



ORIGINAL

Gestión de eventos adversos en un Servicio de Cirugía oral y Maxilofacial



J.D. Sánchez López^{a,*}, J. Cambil Martín^b, M. Villegas Calvo^c, M.A. Toledo Páez^d, P. Cariati^e y M.L. Moreno Martín^f

^a *Facultativo especialista de Área de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*

^b *Enfermero, profesor del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España*

^c *Enfermera, supervisora de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*

^d *Enfermera, jefa de Bloque de Área Quirúrgica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*

^e *Médico residente de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*

^f *Enfermera, Práctica Asistencial en el área de Reanimación. Parque Tecnológico de la Salud, Granada, España*

Recibido el 1 de marzo de 2018; aceptado el 23 de julio de 2018

Disponible en Internet el 22 de octubre de 2018

PALABRAS CLAVE

Eventos adversos;
Medidas preventivas;
Seguridad del
paciente

Resumen

Introducción: La seguridad del paciente en cirugía oral y maxilofacial supone prestar al mismo cuidados seguros mediante una adecuada gestión de riesgos que minimicen los eventos adversos (EA) y propicien una cultura orientada hacia prácticas clínicas seguras como eje fundamental de una atención sanitaria basada en la calidad sanitaria. El objetivo de este estudio es poner en marcha las acciones preventivas hacia la mejora de la seguridad del paciente en una Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial (COMF) para reducir la incidencia de EA y mejorar la calidad asistencial.

Material y métodos: Estudio longitudinal, prospectivo y unicéntrico en el que a través de la metodología de análisis modal de fallos y efectos se abordó la gestión de EA potencialmente graves en la Unidad de COMF del Complejo Hospitalario Universitario de Granada (junio-noviembre del 2017), así como la elaboración y la implementación de una serie de medidas correctoras.

Resultados: Obtuvimos un total de 7 acciones preventivas (información al paciente, acciones formativas, mejoras en los protocolos y procedimientos, en el proceso asistencial y práctica clínica, así como la necesidad de puesta en marcha de un adecuado listado de comprobación y miscelánea, aplicables a la prevención de EA críticos y de aquellos con IPR >100) y elaboramos un cronograma de las distintas medidas de prevención y seguridad en el paciente de COMF.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es (J.D. Sánchez López).

Discusión: La puesta en marcha de dichas medidas preventivas representa un notable avance en la prevención del daño sobre el paciente y la organización, involucrando al personal sanitario en una cultura de seguridad orientada hacia la calidad asistencial.

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Adverse events;
Preventive measures;
Quality of health care

Management of adverse events in an Oral and Maxillofacial Surgery Unit

Abstract

Introduction: Patient safety in oral and maxillofacial surgery is oriented towards providing patient care by means of adequate risk management that minimises adverse events and fosters a culture of safe clinical practices as the fundamental basis of quality health care. To implement preventive actions are implemented in order to improve patient safety and to reduce the incidence of adverse events, as well as to improve the quality of care. The aim of this report is to implement preventive measures in order to improve the health care of the patient in an Oral and Maxillofacial Surgery Unit by reducing the Adverse Events and proving good quality healthcare.

Materials and methods: A longitudinal, prospective, single centre study was conducted using a methodology of analysis of modes of failure and effects of the management of potentially serious adverse events in the Oral and Maxillofacial surgical unit of the University Hospital of Granada (June-November 2017), as well as the preparation and implementation of a series of corrective measures.

Results: A total of 33 adverse events were recorded, with 10 of them considered as critical, distributed in different areas of care, and referred from Primary Health Care and from other hospitals. Seven preventive actions were implemented: information to the patient, training actions, improvements in the protocols and procedures, in the care process and clinical practice, as well as the need to set up an adequate checklist, and other miscellaneous.

Discussion: The implementation of preventive measures represent a notable advance in the prevention of harm to the patient and the organisation, involving healthcare staff in a safety culture oriented towards quality care.

© 2018 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Partiendo del principio de que el acceso a una atención sanitaria segura es un derecho básico del ciudadano, la Organización Mundial de la Salud reconoce que la seguridad del paciente (SP) constituye un problema de salud pública a nivel mundial¹. Genéricamente, es necesario diferenciar 3 tipos de agentes involucrados en este tipo de situaciones: el personal sanitario, el vínculo organizativo dentro del centro sanitario y el paciente².

