

Mapa de riesgos de una Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial en Granada

Risk map of a Clinical Management Unit for Oral and Maxillofacial Surgery in Granada

José Darío Sánchez López¹, Jacobo Cambil Martín², María Ángeles Toledo Páez³, Mercedes Villegas Calvo⁴

¹Facultativo Especialista de Área de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario Granada. Campus de la Salud. Granada.

²Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

³Complejo Hospitalario Universitario Granada. Campus de la Salud. Granada.

⁴Supervisora de Enfermería. Complejo Hospitalario Universitario Granada. Campus de la Salud. Granada.

Resumen

Objetivos. El objetivo general de este estudio es desarrollar e implementar un mapa de riesgos encaminado a la mejora de la seguridad de los pacientes en la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario Universitario de Granada para minimizar la incidencia de efectos adversos y lograr una mejora de la calidad asistencial.

Métodos. Se analizó retrospectivamente la situación actual de la Seguridad del paciente en la Unidad de gestión clínica, enfocando la metodología de trabajo a través de un equipo interdisciplinar y elaboración de un cronograma. El trabajo se realizó secuencialmente a través de las siguientes fases: análisis de la situación actual de la seguridad del paciente en la Unidad mediante dos sistemas de análisis: DAFO y PITELO, y elaboración de un flujograma del proceso de atención al paciente empleando el análisis metodológico AMFE; elaboración y consenso del proceso de atención del paciente; identificación de los posibles efectos adversos; cálculo del índice de prioridad de riesgo; elaboración de las Acciones Preventivas para los fallos y causas detectados; creación del mapa de riesgos específico de la unidad.

Resultados. El análisis DAFO y PITELO constata como principales debilidades la insuficiente formación de los profesionales sanitarios sobre la seguridad del paciente y la infranotificación de efectos adversos, así como la ausencia de retroalimentación entre la Unidad de registro de efectos adversos y los mismos. Entre sus fortalezas destaca la existencia de líderes implicados en la mejora de la calidad. El catálogo muestra los 33 efectos adversos identificados en la Unidad, clasificando sus fallos y causas, y detallando sus correspondientes medidas preventivas.

Conclusiones. La elaboración de un mapa de riesgos permite determinar el circuito del paciente de Cirugía Oral y Maxilofacial, y elaborar un catálogo de efectos adversos con la finalidad de asegurar y mejorar la calidad asistencial.

Abstract

Aims. The main aim of this study is to develop and implement a risk map in order to improve the patient safety strategy of the Oral Surgery Clinical Management Unit in the University Hospital Complex of Granada to minimize the incidence of adverse effects and gaining improvement of healthcare quality.

Methods. The current situation of patient safety of the Oral Surgery Clinical Management Unit was analyzed retrospectively, focusing the methodology through an interdisciplinary team and elaborating a schedule. The work was carried out sequentially through the following phases: analysis of the current situation of patient safety in the Unit through the analysis systems SWOT and PITELO, and elaboration of a flow chart of the patient care process using the AMFE methodological analysis; elaboration and consensus of the patient care process; identification of possible adverse effects; calculation of the risk priority index; setting of the preventive actions for the detected failures and causes; and creation of the map of specific risks of the Unit.

Results. The SWOT and PITELO analysis found that the insufficient training of health professionals on patient safety and the underreporting of adverse effects, as well as the lack of feedback between the adverse effects registry Unit and the same, are the main weaknesses. Among its strengths, there are leaders involved on improving quality. The catalog shows the 33 adverse effects identified in the Unit, classifying their failures and causes, and detailing their corresponding preventive measures.

Conclusions. The elaboration of a risk map allows to determine the circuit of the Oral Surgical patient, and to elaborate a catalog of adverse effects with the purpose of assuring and improving the quality of care.

Palabras clave: Soporte Vital Básico, Reanimación Cardiopulmonar, calidad, entrenamiento, supervivencia.

Keywords: Clinical management unit, healthcare quality assurance, oral and maxillofacial surgery, patient safety, risk map.

