identifica riesgos críticos del proceso inicial de clasificación y priorización.
10	Responsable de Seguridad del Paciente	Coordinador/a de Seguridad del AGS	Consultor metodológico	Supervisa el análisis desde la perspectiva de la seguridad del paciente y garantiza la trazabilidad del proceso de mejora.

## 5.3. Metodología empleada

La recogida de fallos se realizó a través de:

- Lluvia de ideas inicial tras la lectura y descripción del proceso que se va a seguir.
- Técnica de Grupo Nominal, que permitió estructurar y consensuar los fallos detectados.

El trabajo se organizó en tres sesiones de trabajo:

Sesión	Actividad principal	Duración	Resultados alcanzados
1	Lectura del caso y análisis del proceso	2 h	Identificación de subprocesos y puntos críticos
2	Lluvia de ideas y técnica de grupo nominal	2 h	Identificación consensuada de 49 fallos potenciales
3	Asignación de escalas G-O-D y cálculo de IPR	2 h	Priorización de fallos según criticidad e impacto en el proceso

## 5.4. Resultados del análisis

Como resultado del trabajo conjunto, se identificaron **49 fallos potenciales**, organizados según el subproceso al que pertenecen y posteriormente priorizados en función del **Índice de Prioridad de Riesgo (IPR)**, calculado a partir de las escalas de Gravedad (G), Ocurrencia (O) y Detectabilidad (D).

Las escalas utilizadas se detallan en el **Anexo I**.

El listado completo de fallos detectados, primero por subproceso y luego por IPR, puede consultarse en el **Anexo II**.

Como complemento visual al análisis, los 15 fallos con mayor IPR se han representado gráficamente en una Matriz de Riesgos (Gravedad × Ocurrencia), con zonas de criticidad codificadas por colores.

Esta herramienta no se ha utilizado como criterio de priorización, pero refuerza la comunicación del riesgo y apoya la toma de decisiones. La matriz puede consultarse en el **Anexo III**.

## 5.5. Fallos con mayor criticidad (IPR más elevado)

A continuación, se presentan los 15 fallos con mayor IPR, considerados prioritarios para ser abordados con medidas correctoras o preventivas:

Subproceso	Id	Fallo	Efecto	Causa	G	O	D	IPR
Triaje de Enfermería	10	Omisión de constantes clave o mal registro	Asignación incorrecta de prioridad, fallo en alerta de sepsis	Automatización excesiva, omisión por prisa	7	7	7	343
Triaje de Enfermería	8	Clasificación errónea del nivel de prioridad	Retraso en la atención, progresión del cuadro clínico	Subestimación de signos vitales alterados, presión asistencial	8	7	6	336
Recepción y Registro Administrativo	5	El sistema no alerta de antecedentes clínicos relevantes	Riesgo en atención inicial por falta de alertas previas	Historia clínica fragmentada, mal interoperada o sin codificación	7	6	7	294
Estancia en Sala de Espera	15	Espera prolongada sin reevaluación clínica	Empeoramiento del estado sin detección	Saturación del servicio, falta de protocolos de vigilancia activa	7	7	6	294
Pruebas Diagnósticas y Traslado	29	Pérdida o no colocación de la pulsera identificativa	Riesgo de error en la realización de pruebas a paciente equivocado	Omisión previa en triaje o retirada accidental no detectada	7	6	7	294
Triaje de Enfermería	9	No detección de paciente frágil o con deterioro cognitivo	Pérdida de oportunidad de atención prioritaria y acompañamiento	Falta de cribado geriátrico, comunicación deficiente	7	6	6	252
Valoración Médica Inicial	23	No conciliación de medicación habitual	Interacciones, duplicidades o errores de tratamiento	Falta de tiempo, no consultar historia previa o base de datos farmacológica	7	6	6	252
Comunicación de Resultados y decisión final	36	No revisión o interpretación incompleta de resultados	Diagnóstico erróneo o retrasado	Saturación, distracciones, falta de seguimiento	7	6	6	252
Gestión del Ingreso	45	Falta de coordinación entre urgencias y planta receptora	Omisión de datos importantes, duplicación o discontinuidad asistencial	Comunicación incompleta, registros no compartidos, traslado precipitado	7	6	6	252
Recepción y Registro Administrativo	7	Falta de protocolo ante paciente frágil	No se activa circuito preferente ni seguimiento específico	Desconocimiento del riesgo o falta de cribado geriátrico inicial	6	6	6	216
Estancia en Sala de Espera	16	Falta de acompañamiento o supervisión	Riesgo de caídas, desorientación o ansiedad	Recursos humanos limitados, paciente frágil sin alerta de riesgo	6	6	6	216
Pruebas Diagnósticas y Traslado	30	Confusión de camillas al volver de pruebas	Error de localización o atención a paciente erróneo	Falta de etiquetado visible, desorganización en pasillos o boxes	6	6	6	216
Gestión del Ingreso	43	Demora prolongada en encontrar cama disponible	Empeoramiento del estado clínico, descompensación	Saturación hospitalaria, falta de planificación anticipada	6	6	6	216
Recepción y Registro Administrativo	3	Omisión de datos clínicos relevantes (alergias, medicación)	Falta de información crítica para el triaje y atención médica	No recogida sistemática, desconocimiento de la importancia	7	6	5	210
Triaje de Enfermería	11	No colocación de pulsera identificativa	Riesgo de error de identidad, confusión en pruebas o medicación	Rutina interrumpida, recursos saturados	6	6	5	180

## 6. Acciones de Mejora

Una vez priorizados los riesgos mediante el análisis AMFE, se seleccionaron los fallos con mayor Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) para diseñar acciones de mejora orientadas a su mitigación o prevención.