Entendemos por evento adverso (EA) todo acontecimiento que produce una lesión o daño al paciente como consecuencia de una intervención sanitaria, expresión de un resultado clínico indeseable resultado del proceso de diagnóstico o tratamiento.

De forma más específica, la SP en Cirugía Oral y Maxilofacial (COMF), supone prestar al mismo una atención y cuidados seguros, mediante una adecuada gestión de riesgos que minimicen los EA y propicien una cultura orientada hacia prácticas clínicas seguras como eje fundamental de una atención sanitaria basada en la calidad³, para ello hemos de considerar como un factor determinante el número tan elevado y variado de factores riesgo, entendiendo los mismos como aquellas condiciones que originan daños en la

salud de los pacientes (EA), lo que precisa de su adecuada identificación en el circuito asistencial del paciente (flujoograma), para, a través de una adecuada gestión de los recursos, transformarlos en «áreas de mejora»⁴.

Por SP, entendemos la práctica de una atención sanitaria libre de daños, lo que supone reducir en la medida de lo posible la probabilidad de su aparición, especialmente en aquellos más relevantes en cuanto a la salud del paciente o prestigio de la Unidad (EA Críticos) mediante la implementación de una serie de medidas de mejora que mitiguen sus consecuencias⁵.

Actualmente, nuestra Unidad de COMF persigue como acción prioritaria la mejora en materia de seguridad a través de la identificación y priorización de riesgos de forma prospectiva, proponiendo distintas acciones preventivas para evitar los mismos.

En este sentido, el abordaje en la identificación y prevención de EA puede enfocarse desde 2 ópticas. A través de una visión reactiva mediante el análisis causa raíz, esto es, analizando el EA ya producido, o bien cómo planteamos en el presente estudio, de forma proactiva mediante el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), analizando los riesgos y elaborando las medidas adecuadas para que los mismos no se conviertan en EA⁶.

El objetivo principal del presente estudio es la puesta en marcha de acciones preventivas encaminadas a la mejora de la SP de COMF del Complejo Hospitalario Universitario de Granada que reduzcan la incidencia de EA con la finalidad de mejorar la calidad asistencial y, secundariamente, describir el proceso del paciente de COMF (flujograma), identificar los EA más relevantes y analizar la priorización de los riesgos.

Material y métodos

Estudio longitudinal, prospectivo y unicéntrico, realizado en la Unidad de COMF del Complejo Hospitalario de Granada, desde junio hasta noviembre del 2017, en el que a través de la metodología AMFE se aborda la gestión de EA graves, tanto para el paciente como para la institución, mediante la elaboración e implementación de una serie de medidas correctoras.

En el mismo consideramos las siguientes fases:

- Identificación del problema: identificación de EA graves para el paciente (críticos) en función del análisis de 3 variables: gravedad (G), frecuencia (F) y detectabilidad (D), que representen un problema en la seguridad asistencial.
- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar (grupo focal), constituido por diferentes profesionales implicados directamente en el campo de actuación de mejora de la seguridad, tras analizar distintas características

de los mismos (profesión, tipo de contrato, experiencia, motivación, implicación, etc.), integrado por un facultativo (FEA) referente de calidad sanitaria, un supervisor y una enfermera del área quirúrgica, 2 profesionales de enfermería y un supervisor gestor de cuidados de hospitalización, un gestor de cuidados del área de reanimación y una jefa del área del bloque quirúrgico. Una vez constituido el grupo de trabajo y obtenida la implicación de la Dirección del centro sanitario, iniciamos una serie de medidas formativas en materia de seguridad, a través del Itinerario formativo en SP (SPIF)⁷, proporcionado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. Se estableció un cronograma y actividades a seguir.

- Análisis de la situación actual en SP y gestión de riesgos empleando como técnica de recolección de información una matriz DAFO (acrónimo de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) para encontrar todos aquellos factores determinantes de la Unidad de COMF que consoliden fortalezas, minimicen debilidades, aprovechando las oportunidades de mejora, y eliminando o reduciendo las amenazas (tabla 1). Además, se empleó una novedosa herramienta proveniente del Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación 2015, denominada Análisis Sistemático de Factores latentes (PITLO), que actuaría como elemento de reflexión acerca de las distintas causas implicadas en la aparición de EA. Esta estrategia permitió desarrollar un mapa de riesgos integrado en la dinámica diaria de la