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 (OMS) reconoce que la seguridad del paciente (SP) constituye un problema de salud pública a nivel mundial (1). Según cálculos aproximados, en los países desarrollados, hasta uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en un centro sanitario con porcentajes similares en Atención Hospitalaria (AH) y Atención Primaria (AP), variando el grado de gravedad del error, inferior en AP debido al seguimiento continuo del paciente (2).

Pese a que los errores en el ámbito sanitario son multicausales, de forma genérica es necesario diferenciar tres tipos de agentes involucrados en este tipo de situaciones: el personal sanitario, el vínculo organizativo dentro del centro sanitario y el paciente. Los dos primeros guardan estrecha relación con la práctica médica actual que, paradójicamente, ha pasado de ser una práctica más eficaz respecto a épocas anteriores (trasplante de órganos, terapias génicas, etcétera) a una práctica más insegura derivada fundamentalmente de tres factores: la fragmentación, la tecnificación y la incomunicación entre sus distintos componentes. Por otra parte es importante subrayar el cambio en las características del propio paciente, derivadas del envejecimiento de la población por un mayor aumento de supervivencia hasta un exceso de hiperinformación derivado del acceso a nuevas fuentes de información (medios audiovisuales, internet, etcétera) (3).

La adecuación de la organización de las distintas Unidades de Gestión Clínica (UGC) para garantizar la SP constituye actualmente uno de los objetivos principales de la “Estrategia para la Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA)” (4). Esta estrategia se orienta hacia la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información obtenida y su conversión en conocimiento útil para lograr la mejora continua de la asistencia sanitaria (5).

Siguiendo dichas recomendaciones, la UGC de Cirugía Oral y Maxilofacial (COMF) tiene como objetivo la mejora de la SP priorizando prospectivamente los riesgos potenciales e identificando los distintos efectos adversos (EA) a través de distintas acciones preventivas.

El objetivo general de nuestro estudio es desarrollar e implementar un mapa de riesgos encaminado a la mejora de la seguridad de los pacientes en la UGC de COMF del Complejo Hospitalario Universitario de Granada para minimizar la incidencia de EA y lograr una mejora de la calidad asistencial. Se entiende mapa de riesgos sanitarios (MR) como una herramienta para asegurar la SP de forma proactiva identificando riesgos potenciales al identificar, controlar y hacer un seguimiento de los agentes generadores de riesgos que ocasionan incidentes o EA en la UGC de COMF.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la metodología aplicada se han establecido diferentes apartados que intentan exponer los pasos seguidos en el desarrollo de este estudio. Como primera medida, la creación de un equipo de trabajo interdisciplinar, constituido por diferentes profesionales implicados directamente en el campo de actuación de mejora de la SP integrado por un facultativo especialista de área (FEA) referente en calidad sanitaria, un supervisor y una enfermera del área quirúrgica, dos profesionales de enfermería, un supervisor gestor de cuidados de hospitalización, un gestor de cuidados del área de reanimación y una jefa del área del bloque quirúrgico. Tras el apoyo de la Dirección Médica, se solicitó una reunión al coordinador de la UGC de COMF para exponerle el estudio y se solicitar su autorización, colaboración y apoyo para poder implementar el plan de mejora de la SP una vez finalizado el mismo, evaluado por expertos de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Posteriormente, se contactó vía correo electrónico con aquellos profesionales más cercanos al proceso, críticos en la implementación de procesos de cambios potenciales, con capacidad de toma de decisiones (líderes) y para ello fue necesario insistir en la formación de los participantes en procedimientos formativos orientados a la seguridad, como el “Itinerario formativo en Seguridad del paciente” (SPiF) (6) proporcionado por la EASP y así formar en SP a todo el equipo. Una vez consti-

tuido el grupo de trabajo, se estableció un cronograma de reuniones y actividades a desarrollar.

Las siguientes fases secuencian las actividades desarrolladas durante dos meses de trabajo:

-Primera fase: comenzó el 5 de mayo de 2015 con la primera reunión de análisis de la situación actual en SP y gestión de riesgos empleando como técnica de recolección de información el sistema DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) (7); esta técnica fue elegida por ser dinámica, participativa y porque de su aplicación se obtiene un conjunto de estrategias consensuadas que proporcionan ayuda en la toma de decisiones ante procesos de cambio organizacionales. Así, se obtuvo una “matriz DAFO”, de carácter provisional, para encontrar aquellos factores determinantes de la UGC que consoliden fortalezas y minimicen debilidades, aprovechando las oportunidades de mejora y eliminando o reduciendo las amenazas (tabla 1). Esta primera fase finalizó con el consenso en torno a un mapa de estrategias que posibiliten la introducción de un cambio de paradigma.