Las medidas propuestas tienen como finalidad:

- **Reducir la probabilidad de ocurrencia** del fallo.
- **Mejorar la capacidad de detección temprana**.
- **Disminuir el impacto potencial** en la seguridad del paciente.

## 6.1. Criterios para seleccionar acciones

Las acciones de mejora se han diseñado en función de:

- La viabilidad de su implantación.
- El grado de impacto esperado.
- Su alineación con la cultura de seguridad del centro.
- La posibilidad de medición y seguimiento a través de indicadores.

## 6.2. Tabla de acciones propuestas para los fallos con mayor IPR

Se muestran a continuación las acciones diseñadas para los cinco fallos con mayor IPR, detallando el tipo de acción, el responsable designado, un indicador asociado para su seguimiento, el estándar deseado, y observaciones adicionales:

Id	Subproceso	Fallo	What Acción de Mejora	Why ¿Por qué?	Where ¿Dónde?	When Plazo	Who Responsa ble	How ¿Cómo?
10	Triaje de Enfermería	Omisión de constantes clave o mal registro	Establecer un checklist obligatorio digital previo al cierre del triaje con los parámetros mínimos: TA, FC, SatO2 y temperatura	Para garantizar una valoración inicial completa y homogénea de todos los pacientes	Puesto de Triaje	1 mes	Supervisora de Enfermería de Urgencias	Configuración de checklist en módulo de triaje de Diraya + Sesiones formativas + Supervisión semanal
8	Triaje de Enfermería	Clasificación errónea del nivel de prioridad	Implantar auditoría clínica mensual de triajes con doble revisión y feedback individualizado	Para mejorar la calidad y homogeneidad en la asignación de niveles de prioridad	Puesto de Triaje	2 meses	Coordinador Médico y Supervisora de Enfermería	Selección aleatoria de 20 historias/mes + revisión ciega por profesional experto + informe resumen con detección de errores y formación orientada
5	Recepción y Registro Administrativo	El sistema no alerta de antecedentes clínicos relevantes	Configurar alerta visible automática en Diraya en campo de admisión para pacientes con antecedentes relevantes registrados en historia clínica	Para evitar omisiones críticas en pacientes con patologías relevantes en su atención urgente	Puesto de Admisión	1 mes	Responsable TIC y Dirección Médica	Modificación del sistema informático + prueba piloto + formación del personal administrativo
15	Estancia en Sala de Espera	Espera prolongada sin reevaluación clínica	Implementar reevaluaciones clínicas programadas cada 90 minutos para pacientes en espera	Disminuir riesgos clínicos en pacientes cuya situación puede agravarse sin control	Sala de espera del Servicio de Urgencias	2 meses	Supervisor/a de enfermería de urgencias	Modificando protocolo de espera, asignando responsable por turno y registrando en historia clínica
29	Pruebas Diagnósticas y Traslado	Pérdida o no colocación de la pulsera identificativa	Establecer verificación activa y doble chequeo de la colocación de pulsera antes de salida a pruebas	Garantizar la identificación segura en traslados y evitar errores de identidad	Box de exploración y área de pruebas	2 semanas	Personal de enfermería de boxes	Listado de control obligatorio antes del traslado; formación al personal y auditoría de cumplimiento semanal
9	Triaje de Enfermería	No detección de paciente frágil o con deterioro cognitivo	Incluir una alerta de fragilidad en el triaje mediante cuestionario breve estructurado (items clave)	Prevenir riesgos en pacientes vulnerables no detectados inicialmente	Puesto de triaje	1 mes	Profesional de triaje	Añadir ítems en sistema informático de triaje (edad, dependencia, deterioro cognitivo), con formación previa