Tabla 1 DAFO del plan de mejora de la Unidad de COMF

Debilidades	Amenazas
Infranotificación de EA	Mayor complejidad de los sistemas informáticos
Falta de motivación y competencia del personal sanitario	Sobrecarga asistencial
Avance tecnológico continuo en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad maxilofacial	Aumento de las demandas y expectativas de los pacientes
Obsolescencia sanitaria (recortes sanitarios)	Guardias localizadas del cirujano maxilofacial
Falta de feed-back en la comunicación de los distintos profesionales dentro de la Unidad de COMF y con el resto de Unidades	Ausencia de una política adecuada de gestión
Inexperiencia del personal facultativo (precariedad en la contratación)	Burnout profesional
Dificultad en el aprendizaje de nuevas técnicas quirúrgicas	Recortes presupuestarios
Fortalezas	Oportunidades
Adecuada comunicación de los distintos profesionales de la Unidad	Formación metodológica continua (congresos, cursos, etc.)
Existencia de protocolos y guías de práctica clínica	Pulsera identificativa de pacientes como garantía de seguridad asistencial
Experiencia quirúrgica	Elaboración del Plan de Acogida a los nuevos profesionales
Trabajo por procesos	Elaboración de un mapa de riesgos sanitarios para el paciente de COMF
Formación continuada	Planes de prevención del carcinoma de cabeza y cuello
Implicación en los objetivos de la Unidad	Incorporación y aprendizaje de nuevas tecnologías
Profesionalidad contrastada	Posibilidad de intervenciones quirúrgicas durante las guardias
Liderazgo	
Acreditación docente	

Unidad de COMF, a la vez que se identificaron EA y sus correspondientes medidas preventivas para de eliminarlos o al menos minimizarlos.

- Identificación de los distintos EA. Reunido todo el equipo, identificamos los mismos mediante *brainstorming* (tormenta de ideas), donde cada profesional aportó sus diferentes conocimientos, experiencias y competencias, lo que permitió la elaboración de un catálogo de posibles EA. Los datos obtenidos fueron recogidos en una tabla Excel.
- Cálculo de índice de prioridad de riesgo (IPR). Para ello consensuamos los distintos EA identificados, eliminando duplicidades, con aportación de nuevos EA no detectados y reformulando aquellos que no habían quedado claros. La información obtenida fue ponderada mediante las mencionadas variables de G, F y D, empleando una escala de valores de 1 a 10 basado en el establecimiento de la media ponderada de los valores aportados por el grupo focal, con un margen de resultados lo suficientemente amplio para diversificar opiniones y evitar el solapamiento de los mismos, en el que a cada variable se le asigna un mismo valor. Desde el punto de vista del IPR, la G mide el daño físico o psíquico esperado que provoca el EA según la percepción o consecuencia para el paciente y determina la importancia o severidad del EA. La F pondera la repetitividad del EA, lo que en términos de fiabilidad o de prevención se denomina probabilidad de aparición del fallo. La D es la capacidad de detectar el fallo antes de que se produzca el EA. Inversamente a los índices anteriores, cuanto menor sea la capacidad de detección, mayor será el índice de detectabilidad.

De esta forma se obtiene un valor adimensional resultado de:

$$IPR = G \times F \times D$$

Este valor facilitó el cálculo del grado de peligrosidad de los riesgos. De esta forma, si se considera que el fallo que se va a ponderar genera un EA crítico (por la gravedad clínica, extraordinario coste económico, prestigio de la Unidad, etc.), se coloca una «X» en el lugar correspondiente de la columna encabezada con el texto Crítico, permitiendo una rápida identificación.

Acciones preventivas y de mejora de EA. Representan las distintas formas a través de las cuales la Unidad de COMF puede llegar a satisfacer las necesidades de sus clientes (en este caso pacientes), personal sanitario, distintos grupos de interés y a la sociedad en general⁸. Las mismas se encuentran íntimamente relacionadas con el concepto de calidad asistencial, entendida esta como el compendio de: competencia profesional, eficacia, oportunidad, seguridad, satisfacción y accesibilidad profesional.

Todas ellas están orientadas hacia la mejora continua, innovación y monitorización (control de los procedimientos), al tratarse de un conjunto de actuaciones planificadas, continuadas en el tiempo e integradas en las actividades del equipo y dirigidas a obtener un nivel cada vez más alto de calidad en todas sus dimensiones⁹.