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> -Infracomunicación /No comunicación de Eventos adversos. -Falta de motivación del personal sanitario. -Ausencia de formación en materia de Seguridad del Paciente. -Desconocimiento de los profesionales de un EA. -Falta de comunicación interdisciplinar. -Discontinuidad en el personal facultativo. -Ausencia de registro informatizado y ágil de notificación de EA. 	<ul style="list-style-type: none"> -Incertidumbre y complejidad de programas informáticos. -Crisis económica. Precariedad laboral. -Presión asistencial. -Burnout profesional. -Aumento de las demandas y expectativas de los pacientes. -Rechazo de los profesionales a la comunicación de EA. -Ausencia de gestión por competencias. -Situación del cirujano profesional de guardia localizada.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> -Adecuada elección del equipo interdisciplinar. -Liderazgo adecuado. -Guías de Práctica Clínica. -Experiencia Profesional. -Gestión por Procesos. -Implicación en los objetivos de la UGC de COMF. -Implicación de cargos intermedios. -Instalaciones tecnológicas adecuadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Posibilidad de formación metodológica en materia de SP a través de distintos organismos (sistema SPiF proporcionado por la EASP). -Necesidad de optimización de recursos en tiempos de crisis económica. -Posibilidad de notificación de EA. -Aprovechamiento de recursos establecidos (pej. pulsera identificativa del paciente). -Informatización de recursos. -Elaboración del mapa de riesgos sanitarios. -Posibilidad de formación continua en materia de SP.

Tabla 1. DAFO del plan de mejora de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial.

En posteriores reuniones se procedió a sintetizar esta información en una única matriz denominada “Matriz sintética DAFO”, que permitió refinar la información en una estructura semántica más elaborada, agrupar los condicionantes que se repetían, reubicar las estrategias y establecer subcategorías con las estrategias que compartían características similares. De forma complementaria al análisis DAFO, se trabajó con una novedosa herramienta empleada por el “Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación 2015”, denominada “Análisis Sistemático de Factores Latentes” (PITELo) que actuaría como elemento de reflexión acerca de las distintas causas implicadas en la aparición de EA. Además, se consideraron los siguientes factores característicos de cada UGC: paciente, individuo, tarea, equipo, lugar y organización (8).

-Segunda Fase: comenzó el 16 de mayo de 2015 con la elaboración y consenso del Proceso de Atención (PA) del paciente de COMF, atendiendo a las posibles necesidades y expectativas que cada usuario tiene en función del daño a la salud que presenta y por el que acude al medio hospitalario en el contexto del SSPA. Se apreció que en el PA del paciente de COMF intervienen mecanismos estratégicos habitualmente establecidos por el Servicio andaluz de Salud (SAS), procesos claves asociados al tratamiento médico-quirúrgico que requiere el paciente hasta su alta hospitalaria, y procesos de soporte que apoyarán la consecución de los objetivos planteados en el PA del paciente de COMF. Se procedió a la descripción de la Metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) (9,10). Aunque el equipo se estuvo formando a través de la plataforma SPiF, fue necesario apostar por la formación continua, en aras de planificar una estrategia interactiva en la adquisición del conocimiento. Estas estrategias representan una superación del procedimiento tradicional de enseñanza-aprendizaje y promueven la adquisición de nuevos conocimientos a través de la autorreflexión y autoentendimiento. Se entiende el AMFE como una herramienta proactiva de evaluación del riesgo que se usa para identificar los aspectos vulnerables de procesos complejos, de alto riesgo y generar acciones para contrarrestarlos antes de que aparezcan daños (EA).