Id	Subproceso	Fallo	What Acción de Mejora	Why ¿Por qué?	Where ¿Dónde?	When Plazo	Who Responsa ble	How ¿Cómo?
23	Valoración Médica Inicial	No conciliación de medicación habitual	Implementar checklist obligatorio de conciliación en primeras indicaciones	Evitar interacciones y errores por desconocimiento de la medicación crónica del paciente	Historia clínica electrónica (Klinic)	1 mes	Jefe de Urgencias y Responsable de Calidad	Incluir campo obligatorio en el parte médico inicial + formación breve del personal + auditoría mensual de cumplimiento
36	Comunicación de Resultados	No revisión o interpretación incompleta de resultados	Activar sistema de alertas en laboratorio ante resultados críticos	Reducir omisiones de resultados importantes y evitar retrasos en la actuación médica	Sistema informático de resultados (LabWin o similar)	1 mes	Responsable de Sistemas + Jefe de Urgencias	Configurar alertas automáticas por valores críticos + verificar visualización por el clínico antes del alta
45	Gestión del Ingreso	Falta de coordinación entre urgencias y planta receptora	Crear canal directo de comunicación y parte de ingreso normalizado	Minimizar retrasos en la ubicación del paciente y mejorar la continuidad asistencial	Área de admisión e ingreso + planta hospitalaria	2 semanas	Supervisor de Urgencias + Supervisor de Planta	Crear grupo de mensajería institucional + plantilla electrónica compartida con la información clínica relevante para la planta receptora
7	Recepción y Registro Administrativo	Falta de protocolo ante paciente frágil	Elaborar y difundir un protocolo específico de atención prioritaria a pacientes frágiles en el área de Urgencias.	Para garantizar una atención rápida, segura y adaptada a las necesidades especiales de estos pacientes.	Área de Admisión de Urgencias	2 meses	Supervisión de Urgencias + Coordinador de Calidad	Formación al personal, validación del protocolo en Comisión de Calidad y monitorización de cumplimiento.
16	Estancia en Sala de Espera	Falta de acompañamiento o supervisión	Establecer turnos de revisión periódica de pacientes en sala de espera con registro en historia clínica.	Para evitar deterioro clínico en pacientes con esperas prolongadas y mejorar la seguridad.	Sala de Espera de Urgencias	Inmediato (1 mes)	Enfermería de Triage y Coordinación de Turnos	Asignación de responsabilidades en cuadrante, checklist de revisión y registro obligatorio en EHR.
30	Pruebas Diagnósticas y Traslado	Confusión de camillas al volver de pruebas	Implementar sistema de etiquetado único por paciente y verificación cruzada en traslados internos.	Para evitar errores de identificación y garantizar retorno seguro del paciente a su ubicación.	Circuito interno de traslado de pacientes	1 mes	Celadores + Enfermería + Coordinador de Área	Etiquetado adhesivo con código, checklist de entrega/recepción, formación básica a celadores.
43	Gestión del Ingreso	Demora prolongada en encontrar cama disponible	Implementar sistema electrónico de previsión de altas	Permite anticipar necesidades y reducir los tiempos de espera en urgencias	Coordinación entre planta de hospitalización y urgencias	En el momento de previsión de alta del paciente en planta	Supervisor/a de planta y Unidad de Gestión de Camas	Mediante checklists digitales de altas previstas actualizadas en tiempo real
3	Recepción y Registro Administrativo	Omisión de datos clínicos relevantes (alergias, medicación)	Incluir campo obligatorio en el sistema de admisión	Asegura que la información crítica esté disponible desde el inicio del proceso asistencial	Aplicación de admisión (sistema informático Klinic)	Al realizar el registro administrativo	Personal administrativo de admisión	Configurando alertas de validación que impidan continuar si no se rellena el campo
11	Triage de Enfermería	No colocación de pulsera identificativa	Establecer control sistemático con checklist visible tras triaje	Mejora la seguridad del paciente al evitar errores de identificación	Box de triaje	Justo después del triaje inicial	Profesional de enfermería responsable del triaje	Incorporando verificación de pulsera en el checklist obligatorio antes de asignar box

### 6.3. Justificación y alineación con auditoría

Todas las acciones han sido diseñadas en base a:

- Los fallos detectados con mayor criticidad.
- Los resultados obtenidos posteriormente en la auditoría interna simulada.
- El impacto esperado sobre la seguridad clínica del paciente.

Estas medidas servirán de base para la auditoría de seguimiento que se diseñará en el otro documento y cuyos indicadores permitirán evaluar su grado de implantación y efectividad real.

## 7. Mapa de Riesgos

Como resultado del trabajo desarrollado en los módulos anteriores, se ha elaborado un flujograma completo del proceso “**Admisión de Urgencias – Destino Final**”, en el que se integran todos los subprocesos y actividades clave, marcando de forma visual los **puntos críticos** en los que se han identificado fallos potenciales a través del **análisis AMFE**.

### 7.1. Objetivos del Mapa

El objetivo principal de este mapa visual es representar de forma intuitiva y estructurada el Mapa de Riesgos del proceso, sirviendo como:

- Herramienta de comunicación visual clara para los profesionales.
- Recurso de apoyo en planes de acogida y formación interna.
- Base para el seguimiento de medidas de mejora.
- Soporte en la planificación de auditorías clínicas.

### 7.2. Estructura del flujograma

El mapa se ha construido siguiendo el orden lógico del circuito asistencial y representa:

- Los 7 subprocesos previamente definidos.
- Las actividades principales de cada subproceso.
- Los puntos críticos marcados mediante iconos numerados, asociados a los fallos identificados.

Cada icono en el flujograma se corresponde con un fallo potencial del listado priorizado, facilitando su localización directa sobre el proceso.