Resultados

En el catálogo obtenido se identificaron 33 EA, distribuidos por distintas áreas asistenciales: derivados de Atención Primaria (AP) y de otros hospitales, área de admisión programada (4 EA), consultas externas (14 EA), urgencias (14 EA), hospitalización (diagnóstico y solo tratamiento médico) (18 EA). Si tras el tratamiento médico se decide en sesión médico quirúrgica que se realizará el procedimiento quirúrgico el usuario pasará al área quirúrgica (quirófano) (19 EA), reanimación (19 EA) y hospitalización (18 EA) para su posterior alta domiciliaria (8 EA) definitiva o de revisión.

EA críticos

El análisis del AMFE nos muestra una relación de 10 EA considerados como críticos y 23 EA considerados como no críticos, los cuales quedan identificados en el diagrama del proceso, siendo prioritario adoptar las medidas preventivas en los 10 EA críticos detectados: identificación errónea del paciente, error en la medicación, asfixia, error de diagnóstico, reacción medicamentosa alérgica, vigilancia inadecuada en reanimación, tromboembolia pulmonar, error en el informe de alta, complicaciones quirúrgicas graves y hemorragia.

Puede apreciarse como en su mayoría inciden de forma decisiva en las características específicas del paciente que por su enfermedad es atendido en la Unidad de COMF (hemorragia, asfixia, tromboembolia pulmonar, etc.) pero detectamos otros (vigilancia inadecuada en reanimación) aplicables a otras unidades quirúrgicas que ponen de manifiesto deficiencias en el modelo organizativo.

Tabla 2 EA con IPR >100 en la Unidad de COMF

N.º	Eventos adversos	IPR
33	Lesión de partes blandas por instrumental	343
3	Error en la medicación	324
4	Violación de la intimidad/confidencialidad	243
6	Ansiedad paciente y familiares	216
26	Confusiones en diagnósticos y tratamientos médicos	200
11	Pruebas diagnósticas y tratamiento innecesario	168
13	Error de diagnóstico	168
29	Úlceras por presión	168
14	Reacción medicamentosa alérgica	150
20	Tratamiento médico-quirúrgico incorrecto	148
12	Error en la transferencia del paciente	144
31	Fractura de mandíbula	128
25	Resolución en consulta de acto único	126
10	Reingreso por agravamiento del proceso por el que fue tratado	112
23	Error en el informe de alta	103

EA: evento adverso; IPR: índice de prioridad de riesgo.

Tabla 3 Relación entre EA calificados como críticos y su IPR en la Unidad de COMF

N.º	Eventos adversos críticos	IPR
1	Identificación errónea del paciente	18
3	Error en la medicación	324
7	Asfixia	90
13	Error de diagnóstico	200
14	Reacción medicamentosa alérgica	150
18	Vigilancia inadecuada en reanimación	32
22	Tromboembolia pulmonar	20
23	Error en el informe de alta	103
24	Complicaciones quirúrgicas graves	81
27	Hemorragia	27

EA: evento adverso; IPR: índice de prioridad de riesgo.

Análisis de EA con IPR >100

Su detección permite priorizar la urgencia de la intervención, así como el orden de las medidas correctoras (tabla 2).

Los mismos no necesariamente representan una gravedad para el paciente equivalente a un EA crítico (hemorragia, asfixia, etc.) pero por su elevada F y escasa D, previa a la aparición del daño, precisa de medidas preventivas para evitar su aparición.

Relación entre EA calificados como críticos y su IPR

Tal como se aprecia en la tabla 3, un 40% de los mismos presentan un IPR > 100 y un 20% se aproxima a dicho número. En cambio, un 20% presentó un IPR < 100 (hemorragia y vigilancia inadecuada en reanimación); esta discrepancia muestra que no necesariamente el IPR es equivalente a gravedad del EA ya que este representa el producto de los 3 elementos mencionados F, G y D. De este modo, se obtiene

de forma paradójica EA graves para el paciente (p. ej., hemorragia) pero que por su escasa F y elevada D obtienen valores bajos de IPR.

Análisis de las acciones preventivas y de mejora en los EA críticos

En la tabla 4 se muestra que obtuvimos un total de 7 acciones preventivas, orientadas no solamente a evitar daños en el paciente, sino a mejorar el circuito asistencial.