-Tercera Fase: comenzó el 27 de mayo de 2015 con la identificación de los posibles EA. Una vez reunido todo el equipo, se identificaron los mismos mediante brainstorming (tormenta de ideas), donde cada profesional aportó sus diferentes conocimientos, experiencias y competencias. Esto permitió la elaboración de un catálogo de posibles EA, fallos y causas, que se recogieron por columnas en una hoja Excel.

-Cuarta Fase: comenzó el 14 de julio de 2015 con el cálculo de índice de prioridad de riesgo (IPR), consensuando los distintos EA identificados, eliminando duplicidades, aportando nuevos EA no detectados y reformulando aquellos que no habían quedado claros. La información obtenida se ponderó mediante las variables de gravedad, frecuencia y detectabilidad. De este modo:

-La gravedad (G) mide el daño físico o psíquico que provoca el EA en cuestión, según la percepción del paciente y determina su importancia o severidad sobre el mismo. Igualmente, valora el nivel de consecuencias, con lo que el valor del índice de gravedad (IG) aumenta en función de la insatisfacción del paciente, la disminución de los resultados clínicos esperados y el coste de reparación del daño causado.

-La frecuencia (F) pondera la repetitividad potencial u ocurrencia de un determinado EA, lo que en términos de fiabilidad o de prevención se llama "probabilidad de aparición del fallo".

-La detectabilidad (D) es la capacidad de detectar el fallo antes de que se produzca el EA. Inversamente a los otros índices, cuanto menor sea la capacidad de detección mayor será el índice de detectabilidad y mayor el consiguiente índice de riesgo (IR), determinante para priorizar la intervención.

Así, se calculó el IPR mediante la ponderación de los EA del catálogo ($G \times F \times D = IPR$) para posteriormente calcular el grado de peligrosidad de los riesgos, mediante un trabajo grupal. Por consiguiente, 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, etcétera), se coloca una "X" en el lugar correspondiente de la columna encabezada con el texto de "CRÍTICO", permitiendo una rápida identificación.

-Quinta Fase: comenzó el 20 de julio de 2015 con la elaboración de las acciones preventivas (AP) para los fallos y las causas detectadas. Una vez elaborado el catálogo de EA, los IPR y las AP para cada causa, se propuso cómo podría evitarse el EA, mediante una puesta en común por todo el equipo interdisciplinar de cada área afectada.

-Sexta Fase: comenzó el 27 de julio de 2015 con la creación del MR en la UGC de COMF y la identificación de los EA que se pueden producir en el ámbito de actuación asistencial de la Unidad desde que el paciente accede al medio hospitalario hasta su alta médica. Es importante subrayar que el MR (11) constituye una herramienta de trabajo dinámica e informativa, de carácter transversal y sujeta a revisiones periódicas, que permite conocer los posibles daños (EA) e IPRs en la UGC. Tras identificar los EA con mayor IPR, se elaboraron las

líneas de trabajo para implantar las medidas preventivas oportunas, asignando a los miembros responsables de la UGC la consecución de las mismas. Finalmente, se definieron con el equipo multidisciplinar tres indicadores de calidad sanitaria (12) que podían orientar sobre la evolución de las mejoras en la SP:

Indicador 1: pacientes que se les aplica el procedimiento de Seguridad y Verificación Quirúrgica.

Indicador 2: identificación inequívoca de pacientes mediante pulsera identificativa.

Indicador 3: error en la administración de medicación.

Los indicadores son el instrumento para medir el criterio de buena práctica del ámbito del estudio.

RESULTADOS

El resultado del estudio muestra que se han catalogado 33 EA con un total 102 fallos y 169 causas. Los EA se han distribuido por distintas áreas asistenciales: derivados de atención primaria y otros hospitales (28), en el área de admisión programada (4), consultas externas (14), urgencias (14), y hospitalización -diagnóstico y solo tratamiento médico- (18). 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), reanimación (19), hospitalización (18) y para alta domiciliaria definitiva o de revisión (8). Paradójicamente, el mayor número de EA se produce en el circuito de derivación de urgencias y atención primaria (28) frente a tan sólo 4 EA procedentes de admisión programada, según las características del primer grupo en cuanto al conocimiento del paciente y su entorno: insuficiente conocimiento de la patología maxilofacial, mayor presión asistencial, demoras en la derivación, etcétera, que convierten a esta área en la más vulnerable en cuanto a SP. Sin embargo, los EA dentro del medio hospitalario -área quirúrgica, reanimación, hospitalización- mantienen una frecuencia muy similar (18-19), indicativo de una mayor unificación de procesos en la SP. Por otra parte, es destacable el hecho de que éstos se reducen a tan sólo 8 EA en el momento del alta domiciliaria, probablemente porque constituye una fase en la que se re-unifican criterios y las medidas de seguridad presentan mayor eficacia.