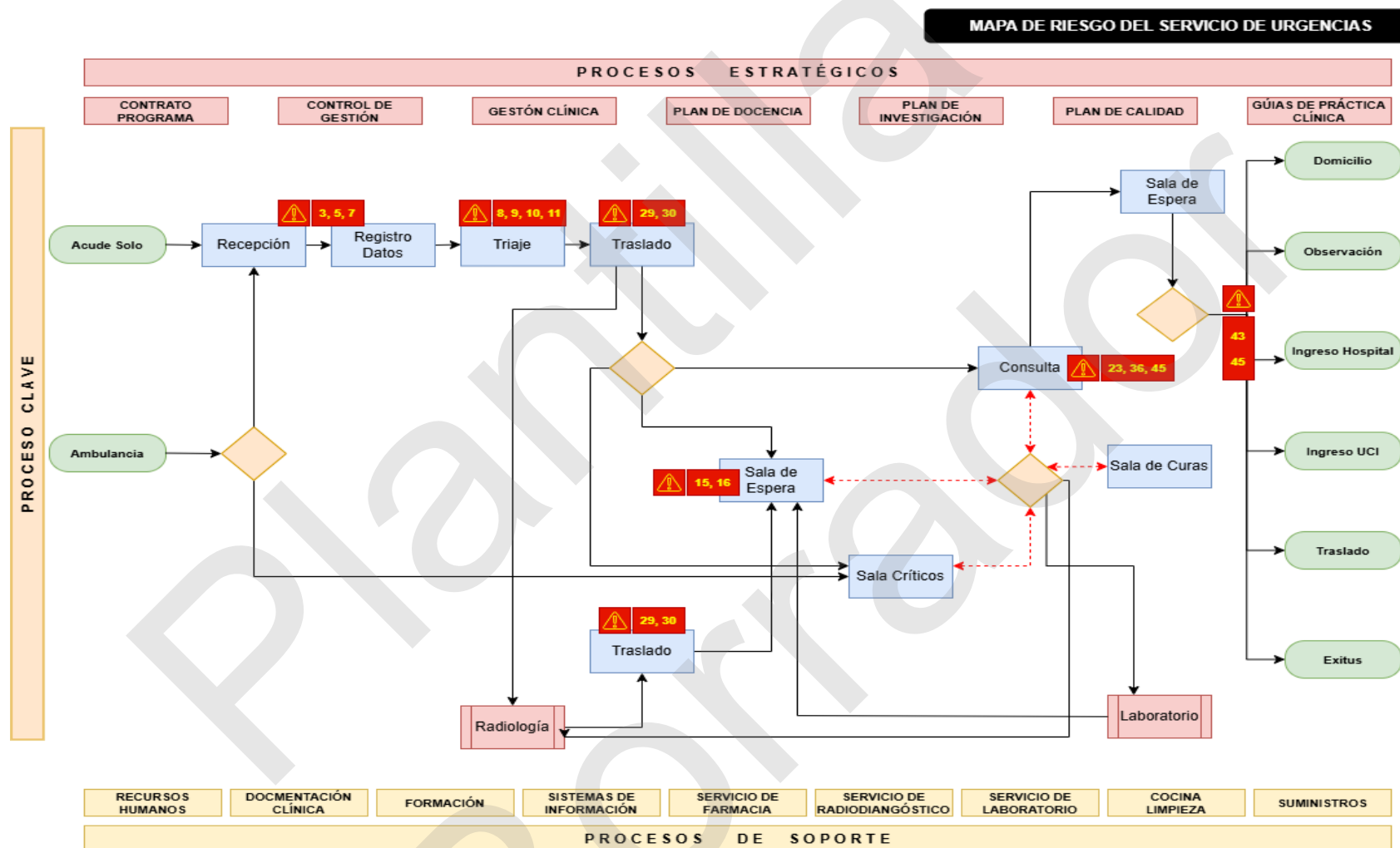
### 7.3. Interpretación y utilidad

El mapa facilita una visión sistémica del proceso, permite localizar con precisión dónde se concentran los riesgos y promueve una cultura de análisis visual del error como parte del ciclo de mejora continua.

- Además, su uso está especialmente recomendado en:
- Sesiones clínicas de sensibilización.
- Planes de acogida para profesionales recién incorporados.
- Presentaciones ante Comités de Calidad y Seguridad del Paciente.



## 7.4. Mapa de Riesgo



## 8. Conclusiones

El presente documento ha permitido desarrollar y representar de forma estructurada un Mapa de Riesgos completo del proceso asistencial “Admisión de Urgencias – Destino Final”, mediante la aplicación progresiva de herramientas de análisis de procesos, evaluación de riesgos y priorización.

Entre los principales resultados obtenidos destacan:

- La identificación sistemática de 49 fallos potenciales distribuidos en los 7 subprocesos críticos del circuito de urgencias.
- La aplicación rigurosa de la metodología AMFE, que ha permitido priorizar los riesgos en función de su gravedad, frecuencia y detectabilidad, calculando un IPR para cada uno.
- La selección de los 15 fallos más relevantes y la formulación de acciones de mejora específicas para los cinco con IPR más elevado, vinculadas a indicadores de seguimiento.
- La elaboración de un mapa visual del proceso, con representación iconográfica de los puntos críticos, que permite su uso como herramienta formativa y de gestión.
- La generación de un documento técnico reproducible, adaptable a otros procesos asistenciales y de soporte dentro del sistema sanitario.

Este trabajo constituye una base sólida para:

- El diseño de auditorías clínicas internas dirigidas a verificar la eficacia de las mejoras implementadas.
- La sensibilización y formación de equipos asistenciales, especialmente en procesos de acogida.
- La toma de decisiones en comisiones de calidad y seguridad, sobre bases objetivas y trazables.

En definitiva, este Mapa de Riesgos supone un ejemplo práctico de cómo aplicar un enfoque de gestión por procesos y análisis de riesgos en un entorno clínico real, con impacto directo en la seguridad del paciente y la mejora continua de la atención sanitaria.



## 9. Anexo I: Escalas de Priorización en AMFE

Ejemplo de **Escala de Gravedad**:

Puntuación	Gravedad
1-2	Sin efecto o muy leve. No causa daño significativo.
3-4	Leve o mínimo, puede requerir intervención menor.
5-6	Moderado o significativo, puede requerir hospitalización.
7-8	Mayor o extremo, puede causar daño permanente.
9-10	Serio o peligroso, puede resultar en discapacidad o muerte

Ejemplo de **Escala de Ocurrencia**:

Puntuación	Ocurrencia
1-2	Casi nunca o remota, improbable.
3-4	Muy leve o leve, ocurre raramente.
5-6	Baja o media, ocurre ocasionalmente.
7-8	Moderadamente alta o alta, ocurre con frecuencia.
9-10	Muy alta o casi segura, ocurre casi siempre.

Ejemplo de **Escala de Detectabilidad**:

Puntuación	Detectabilidad
1-2	Casi segura o muy alta, fácilmente detectable.
3-4	Alta o moderadamente alta, detectable con facilidad.
5-6	Media, puede ser detectada con esfuerzo moderado.
7-8	Baja, leve o difícil de detectar.
9-10	Muy leve o casi imposible, muy difícil de detectar.