Acciones preventivas y de mejora de EA con IPR >100

En el caso de EA con IPR > 100, las mencionadas acciones preventivas y de mejora son igualmente válidas en la gestión de los mismos, encontrándose orientadas hacia la reducción del daño (EA) en cualquier etapa del proceso (tabla 5). Dichas medidas de prevención las hemos orientada hacia la excelencia en la práctica asistencial pues permiten responder a las necesidades y expectativas de los pacientes en cada momento, basándose en la mejora y aprendizaje continuo.

Cronograma y acciones para la prevención y mejora de la seguridad del paciente de COMF

Representan un paso más en la mejora de la SP enfocadas claramente hacia la obtención de la máxima calidad asistencial, pues representan no solamente una propuesta de mejora, sino que introducen 3 factores adicionales: acciones concretas para evitar el daño tras el análisis de los factores de riesgo, asignación de responsabilidades concretas que implican a todo el personal facultativo (médicos, enfermería, personal facultativo de otras unidades,

Tabla 4 Acciones preventivas en EA críticos en la Unidad de COMF

Grupo	ACCIONES PREVENTIVAS.	Eventos adversos críticos
I	Información al paciente	Identificación errónea del paciente Error en la medicación Error de diagnóstico Error en el informe de alta
F	Acciones formativas	Error en la medicación Error en el informe de alta
PR	Protocolo/procedimiento	Identificación errónea del paciente Reacción medicamentosa alérgica Error en el informe de alta
PA PC	Mejoras en el proceso asistencial Práctica clínica	Error en la medicación Error en la medicación Error de diagnóstico Vigilancia inadecuada en reanimación Tromboembolia pulmonar Complicaciones quirúrgicas graves Hemorragia
LC	Listado de comprobación	Identificación errónea del paciente Error en la medicación
O	Otros	

EA: evento adverso; COMF: Cirugía Oral y Maxilofacial.

Tabla 5 Acciones preventivas y de mejora en EA con IPR > 100 en la Unidad de COMF

Grupo	Acciones preventivas	Evento adverso
I	Información al paciente	Error de la medicación Ansiedad de pacientes y familiares Error en el informe de alta
F	Acciones formativas	Error de la medicación
PR	Protocolo/procedimiento	Violación de la intimidad/confidencialidad Lesión de partes blandas por instrumental Violación de la intimidad/confidencialidad Error en la transferencia del paciente Resolución en consulta de acto único
PA	Mejoras en el proceso asistencial	Lesión de partes blandas por instrumental Error de la medicación Úlceras por presión Reacción medicamentosa alérgica Reingreso por agravamiento del proceso por el que fue atendido
PC	Práctica clínica	Lesión de partes blandas por instrumental Tratamiento médico-quirúrgico incorrecto Error de la medicación Úlceras por presión Confusión en diagnósticos y tratamientos Error de diagnósticos Fractura de mandíbula Reingreso por agravamiento del proceso por el que fue atendido
LC	Listado de comprobación	Error de la medicación
O	Otros	

EA: evento adverso; COMF: Cirugía Oral y Maxilofacial; IPR: índice de prioridad de riesgo.

servicios centrales, etc.) y la propuesta de introducción de un cronograma para su implementación (tabla 6).

Discusión

Según el Estudio nacional sobre eventos adversos sanitarios (ENEAS), en hospitales del Sistema Nacional de Salud en España, el 42,8% de los EA son evitables¹⁰, mientras que el Estudio nacional sobre eventos adversos en Atención Primaria (APEAS) lo sitúa en el 70,2%¹¹.

El análisis de los resultados obtenidos en la Unidad de COMF muestran como los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la SP y gestión del riesgo se orientan en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de dicha información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de la Unidad¹², poniendo de manifiesto la existencia de profesionales de equipos interdisciplinarios con formaciones diferenciadas y especializadas que, aunque tengan definidas sus funciones y competencias, el grado de responsabilidad no se encuentra suficientemente asignado.

Apreciamos como en una Unidad de COMF de especial complejidad por la variedad de procedimientos aplicados (cirugía oral, oncológica, traumatología facial, corrección de malformaciones dentofaciales) y elevada dificultad técnica, la presencia de un daño (EA) ligado a la actividad asistencial es alta, especialmente si consideramos un EA crítico o con IPR > 100 (p. ej., lesiones blandas por instrumental, tromboembolia pulmonar, fracturas de mandíbula, etc.), al igual que en otros servicios quirúrgicos¹³. El

correcto análisis de riesgos a través de una metodología eficaz (AMFE) y la implicación del personal facultativo han simplificado las distintas acciones preventivas en los 6 tipos mencionados.