La tabla 2 muestra el IPR según la ponderación de los EA del catálogo. El análisis del AMFE nos muestra una relación de 10 EA considerados como críticos y 23 EA no críticos, siendo prioritario adoptar las medidas preventivas de los 10 EA críticos (tabla 3).

Nº	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 de 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

Tabla 2.- Efectos adversos con Índice de Prioridad de Riesgo mayor a 100.

Nº	EVENTOS ADVERSOS CRÍTICOS.	
1	Identificación errónea del paciente.	X
3	Error en la medicación.	X
7	Asfixia.	X
13	Error de diagnóstico.	X
14	Reacción medicamentosa alérgica	X
18	Vigilancia inadecuada en reanimación..	X
22	Tromboembolismo pulmonar	X
23	Error en el informe de alta	X
24	Complicaciones quirúrgicas graves.	X
27	Hemorragia.	X

Tabla 3.-Análisis de efectos adversos críticos.

Las principales acciones preventivas y de mejora de EA con IPR mayor a 100 son: la información al paciente, las acciones formativas, disponer de protocolo o procedimiento, definir mejoras en el PA y la elaboración de un listado de comprobación de la propia práctica clínica (tabla 4). Además, la tabla 5 recoge un modelo de cronograma de acciones para la prevención y mejora de la SP de COMF, y responsables.

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	Mejoras en el Proceso Asistencial.	Error en la medicación.
PC	Práctica Clínica.	Error en la medicación. Error de diagnóstico. Vigilancia inadecuada en reanimación. Tromboembolismo pulmonar. Complicaciones quirúrgicas graves. Hemorragia.
LC	Listado de comprobación	Identificación errónea del paciente. Error en la medicación.
O	Otros.	

Tabla 4.- Acciones Preventivas en Efectos Adversos Críticos.

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. Violación de la intimidad/confidencialidad.
PR	Protocolo/Procedimiento.	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.	

Tabla 5.- Acciones Preventivas y de Mejora de EA con IPR>100.

DISCUSIÓN

La elaboración de un mapa de riesgos en la UGC de COMF representa la visualización transversal en un determinado periodo de tiempo de los posible EA que acontecen en la misma. Por tanto, constituye una herramienta de trabajo dinámica que precisa de la implicación activa de los distintos profesionales sanitarios para conseguir una actualización asidua a través de reuniones periódicas, análisis de resultados e incorporación y modificación de medidas correctoras.

En nuestro estudio, este procedimiento identificó 33 EA, así como el área de localización de los mismos, aspecto que se desconocía hasta el momento, resaltando la existencia de hasta 10 EA. Apreciamos, como era de esperarle existencia de ciertos EA con IPR>100, tales como: errores en la medicación (IPR=324), errores diagnósticos (IPR=168) ó reacciones medicamentosas alérgicas (IPR=150), que son considerados igualmente por el riesgo elevado para el paciente como EA críticos. Normalmente, se trata de EA de elevada frecuencia y gravedad, y escasa detectabilidad, los cuales requieren de forma prioritaria la implementación de medidas de prevención para su eliminación o, al menos, su minimización.