## 10. Anexo II: Tablas de Fallos Priorizados

AMFE									
PROCESO		ADMISION URGENCIAS- DESTINO FINAL							
Subproceso	Id	Modo de fallo	Efecto	Causa	G	O	D	IPR	
Recepción y Registro Administrativo	1	Registro incorrecto del nombre o apellidos del paciente	Errores en la historia clínica, duplicación, retrasos	Error tipográfico no corregido, alta carga asistencial	5	5	4	100	
Recepción y Registro Administrativo	2	No identificación del paciente mediante DNI o tarjeta	Error de identidad, mezcla de historiales	Proceso no protocolizado o no exigido en todos los turnos	6	4	6	144	
Recepción y Registro Administrativo	3	Omisión de datos clínicos relevantes (alergias, medicación)	Falta de información crítica para el triaje y atención médica	No recogida sistemática, desconocimiento de la importancia	7	6	5	210	
Recepción y Registro Administrativo	4	No se registra acompañante o contacto	Imposibilidad de recabar información en caso de urgencia	Falta de campo obligatorio o rutina en el sistema informático	5	5	4	100	
Recepción y Registro Administrativo	5	El sistema no alerta de antecedentes clínicos relevantes	Riesgo en atención inicial por falta de alertas previas	Historia clínica fragmentada, mal interoperada o sin codificación	7	6	7	294	
Recepción y Registro Administrativo	6	No se valida el centro de salud de referencia	Pérdida de continuidad asistencial	Omisión del campo o proceso automatizado no verificado	4	3	3	36	
Recepción y Registro Administrativo	7	Falta de protocolo ante paciente frágil	No se activa circuito preferente ni seguimiento específico	Desconocimiento del riesgo o falta de cribado geriátrico inicial	6	6	6	216	
Triage de Enfermería	8	Clasificación errónea del nivel de prioridad	Retraso en la atención, progresión del cuadro clínico	Subestimación de signos vitales alterados, presión asistencial	8	7	6	336	
Triage de Enfermería	9	No detección de paciente frágil o con deterioro cognitivo	Pérdida de oportunidad de atención prioritaria y acompañamiento	Falta de cribado geriátrico, comunicación deficiente	7	6	6	252	
Triage de Enfermería	10	Omisión de constantes clave o mal registro	Asignación incorrecta de prioridad, fallo en alerta de sepsis	Automatización excesiva, omisión por prisa	7	7	7	343	
Triage de Enfermería	11	No colocación de pulsera identificativa	Riesgo de error de identidad, confusión en pruebas o medicación	Rutina interrumpida, recursos saturados	6	6	5	180	
Triage de Enfermería	12	No revisión de medicación habitual o tratamiento activo	Fallo en conciliación posterior o detección de interacciones	No integración enfermería-médico en fase de triaje	6	5	5	150	
Triage de Enfermería	13	No documentación de contacto acompañante relevante	Dificultad para recabar historia clínica real	Se asume presencia ocasional, no protocolizado	5	4	3	60	
Triage de Enfermería	14	Falta de priorización del malestar subjetivo del paciente	Desatención percibida, riesgo de descompensación por estrés	Focalización en datos objetivos, falta de escucha activa	4	5	4	80	
Estancia en Sala de Espera	15	Espera prolongada sin reevaluación clínica	Empeoramiento del estado sin detección	Saturación del servicio, falta de protocolos de vigilancia activa	7	7	6	294	
Estancia en Sala de Espera	16	Falta de acompañamiento o supervisión	Riesgo de caídas, desorientación o ansiedad	Recursos humanos limitados, paciente frágil sin alerta de riesgo	6	6	6	216	
Estancia en Sala de Espera	17	Falta de control térmico/ambiental	Incomodidad, hipotermia/hipertermia, estrés añadido	Problemas estructurales o falta de monitorización	4	5	4	80	
Estancia en Sala de Espera	18	No identificación visual del paciente (sin pulsera)	Error de citación, traslado o intervención	Omisión inicial de identificación, pérdida durante la espera	6	6	5	180	
Estancia en Sala de Espera	19	Pérdida de pertenencias o ayudas técnicas	Dificultad para comunicarse o desplazarse	Entorno desorganizado, falta de seguimiento del paciente vulnerable	4	4	4	64	
Estancia en Sala de Espera	20	Falta de comunicación sobre tiempos estimados	Ansiedad, percepción negativa de la atención	Comunicación deficiente, falta de circuitos informativos	3	5	3	45	
Estancia en Sala de Espera	21	Peticiones no atendidas (baño, agua, información)	Deshidratación, frustración, malestar físico y emocional	Alta ocupación, roles no definidos, ausencia de atención humanizada	5	5	5	125	
Valoración Médica Inicial	22	Anamnesis incompleta por falta de información del paciente	Diagnóstico inexacto o incompleto	Ausencia de familiar acompañante, paciente con deterioro cognitivo	6	6	5	180	
Valoración Médica Inicial	23	No conciliación de medicación habitual	Interacciones, duplicidades o errores de tratamiento	Falta de tiempo, no consultar historia previa o base de datos farmacológica	7	6	6	252	
Valoración Médica Inicial	24	Exploración física superficial o apresurada	Omisión de signos relevantes	Sobrecarga asistencial, fatiga profesional	6	5	5	150	