Uno de los aspectos clave en la gestión de EA es el concepto de que la calidad sanitaria siempre es susceptible de mejora, de ahí que dichas medidas preventivas tengan las mencionadas cualidades.

De este modo, las mismas presentan dentro de la Unidad de COMF las siguientes características específicas:

- Orientación hacia la mejora de aspectos reales: a modo de ejemplo, si consideramos el EA crítico de una errónea identificación del paciente, las medidas irán encaminadas hacia la información (entrevista previa con el paciente y obtención del consentimiento informado), revisión de protocolos según la medicina basada en la evidencia (según el conocimiento obtenido por la experiencia y el empleo de guías clínicas) y listado de comprobación (pulsera identificativa)¹⁴.
- Producción de resultados (desaparición o disminución del EA): lo que significa que son mensurables, permitiendo la valoración de su eficacia a través del empleo de indicadores¹⁵.
- Representan un enfoque de esfuerzos (metodología), permitiendo la revisión de las mismas de forma sistemática para introducir medidas de mejora¹⁶. De este modo, la formación continua en la práctica clínica inducirá una disminución de efectos críticos tales como complicaciones

Tabla 6 Cronograma de acciones para la prevención y mejora de la seguridad del paciente de COMF y responsables

Agrupación de acciones preventivas	Acciones	Responsable	Fecha
Modificación y mejoras en el proceso asistencial Práctica clínica	Aplicar medidas preventivas definidas en el catálogo de eventos adversos	Profesional responsable del área de actuación	16/11/17
	Aplicación de procedimientos de trabajo normalizados Control de implantación de guías de práctica clínica	Supervisoras de las áreas de actuación	12/11/17
Acciones formativas	Programar actividades formativas	Jefe de bloque y supervisoras responsables del área	30/11/17
Protocolos y procedimientos	Promover actividades formativas Revisión y actualización de procedimientos de trabajo normalizados	Profesionales de la UGC	1/12/17
Información al paciente	Aplicar plan de acogida para pacientes y familiares	Enfermería	5/12/17
	Entregar díptico informativo de cuidados al paciente de maxilofacial	Auxiliares de enfermería	
Listado de comprobación	Verificar identidad del paciente	Facultativos	8/12/17
	Aplicar check-list quirúrgico	Facultativos	
	Comprobar alergias	Enfermería	
Otros	Comunicar incidencias a las unidades de soporte	Profesionales	22/11/17
	Gestionar las necesidades de recursos materiales de acuerdo con la actividad asistencial y quirúrgica	Supervisoras responsables de cada área	

COMF: Cirugía Oral y Maxilofacial.

quirúrgicas graves, hemorragia, tromboembolia pulmonar, etc.

- Fomentan la participación, por ejemplo, las acciones formativas como medida de prevención de los EA, de errores en la medicación y errores en el alta; implican a la práctica totalidad del personal sanitario (médicos y enfermeras) en las distintas etapas del PA y trascienden a otros servicios como el de documentación clínica e incluso tienen impacto en AP, ya que una adecuada formación en el informe de alta asegura la continuidad de los cuidados y atención del paciente más allá del área quirúrgica.

En la Unidad de COMF, a medida de que los profesionales son conscientes de las necesidades y expectativas de sus pacientes, serán más capaces de prestarles el servicio que precisan, lo que representa una minimización de daños (EA) y la generación de modelos organizativos inteligentes y dinámicos:

- Orientadas hacia la continuidad, por ejemplo, la mejora de la práctica clínica como medida preventiva de complicaciones quirúrgicas graves (hemorragia, asfixia, etc.) representa una línea de trabajo enfocada a largo plazo y en fase de continuo cambio para afrontar el desafío de presentes y futuras enfermedades que exigen del adiestramiento constante en técnicas rutinarias y en novedosas técnicas quirúrgicas¹⁷.

En la Unidad de COMF, las medidas de prevención de los distintos EA se encuentran orientadas hacia una práctica asistencial basada en la calidad, pues se fundamentan en contenidos científicos y técnicos correctos ajustados al estado del conocimiento actual, por ejemplo, la unificación en los protocolos y la aplicación de indicaciones de guías clínicas incide directamente sobre la disminución de EA derivados de una incorrecta identificación del paciente, procedimientos quirúrgicos inadecuados, reacciones medicamentosas alérgicas o errores en los informes de alta, representando una minimización de riesgos para el paciente y para la organización sanitaria el empleo racional de los recursos.