El fundamento para la realización del MR ha puesto de manifiesto la necesidad de conocer cuáles son los incidentes y los eventos adversos implicados habitualmente en la actividad desarrollada en la UGC de COMF, hasta ahora desconocidos. La información recogida a través de la catalogación de EA, sus fallos y causas ha contribuido a conocer los factores favorecedores en la aparición de los incidentes y, de alguna manera, a proponer barreras o mecanismos para impedir su aparición. La elaboración de dicho MR permite reconocer el circuito asistencial del paciente de COMF permitiendo, por tanto, detectar áreas de mejora y fortalezas de la asistencia para reducir la variación de la práctica asistencial. Asimismo, pese a la existencia de EA bien conocidos por profesionales del ámbito sanitario y pacientes, aún siguen siendo frecuentes en el medio hospitalario por lo que resulta imprescindible la adopción de medidas de prevención a través de la difusión continua y permanente de las mismas. Para lograr dicho propósito es necesario la concienciación de los profesionales implicados en la correcta gestión de los riesgos, a través de una participación activa de los mismos. En nuestra experiencia, los profesionales participantes destacaron la importancia de la participación e intercambio de conocimientos que proporcionaron dichas reuniones, así como una formación específica en sistemas de prevención (AMFE) pese a la considerable dificultad metodológica que ha implicado la distinción entre efecto-fallo-causa.

Igualmente, resulta fundamental la formación de los profesionales sanitarios en SP (13) y la necesidad de notificar todos los EA que sucedan en la UGC de COMF a través de reuniones del equipo interdisciplinar. Como afirma Villegas et al (14), así se asegura la implementación continua de actividades de mejora en la UGC. El PA del paciente de COMF es complejo, por lo que en el presente estudio hemos tratado de simplificar las distintas actuaciones para su mayor accesibilidad por parte de los profesionales, así como facilitar la formación en SP a través de distintos procedimientos (SPif, metodología AMFE, etcétera). Pese a las limitaciones del estudio, éste representa una importante iniciativa para continuar trabajando en esta línea y que las distintas medidas encaminadas a la SP representen una forma regular de actuación en la UGC.

Finalmente, la consecución de dicho plan precisará de la implicación activa no solamente de los profesionales sanitarios sino también de gestores y pacientes para que la SP sea una meta alcanzable en la práctica clínica habitual (15).

CONCLUSIONES

La elaboración de un mapa de riesgos permite determinar el circuito del paciente de Cirugía Oral y Maxilofacial, así como elaborar un catálogo de EA con la finalidad de asegurar y mejorar la calidad asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Informe de la Secretaría: Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud [citado 25 de Noviembre de 2015] www.who.int/publications/es
- Committee of the EU. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. September 2000.
- Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [citado 8 de Enero de 2016] www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS
- Estrategia para la Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2011.
- Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, 2009; 21 (1): 18–26.
- 6.- 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 [citado 18 de Septiembre de 2015] www.easp.es/itinerarios-formativos-para-la-seguridad-del-paciente-spif-dirigido-a-profesionales-del-sspa
- Análisis de fallos y efectos (AMFE). Unidad Didáctica 2.3, capítulo 2: Identificación y Prevención de Riesgos. En Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA. Itinerarios formativos. X Experto de Calidad y Seguridad del Paciente en Instituciones Sanitarias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013.
- Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Detección y Priorización de Riesgos para la Seguridad del Paciente. Instrucciones para la realización del AMFE y propuesta de acciones preventivas. Módulo IV Seguridad del Paciente. X Experto en Calidad y Seguridad del Paciente en Instituciones Sanitarias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013.
- Ashley L, Armitage G, Neary M, Hollingsworth G. A practical guide to failure mode and effects analysis in healthcare: making the most of the team and its meetings. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2010; 36 (8): 351-358.
- Mapa de Riesgos. Unidad Didáctica 2.2, capítulo 2: Identificación y Prevención de riesgos. En Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA. Itinerarios formativos. X Experto en Calidad y Seguridad del Paciente en Instituciones Sanitarias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013.
- Formato de un Indicador. Metodología de evaluación y mejora continuada. Davins Miralles Joseph. Módulo II. X Experto en Calidad y Seguridad del paciente en Instituciones Sanitarias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013.
- García Gómez, M. Los mapas de riesgo. Concepto y metodología para su elaboración. *Rev San Hig Pub*, 1994; 4: 443-453.
- Villegas Calvo M, Toledo Páez MA, Cambil Martín J. Plan de mejora de la seguridad del paciente en una Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica. *Actual Med*, 2015; 100 (794): 10-14.
- Informe de notificación eventos adversos. Granada: Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2015.