Valoración Médica Inicial	25	No valoración del contexto social o funcional del paciente	Decisiones clínicas inadecuadas a su perfil o vulnerabilidad	Foco exclusivo en lo biomédico	5	4	5	100	
Valoración Médica Inicial	26	Fallo en la solicitud de pruebas necesarias	Retrasos en diagnóstico o pruebas repetidas	Falta de experiencia o coordinación	5	4	4	80	
Valoración Médica Inicial	27	No introducción en el sistema de diagnósticos o alertas clave	Pérdida de trazabilidad del caso, errores posteriores	Desorganización, fallos informáticos o falta de formación	6	5	5	150	
Valoración Médica Inicial	28	No comunicación efectiva con enfermería	Descoordinación en cuidados, retrasos en procedimientos	Trabajo en paralelo sin briefing ni comunicación estructurada	5	5	4	100	
Pruebas Diagnósticas y Traslado	29	Pérdida o no colocación de la pulsera identificativa	Riesgo de error en la realización de pruebas a paciente equivocado	Omisión previa en triaje o retirada accidental no detectada	7	6	7	294	
Pruebas Diagnósticas y Traslado	30	Confusión de camillas al volver de pruebas	Error de localización o atención a paciente erróneo	Falta de etiquetado visible, desorganización en pasillos o boxes	6	6	6	216	
Pruebas Diagnósticas y Traslado	31	Retraso excesivo en el transporte	Atraso en pruebas, deterioro clínico no monitorizado	Falta de celadores, priorización deficiente de traslados	6	5	5	150	
Pruebas Diagnósticas y Traslado	32	Traslado sin información clínica mínima al técnico	Pruebas mal orientadas o incompletas	Desconexión entre médico prescriptor y personal técnico	5	4	4	80	
Pruebas Diagnósticas y Traslado	33	Prueba no realizada por fallo de citación o duplicidad	Repetición innecesaria, demora en diagnóstico	Errores administrativos, confusión entre nombres similares	5	4	3	60	
Pruebas Diagnósticas y Traslado	34	Paciente vulnerable sin acompañamiento funcional	Riesgo de caída, desorientación o ansiedad	No identificación de situación de fragilidad	6	5	5	150	
Pruebas Diagnósticas y Traslado	35	Resultados no comunicados adecuadamente al médico	Omisión en la toma de decisiones o retraso clínico	Falta de integración entre sistemas informáticos o interrupciones en flujo	6	5	6	180	
Comunicación de Resultados y decisión final	36	No revisión o interpretación incompleta de resultados	Diagnóstico erróneo o retrasado	Saturación, distracciones, falta de seguimiento	7	6	6	252	
Comunicación de Resultados y decisión final	37	No integración de datos clínicos previos y actuales	Toma de decisiones descontextualizada	Falta de tiempo, historia clínica dispersa, desconocimiento del paciente	6	6	5	180	
Comunicación de Resultados y decisión final	38	No comunicación al paciente o familiar	Ansiedad, desinformación, resistencia a tratamiento	Pérdida de oportunidad, falta de cultura comunicativa	6	5	5	150	
Comunicación de Resultados y decisión final	39	Comunicación técnica no adaptada al nivel del paciente	Incomprensión del diagnóstico, mal cumplimiento posterior	Déficit en habilidades de comunicación clínica	5	4	4	80	
Comunicación de Resultados y decisión final	40	Falta de registro de la información comunicada	Imposibilidad de verificar que se ha informado al paciente	Omisión de anotación en historia clínica	4	4	3	48	
Comunicación de Resultados y decisión final	41	Decisión médica sin valorar situación funcional/social	Tratamiento o ingreso inadecuado a su situación global	No integración del modelo biopsicosocial	6	5	5	150	
Comunicación de Resultados y decisión final	42	No participación del paciente en la decisión	Rechazo posterior, pérdida de adherencia, conflicto ético	Cultura paternalista, falta de tiempo o presión asistencial	5	5	4	100	
Gestión del Ingreso	43	Demora prolongada en encontrar cama disponible	Empeoramiento del estado clínico, descompensación	Saturación hospitalaria, falta de planificación anticipada	6	6	6	216	
Gestión del Ingreso	44	Ubicación provisional no monitorizada	Falta de seguimiento, pérdida de oportunidad terapéutica	Recursos insuficientes, decisiones transitorias que se prolongan	6	5	5	150	
Gestión del Ingreso	45	Falta de coordinación entre urgencias y planta receptora	Omisión de datos importantes, duplicación o discontinuidad asistencial	Comunicación incompleta, registros no compartidos, traslado precipitado	7	6	6	252	
Gestión del Ingreso	46	No traslado de documentación clínica actualizada	Riesgos de errores en tratamiento o cuidados	Falta de impresión, sistemas no interoperables, protocolo ineficaz	6	5	5	150	
Gestión del Ingreso	47	No identificación clara del responsable del ingreso	Tareas no asignadas, retrasos o pérdidas de información	Ambigüedad en circuitos o turnos cambiantes sin traspaso efectivo	5	4	4	80	
Gestión del Ingreso	48	Ingreso sin valoración funcional del paciente	Asignación a unidad inadecuada	Desconocimiento del perfil del paciente, presión para agilizar ingresos	6	5	4	120	
Gestión del Ingreso	49	Ausencia de notificación al familiar sobre ingreso	Confusión, falta de pertenencias, retraso en cuidados básicos	Omisión del contacto de referencia, fallo en comunicación	5	4	4	80	