No obstante, una de las limitaciones que hemos encontrado en el estudio es la escasa notificación de EA.

Actualmente, hemos apreciado que en la Unidad de COMF existe una cultura de escasa capacidad de notificación de los EA entre los profesionales sanitarios¹⁸, pues aún se mantiene la cultura del carácter punitivo de esta, lo que se manifiesta en barreras profesionales y legales. Es preciso, por tanto, la implantación y el desarrollo de una cultura de seguridad proclive a la comunicación y el registro de los EA considerados.

En este sentido, la implantación de sistemas de notificación de EA en la Unidad representaría una estrategia útil, dado que la información compartida que aportan y la resolución de los problemas detectados permiten identificar y

aprender de las experiencias y rediseñar los procesos, con el fin de evitar la recurrencia del EA.

Como conclusión final, apreciamos que la puesta en marcha de medidas preventivas en aquellos EA más relevantes en la Unidad de COMF (críticos y con IPR > 100) representan un notable avance en la prevención del daño sobre el paciente y la organización, involucrando al personal sanitario en una cultura de seguridad orientada hacia la calidad asistencial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- World Health Organization. Patient safety. WHO global patient safety challenge: medication without harm, 2016 [consultado 8 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>.
- World Health Organization. Patient safety. High 5's: Standard operating procedures, 2017 [consultado 8 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/topics/high-5s/en/>.
- Zhou YQ, Li C, Shui CY, Cai YC, Sun RH, Zeng DF, et al. Application of virtual reality in surgical treatment of complex head and neck carcinoma. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke ZaZhi*. 2018;53:49–52.
- Shen B, He Y, Chen H. A design of a surgical site verification system. *Stud Health Technol Inform*. 2017;245:1163–5.
- Pirson M, Dehanne F, van den Bulcke J, Leclercq P, Martins D, de Wever A. Evaluation of cost and length of stay, linked to complications associated with major surgical procedures. *Acta Clin Belg*. 2018;73:40–9.
- Mañes-Sevilla M, Marzal-Alfaro MB, Romero Jiménez R, Herranz-Alonso A, Sanchez Fresneda MN, Benedi Gonzalez J, et al. Failure mode and effects analysis to improve quality in clinical trials. *Rev Calid Asist*. 2018;33:33–47.
- Itinerario formativo para la seguridad del paciente (SPif). Escuela Andaluza de Salud Pública, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2015 [consultada 18 Sept 2017]. Disponible en: <http://www.easp.es/itinerarios-formativos-para-la-seguridad-del-paciente-spifdirigido-a-profesionales-del-sspa>.
- Sage C, Hardell L. Fatal collision? Are wireless headsets a risk in treating patients? *Electromagn Biol Med*. 2018;37:95–9.
- Morar PS, Sevdalis N, Warusavitarne J, Hart A, Green J, Edwards C, et al. Establishing the aims, format and function for multidisciplinary team-driven care within an inflammatory bowel disease service: a multicentre qualitative specialist-based consensus study. *Frontline Gastroenterol*. 2018;9:29–36.
- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al., ENEAS work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: Results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21:408–14.
- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. Safe but sound: Patient safety meets evidence-based medicine. *JAMA*. 2002;24:508–13.
- Ten Haken I, Ben Allouch S, van Harten WH. The use of advanced medical technologies at home: A systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 2018;18:284.
- Wodinski LM, Mattson McCrady HM, Oswald CM, Lyste NJM, Forbes KLL. Family bedside orientations: An innovative peer support model to enhance a culture of family-centred care at the Stollery Children's Hospital. *Paediatr Child Health*. 2017;22:387–90.
- Chazapis M, Gilhooly D, Smith AF, Myles PS, Haller G, Grocott MPW, et al. Perioperative structure and process quality and safety indicators: A systematic review. *Br J Anaesth*. 2018;120:51–66.
- Wodinski LM, Mattson McCrady HM, Oswald CM, Lyste NJM, Forbes KLL. Family bedside orientations: An innovative peer support model to enhance a culture of family-centred care at the Stollery Children's Hospital. *Paediatr Child Health*. 2017;22:387–90.
- Asiedu GB, Lowndes BR, Huddleston PM, Hallbeck S. 'The Jackson table is a pain in the...': A qualitative study of providers' perception toward a spinal surgery table. *J Patient Saf*. 2018;14:21–6.