## Mapa de Riesgos. Atención Integral en el Servicio de Urgencias

### AMFE

#### PROCESO

#### ADMISION URGENCIAS- DESTINO FINAL

Subproceso	Id	Modo de fallo	Efecto	Causa	G	O	D	IPR
Triaje de Enfermería	10	Omisión de constantes clave o mal registro	Asignación incorrecta de prioridad, fallo en alerta de sepsis	Automatización excesiva, omisión por prisa	7	7	7	343
Triaje de Enfermería	8	Clasificación errónea del nivel de prioridad	Retraso en la atención, progresión del cuadro clínico	Subestimación de signos vitales alterados, presión asistencial	8	7	6	336
Recepción y Registro Administrativo	5	El sistema no alerta de antecedentes clínicos relevantes	Riesgo en atención inicial por falta de alertas previas	Historia clínica fragmentada, mal interoperada o sin codificación	7	6	7	294
Estancia en Sala de Espera	15	Espera prolongada sin reevaluación clínica	Empeoramiento del estado sin detección	Saturación del servicio, falta de protocolos de vigilancia activa	7	7	6	294
Pruebas Diagnósticas y Traslado	29	Pérdida o no colocación de la pulsera identificativa	Riesgo de error en la realización de pruebas a paciente equivocado	Omisión previa en triaje o retirada accidental no detectada	7	6	7	294
Triaje de Enfermería	9	No detección de paciente frágil o con deterioro cognitivo	Pérdida de oportunidad de atención prioritaria y acompañamiento	Falta de cribado geriátrico, comunicación deficiente	7	6	6	252
Valoración Médica Inicial	23	No conciliación de medicación habitual	Interacciones, duplicidades o errores de tratamiento	Falta de tiempo, no consultar historia previa o base de datos farmacológica	7	6	6	252
Comunicación de Resultados y decisión final	36	No revisión o interpretación incompleta de resultados	Diagnóstico erróneo o retrasado	Saturación, distracciones, falta de seguimiento	7	6	6	252
Gestión del Ingreso	45	Falta de coordinación entre urgencias y planta receptora	Omisión de datos importantes, duplicación o discontinuidad asistencial	Comunicación incompleta, registros no compartidos, traslado precipitado	7	6	6	252
Recepción y Registro Administrativo	7	Falta de protocolo ante paciente frágil	No se activa circuito preferente ni seguimiento específico	Desconocimiento del riesgo o falta de cribado geriátrico inicial	6	6	6	216
Estancia en Sala de Espera	16	Falta de acompañamiento o supervisión	Riesgo de caídas, desorientación o ansiedad	Recursos humanos limitados, paciente frágil sin alerta de riesgo	6	6	6	216
Pruebas Diagnósticas y Traslado	30	Confusión de camillas al volver de pruebas	Error de localización o atención a paciente erróneo	Falta de etiquetado visible, desorganización en pasillos o boxes	6	6	6	216
Gestión del Ingreso	43	Demora prolongada en encontrar cama disponible	Empeoramiento del estado clínico, descompensación	Saturación hospitalaria, falta de planificación anticipada	6	6	6	216
Recepción y Registro Administrativo	3	Omisión de datos clínicos relevantes (alergias, medicación)	Falta de información crítica para el triaje y atención médica	No recogida sistemática, desconocimiento de la importancia	7	6	5	210
Triaje de Enfermería	11	No colocación de pulsera identificativa	Riesgo de error de identidad, confusión en pruebas o medicación	Rutina interrumpida, recursos saturados	6	6	5	180
Estancia en Sala de Espera	18	No identificación visual del paciente (sin pulsera)	Error de citación, traslado o intervención	Omisión inicial de identificación, pérdida durante la espera	6	6	5	180
Valoración Médica Inicial	22	Anamnesis incompleta por falta de información del paciente	Diagnóstico inexacto o incompleto	Ausencia de familiar acompañante, paciente con deterioro cognitivo	6	6	5	180
Pruebas Diagnósticas y Traslado	35	Resultados no comunicados adecuadamente al médico	Omisión en la toma de decisiones o retraso clínico	Falta de integración entre sistemas informáticos o interrupciones en flujo	6	5	6	180
Comunicación de Resultados y decisión final	37	No integración de datos clínicos previos y actuales	Toma de decisiones descontextualizada	Falta de tiempo, historia clínica dispersa, desconocimiento del paciente	6	6	5	180
Triaje de Enfermería	12	No revisión de medicación habitual o tratamiento activo	Fallo en conciliación posterior o detección de interacciones	No integración enfermería-médico en fase de triaje	6	5	5	150
Valoración Médica Inicial	24	Exploración física superficial o apresurada	Omisión de signos relevantes	Sobrecarga asistencial, fatiga profesional	6	5	5	150
Valoración Médica Inicial	27	No introducción en el sistema de diagnósticos o alertas clave	Pérdida de trazabilidad del caso, errores posteriores	Desorganización, fallos informáticos o falta de formación	6	5	5	150
Pruebas Diagnósticas y Traslado	31	Retraso excesivo en el transporte	Atraso en pruebas, deterioro clínico no monitorizado	Falta de celadores, priorización deficiente de traslados	6	5	5	150
Pruebas Diagnósticas y Traslado	34	Paciente vulnerable sin acompañamiento funcional	Riesgo de caída, desorientación o ansiedad	No identificación de situación de fragilidad	6	5	5	150
Comunicación de Resultados y decisión final	38	No comunicación al paciente o familiar	Ansiedad, desinformación, resistencia a tratamiento	Pérdida de oportunidad, falta de cultura comunicativa	6	5	5	150
Comunicación de Resultados y decisión final	41	Decisión médica sin valorar situación funcional/social	Tratamiento o ingreso inadecuado a su situación global	No integración del modelo biopsicosocial	6	5	5	150
Gestión del Ingreso	44	Ubicación provisional no monitorizada	Falta de seguimiento, pérdida de oportunidad terapéutica	Recursos insuficientes, decisiones transitorias que se prolongan	6	5	5	150
Gestión del Ingreso	46	No traslado de documentación clínica actualizada	Riesgos de errores en tratamiento o cuidados	Falta de impresión, sistemas no interoperables, protocolo ineficaz	6	5	5	150
Recepción y Registro Administrativo	2	No identificación del paciente mediante DNI o tarjeta	Error de identidad, mezcla de historias	Proceso no protocolizado o no exigido en todos los turnos	6	4	6	144
Estancia en Sala de Espera	21	Peticiones no atendidas (baño, agua, información)	Deshidratación, frustración, malestar físico y emocional	Alta ocupación, roles no definidos, ausencia de atención humanizada	5	5	5	125
Gestión del Ingreso	48	Ingreso sin valoración funcional del paciente	Asignación a unidad inadecuada	Desconocimiento del perfil del paciente, presión para agilizar ingresos	6	5	4	120
Recepción y Registro Administrativo	1	Registro incorrecto del nombre o apellidos del paciente	Errores en la historia clínica, duplicación, retrasos	Error tipográfico no corregido, alta carga asistencial	5	5	4	100
Recepción y Registro Administrativo	4	No se registra acompañante o contacto	Imposibilidad de recabar información en caso de urgencia	Falta de campo obligatorio o rutina en el sistema informático	5	5	4	100
Valoración Médica Inicial	25	No valoración del contexto social o funcional del paciente	Decisiones clínicas inadecuadas a su perfil o vulnerabilidad	Foco exclusivo en lo biomédico	5	4	5	100
Valoración Médica Inicial	28	No comunicación efectiva con enfermería	Descoordinación en cuidados, retrasos en procedimientos	Trabajo en paralelo sin briefing ni comunicación estructurada	5	5	4	100
Comunicación de Resultados y decisión final	42	No participación del paciente en la decisión	Rechazo posterior, pérdida de adherencia, conflicto ético	Cultura paternalista, falta de tiempo o presión asistencial	5	5	4	100
Triaje de Enfermería	14	Falta de priorización del malestar subjetivo del paciente	Desatención percibida, riesgo de descompensación por estrés	Focalización en datos objetivos, falta de escucha activa	4	5	4	80
Estancia en Sala de Espera	17	Falta de control térmico/ambiental	Incomodidad, hipo/hipertermia, estrés añadido	Problemas estructurales o falta de monitorización	4	5	4	80
Valoración Médica Inicial	26	Fallo en la solicitud de pruebas necesarias	Retrasos en diagnóstico o pruebas repetidas	Falta de experiencia o coordinación	5	4	4	80
Pruebas Diagnósticas y Traslado	32	Traslado sin información clínica mínima al técnico	Pruebas mal orientadas o incompletas	Desconexión entre médico prescriptor y personal técnico	5	4	4	80
Comunicación de Resultados y decisión final	39	Comunicación técnica no adaptada al nivel del paciente	Incomprensión del diagnóstico, mal cumplimiento posterior	Deficit en habilidades de comunicación clínica	5	4	4	80
Gestión del Ingreso	47	No identificación clara del responsable del ingreso	Tareas no asignadas, retrasos o pérdidas de información	Ambigüedad en circuitos o turnos cambiantes sin traspaso efectivo	5	4	4	80
Gestión del Ingreso	49	Ausencia de notificación al familiar sobre ingreso	Confusión, falta de pertenencias, retraso en cuidados básicos	Omisión del contacto de referencia, fallo en comunicación	5	4	4	80
Estancia en Sala de Espera	19	Pérdida de pertenencias o ayudas técnicas	Dificultad para comunicarse o desplazarse	Entorno desorganizado, falta de seguimiento del paciente vulnerable	4	4	4	64
Triaje de Enfermería	13	No documentación de contacto acompañante relevante	Dificultad para recabar historia clínica real	Se asume presencia ocasional, no protocolizado	5	4	3	60
Pruebas Diagnósticas y Traslado	33	Prueba no realizada por fallo de citación o duplicidad	Repetición innecesaria, demora en diagnóstico	Errores administrativos, confusión entre nombres similares	5	4	3	60
Comunicación de Resultados y decisión final	40	Falta de registro de la información comunicada	Imposibilidad de verificar que se ha informado al paciente	Omisión de anotación en historia clínica	4	4	3	48
Estancia en Sala de Espera	20	Falta de comunicación sobre tiempos estimados	Ansiedad, percepción negativa de la atención	Comunicación deficiente, falta de circuitos informativos	3	5	3	45
Recepción y Registro Administrativo	6	No se valida el centro de salud de referencia	Pérdida de continuidad asistencial	Omisión del campo o proceso automatizado no verificado	4	3	3	36

## 11. Matriz de Riesgo

La Matriz de Riesgos es una herramienta visual que permite representar el nivel de criticidad de un fallo en función de dos dimensiones:

**Gravedad (G)** del impacto del fallo.

**Ocurrencia (O)** o frecuencia con la que puede producirse.

Cada fallo se posiciona en una celda de la matriz (de 10×10), según sus valores reales de G y O obtenidos en el AMFE. La zona de la matriz en la que cae determina su nivel de riesgo visual:

- Verde: Riesgo bajo (aceptable).
- Amarillo: Riesgo moderado (requiere vigilancia).
- Naranja: Riesgo alto (requiere intervención).
- Rojo: Riesgo muy alto (requiere intervención inmediata).

### MATRIZ DE RIESGOS

### Proceso: Urgencias - Destino Final

Recepción y Registro Administrativo				
1	2	4	6	
Triage de Enfermería				
		12	13	14
Estancia en Sala de Espera				
	17	18	19	20
			21	
Valoración Médica Inicial				
22	24	25	26	27
			28	
Pruebas diagnósticas y Traslado				
	31	32	33	34
			35	
Comunicación y Decisión Final				
37	38	39	40	41
			42	
Gestión del ingreso				
	44	46	47	48
			49	

GRAVEDAD	9 - 10							
	7 - 8			5 6	15 38	29 45	23 3	10 8
	5 - 6			7 11	16	30	43	
	3 - 4							
	1 - 2							
		1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10		
OCURENCIA								